



Teleoftalmologia. Un approccio etico

In questi ultimi anni si parla molto di Telemedicina come prospettiva futura dell'Oftalmologia, soprattutto nell'ambito di un Servizio Sanitario sempre più congestionato e antieconomico.

L'approccio diagnostico e terapeutico a distanza è ormai per molti aspetti della medicina una realtà, portato sino alla possibilità di poter effettuare interventi chirurgici a distanza. In molte aree del mondo la Telemedicina si rende altresì necessaria per poter portare la Medicina stessa in aree che per varie ragioni non siano facilmente gestibili dal punto di vista sanitario.

Per quanto riguarda l'Oftalmologia si comincia a ragionare sulla possibilità di un approccio che permetta di fornire prestazioni sanitarie oftalmologiche a distanza o in assenza fisica di un medico. Ci siamo chiesti se, essendo un campo ancora inesplorato e viste le peculiarità della Oftalmologia, che richiede un approccio strumentale molto complesso sia per quanto riguarda la diagnosi che la terapia, fosse possibile delineare una Etica della Teleoftalmologia, come bussola per tutti i colleghi che si troveranno ad affrontare questa nuova modalità operativa del futuro.

La domanda principale a cui crediamo si debba rispondere è la seguente:

QUALE È IL SENSO VERO DI UNA TELEOFTALMOLOGIA?

Possibili risposte possono essere:

- rendere più fruibile in termini di attesa ed economici le prestazioni all'assistito
- avvicinare medico e paziente quando la logistica e/o le situazioni contingenti (attualmente il COVID) rendono difficile un incontro
- occasione per un rapporto di consulenza con colleghi esperti nelle sottospecializzazioni in cui è ormai ripartita la nostra specialità

Noi riteniamo che la Teleoftalmologia possa essere uno strumento per avvicinare medico e paziente, e facilitare l'interazione, auspicabile se usata in modo Etico, cioè con la capacità di favorire l'incontro e l'alleanza terapeutica, che deve restare sempre il faro della nostra attività. È del tutto evidente che la prestazione diagnostica (a distanza) abbia un significato importante, ma riteniamo che da sola sia insufficiente alla cura della persona, se il nostro fine è PRENDERSI CURA



della persona in toto, inquadrando la diagnosi non solo come mera patologia d'organo ma inserendola nel contesto del vissuto del paziente. Questo approccio implica inevitabilmente una conoscenza del paziente che vada oltre l'analisi dell'esame in sé.

Ma partiamo dalle basi.

La Treccani determina con chiarezza il concetto della parola

Visita:

visita s. f. [der. di visitare]. – 1. a. Il fatto di recarsi a casa di una persona o di una famiglia, per il piacere di rivedersi e di conversare insieme o per motivi particolari, o di andare comunque a trovare qualcuno, in casa o altrove, per cortesia o per affetto, per offrirgli compagnia, aiuto o conforto, o per dovere

Visita medica:

V. medica, o semplicem. visita, l'osservazione e l'esame che il medico fa sul malato per diagnosticare eventuali infermità o per accertamenti specifici: il medico mi ha fatto una v. accurata, scrupolosa; v. di controllo, cui ci si sottopone senza avere apparenti malattie ma solo per controllare lo stato generale dell'organismo, o anche cui si viene sottoposti, dopo una precedente visita, per ulteriori accertamenti; passare visita o la v., sottoporsi alla visita medica necessaria all'accertamento delle condizioni fisiche richieste per l'arruolamento nelle forze armate (detta v. di leva, quando vigeva l'obbligo del servizio militare) o per l'assunzione in un ufficio, per stipulare un contratto di assicurazione e sim.; marcare v., nel gergo militare ma anche nel linguaggio fam., darsi malato; v. del medico fiscale o v. fiscale, quella disposta dagli organi direttivi di un ente per accertare che l'indisponibilità di un dipendente è dovuta a malattia, e per determinare il periodo di assenza dal servizio per malattia; v. sanitaria, controllo mirante a stabilire le condizioni sanitarie di un ambiente e di una comunità; in partic., quello che le autorità portuali debbono esercitare sopra ogni nave al suo arrivo, prima di concederle libera pratica con la terra.

