

Vi è un ruolo della telemedicina nella gestione dell'obesità?

Santo Morabito

CdA Fondazione ADI, Messina

Nella seduta del 10 luglio 2012 l'Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità ha approvato le Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina, pubblicate dal Ministero della Salute in data 17 marzo 2014. (1)

Alcune iniziative erano già in atto, fundamentalmente rivolte alle Emergenze Sanitarie, per agevolare la gestione dei pazienti critici direttamente sul luogo del recupero e nelle più vicine strutture sanitarie sprovvisti di servizi specialistici. Trasmissione di tracciati ECG, parametri vitali, immagini e dati sanitari per indicazione terapeutica.

L'emergenza Coronavirus con la difficoltà di gestione dei pazienti a domicilio, la necessità di riattivare tutte le prestazioni ambulatoriali in sicurezza, hanno dato un impulso all'erogazione di prestazioni sanitarie a distanza, in prima istanza per le visite di controllo e di aggiornamento di piani terapeutici.

Nel tentativo di fare ordine tra le molteplici iniziative a livello nazionale, che troppo spesso si riconducevano a sperimentazioni, prototipi, progetti, caratterizzati da casistica limitata ed elevati fallimenti, il 17 Dicembre 2020 è stato sancito dalla Conferenza Stato Regioni, l'accordo sul documento "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", e con esso la telemedicina è entrata nel sistema sanitario nazionale a tutti gli effetti. (2)

Le prestazioni di telemedicina divengono formalmente prestazioni del SSN, saranno tariffate, rendicontate e sottoposte a ticket se previsto e tocca alle singole regioni darne attuazione. L'Accordo precisa quali prestazioni sono erogabili, tenendo conto anche dei profili di sicurezza, adesione e consenso dei pazienti e dei loro eventuali caregiver, che dovranno essere disponibili per il personale sanitario gli strumenti di telecomunicazione e in particolare viene previsto un centro di coordinamento tecnico per gestire le varie attività regionali.

Sono considerate: la televisita con medico e paziente collegati a distanza, il teleconsulto medico tra medici collegati, la teleconsulenza tra medico e sanitario o tra sanitari, la teleassistenza delle professioni sanitarie verso il paziente, la telerifertazione degli esami in remoto. Il documento non tratta invece di teleriabilitazione, telecertificazione e telemonitoraggio, rinviati ad altro "paper"; sconsiglia le prestazioni a distanza su pazienti acuti, cronici riacutizzati o fragili nonché su pazienti non ben trattabili a domicilio.

Sono inserite patologie di particolare rilievo per la governance del SSN, che per gravità del decorso clinico, per la diffusione tra la popolazione e/o per impegno economico siano di rilievo per la governance del SSN. Vengono riportati come esempi tipici le patologie cardiovascolari, respiratorie, endocrinologiche e del metabolismo, le patologie autoimmuni, le malattie rare, le malattie psichiatriche e i disagi psicologici, le disabilità, le condizioni cliniche di interesse chirurgico che necessitano di particolari attività diagnostiche in

preparazione dell'intervento e/o di specifiche procedure di controllo del decorso post-operatorio.

Il SSN ancora oggi, nonostante l'approvazione della mozione parlamentare che impegna il governo alla prevenzione e alla terapia dell'obesità, non la riconosce una malattia cronica, altamente invalidante ed importante fattore di rischio per lo sviluppo di malattie non trasmissibili che poi rientreranno tra le patologie di particolare rilievo.

Insistono comunque delle criticità che oltre ai problemi organizzativi e strumentali riguardano il rapporto medico, paziente, tecnologia

Le sfide che riguardano il Sanitario sono le resistenze culturali al mezzo e al cambiamento implicato, paura di una frammentazione della relazione e della presa in carico, paura legata alla privacy e alla gestione dei dati personali, mancanza di evidenze scientifiche che misurino l'efficacia in termini di outcome clinici, engagement e benessere dei pazienti.

Sul Web si rincorrono le proposte di trattamenti a distanza da parte di Centri privati dedicati al trattamento dell'obesità. Vantano nella loro esperienza efficacia addirittura maggiore rispetto alla terapia "tradizionale", individuano i motivi logistico, geografico o personale, indispensabili alla fidelizzazione per programmi di visite settimanali, da effettuare dopo l'incontro in presenza per la diagnosi e il piano terapeutico.

