

La Medicina Generale post-COVID, opzioni per la riorganizzazione dell'assistenza primaria: la telemedicina

Diego Gentileschi, Alessandro Rossi

SIMG

La pandemia da SARS-Cov-2 ha messo a nudo le numerose falle del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), non ultima, quella dell'assistenza territoriale.

Di pari passo con le trasformazioni epidemiologiche, sociali e culturali, la medicina generale dai tempi delle condotte mediche e del mutualismo ha sicuramente avuto un notevole sviluppo, sia strutturale sia di piena coscienza del suo ruolo all'interno del SSN. Tuttavia, pur lavorando spesso in varie forme associative, la disponibilità così ampia di competenze mediche, infermieristiche e burocratiche viene spesso assicurata dal singolo medico¹. Non si è ancora appalesata così la figura del medico di medicina generale (MMG) come manager clinico delle cure primarie.

Abbiamo individuato alcune delle principali criticità che la medicina generale ha dovuto affrontare durante la pandemia e indicato possibili soluzioni².

1. Setting delle cure primarie non omogeneo né in tutte le aree del paese, né all'interno delle stesse regioni e ASL: risposte diversificate

All'interno della normativa nazionale che

regola la Medicina Generale, possiamo riscontrare:

- forme associative (associazione semplice, medicina in rete, medicina di gruppo);
- forme aggregative funzionali (quali le AFT, Aggregazioni Funzionali Territoriali);
- forme aggregative strutturali (UCCP/casa della salute).

Tutto ciò diretto e organizzato da 21 diversi sistemi sanitari regionali. Da qui si evidenzia la necessità di riorganizzare l'assistenza primaria, sia sulla base delle competenze che da un punto di vista meramente strutturale, in modo omogeneo e sistematico.

2. Eccessiva burocrazia

Il profondo disagio per gli eccessivi carichi burocratici verso i quali i MMG erano già sottoposti prima della pandemia ha influito e non poco, sull'attività lavorativa quotidiana, sottraendo tempo e risorse all'attività di diagnosi e terapia, con il risultato di squalificare le prestazioni del medico e di minarne la fiducia da parte del cittadino. Se è pur vero che molto è stato fatto, nella fattispecie per ciò che riguarda la dematerializzazione di alcune classi di farmaci e la recente possibilità di comprendere anche quelli in

fascia C, appare evidente che il percorso tracciato è solo all'inizio:

- considerare la possibile prescrizione del farmaco per via telematica non solo via mail o telefono, ma anche attraverso la tessera sanitaria, meno contenziosi/maggiore libertà del cittadino su tutto il territorio nazionale;
- eliminazione dei Piani AIFA per farmaci i quali brevetti siano scaduti o in scadenza (seguire la strada intrapresa per i DOAC): vera presa in carico delle cronicità;
- riduzione delle certificazioni improprie e revisione del sistema dell'inabilità temporanea al lavoro: ad es. auto-certificazioni del paziente per assenze brevi;
- sviluppo e potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico.

3. Insufficiente integrazione tra ospedale e territorio

L'epidemia da SARS-CoV-2 ha messo alla corda il rapporto fra Ospedale e Territorio. Il concetto che va recuperato è quello di una reale continuità assistenziale che di fatto deve superare la dicotomia fra ospedale e territorio. Urge ragionare sulla possibilità di istituire un dipartimento di medicina

Conflitto di interessi

Diego Gentileschi e Alessandro Rossi dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Gentileschi D, Rossi A. La Medicina Generale post-COVID, opzioni per la riorganizzazione dell'assistenza primaria: la telemedicina. Rivista SIMG 2021;28(1):11-14.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

generale che sappia interfacciarsi con i corrispettivi ospedalieri, con una *governance* clinica e procedurale, pur non intaccando la figura di libero professionista del MMG, che resta comunque cardine per fornire cure personalizzate a seconda dei bisogni dei pazienti. Inoltre, è alquanto auspicabile la condivisione di database comuni.

