

Telemedicina e assistenza geriatrica agli anziani nelle aree interne: il caso dell'AULSS 1 Dolomiti di Belluno

Barbara Sena*, Ivan Galligani*

This article presents the results of a case study on a telemedicine service implemented by Belluno Hospital's geriatrics department at a nursing home in a mountainous location. It highlights the challenges involved in caring for elderly people who are unable to care for themselves in disadvantaged areas. Drawing on observations of the service, organisational documentation, and 16 in-depth interviews with all relevant stakeholders, the analysis discusses the added value of the service for guests and nursing home operators. It also considers the preconditions and challenges of using telemedicine to reduce care inequalities for non-self-sufficient elderly people in remote areas.

Keywords: telemedicine; telemonitoring; inner areas; health inequalities; gerontology; nursing home.

Parole chiave: telemedicina; telemonitoraggio; aree interne; disuguaglianze di salute; gerontologia; RSA.

Introduzione¹

L'Italia è uno dei paesi al mondo dove l'invecchiamento demografico è più rapido e preoccupante (ISTAT, 2024). Tale processo riguarda sia le persone che invecchiano con una buona qualità di vita, sia quelle affette da malattie croniche o disabilità. L'ISTAT (2021) evidenzia come il 28,4% della popolazione ultrasessantacinquenne riporti gravi limitazioni motorie, senso-

* Università degli studi di Bergamo. barbara.sena@unibg.it

¹ Studio finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 4, Componente 2, Investimento 1.1, bando PRIN 2022 PNRR D.D. 1409 pubblicato il 14.9.2022 dal Ministero dell'Università e della Ricerca – Titolo del progetto: PRIN 2022 PNRR: ETHICS (ElecTronic Health In ContextS) – CUP F53D23011060001. Pur essendo il presente contributo frutto di un lavoro congiunto e condiviso, sono formalmente da attribuire a Barbara Sena l'Introduzione, il paragrafo 2 e le Conclusioni, mentre a Ivan Galligani i paragrafi 1, 3 e 4.

Salute e Società, XXIV, suppl. 3/2025, ISSN 1723-9427, ISSN e 1972-4845 Doi: 10.3280/SES2025-20399

Copyright © FrancoAngeli.

E' vietata la Riproduzione dell'opera e la sua messa a disposizione di terzi,
sia in forma gratuita sia a pagamento.

Il documento può essere concesso in licenza individuale o istituzionale.

riali e cognitive, mentre il 10,6% segnala gravi limitazioni nelle attività quotidiane. Tale dato, inoltre, tende a salire con l'aumentare dell'età. Di conseguenza, una percentuale crescente di anziani non autosufficienti ha sempre più bisogno di servizi di supporto socioassistenziale e sanitario a lungo termine, la cd. *long-term care* (LTC), che in Italia, tuttavia, vive una situazione di prolungata inerzia istituzionale (Ranci *et al.*, 2024), mancante di una riflessione complessiva sulle implicazioni che la transizione alla "società anziana" comporta per la gestione del sistema sociosanitario (Tomassini *et al.*, 2024). Infatti, lo sbilanciamento progressivo del rapporto tra giovani e anziani a favore di quest'ultimi sta compromettendo le capacità di molti territori nel sostenere i più fragili e soli, soprattutto nelle aree interne (Fiasconaro *et al.*, 2024). In queste, infatti, si assiste a un circolo vizioso per cui aumenta la quota di popolazione inattiva, si riducono le attività economiche e i servizi, e si determina un disincentivo alla residenza di giovani e famiglie, indebolendo così progressivamente le reti di supporto ai bisogni crescenti di una popolazione sempre più anziana (Carrosio, Osti, 2020). Ad aggravare ulteriormente la situazione si aggiunge poi l'ormai cronica riduzione di servizi sanitari e di personale medico e infermieristico (CERGAS, 2023), determinando nuove o crescenti disuguaglianze di salute (Cohen, Greaney, 2023).

