



Oltre l'emergenza ... I MARTEDÌ per la SALUTE

i webinar CGIL sul **welfare socio-sanitario**

dalle ore 16 alle ore 18

la contrattazione per

Assistenza socio sanitaria a distanza: nuove tecnologie per la salute e le cure

7 luglio ore 16

La telemedicina: i perché della non applicazione in Italia

Giovanna Vicarelli

Premessa: un ritardo conclamato

Noi oggi parliamo di telemedicina con l'obiettivo di sostenerne l'utilizzo nelle forme più ampie possibili, sia in questa fase di emergenza da Covid-19, sia per quando usciremo da tale emergenza. In realtà sono passati 70 anni dai primi esperimenti, tendenti ad utilizzare le telecomunicazioni in campo sanitario (USA fine anni 50, primi anni 60). Le prime esperienze nascono dal monitoraggio del sistema cardiocircolatorio degli astronauti nello spazio, per assicurare agli stessi un'assistenza sanitaria il più possibile efficace. Se, in una prima fase sono essenzialmente i privati che si impegnano in tale ambito, già all'inizio degli anni Settanta è il National Center for Health Service Research a promuovere e finanziare ricerche applicate con esperimenti di vario tipo, volti ad assicurare una migliore assistenza sanitaria a comunità sparse sul territorio. Le finalità di tali ricerche ed interventi riguardarono principalmente l'emergenza, l'educazione sanitaria e l'aggiornamento professionale del personale medico ed infermieristico. Sono anche di questo periodo i collegamenti tra il Norfolk State Mental Hospital ed il Nebraska Psychiatric Institute per consulti medici.

L'Italia conosce le sue prime esperienze di trasmissione di segnali bio-medicali 50 anni fa, quando la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" si interessa della Telemedicina nata dalle imprese spaziali e sperimenta un prototipo di Cardiotelefono; queste ricerche portano nel 1976 alla creazione di un "Comitato per la Telemedicina", il quale, dopo un viaggio negli Stati Uniti, pubblica un primo rapporto che formula proposte operative di assistenza specialistica remota¹.

¹ Tra le prime concrete sperimentazioni da menzionare, sono quelle avviate a Bologna nel 1976 dalla Fondazione Marconi relativamente a ricerche di tele-elettrocardiografia su linee telefoniche commutate, le quali consentivano di rilevare per via trans-telefonica gli elettrocardiogrammi direttamente dall'ospedale al domicilio del paziente senza che il cardiologo si recasse presso di lui. Nello stesso anno, il Centro Studi e Laboratori Telecomunicazioni (CSELT) iniziò una ricerca sulle caratteristiche trasmissive necessarie all'organizzazione del Pronto Soccorso e, successivamente realizzò, d'intesa con la SIP, un collegamento dedicato tra l'Ospedale "S.Giovanni" di Torino ed il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Susa, per il consulto specialistico a distanza.

La domanda, dunque, è perché ci troviamo ancora, dopo 70 anni o dopo 50 anni in Italia, a discutere di questo tema come fosse nuovo? Perché l'Italia è così in ritardo? Purtroppo, la sociologia è abituata ad interrogarsi sui ritardi del nostro paese: quando ho iniziato il mio lavoro universitario il tema centrale di dibattito era il ritardo nello sviluppo economico italiano, o meglio, come alcuni sostenevano allora, la sua specificità. Qui non mi sembra si possa parlare di specificità della situazione italiana, ma di un reale e concreto ritardo. Perché dunque? Le risposte possono essere ricercate su più piani, macro, meso e micro-sociale, guardando, cioè alle dimensioni istituzionali e culturali del tema (macro), a quelle professionali ed organizzative (meso), a quelle degli orientamenti e delle capacità dei singoli (micro).

1 perché della non applicazione

In questa sede penso che si possa fare un brevissimo accenno alla dimensione macro e micro e fare qualche riflessione in più su quella meso.

A livello macro istituzionale, nel 2014 sono state emanate dal Ministero le Linee di indirizzo Nazionali per la telemedicina. Nel documento si legge che a “fronte di una diffusione non organica di servizi sanitari erogati con modalità di Telemedicina, si rende necessario disporre di un modello di governance condivisa delle iniziative di Telemedicina, che deve avere il punto centrale nelle conoscenze specifiche del settore sanitario. È dunque necessaria una armonizzazione degli indirizzi e dei modelli di applicazione della Telemedicina, quale presupposto alla interoperabilità dei servizi di Telemedicina e come requisito per il passaggio da una logica sperimentale a una logica strutturata di utilizzo diffuso dei servizi di telemedicina” (Ministero della Salute 2014, 3). Si ricorda, anche, che nel 2010, il Ministro della Salute pro-tempore Prof. Ferruccio Fazio, aveva istituito in seno al Consiglio Superiore di Sanità (CSS), un Tavolo di lavoro per la Telemedicina, cui partecipavano, componenti del CSS, Direttori Generali e Funzionari del Ministero, esperti del CSS e che le linee guida sono il risultato del lavoro di quel tavolo. Esse “rappresentano il riferimento unitario nazionale per la implementazione di servizi di Telemedicina, ed individuano gli elementi di riferimento necessari per una coerente progettazione ed impiego di tali sistemi nell’ambito del SSN e del più ampio contesto europeo. A tal fine saranno periodicamente aggiornate” (ibidem). Di fatto, le linee guida sono state poi recepite dalle varie Regioni, ma a livello applicativo si è fatto ben poco. A parte qualche esempio virtuoso in Lombardia e in Veneto dove si applica la telemedicina per la gestione dei pazienti cronici e alcuni casi sparsi in altre Regioni in italiane, manca un progetto nazionale unitario, che sia coerente e interoperativo. A livello macro il problema, dunque, risiede non nella mancanza di indirizzo ministeriale, ma nella capacità applicativa delle regioni