Ma cosa dicono le evidenze scientifiche a supporto?

Pochi i lavori presenti in letteratura, di cui molti pubblicati all'inizio dell'anno, incoraggiati dall'esperienza della pandemia che ci ha costretto a sfruttare al meglio le tecnologie di comunicazione a distanza. Tendono ad indagare la possibilità di impiego della telemedicina soprattutto in aree rurali, in considerazione di una maggiore incidenza di obesità rispetto alla popolazione urbanizzata, uno stile di vita peggiore con sedentarietà, minore apporto di fibre e consumo di frutta e maggiore di bevande zuccherate, un ambiente obesogeno con una maggiore difficoltà all'accesso ai servizi di gestione della patologia.

Supportati da indagini che hanno evidenziato l'entusiasmo espresso dagli anziani di aree rurali per l'uso di tecnologie di telecomunicazione mobile e multimediale integrate in sistemi di erogazione dell'assistenza sanitaria per migliorare la loro salute, (3,4) la maggior parte degli studi si rivolgono agli anziani residenti in queste aree.

Evidenziano che gli anziani possono impegnarsi nell'uso del monitoraggio remoto e, quando serviti da reti strutturali, non hanno difficoltà ad usare la tecnologia. Si possono configurare come studi di fattibilità per strutturare interventi su larga scala ma al contempo dimostrano che gli interventi sono sicuri, migliorano le condizioni fisiche e ritardano la disabilità.

Uno studio di Batsis (5) di 6 mesi, non randomizzato, non in cieco, a braccio singolo in adulti di età ≥ 65 anni, utilizza il monitoraggio remoto e la tecnologia video sincrona. In una coorte prevalentemente femminile di 53 partecipanti, evidenzia che un intervento sull'obesità basato sulla tecnologia è fattibile e accettabile per gli anziani con obesità e può portare alla perdita di peso significativa ($p < 0,001$) e al miglioramento della funzione fisica ($p < 0,001$).

Befort (6) confronta gli effetti di un trattamento fornito da visite di gruppo in clinica e visite di gruppo telefoniche su oltre 1400 obesi, dai 20 ai 75 anni, di una popolazione rurale, seguiti per almeno 2 anni. Non evidenziava differenze significative di perdita di peso tra i due gruppi.

Le maggiori evidenze scientifiche sono comunque in ambito pediatrico con studi di intervento randomizzati, prediligono realtà rurali e coinvolgono la famiglia.

Davis (7) in un campione di 58 bambini rurali e le loro famiglie indaga in uno studio controllato randomizzato il comportamento, l'alimentazione, la fattibilità e la fedeltà, tramite telemedicina rispetto a un intervento standard di visita medica, concludendo che entrambi i metodi forniscono una buona risposta per il trattamento dell'obesità pediatrica.

Lipana (8) copre con la telemedicina più di 20 cliniche rurali in California. Confronta i risultati con il classico approccio face-to-face negli ultimi 5 anni, 121 vs 122 del gruppo di controllo. Il gruppo TM ha mostrato un miglioramento sostanziale sia per la nutrizione che per l'attività fisica. Suggestisce che la telemedicina è una strategia fattibile per aumentare l'accesso alle cure mediche per l'obesità infantile nelle comunità rurali e promuovere cambiamenti nello stile di vita con l'obiettivo di mantenere un peso sano.

Un progetto pilota (9) indaga la qualità dell'assistenza e la soddisfazione dei genitori, tra le consultazioni effettuate faccia a faccia e la telemedicina. In un campione di 54 pazienti (22 TM, 32 FtF) non c'era alcuna differenza significativa tra le due metodiche per cui, nonostante il limite della dimensione del campione suggerisce che la telemedicina può migliorare l'accesso a un'assistenza di qualità nelle aree rurali svantaggiate.

Alle stesse conclusioni giunge un altro studio pilota sull'obesità infantile (10) che confronta i risultati tra visita specialistica in presenza e televisita specialistica. Il campione è sempre limitato (N=40) ma i gruppi sono stati randomizzati ed utilizzato un protocollo cross-over per 12 mesi.

