

Information technology: un'esigenza in tempi di distanziamento sociale, una prospettiva in campo diagnostico e terapeutico?

Renato De Vecchis¹, Carmelina Ariano²

¹ Reparto di Cardiologia, Ambulatorio Medico Polispecialistico "Ospedale S. Gennaro dei Poveri", Napoli;

² Medicina Generale, ASL Napoli 2 Nord, Melito di Napoli

La diagnosi e la prescrizione di terapie da remoto sono state in passato contrastate dagli organismi normativi della comunità medica e sanzionate dalla magistratura. Oggi invece, con i progressi della telemedicina e con l'applicazione delle norme sul distanziamento sociale imposte dalla pandemia da SARS-CoV-2, la gestione da remoto del paziente è avallata, incoraggiata e finanche suggerita. In realtà, i fautori della telemedicina erano visti fino a poco tempo fa come eccessivamente futuristici dai clinici tradizionali. Il "contatto medico-paziente" classico e la visita in presenza, ricchi di umanità e di empatia e rivendicati da alcuni clinici come il fiore all'occhiello della professione medica, sono però andati in crisi con l'avvento della pratica del distanziamento sociale, raccomandata dalle stesse autorità politico-sanitarie per scongiurare il rischio e la diffusione del contagio. Così una sorta di rivoluzione di comportamenti diagnostico-operativi si è profilata all'orizzonte, nell'attesa, tuttora incerta, di essere ratificata dalle associazioni scientifiche. Consideriamo ora brevemente le 4 classiche modalità dell'esame clinico obiettivo:

l'ispezione, la palpazione, la percussione e l'auscultazione. Sembra che l'ispezione sia stata relativamente poco inficiata dall'avvento della telemedicina, purché sia adeguata la risoluzione dei mezzi comunicativi (foto, video, tele o video-chiamate e televideo riunioni mediante WhatsApp, Skype, Zoom, ecc.). Passando invece alla palpazione, alla percussione e all'auscultazione, i limiti della telemedicina affiorano: è impossibile, ad esempio, con l'ausilio del telefono o delle piattaforme, riprodurre il reperto di un fremito vocale-tattile, la cui ricerca con la mano posata sul dorso del paziente viene affidata dalla semeiotica classica all'ausilio della fatidica frase "dica trentatré". La percussione, pratica indicata per identificare i limiti di un versamento pleurico o per delimitare l'ottusità di una raccolta ascitica oppure per slatentizzare l'iperfonesi di un enfisema polmonare, è un altro elemento del processo conoscitivo semeiotico classico che rimane precluso. Infine, la auscultazione: il rinforzo del secondo tono sul focolaio polmonare (ipertensione polmonare, difetto settale interatriale, ecc.), il rullio diastolico con rinforzo presistolico

alla punta (stenosi mitralica), il murmure vescicolare fisiologico (polmone normale), o il semplice quarto tono (cardiopatologia ipertensiva, ipertrofia ventricolare sinistra, ecc.) sono elementi del processo conoscitivo che rimangono fuori della portata della telemedicina. Per fortuna esiste anche la anamnesi, cioè la raccolta scrupolosa e ponderata delle affermazioni del paziente riguardo ai suoi disturbi. Dalla anamnesi, infatti, è possibile spesso pervenire – almeno nella metà dei casi – al corretto "sospetto diagnostico", che potrà poi essere convertito in una diagnosi vera e propria con l'ausilio delle tecnologie – ematochimiche, istologiche, di *imaging*, ecc. Siamo consapevoli del fatto che il giudizio sulle procedure mediche è in perenne divenire e che quello che un tempo era considerato lacunoso o velleitario o addirittura surreale può risultare oggi appropriato e utile per gestire i problemi dei malati in tempi di emergenza pandemica. Il termine "telemedicina" richiama "telefono", anche se il concetto di telefono applicato alla pratica medica non ha mai trovato consenzienti e indulgenti gli organismi normativi al vertice della comunità medica. In

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: De Vecchis R, Ariano C. Information technology: un'esigenza in tempi di distanziamento sociale, una prospettiva in campo diagnostico e terapeutico? Rivista SIMG 2021;28(2):28-29.

© 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>

passato, inoltre, ci sono stati innumerevoli pronunciamenti della magistratura contro l'uso del telefono per formulare diagnosi a distanza, in danno di medici imputati di avere fatto diagnosi e prescrizioni terapeutiche al telefono per pazienti che non avevano visitato in presenza. Questo è particolarmente vero per i medici di continuità assistenziale, spesso inclini a fornire ai pazienti un responso diagnostico o un consiglio terapeutico a distanza.

Tuttavia, la telemedicina ha velocizzato anche molte pratiche di soccorso: il cardiotelefono nelle ambulanze, ad esempio, è utile per distinguere gli infarti estesi da quelli minimi generalmente subendocardici, con lo strumento applicato al capezzale del paziente o in ambulanza anche dal personale non medico, e la diagnosi di sede e di gravità dell'infarto acuto affidata alla interpretazione dell'ECG non in presenza, ma a distanza, da parte di un cardiologo esperto.

Così solo gli infarti estesi e minacciosi sono smistati in prima battuta verso i centri hub per essere trattati invasivamente, mentre quelli meno gravi e sottoendocardici non complicati sono trattati almeno inizialmente con sola terapia medica. Sempre in campo cardiologico, i pazienti portatori di impianto di pacemaker o cardioverter-defibrillatore possono essere controllati con la telecardiologia in luogo dei controlli ambulatoriali periodici, rappresentando un esempio di telemedicina in vigore oramai da svariati lustri. Infine, veniamo ai giorni nostri: la telemedicina presentata come il nuovo paradigma, la strada che ci consentirà di gestire il paziente in follow-up, semplicemente interrogandolo e analizzando le foto e i video ricevuti dal web inerenti gli esami di laboratorio, le ecografie fatte al letto del paziente, i referti dei fisiatri e le descrizioni rilasciate dagli infermieri. Di certo questa medicina richiede l'*empowerment* del

paziente, che deve imparare ad accedere a piattaforme dedicate per le videoconferenze o, per lo meno, deve familiarizzarsi con WhatsApp; una medicina non più affidata a un contatto clinico-paziente diretto e basata sui kits per il dosaggio di analiti e la misura di parametri vitali in *point of care*, che qualcuno preconizza destinata a permanere oltre l'emergenza pandemica, segnando a suo modo la fine di un'epoca. Dall'epoca degli ambulatori stracolmi, dunque, a una medicina tele-mediata da remoto, più costo-efficace, più sobria e sicuramente più comoda per il paziente: un passaggio epocale che si prepara realmente o è solo una moda del momento? Invero anche gli astronauti sono monitorati a distanza dai medici della NASA nel corso delle missioni spaziali: che non ci si avvii anche noi a una dimensione sempre più "remota", tele-guidata e cibernetica dell'approccio tra medico e paziente?