In questo contesto, i servizi residenziali per anziani non autosufficienti come le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), pur non rappresentando la soluzione alla cronica carenza di servizi di prossimità (es. cure primarie o assistenza domiciliare), costituiscono tuttavia la principale, talvolta l'unica, possibilità di cura per le persone non autosufficienti (Furnari *et al.*, 2023), in particolare nelle aree interne (Carrosio, Osti, 2020; v. *infra* par. 2).

Ciò nonostante, in un sistema di welfare che vede ancora il peso della sua tradizionale impronta familistica, dove l'aiuto dei familiari rimane una colonna portante dell'assistenza agli anziani, l'effettiva copertura delle RSA risulta comunque insufficiente rispetto alle richieste crescenti. Nelle regioni del Centro-Nord i tassi di copertura tra gli over 75 non autosufficienti sono di poco superiori al 10% (con l'eccezione dell'Umbria e del Lazio, che si fermano al 5 e 3%); mentre nel Sud solo tra l'1 e il 4%. Il Veneto, insieme a Trentino-Alto Adige e Lombardia, ha una copertura di RSA tra le più elevate in Italia, che si attesta al 19% degli over 75 non autosufficienti (Fosti *et al.*, 2024).

Tuttavia, le regioni usano l'etichetta di RSA per riferirsi in realtà a servizi molto diversi, che variano dalla residenzialità sociosanitaria (es. Toscana e Veneto), a strutture di riabilitazione e altri servizi di tipo post e sub-acuto (es. Lazio e Liguria) (Furnari *et al.*, 2023). L'elemento comune è che, a dif-

ferenza delle case di riposo, le RSA, dispongono sempre della presenza costante di personale medico e infermieristico e di altre figure di carattere socioassistenziale e riabilitativo.

Peraltro, queste strutture oggi sono chiamate ad accogliere un universo caratterizzato dall'eterogeneità dei loro ospiti, con livelli di non autosufficienza differenti per qualità e natura, rendendo molto complesse le risposte da fornire sul piano assistenziale. Per tale ragione, laddove sorga un problema di carattere sanitario, difficile da gestire per il personale presente nelle RSA, la soluzione più frequente è il trasporto dell'anziano al pronto soccorso più vicino, una soluzione che, data la loro fragilità socio-emotiva, si rivela però spesso inappropriata e psicologicamente traumatica (Albanesi *et al.*, 2024).

Avendo come riferimento questo scenario, il contributo presenta alcuni dei risultati conseguiti attraverso lo studio di caso di un servizio di telemedicina geriatrica attivato dall'AULSS 1 Dolomiti di Belluno presso una RSA di un'area interna e montana della provincia e finalizzato specificamente a risolvere il problema della gestione delle criticità degli anziani non autosufficienti grazie all'impiego di nuovi strumenti di telemedicina.

Dopo aver presentato brevemente lo stato dell'arte sulla telemedicina in Italia in contesti territoriali critici, l'articolo presenterà alcuni dei risultati emersi dal *case study*, evidenziando il valore aggiunto, le precondizioni e le criticità della telemedicina geriatrica come strumento di riduzione delle disuguaglianze nella cura degli anziani non autosufficienti nelle aree interne. Il lavoro si presenta come esplorativo, ma anche esplicativo delle ragioni di alcune delle criticità emerse dallo studio, in un contesto quale quello della telemedicina geriatrica nelle RSA, ancora del tutto sperimentale e da sviluppare nel contesto sia italiano che internazionale.

1. Telemedicina e anziani non autosufficienti nelle aree remote: stato dell'arte

Nonostante se ne parli da molti anni, la diffusione della telemedicina, sia in Italia che all'estero, è ancora relativamente limitata. La letteratura individua numerose barriere e ostacoli alla diffusione di queste pratiche, spesso non facilmente solvibili in assenza di continuità negli investimenti e di un'estesa revisione normativa (Botrugno, 2018; Hashiguchi, 2020; Saigi-Rubió *et al.*, 2022).