Il successo terapeutico non dipende soltanto dalla bontà dei farmaci e della chirurgia che applichiamo e dalla nostra potenza diagnostica in termini tecnologici ma si basa soprattutto sul incontro diretto, supporto e conforto dato dal medico e dalla fiducia che la persona curata pone nelle nostre mani. Per quanto possa sembrare incredibile la terapia inizia prima della diagnosi e



comincia nel momento in cui si instaura la relazione tra il medico e il paziente. È giusto intendere il colloquio come un utilissimo strumento per comunicare con l'altro, affrontando la sofferenza del malato, piuttosto che intenderlo come metodo per interrogarlo: il medico si confronta con il malato, non con la malattia. Lo scopo del colloquio è quello di consentire al malato di esprimersi, di rivelarsi completamente e questo molto spesso riveste valore terapeutico. Il colloquio dev'essere un dialogo, perché è proprio il dialogo che consente ai partecipanti di mettersi totalmente in gioco. Nel dialogo cessa la chiusura difensiva per aprirsi al punto di vista dell'altro in virtù della comune intenzione, che è quella di individuare le vere cause della sofferenza/malattia, la vera realtà dei fatti.

La relazione medico/paziente è fondamentalmente di sostegno, si fa carico del soggetto, si prende cura. La malattia è sempre una esperienza regressiva, il malato e il medico si incontrano sul campo pieno di paure e tensioni. Su uno sfondo del genere si crea una intimità fisica ed emotiva particolare, tipica della relazione tra medico e paziente. Normalmente in tutte le relazioni di intimità intensa si attiva un processo che è comunemente conosciuto come transfert. Per transfert si intendono la moltitudine di sentimenti compresi quelli più comuni (la simpatia, se il medico è "umano", oppure l'antipatia, se è freddo o intollerante).

"Visitare" deve continuare a significare la prossimità con il paziente, un rapporto personale e diretto tra il medico e il paziente e non uno scambio sterile di informazioni con interposte altre figure e completa tecnicizzazione delle prestazioni, altrimenti si corre il rischio di non sviluppo dell'essenziale rapporto di fiducia tra il curante e il curato e un'accentuazione della conflittualità già in preoccupante aumento.

Crediamo che le interazioni tra il medico e il paziente vadano arricchite da un rapporto più umano e scorrevole, quindi sentiamo la necessità di presentare un concetto diverso e meritevole di maggior attenzione rispetto alla usuale medicina basata sull'evidenza scientifica, indispensabile nella richiesta costante di applicazione dei protocolli e aumentato numero di richieste di assistenza. Per "Medicina Narrativa" s'intende una metodologia d'intervento clinico assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa, come indicato dall'Istituto Superiore di Sanità. La "Medicina Narrativa" nasce come controproposta a un modello di gestione scientifica "fredda" della Medicina basata sull'Evidenza, tuttavia la Medicina Narrativa non rinnega l'approccio scientifico né la Medicina basata sull'Evidenza: la connotazione "qualitativa" che usualmente è attribuita alla medicina narrativa, non crea ostacoli, ma da una spinta ad utilizzare procedure e protocolli il più possibile rigorosi e ripetibili. Medicina Narrativa vuol dire fare medicina ponendo al



centro del percorso di guarigione il paziente e non la sua malattia. Questo concetto lo riteniamo fondamentale in un campo così impegnativo come la Teleoftalmologia. La sempre più preponderante influenza della tecnologia, spesso gestita dalle figure non mediche instaura maggiori distanze nella relazione medico-paziente. Il metodo medico – narrativo – psicologico di dialogo può far arricchire questo rapporto che sia anch'esso terapeutico con lo scopo di accompagnare il malato durante il percorso di guarigione. Alla luce di questo, vogliamo delineare un approccio etico delle possibili applicazioni della teleoftalmologia al fine di evidenziarne gli aspetti desiderabili e quelli più problematici.