4. Mancanza di personale di studio amministrativo/infermieristico

Nel rapporto Oasi 2019 passando all'analisi delle relazioni tra i MMG e i loro collaboratori, più della metà dei medici del campione afferma di avvalersi del collaboratore di studio medico (68%), contrattualizzato per il 56% dei casi dai singoli MMG, per il 31% dalla società di servizi e per il 13% da altri attori. A differenza del collaboratore di studio, il personale infermieristico sembra essere meno diffuso tra i medici del campione. Nel 71% dei casi viene infatti dichiarato di non avere personale infermieristico³. Alla luce di una pandemia che ha visto i carichi burocratici e gli impegni telematici, primo fra tutti la ripetizione delle prescrizioni, ingigantirsi si è palesata ancor di più la cronica mancanza di personale di studio, amministrativo e non, in numero adeguato alle esigenze, comportando minor tempo da poter dedicare alla gestione di tracciamento e di presa in carico dei pazienti COVID, oltre che alla normale amministrazione nella gestione delle cronicità. Urge la revisione del numero e delle figure professionali che debbano ruotare intorno al MMG e la definizione di forme organizzative (Microteam) che possano rispondere a 360° alle esigenze burocratiche e infermieristiche, lasciando così il medico quasi o esclusivamente al suo lavoro di clinico.

5. Mancanza di strumenti diagnostici di 1° livello

Spirometria, elettro-cardiografia ed ecografia: la diagnostica di 1° livello dovrà invadere, anche grazie ai fondi destinati dalla manovra economica di fine 2019 e a quelli che ne saranno eventualmente previsti per riorganizzare e potenziare il territorio con il

Recovery fund. Tutto ciò ovviamente associato ad azioni di aggiornamento continuo specificatamente dedicato sin dall'inizio del luogo di formazione del MMG⁴. Infine, si rende inevitabile ricercare modalità di monitoraggio del lavoro del MMG: non più solo quota capitaria.

Accanto a queste 5 criticità individuate, la pandemia ha fatto emergere sicuramente anche altro. È un sussurro, perché a dirlo bene e a chiara voce fa male: come sarebbero andate le cose nel nostro Paese se la **telemedicina** fosse stata già una realtà pienamente operativa? E, applicata in tempi normali, non in emergenza, quanto potrebbe far risparmiare al SSN?⁵ La strage dei camici bianchi nella prima fase della pandemia, che conta sì, in questo ambito il triste primato dei MMG con più della metà dei decessi, avrebbe contato le stesse perdite?

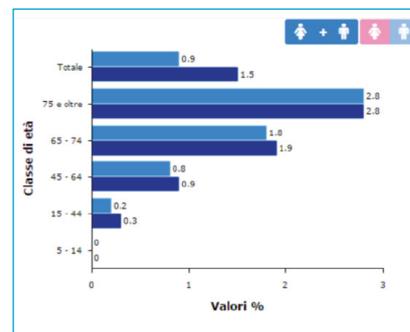
Tele-visite in Medicina Generale

Nella nostra limitata, ma significativa esperienza ambulatoriale, ci siamo posti nella condizione di provare a immaginare l'utilizzo di tele-visite nel *setting* della medicina generale con l'obiettivo di monitorare i pazienti ad alto rischio di scompenso clinico durante la pandemia, riducendo le visite domiciliari e gli spostamenti non necessari. Abbiamo utilizzato il *Charlson Comorbidity Index* a 23 item, aggiustato per età, per individuare, tramite il software gestionale Mille GPG, pazienti con pluri-comorbidità, prendendo come riferimento un valore ≥ 5 , come indice di alto impegno clinico e alto rischio di primo ricovero non programmato⁶ (Fig. 1).