Nel contesto italiano, il Ministero della Salute ha promosso delle prime linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina già nel 2012, in una fase in cui

varie iniziative di riforma della sanità territoriale (per es. Legge Balduzzi) si muovevano nella direzione dello «spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio» (MdS, 2012, p. 3). In tale contesto, la telemedicina era vista come strumento per la gestione domiciliare delle cronicità, garantendo la continuità delle cure e l'accesso ai servizi (da remoto) anche per i territori più isolati. Tuttavia, l'assenza di chiare indicazioni operative e normative specifiche e di fondi dedicati ha impedito un largo sviluppo di questi servizi, se non a livello di singole sperimentazioni, spesso estemporanee (AGENAS, 2021).

L'avvento della pandemia di Covid-19 ha iniziato a mutare il contesto. Per fronteggiare l'impossibilità di erogare molti servizi in presenza a causa del distanziamento fisico, sono state attivate diverse esperienze di cura a distanza. Finita l'emergenza, tuttavia, molte si sono chiuse o sono state ridimensionate, lasciando di fatto irrisolti gli impedimenti strutturali, tecnologici, organizzativi ed economici del passato (OECD, 2023).

Nel quadro sanitario post-pandemico, il governo italiano ha incluso la telemedicina tra gli obiettivi prioritari del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR (Milestone M6C1-4), prevedendo per la prima volta un finanziamento di un miliardo di euro che, in sinergia con la riforma dell'assistenza territoriale promossa dal DM 77/2022, dovrebbe contribuire a far diventare “la casa come primo luogo di cura”. Entro il 2026, tali investimenti dovranno essere declinati sui territori, secondo le nuove linee guida ministeriali delineanti il futuro «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» (MdS, 2022).

Nella prospettiva governativa, l'implementazione dei servizi di telemedicina risponde agli obiettivi di: (i) ridurre gli attuali divari geografici e territoriali grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; (ii) garantire una migliore “esperienza di cura” per gli assistiti; (iii) migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto; (iv) coinvolgere in servizi di telemedicina il 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni (*ibidem*).

Tutto ciò lascia supporre che la telemedicina possa acquisire una rilevanza sempre maggiore nel ridurre le disuguaglianze di salute e nel migliorare l'efficienza delle cure territoriali, garantendo una maggiore continuità nei percorsi di cura dei più fragili, soprattutto nelle aree più svantaggiate dalla carenza di servizi. Ad esempio, alcuni studi effettuati in altri paesi hanno iniziato a mostrare come la telemedicina nelle RSA situate in aree rurali abbia un potenziale nel trattare i pazienti *in loco*, e quindi evitare trasferimenti in ospedale non necessari, spesso molto distanti dalle strutture e,

di conseguenza, dai loro familiari, sfruttando servizi di teleconsulto effettuati da figure specialistiche (Hofmeyer *et al.*, 2016; Stephens *et al.*, 2019; Cormi *et al.*, 2021). Infine, alcuni studi rilevano buoni esiti nell'utilizzo di servizi di telemedicina nelle RSA in termini di miglioramento delle condizioni di salute e della qualità di vita degli ospiti, delle condizioni di lavoro del personale sanitario, nonché di riduzione dei costi associati ai ricoveri e agli accessi evitabili al pronto soccorso (Groom *et al.*, 2021; Offermann *et al.*, 2023; Sunner *et al.*, 2023).

Il *case study* qui presentato si inserisce in questo filone di studi, ancora tuttavia scarsamente sviluppato, soprattutto nel contesto italiano.

2. Contesto e caso di studio

Per contribuire alla comprensione del potenziale della telemedicina nel facilitare l'accesso alle cure per gli anziani non autosufficienti, soprattutto nelle aree interne e più svantaggiate in termini di dotazione dei servizi, è stato analizzato un caso di telemedicina geriatrica recentemente attivato dal reparto di geriatria dell'ospedale di Belluno a favore di una RSA operante nel suo territorio.