Teleconsulto con videochiamata. Sicuramente qui il rapporto con il medico è essenziale e presente: c'è una esplicita presa in carico del paziente da parte del medico, la videochiamata consente il contatto visivo, che di sicuro è molto di più della semplice telefonata. Il problema qui è tecnico, perché la visita oculistica prevede l'impiego di apparecchiature che non possono essere sostituite da una app di uno smartphone. La sola telecamera, per quanto avanzata, non consente un esaustivo esame obiettivo. Di conseguenza, pur eticamente valido ed auspicabile, il teleconsulto con videochiamata non consente altro che consigli relativi a terapie già in essere o a dubbi o domande che il paziente possa avere. Sono da proscrivere gli azzardi di diagnosi o, peggio, di terapie. Riteniamo che la videochiamata abbia un valore superiore alla chiamata telefonica, per la presenza del contatto visivo. Diventa estremamente utile, anche se ovviamente non comparabile ad una visita in studio in casi di pazienti con grossi problemi di trasporto o in situazioni logistiche geografiche che ne limitano lo spostamento.

Esecuzione di esami con refertazione da remoto. Si tratta di locali o di automezzi attrezzati con strumentazione diagnostica. Il paziente effettua l'esame assistito da un tecnico specializzato in ambito sanitario. L'esame viene poi inviato per via telematica ad un medico che lo referta. Il referto viene poi reinviato o alla struttura che ha effettuato l'esame o al paziente sempre per via telematica. Una possibile variante è la valutazione, ad esempio, della retina eseguita direttamente dai diabetologi o dai medici di medicina generale ed inviata ad un oculista per la refertazione, sempre per via telematica, per lo screening della retinopatia diabetica o della retinopatia ipertensiva. Non si tratta in realtà di nulla di nuovo: è prassi che il medico prescriva degli esami che non esegue poi personalmente. Il paziente viene invitato a recarsi in un centro dove esegue l'esame, riceve un referto che poi consegna al medico richiedente. Il rapporto medico paziente non è in questo caso in discussione. Si presentano però altri aspetti molto delicati. Ad esempio, è importante che l'operatore sia un sanitario (assistente in Oftalmologia, infermiere professionale con cognizioni sull'esecuzione di esami oftalmologici). È fondamentale che l'esecuzione dell'esame



non diventi un pretesto per altri scopi commerciali. L'esempio classico è l'ottico che possiede apparecchiatura medica avanzata, che potrebbe utilizzare la telerefertazione per rivestire di valore una prestazione il cui fine è mimare una visita oculistica per vendere occhiali, lasciando credere di poter surrogare il ruolo del medico. A tale scopo riteniamo necessario che la richiesta di un esame avvenga strettamente in un contesto di visita medica, e che di conseguenza non si possano refertare esami che non siano corredati da richiesta medica. Tale richiesta deve essere esaustiva, correlata di quesito diagnostico, del tipo di esame richiesto e di eventuali indicazioni delle aree da indagare.

Videoconsulenza con l'esperto. La visita sarebbe gestita in presenza da un oculista nel proprio studio con la presenza in remoto di un altro oculista, che segue la visita con strumenti connessi al proprio videoterminale. L'idea di far gestire la visita integralmente in remoto con la collaborazione di un sanitario (es. assistente in oftalmologia) che esegue le manovre dietro indicazione in collegamento video del medico a cui si è rivolto il paziente non ci trova d'accordo dal punto di vista etico perché:

- la visita medica viene in questo caso gestita in prima persona da personale sanitario, ma non medico, essendo il medico una immagine su uno schermo, presente, ma "lontano".
- il paziente si rivolge al medico per una visita e il rapporto medico – paziente non può essere interrotto da un'intermediazione di un'altra figura. Il paziente si sentirebbe privato dell'esclusività del rapporto che ha con il medico con il rischio di sentirsi meno "visitato e curato"
- Esiste il rischio concreto che ci possano essere abusi: ad esempio la possibilità che un unico medico gestisca a distanza più visite contemporaneamente, lasciando di fatto che la visita venga eseguita dal tecnico in tutto e per tutto.