In questo gruppo di pazienti con *Charleston Index* ≥ 5 abbiamo ulteriormente individuato coloro che oltre ad avere comorbidità, presentavano anche caratteristiche di fragilità, prendendo come riferimento la classificazione di FRIED.

Infine, abbiamo selezionato i pazienti che sulla carta, in base al rapporto di fiducia e conoscenza con il proprio MMG, potevano essere affidabili e disponibili a una iniziativa del genere, privilegiando la presenza di chi era già in possesso di strumenti informatici di primo livello ed era assistito da un

FIGURA 1.
Charlson Index.



care-giver. Abbiamo al momento iniziato un primo approccio con 8 pazienti e realizzato otto tele-visite, previo appuntamento in orario ambulatoriale, richiedendo per ciascuna il consenso informato per la registrazione audio-video.

a. Strutturare una tele-visita

Per strutturare la tele-visita non siamo ricorsi all'utilizzo di modelli preesistenti o linee guida procedurali, ma abbiamo configurato una scaletta di nostra attuazione, cercando nei limiti del possibile di effettuare una visita medica, con anamnesi ed esame obiettivo, privilegiando l'ascolto del paziente e delle sue problematiche, senza tralasciare neanche la valutazione dell'ambiente che lo circonda (Fig. 2).

b. Caratteristiche base della tele-visita:

Strumenti telematici utilizzati (whatsapp), gestione della tele-visita (autonoma, con familiare o *care-giver*), compliance del *care-giver* (ottima-buona-scarso), durata della tele-visita (max 20 min);

c. Iter da seguire per l'esame clinico del paziente in tele-visita:

Valutazione di: età, APR e APP, condizioni generali, stato nutrizionale, alimentazione, decubito, facies, cute e mucose, presenza di edemi, valutazione urine, presenza di lesioni da decubito e loro valutazione, tosse, parametri: T°, FC, SPO2, PA.

Come indicatori principali per valutare l'efficacia di un'iniziativa di questo genere, abbiamo individuato:

- la capacità di modificare la terapia e la strategia assistenziale dopo aver effettuato la tele-visita;

- la necessità di dover effettuare un secondo accesso, fisico, al domicilio del paziente per non essere riusciti a risolvere il problema tramite la tele-visita.

In 4 pazienti su 8, siamo così riusciti a prescrivere o una nuova terapia o un adeguamento delle terapie già in corso sia per patologie croniche che acute in monitoraggio, pur mancando il "contatto fisico" e l'obiettività ⁷ (Fig. 3). Nel primo paziente, valutando lo stato di idratazione di cute e mucose, la presenza di edemi declivi e la sintomatologia respiratoria, abbiamo adeguato idratazione, interrotto terapia antibiotica per CAP (*Community Acquired Pneumonia* - polmonite acquisita in comunità) e ridotto terapia steroidea; nel secondo paziente, tramite video, abbiamo valutato il grado di una lesione da pressione e impostato terapia locale; nel terzo paziente si è proceduto a impostare terapia antibiotica per una sospetta erisipela; nel quarto paziente, affetto da scompenso cardiaco

cronico, abbiamo adeguato terapia diuretica per presenza di edema peri-malleolare, rialzo pressorio, dispnea da sforzo.

In 7 pazienti su 8, non è stato necessario effettuare la visita domiciliare per approfondimenti. L'unico caso è stato quello di una paziente dove la difficoltà del familiare nell'aiutarci a indagare una sospetta TVP, ci ha obbligato a un secondo intervento a domicilio (Fig. 4).

In ultimo abbiamo somministrato un questionario di 3 domande sia al paziente che ai *care-giver*/famigliari per constatare l'apprezzamento a questo tipo di iniziativa (Fig. 7), la presenza o meno di difficoltà ad aver affrontato una tele-visita (Fig. 5) e la presenza di eventuali problemi di connessione (Fig. 6).