Nel complesso, la Provincia di Belluno è la più estesa del Veneto, nonché l'unica totalmente montana. Comprende 60 comuni, riuniti in 9 comunità montane, collocati nelle valli tra Dolomiti, Alpi Carniche e Prealpi Venete. La particolare condizione morfologica e socio-demografica del territorio è ben rappresentata dalla presenza di 4 aree (tra cui quella in cui opera la RSA caso di studio) interessate dalla Strategia Nazionale Aree Interne – SNAI, politica finanziata dai fondi di coesione per costruire interventi volti a compensare la carenza di servizi di welfare (socio-sanitari e non solo) che colpisce queste aree, tentando al contempo di invertire il trend di spopolamento e sottosviluppo che caratterizza questi territori con gravi svantaggi strutturali e demografici (Carrosio, Osti, 2020).

In linea con le tendenze comuni alle altre aree interne, la provincia si caratterizza come territorio con un elevato *indice di vecchiaia* (rapporto tra ultrasessantacinquenni e popolazione residente sotto i 14 anni), che è cresciuto costantemente negli anni, sino a raggiungere un valore di 247 (contro il 189 del Veneto e il 187 della media nazionale), cioè di 2,47 over-65 per ogni ragazzo/a sotto i 14 anni (cfr. dati Piano di Zona 2023-2025).

In tale contesto, come riportato dal Piano di Zona (*ibidem*) e dai soggetti coinvolti nella ricerca, la criticità degli anziani residenti è esacerbata dall'isolamento e dalle difficoltà di spostamento degli abitanti delle molte frazioni

delle “terre alte” per raggiungere anche i servizi più essenziali. -Inoltre, pesa il progressivo indebolimento delle reti sociali e familiari di supporto, pur compensato parzialmente dalla presenza di diverse associazioni del Terzo Settore, che lavorano in stretta collaborazione con i Comuni, e che predispongono occasioni di socializzazione e iniziative per l’invecchiamento attivo per gli anziani del territorio, oltre che servizi di assistenza domiciliare e di trasporto sanitario (ad es. per raggiungere l’ospedale, che talvolta può distare anche fino a un’ora dal luogo di residenza).

Oltre che da tali fattori spaziali e demografici, le criticità che colpiscono in particolare i residenti delle aree interne sono date dall’insufficienza delle risorse umane e istituzionali della rete di cura.

In Veneto, al netto degli ingressi con copertura dei costi a totale carico del paziente, l’ingresso in una RSA presuppone la richiesta di valutazione multidimensionale per l’inclusione nelle graduatorie dell’AULSS, le quali permettono di accedere al sistema delle «impegnative di residenzialità» (DGRV 996/2022), con cui la Regione copre metà del costo della retta giornaliera. Il numero di impegnative finanziate è però inferiore all’effettivo fabbisogno (960 impegnative per 1140 posti nelle RSA bellunesi), così che una buona parte dei potenziali beneficiari non riesce a beneficiare del contributo (int. amministratore locale²).

Inoltre, l’accesso alle strutture è gestito a livello centralizzato di AULSS, determinando problemi ulteriori per i residenti nelle aree interne, poiché non sempre riescono ad accedere alla RSA più vicina al luogo di residenza, in quanto l’ingresso è subordinato alla disponibilità nelle strutture. Di conseguenza, in una AULSS come quella di Belluno, con territorio montano e poche vie di comunicazione, l’anziano può ritrovarsi ad essere ospitato in luoghi distanti anche 2 ore dal luogo di residenza della famiglia, generando comprensibili difficoltà pratiche e socio-emotive (int. *caregiver* 1).