Un trial randomizzato della durata di 5 settimane, per genitori e bambini sovrappeso/obesi reclutati attraverso la rete scolastica, (11) centrato su interventi telefonici per promuovere l'assunzione di alimenti a basso indice glicemico o poveri in grassi, in entrambi i gruppi, LowGL ($p = 0,01$) e Low Fat ($p = 0,03$), raggiunge la significatività statistica al basale.

Il confronto tra telemedicina e il contatto telefonico in un campione randomizzato, sempre di aree rurali, 103 bambini e le loro famiglie in un intervento comportamentale multidisciplinare (12) non ha mostrato differenze significative sugli esiti primari considerati: IMC di bambini e genitori e il comportamento alimentare.

I benefici della telemedicina nel trattamento dell'obesità infantile, su alimentazione, attività fisica e peso sembrano estendersi anche agli adolescenti, (13) in uno studio retrospettivo in 139 bambini e adolescenti, residenti rurali, che mostrano un miglioramento della dieta, dei livelli di attività fisica, del peso.

Per ultimo una review (14), pubblicata nel Febbraio scorso, esamina tutti gli studi dell'ultimo decennio che hanno utilizzato la comunicazione telematica tra famiglie e specialisti nella gestione dell'obesità pediatrica, confrontando i risultati tra questa modalità

e in presenza. La telemedicina utilizzata sia in aree rurali che urbane, risolve numerosi ostacoli logistici nella gestione dell'obesità pediatrica, legati al tempo, alla distanza e alla disponibilità economica.

Tutti gli studi esaminati hanno dimostrato la soddisfazione dei pazienti e della famiglia e la non inferiorità dell'efficacia clinica, misurata dal miglioramento del peso e dai tassi di drop-out. La mancanza di significatività statistica in alcuni studi può essere attribuita alla durata limitata e alle dimensioni della casistica.

Nella realtà italiana in questi ultimi periodi, con le restrizioni indotte dalla pandemia COVID-19, la persona con obesità ha avuto notevoli difficoltà a raggiungere il proprio centro di cura e fasi di assenza assistenziale specialistica che hanno indotto, un peggioramento della malattia obesità e delle sue complicanze.(15,16)

Durante il lockdown 26 Centri Obesity Day dell'ADI hanno effettuato una Survey, su 1232 pazienti (72% donne) età $50,2 \pm 14,2$ aa, tutti con obesità di 2/3 classe, i cui dati finali sono in corso di pubblicazione: *“Determinants of weight, psychological status, food contemplation and lifestyle changes in obese patients during COVID-19 lockdown: a nationwide survey using multiple correspondence analysis”*. I dati evidenziano che il mancato contatto (37,5% del campione) con il proprio Centro/Specialista di riferimento, rispetto a chi ha avuto questa possibilità (62,5%), sia fortemente correlato all'aumento di peso ($p < 0,001$). La tipologia di contatto è stata quella più confacente alla disponibilità del paziente: telefono, social, videochiamate, e-mail.

In linea con tutti gli studi presentati anche noi suggeriamo che qualunque metodica a distanza, anche la più semplice, sia in grado, indipendentemente dall'età, di ingaggiare il paziente e promuovere cambiamenti non inferiori al trattamento in presenza cui eravamo abituati.

Siamo certamente lontani da un comportamento che garantisca privacy e sicurezza ma dimostra inequivocabilmente che l'uso della tecnologia è da perseguire e da implementare in attesa della creazione di una rete di collegamento funzionante tra medici e pazienti, un portale web, digitalizzazione, crittografia. Una lunga strada ancora da percorrere perché questi requisiti, indispensabili per l'accreditamento delle prestazioni di telemedicina a carico del SSN, diventino realtà.