Conclusioni

La Medicina Generale, anche rispetto ad altri settori del SSN, sia per l'assenza di una struttura organizzativa solida e omogenea

radicata sul territorio, sia per la mancanza spesso di una visione lungimirante verso le tecnologie del futuro e per la carenza di

FIGURA 2.
Televisita.

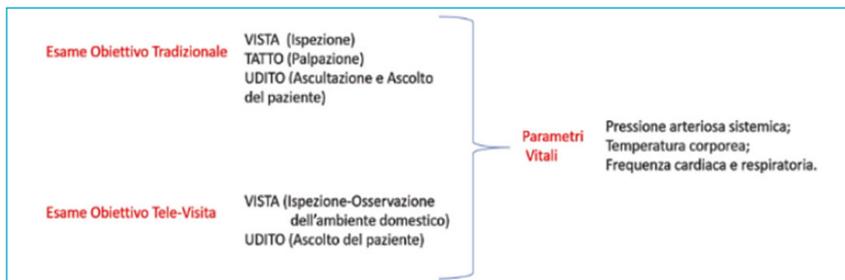


FIGURA 3.
Outcome 1°: change therapy.

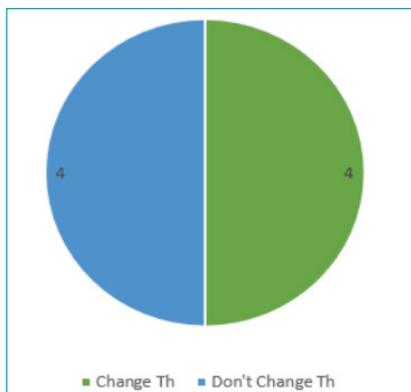


FIGURA 4.
Outcome 2°: home therapy.

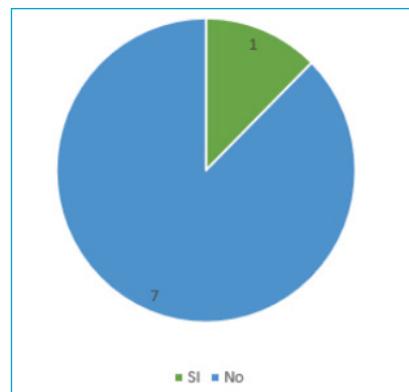


FIGURA 5.
Questionario, quesito 1.

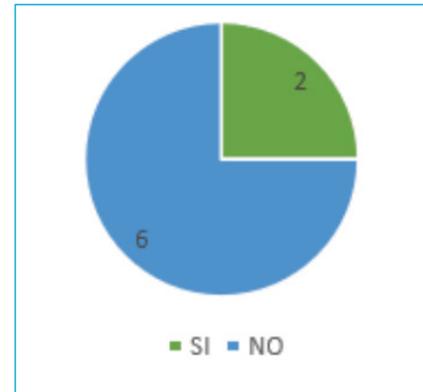


FIGURA 6.
Questionario, quesito 2.

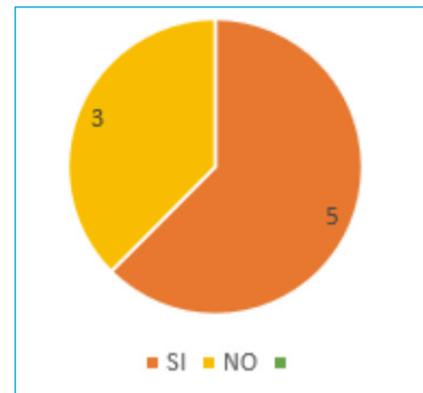


FIGURA 7.
Questionario, quesito 3.



risorse economiche, si è trovata durante l'ondata pandemica quasi totalmente priva di strumenti di telemedicina tali da poter consentire un proseguimento più agile ed efficace di continuità di cure e monitoraggio clinico a distanza in totale sicurezza.