Infine, un’altra criticità è legata dalla scarsità di personale. Ad es. nella RSA caso di studio, nonostante i posti disponibili siano 82, quelli effettivamente assicurati sono 10 in meno, a causa della mancanza di medici e operatori sociosanitari (int. direttrice RSA). Il medico di riferimento, peraltro in pensione da diversi anni, è l’unico a lavorare nella struttura e non si riesce a trovare un sostituto. Tutto ciò è in linea con la tendenza riscontrata nelle aree interne del Paese. Infatti, questi territori poco abitati e scarsamente collegati risultano poco attrattivi per i professionisti che vengono “da fuori”. Se pure

² Ciascuna testimonianza raccolta nelle interviste è citata con riferimento alla qualifica professionale e al numero progressivo rappresentante l’ordine in cui il soggetto viene citato nel testo.

la Regione abbia predisposto incentivi economici per favorire l'insediamento dei medici di assistenza primaria nelle aree, definite da delibera regionale, come «disagiaticissime», (DGRV 1386/2021) e se pure spesso le amministrazioni locali mettano a disposizione gratuitamente ai medici degli spazi per i loro ambulatori, le aree scontano molte difficoltà nel reclutare personale sanitario. Come rappresentato dalla *caregiver* (n. 2) di un ospite della RSA (e infermiera domiciliare nella vita professionale):

nel momento in cui accetti di venire a lavorare a Belluno, che è in pianura e ha tutti i servizi, e dopo ti viene detto di lavorare ad Agordo, che è a 30 km, la strada ogni 3 giorni è chiusa perché cade un masso, poi i caprioli causano incidenti, poi c'è la neve e il ghiaccio... ecco, ci ripensi. Anche i medici, se vanno a visitare i pazienti a casa, magari tra un paziente e l'altro si fanno un'ora di viaggio. Quindi, o ci nasci e ci vivi, altrimenti vieni per un periodo e poi te ne vai.

Per questi motivi, come riportato da un amministratore locale (n. 2):

tu gli puoi anche dare soldi perché sei in una zona di montagna “disagiaticissima”, gli puoi dare l'ambulatorio gratis, però la tendenza è che il medico vuole rimanere in centro, non vuole venire a lavorare in montagna. Il MMG che sta nei comuni di montagna da solo, senza segreteria, in quel modo, diciamo, eroico, sta scomparendo.

In questo scenario, qui brevemente descritto, i professionisti protagonisti del caso di studio hanno scommesso sulla capacità di remotizzare le interazioni professionista-paziente attraverso la telemedicina come strumento di riduzione delle disuguaglianze sociosanitarie dipendenti dalla conformazione del territorio e dalla carenza di personale e servizi adeguati patito in particolar modo dagli abitanti delle aree interne.

3. La ricerca

Per comprendere il valore aggiunto generato dalla sperimentazione di questi modelli di servizio innovativi, nonché delle precondizioni per una loro maggiore diffusione e istituzionalizzazione nella rete delle cure territoriali, in particolare delle aree interne, ci si è avvalsi dell'approccio multi-metodo del *case study* (Sena, 2023).

Il progetto di telegeriatria ospedale-RSA dell'AULSS1 è stato selezionato come caso *esemplare*³ (Cardano, 2020) di servizi che si avvalgono della telemedicina e di nuove forme di collaborazione tra professionisti operanti in sedi distanti tra loro per superare alcune delle problematiche critiche per l'assistenza (residenziale) agli anziani nelle aree interne: da un lato, il peso delle distanze tra struttura periferico-montana e "centro" di servizi specialistici (in questo caso, la distanza ospedale-RSA è di circa 40 minuti d'auto); dall'altro, la necessità di far fronte alle carenze di personale patito nelle aree territoriali periferiche.

Come da approccio dei *case studies* (Sena, 2023), lo studio si è avvalso della triangolazione di diverse fonti e tecniche di ricerca. In prima istanza, è stata analizzata la documentazione prodotta a livello aziendale, relativa alla definizione del contesto e allo sviluppo del progetto di telemedicina.