L'unica possibilità eticamente corretta sarebbe quindi una consulenza da parte di un collega più esperto in materia che ci aiuta in videoconsulenza nell'approfondimento della condizione del nostro paziente. Decisamente lo scopo è favorire il rapporto col medico, quindi eticamente raccomandabile: il medico è sempre presente in video, e è anche presente un medico dal vivo. Nel primo caso il vantaggio è consentire una seconda opinione da parte di un medico esperto senza spostare il paziente. Questo ultimo si trova curato contemporaneamente da due medici, rafforza il



senso di protezione nei suoi confronti ed è rassicurato, il rapporto di stima tra i due medici permette un rafforzamento del rapporto con il paziente, che non sentirà o sentirà in misura minore la necessità di un altro consulto. In questo caso entra in gioco ancor di più il rapporto tra i due medici, soprattutto di quello al di là dello schermo che deve preoccuparsi di dar valore e di non sminuire mai la figura del medico che chiede il consulto.

Esiste la possibilità oggi di eseguire una serie di esami refertabili a distanza che, messi in ordine logico, mimano una visita oculistica. Si tratta sostanzialmente di una struttura con un posto per il paziente, al quale vengono somministrati esami che si eseguono in automatico, comandati da un operatore che deve solo avviare lo strumento ed inserire dati anagrafici e anamnestici semplificati (domande chiuse). Al termine dell'esame, analogamente alla telerefertazione vista sopra, si inviano i risultati per via telematica ad un medico che da remoto interpreta e referta. Chiamare visita oculistica questa procedura appare assolutamente inadeguato. Il medico non è che un refertatore ubicato altrove che nulla conosce, nulla può chiedere, nulla vede se non gli esiti degli esami. Il tutto appare come una sorta di distributore automatico di pseudovisite oculistiche. Riteniamo che questa procedura sia da proscrivere. Unica possibile eccezione, l'impiego di questa strumentazione come controllo di un quadro già noto, che il medico refertatore sia il proprio oculista curante e che quest'ultimo poi spieghi a voce, magari con videochiamata al paziente la situazione riscontrata e i provvedimenti da prendere.

Non propriamente inquadrabile nella Teleoftalmologia, ma che ha un futuro molto interessante è la condivisione di casi complessi in gruppi social orientati e specialistici o in chat con le stesse caratteristiche in cui un medico abbia la possibilità di discutere delle possibili implicazioni diagnostiche e terapeutiche, inquadrando anamnesticamente il paziente, ricevendo informazioni e guide all'approccio medico e chirurgico per quei determinati casi. Questo oltre a consolidare i rapporti nella comunità scientifica, permette un miglior servizio diagnostico per il paziente, che si relazionerà sempre con il suo medico di riferimento. Questo permette di elevare il rapporto di consulenza e anche la qualità delle visite incrementando il livello di conoscenza e possibilità di una diagnosi veloce e corretta anche nel caso delle condizioni rare e/o complesse escludendo la tendenza sempre più diffusa del paziente di farsi una sua opinione sul "dottor Google".

Un'altra possibile applicazione in funzione del paziente è quella già esistente di gruppi orientati per patologie in cui siano SOLO i medici a rispondere, medici che forniscono questo servizio obbiettivamente per mero amore della Medicina e di servizio al paziente, e non per lucro o interessi personali.



In conclusione, l'oftalmologia è la specializzazione della medicina che per le sue peculiarità (l'impiego di apparecchiature altamente sofisticate) può sembrare quella che più di ogni altra si possa giovare dello sviluppo tecnologico rappresentato dalla telemedicina. Al contrario, gli ambiti di utilizzo son in realtà ben delimitabili e l'approccio (del medico e delle strutture dove esercita) deve essere attento e consapevole, con lo sguardo sul paziente e non sulla prestazione evitando il rischio di un rapporto con il paziente distante e impersonale, e soprattutto l'altissimo rischio di possibili abusi da parte di persone ed aziende con pochi scrupoli.

Come sempre quando si entra nel campo Etico molto viene lasciato alla sensibilità e all'attenzione del medico a questo ambito, ma speriamo di aver fatto chiarezza almeno sul campo di delimitazione di questa che possibilità tecnologica, perché come sempre non è mai la tecnologia ad essere negativa, ma essendo uno strumento, l'uso positivo o negativo dipende sempre e solo dall'operatore, che non deve mai dimenticare la sua Umanità.

Vuga Ana Grgić – referente AIMO Veneto

Marco Gusmeroli – consigliere AIMO

Lorenzo Galli – vicepresidente AIMO