Nella nostra piccola esperienza, abbiamo mostrato che tutto ciò, se pur con strumenti e mezzi limitati è applicabile nella vita lavorativa di tutti i giorni e può rappresentare una valida alternativa e opportunità per il monitoraggio dei pazienti con multi-comorbidità e fragilità.

Tuttavia, non possiamo esimerci di sottolineare quelle che sono, almeno momentaneamente, le criticità da affrontare nel prossimo futuro per far diventare la telemedicina, da strumento di utilizzo in emergenza a strumento quotidiano da inserire nell'armamentario della medicina generale:

1. disomogeneità delle reti di telecomunicazioni su tutto il territorio nazionale. Da un lato i cronici ritardi nel settore dell'ICT (*Information and Communication Technologies*) del sistema Italia, dall'altra una conformazione geografica e di densità abitativa che sicuramente non aiutano la diffusione omogenea e capillare delle reti di telecomunicazioni, richiedono investimenti consistenti per far sì che attività del genere siano attuabili con elevati standard di qualità;
2. opportunità di valutare delle piattaforme dedicate a questo tipo di iniziativa. Nella nostra esperienza abbiamo utilizzata

una delle applicazioni più diffuse per effettuare video-chiamate su dispositivo mobile. Tuttavia, nella prospettiva di effettuare in modo periodico e continuativo delle tele-visite, si auspica la creazione di piattaforme dedicate;

3. investimenti su strumenti di tele-monitoraggio domiciliare da inserire nella strumentazione diagnostica delle cure primarie;
4. attenta riflessione sugli aspetti etici dell'innovazione: la telemedicina oggi occupa un posto importante nelle dinamiche della salute collettiva e progressivamente cresce nel comune sentire come strumento clinico-assistenziale efficace, segno di un'evoluzione storica e filosofica dei tempi e delle culture. Ma ciò pone problemi non solo etici in relazione al mutato o integrato passaggio dal rapporto diretto a quello virtuale: dal valore del contatto professionale alla trasformazione del rapporto fra medico e paziente⁸;
5. inserire e creare delle linee guida con degli standard procedurali di buona pratica clinica da applicare nel *setting* delle cure primarie relative al concetto di *connected-care*;
6. attività di *counselling*, per istruire e avvicinare anche i pazienti più scettici a iniziative di tele-medicina.

Bibliografia

- 1 Ricciardi W. Il dovere di "salvare" il SSN.

Analisi, proposte, speranze. L'Arco di Giano, N. 89/2016.

- 2 Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione. Versione del 25 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020).
- 3 Rapporto OASI 2019.
- 4 www.quotidianosanita.it. Diagnostica di primo livello per la medicina generale: i pro ed i contro. www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=79162
- 5 Policy and Procurement in Health Care. Telemedicina: in Italia non è mai partita davvero. E oggi il COVID-19 svela la debolezza del nostro paese. www.pphc.it/telemedicina-in-italia-non-e-mai-partita-davvero-e-oggi-il-covid-19-svela-la-debolezza-del-nostro-paese
- 6 Battaglia A, Lepore V, Robusto F, et al. Charlson Comorbidity Index in Medicina Generale e integrazione tra data base amministrativi e clinici. XXIV Seminario Nazionale di Farmacoepidemiologia Roma, 15 dicembre 2015 (www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/FEP2015/Battaglia.pdf).
- 7 Spriano P. Telemedicina vs esame fisico nella pratica clinica: pro e contro. MSD Salute. www.msdsalute.it/approfondimenti/editoriali/telemedicina-vs-esame-fisico-nella-pratica-clinica-pro-e-contro-2
- 8 Muzzetto P. Medico e telemedicina in COVID-19 e post COVID-19. In: Petrini C, D'Aprile C, Florida G, et al., eds. Tutela della salute individuale e collettiva: temi etico-giuridici e opportunità per la sanità pubblica dopo COVID-19. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2020 (Rapporti ISTISAN 20/30).