Ci si è poi recati sia presso il reparto di geriatria dell'ospedale sia nella RSA per osservare, rispettivamente, il processo di revisione delle comunicazioni inviate dalla RSA da parte del geriatra, e, nella struttura, le pratiche di rilevazione dei dati sui pazienti e invio dei quesiti verso gli specialisti attuate del personale della RSA. L'osservazione si è avvalsa della registrazione audio e video, per un totale di circa 2 ore di "girato".

Sono state poi svolte, sia in presenza che, successivamente, online, una serie di interviste ($n = 16$), di circa un'ora ciascuna, agli attori coinvolti nel servizio: 1 geriatra, 2 dirigenti ospedalieri, 3 ingegneri clinici ospedalieri, 4 operatori (infermieri e MMG) e la direttrice della RSA, 2 *caregiver* e 3 amministratori locali dei comuni che gestiscono la RSA.

Sia l'osservazione che le interviste sono state guidate da una griglia osservativa mirante a ricostruire: le pratiche di lavoro, valorizzando in particolare i cambiamenti attivati rispetto alle pratiche antecedenti alla sperimentazione del servizio di telegeriatria; il valore aggiunto e le criticità del servizio; i presupposti organizzativi e pratici di funzionamento; le prospettive di ulteriore espansione di questi servizi/pratiche, sia in riguardo al contesto residenziale che, potenzialmente, a quello dell'assistenza territoriale (es. telegeriatria domiciliare).

³ Nella logica dell'approccio del *case study*, il caso, che rappresenta il *soggetto* dello studio, è "esemplare" nel momento in cui presenta tutti i caratteri "tipici" di un fenomeno sociale più ampio, che rappresenta invece l'*oggetto* dello studio (Sena, 2023). In questa prospettiva, il caso viene assunto analiticamente come una manifestazione locale di un fenomeno più generale che viene appunto analizzato *attraverso* il caso di studio. La logica sottostante è che se nel caso tipico/esemplare si manifestano alcuni meccanismi, *allora* essi saranno plausibilmente rilevanti anche per l'universo di casi/fenomeni di cui "questo caso" è una manifestazione tipica/esemplare (Cardano, 2020).

Il materiale empirico prodotto, totalmente trascritto *verbatim*, è stato la base di un'analisi tematica (Miles *et al.*, 2014),⁴ supportata anche dal software *Nvivo*, volta a far emergere le questioni più salienti in riguardo ai foci sopra menzionati (es. cambiamenti nelle pratiche, presupposti organizzativi, etc.) e, in particolare, ai benefici apportati da questo nuovo modello di servizio per il lavoro degli operatori e per la vita di ospiti e *caregiver*.

In linea col tema di questo contributo, i risultati discussi nelle prossime pagine saranno focalizzati sui benefici e sulle criticità riscontrate dai soggetti coinvolti, evidenziando anche i presupposti organizzativi per una più ampia istituzionalizzazione di tali modelli di servizio innovativi.

4. Organizzazione del servizio di telemedicina geriatrica

Il primo passo per l'avvio del servizio di telemedicina geriatrica è consistito nell'acquisto da parte dell'AULSS di Belluno, nell'ambito di un bando PNRR per l'acquisizione di dispositivi medicali, di un kit di telemonitoraggio, composto da un tablet in cui è impostato un questionario per la rilevazione di diverse informazioni sullo stato clinico, cognitivo e comportamentale dell'ospite, e da una serie di device ad esso collegati per la rilevazione di alcuni parametri (per es., frequenza cardiaca, pressione sanguigna, ECG, saturazione, temperatura corporea). A livello operativo, gli infermieri della RSA rilevano attraverso il kit i parametri richiesti dal questionario impostato nel tablet sugli ospiti della struttura che manifestano degli eventi critici (per es., agitazione, alterazioni di parametri vitali, cognitivi e del comportamento, etc.) e li inviano, attraverso una piattaforma dedicata, al responsabile della geriatria dell'ospedale, insieme ad un quesito diagnostico-terapeutico formulato dal medico presente in struttura. Il geriatra analizza la situazione clinica, accedendo anche al fascicolo sanitario elettronico dell'ospite, e invia un responso alla RSA attraverso la medesima piattaforma, che può consistere