A livello micro, il problema risiede nel basso livello di alfabetizzazione digitale e sanitaria della popolazione italiane e, in particolare, delle fasce di età medio-alte, che sono più coinvolte nei processi di cura. Il nostro paese è 24mo fra i 28 Stati membri dell’Ue nell’Indice di digitalizzazione dell’economia e della società (Desi 2019) della Commissione europea per il 2019. Sul fronte del capitale umano, l’Italia si piazza al 26° posto fra gli Stati membri dell’Ue e si trova quindi al di sotto della media. Solo il 44 % degli individui tra i 16 e i 74 anni possiede competenze digitali di base (57 % nell’Ue). La percentuale degli specialisti Ict rimane stabile, sebbene questi abbiano una minore incidenza sulla forza lavoro rispetto all’intera Ue (2,6 % rispetto al 3,7% nell’Ue). Per quanto riguarda i laureati in possesso di una laurea in Ict, l’Italia si posiziona ben al di sotto della media Ue con solo l’1 % di laureati in Ict. Tra le donne che lavorano solo l’1 % è specializzato in Ict. Il 19% degli individui residenti in Italia, quasi il doppio della media Ue, non ha mai usato Internet.

A livello meso, i problemi sono assai più complessi perché attengono, da un lato, alla dimensione organizzativa e, dall’altro, a quella professionale.

Rispetto alla prima occorre considerare che la telemedicina non implica solo una innovazione tecnologica con un suo costo finanziario (comprare, saper usare nuovi macchinari, ammortizzarli ecc.), ma soprattutto una innovazione nel lavoro (nuovi tempi e nuovi metodi di lavoro, ma soprattutto nuove routine e nuove

interrelazioni tra operatori e tra operatori ed utenti). In altri termini, l'uso della telemedicina richiede, alle aziende, un nuovo modo di pensare il lavoro, la divisione del lavoro e i diversi ruoli. Questo aspetto non è facile poiché le routine lavorative sono rigide e tendono a riproporsi continuamente. Rompere le routine è un compito organizzativo complesso e in quanto tale evitato, tanto più quando la quotidianità è impellente e non si hanno le risorse materiali (economiche e lavorative) per approntare il cambiamento (anche quando questo potrebbe risolvere proprio la diminuzione delle risorse che si è avuta nell'ultimo decennio).

Rispetto alla dimensione professionale, il tema non è meno complesso. Da un lato, infatti si intacca la giurisdizione intra ed interprofessionale (fin dove arrivo io, fin dove arrivi tu) ed i relativi compensi, un aspetto anche questo consolidato e fonte di possibili conflitti. Dall'altro lato, si mettono in discussione i rapporti di potere intra ed interprofessionali (quale compito è di un tecnico o di un infermiere e quale del medico?) altrettanto consolidati. Su questo secondo piano, molto scivoloso, in un'epoca di cambiamento generazionale forte, di nuove acquisizioni in termini di riconoscimento ordinistico delle professioni sanitarie, le aziende hanno evitato di entrare.

Speranze per una svolta

Come si è visto, in ognuno dei piani di analisi qui evocati, il livello di complessità è notevole ed è certamente la causa di non applicazione, fino ad oggi, in modo organico e strutturale della telemedicina nel SSN. Tuttavia, il Coronavirus, in soli tre mesi potrebbe aver spazzato via molte resistenze, dando una accelerata al sistema.

A livello macro, l'ISS ha pubblicato un rapporto, dal titolo "Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19", che affronta il tema dei servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria offrendo indicazioni, individuando problematiche operative e proponendo soluzioni utili sostenute dalle evidenze scientifiche, ma anche impiegabili in modo semplice nella pratica. Il decreto Rilancio ne fa cenno all'art.1 in merito alla assistenza territoriale (Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, le Regioni dovranno attivare centrali operative regionali che svolgono funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina. Le Regioni, in relazione alla propria organizzazione, attivano, quindi, questa funzione di coordinamento e comunicazione unitaria, anche telefonica, a servizio dei Mmg, Pls, Mca e loro aggregazioni, il Sisp e servizi territoriali, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio).

A livello micro, abbiamo assistito ad una socializzazione digitale forzata della popolazione che darà forse i suoi effetti (nonostante le diversità sociali e per età).

A livello meso, si sono dovute avviare modificazioni organizzative (in meno misura forse professionali??) impensabili fino allo scorso mese di gennaio (penso solo alla riorganizzazione forzata dell'accesso ai pronti soccorsi o alle modalità di accoglienza su appuntamento dei pazienti). È possibile, quindi, che si siano create, a diversi livelli, condizioni più favorevoli alla messa a regime della telemedicina? Questa la domanda alla quale potremmo rispondere tra qualche tempo, nella consapevolezza, però, che come avviene in ogni cambiamento sociale, esso sarà il risultato di più sinergie.