

ASSISTENZA DIGITALE E RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE ALL'EPOCA DELLA PANDEMIA

La pandemia da COVID-19 ha avuto importanti effetti sulla salute e sull'economia in tutto il mondo (1): al settembre 2021 ci sono stati più di 4,5 milioni di decessi correlati al COVID-19 nel mondo, di cui 1.275.592 in Europa e 129.221 in Italia (2).

L'attuale pandemia ha portato a un rinvio, senza precedenti, di controlli clinici di *routine*. Confrontando il 2019 con il 2020, in Italia si è registrato un calo tra -18% e -32% dei volumi di prestazioni specialistiche ambulatoriali. In particolare, è stata riportata una **riduzione dei volumi per le visite endocrinologiche** (3):

- prime visite tra -30,8% e -75,5% nel corso della prima ondata pandemica (marzo-giugno 2020) e tra -12,5% e -42,2 % nella seconda ondata (ottobre-novembre 2020);
- visite di controllo tra -32,9% e -73,9% nella prima ondata e tra -12,9% e -43,3 % nella seconda ondata.

Per contro, l'interesse per l'assistenza digitale e remota è in aumento in tutto il mondo (4). La pandemia ha costretto gli operatori e le organizzazioni sanitarie a trovare approcci alternativi per fornire assistenza ai pazienti con patologie croniche (5), con un notevole implemento dell'adozione di soluzioni di telemedicina nell'assistenza e nei flussi di lavoro sanitari.

In questo **studio osservazionale** (6) gli autori riportano l'esperienza maturata a seguito delle politiche di *lock-down* applicate in Italia da marzo a maggio 2020 presso l'Ambulatorio di Endocrinologia dell'Ospedale Universitario di Padova (AOU-PD), Centro di Riferimento Europeo per le Malattie Endocrine Rare.

È stato adottato un **triage endocrinologico** (TE) come misura pro-attiva per decidere tra visita in presenza (*face-to-face* F2F) e a distanza (tele-Endo). Con il TE sono stati raggiunti telefonicamente **1262 pazienti in 8 settimane**. La **tele-Endo** è stata **proposta**, previo consenso, **in presenza di** almeno una tra queste **condizioni**:

- pazienti confinati a casa per infezione da COVID-19 (dopo ricovero, asintomatici o con sintomi lievi) o quarantena, compresi i loro familiari;
- visite di controllo;
- età > 65 anni;
- valutazione clinica ritenuta non strettamente necessaria dall'endocrinologo;
- trattamento farmacologico iniziato almeno 6 mesi prima;
- capacità riconosciuta di utilizzare la posta elettronica (con l'aiuto di familiari/*caregiver* se necessario).

La **documentazione sanitaria** necessaria alla tele-Endo, comprendente esami di laboratorio e strumentali, comprensivi di immagini, è stata caricata nel Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale (FSER) o in una scheda elettronica di raccolta dati nel *database web-based* dell'AOU-PD, oppure inviata per posta elettronica a un indirizzo dedicato di posta elettronica.

Per la tele-Endo è stata utilizzata una **piattaforma di telemedicina** dedicata, dotata di connessione protetta che abilita pazienti e medici a comunicare attraverso una telecamera.

Il **referto della tele-Endo**, firmato digitalmente, è stato inviato alla *mail* del paziente, ai centri di assistenza primaria, e archiviato nella piattaforma dell'AOU-PD o caricato sul FSER per la consultazione dei Medici di Medicina Generale.

Il numero di **visite annullate** dopo TE è inferiore a quello annullato autonomamente dai pazienti (9% vs 37%, $p < 0.001$); quest'ultimo numero si è ridotto dal 47% al 19% durante le settimane di *lock-down* ($p = 0.032$).

L'86% dei pazienti contattati dal TE ha ricevuto una **risposta**: la visita F2F è stata offerta soprattutto ai pazienti giovani, tele-Endo è stato applicato al 63% dei pazienti > 65 anni ($p < 0.001$) e l'esito delle visite è stato simile tra giovani e anziani.

Il TE, come strumento per modulare e differenziare l'offerta assistenziale, è una pratica già rappresentata in letteratura (7), così come il *counseling* a distanza in ambito endocrinologico (8), ma la condizione emergenziale sollecita una riflessione su quali modelli si possano realizzare attraverso l'innovazione tecnologica, per tradurre le varie architetture organizzative (*hub and spoke*, reti, ecc) in ecosistemi socio-sanitari e superare la frammentazione operativa che ha rappresentato un fattore aggravante la pandemia (9).



La pubblicazione analizzata è un esempio delle molteplici esperienze di resilienza vissute nelle nostre realtà professionali, che riflette e valorizza tutte le strategie che hanno permesso di mantenere in vita il rapporto medico-paziente, anche attraverso gli strumenti digitali della comunicazione a distanza.

Bibliografia

1. Carr MJ, Wright AK, Leelarathna L, et al. Impact of COVID-19 on diagnoses, monitoring, and mortality in people with type 2 diabetes in the UK. *Lancet Diabetes Endocrinol* [2021, 9: 413-5](#).
2. Ministero della Salute. [Covid-19: situazione nel mondo](#) (ultimo accesso 2 settembre 2021).
3. Sistema di Valutazione delle Performance. <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php> (ultimo accesso 2 settembre 2021).
4. Bashshur RL, Shannon G, Krupinski EA, et al. Sustaining and realizing the promise of telemedicine. *Telemed J E Health* [2013, 19: 339-45](#).
5. Pfiester E, Gomber A, Rojas D, et al. Implications of the covid-19 pandemic on chronic care: global perspectives from people with type 1 diabetes. *BMJ Opinions* [2020 Nov 06](#).
6. Ceccato F, Voltan G, Sabbadin C, et al. Tele-medicine versus face-to-face consultation in endocrine outpatients clinic during COVID-19 outbreak: a single-center experience during the lockdown period. *J Endocrinol Invest* [2021, 44: 1689-98](#).
7. Chen AH, Murphy EJ, Yee HF. eReferral — A new model for integrated care. *N Engl J Med* [2013, 368: 2450-3](#).
8. Agrimi D, Lombi L, Maturo A. La gestione integrata delle malattie croniche: un modello biosociale per le endocrinopatie. *Salute e Società* [2017, 16: 167-83](#).
9. Sanità digitale oltre l'emergenza: più connessi per ripartire. <https://www.osservatori.net/it/prodotti/formato/video/sanita-digitale-emergenza-piu-connessi-per-ripartire-video>.