Bibliografia:

- 1) Ministero della Salute TELEMEDICINA - Linee di indirizzo nazionali (https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2129)
- 2) Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. (<http://www.statoregioni.it/media/3221/p-3-csr-rep-n-215-17dic2020.pdf>)
- 3) Batsis JA, Naslund JA, Zagaria AB, Kotz D, Dokko R, Bartels SJ, Carpenter-Song E. : Technology for Behavioral Change in rural older adults with obesity. J Nutr Gerontol Geriatr. 2019;38(2):130–48.
- 4) T.Trivedi, J.Liu, J.Probst, A.Merchant, S.Jhones, A.B.Martin: Obesity and obesity-related behaviors among rural and urban adults in the USA; Article in Rural and Remote Health 15:

- 5) J.A. Batsis, C.L. Petersen, M.M. Clark, S.B. Cook, D.Kotz, T.L. Gooding, M.N. Roderka, R.I. Al-Nimr, D.Pidgeon, A.Haedrich, K. C. Wright, C.Aquila, T.A. Mackenzie: Feasibility and acceptability of a technology-based, rural weight management intervention in older adults with obesity; BMC Geriatrics volume 21, Article number: 44 (2021)
- 6) C.A. Befort, J.VanWormer, C.Desouza, E.F. Ellerbeck, B.Gajewski, K.S. Kimminau, A.Greiner, M.G. Perri, A.R. Brown, R.D. Pathak, T.Huang, L.Eiland, A.Drincic: Effect of Behavioral Therapy With In-Clinic or Telephone Group Visits vs In-Clinic Individual Visits on Weight Loss Among Patients With Obesity in Rural Clinical Practice: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2021;325(4):363-372. doi:10.1001/jama.2020.25855
- 7) A.McGrath Davis, M.Sampilo, K.S.Gallagher, Y.Landrum, B. Malone: Treating rural pediatric obesity through telemedicine: outcomes from a small randomized controlled trial. J Pediatr Psychol. 2013 Oct;38(9):932-43. doi: 10.1093/jpepsy/jst005. Epub 2013 Feb 21.
- 8) L.S.Lipana, D.Bindal, J.Nettiksimmons, U.Shaikh: Telemedicine and face-to-face care for pediatric obesity; Telemed J E Health. 2013 Oct;19(10):806-8. doi: 10.1089/tmj.2012.0292. Epub 2013 Aug 27.
- 9) K.W. Mulgrew , U.Shaikh, J.Nettiksimmons: Comparison of parent satisfaction with care for childhood obesity delivered face-to-face and by telemedicine; Telemed J E Health. 2011 Jun;17(5):383-7. doi: 10.1089/tmj.2010.0153. Epub 2011 Apr 14.
- 10) A Fleischman, S E Hourigan, H N Lyon, M G Landry, J Reynolds, S K Steltz, L Robinson, S Keating, H A Feldman, R C Antonelli, D S Ludwig, C B Ebbeling: Creating an integrated care model for childhood obesity: a randomized pilot study utilizing telehealth in a community primary care setting; Clin Obes. 2016 Dec;6(6):380-388.
- 11) E.T. Rhodes, L. Vernacchio, A.A. Mitchell, C. Fischer, P. Giacalone, D.S. Ludwig, C.B. Ebbeling: A telephone intervention to achieve differentiation in dietary intake: a randomized trial in paediatric primary care; Pediatr Obes. 2017 Dec;12(6):494-501.
- 12) A.M. Davis, M. Sampilo, K.S. Gallagher, K.Dean, M.B. Saroja, Q.Yu, J.He, N. Sporn: Treating rural paediatric obesity through telemedicine vs. telephone: Outcomes from a cluster randomized controlled trial; J Telemed Telecare. 2016 Mar;22(2):86-95.
- 13) U. Shaikh, S.L. Cole, J.P. Marcin, T.S. Nesbitt: Clinical management and patient outcomes among children and adolescents receiving telemedicine consultations for obesity; Telemed J E Health. 2008 Jun;14(5):434-40.
- 14) S. DeSilva, S. S. Vaidya : The Application of Telemedicine to Pediatric Obesity: Lessons from the Past Decade. Telemedicine and e-Health Vol. 27, No. 2; Published Online: 11 Feb 2021 <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0314>
- 15) Scarmozzino F., Visioli F.: Covid-19 and the Subsequent Lockdown Modified Dietary Habits of Almost Half the Population in an Italian Sample. Foods, Brief Report
- 16) L Di Renzo, P Gualtieri, F Pivari, L Soldati, A Attinà, G Cinelli, C Leggeri, G Caparello, L Barrea, F Scerbo, E Esposito, A De Lorenzo: Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. J Transl Med (2020) 18:229