⁴ A livello essenziale, l'analisi tematica (Miles *et al.*, 2014) si sostanzia in una codifica e ri-codifica iterativa del materiale empirico (testuale e non). I codici assegnati alle porzioni di testo rappresentano i significati o le informazioni rappresentative di quello specifico stralcio. Attraverso la triangolazione dei codici assegnati, in particolare quando relativi a stralci provenienti da fonti diverse (quindi a *pattern* tra i dati), si ricerca una *condensazione* del significato di diversi codici in *categorie*, che sintetizzano i significati espressi da vari codici, ma ad un livello d'astrazione più ampio. Attraverso il confronto iterativo tra categorie (anche eventualmente rivedendo le codifiche precedenti) si identificano i *temi*, di livello d'astrazione ancora superiore, che rappresentano gli *insight* più rilevanti apportati dal materiale empirico in rapporto alle domande di ricerca ma anche, eventualmente, rispetto a questioni inizialmente non previste ed "emerse" come d'interesse durante la ricerca e l'analisi.

nella richiesta di ulteriori telemonitoraggi, di eventuali foto o video dell'ospite a integrazione delle informazioni fornite o nella richiesta di una visita in presenza presso il reparto di geriatria.

Amministrazioni, cittadini e familiari hanno risposto con aspettative positive nei confronti di questo nuovo servizio, mentre i professionisti sanitari coinvolti hanno mostrato inizialmente alcune perplessità. In linea con quanto riportato in letteratura (Saigí-Rubió *et al.*, 2022), gli operatori erano preoccupati del possibile aumento dei carichi di lavoro e soprattutto di dover modificare le loro pratiche in funzione dell'uso delle tecnologie, in particolare riducendo il contenuto relazionale proprio della loro professione: «perché per loro è importante parlare con la persona, e non solo rilevare dati» (int. direttrice RSA). Col tempo però, dopo una necessaria fase di formazione e apprendimento, ma anche di un indispensabile “sforzo” per costruire un “allineamento dei linguaggi” tra operatori e specialisti, anche gli infermieri hanno riconosciuto il valore di queste tecnologie nel facilitare il loro lavoro.

Devi imparare a definire con precisione il quesito clinico che alleggi ai dati o al video. Perché in un consulto faccia a faccia siamo lì, ci può essere uno scambio di battute, e ci si capisce man mano, no? Invece se devi scrivere una relazione devi essere più preciso, c'è da imparare a capire quali informazioni l'altro si aspetta, e sapere come formulare i quesiti, perché non è che posso modificare quel che chiedo accorgendomi che l'altro non capisce cosa voglio dire, come farei dal vivo. Però ecco, abbiamo comunque il contatto col geriatra che, se per caso non ci siamo capiti, o ritiene di aver bisogno di ulteriori dati, ti fa una chiamata e ti chiede. Quindi ora abbiamo un rapporto che è più diretto di una volta, quando il responso ti arrivava, diciamo, insieme al paziente quando ritornava dall'ospedale (int. infermier* 1).

In particolare, viene sempre più apprezzata dagli operatori la possibilità di avere un rapido e puntuale confronto con il geriatra, in precedenza tutt'altro che efficiente, nel momento in cui il responso avveniva solo “inviando” l'ospite all'ospedale, nonché la possibilità, abilitata dalla tecnologia, di poter trasmettere informazioni più “ricche” a supporto del quesito diagnostico/terapeutico.

Spesso il paziente con disturbi comportamentali quando arriva in ospedale e si trova davanti al medico non si presenta come è nella sua normalità di vita. In alcuni casi è peggio, in alcuni casi anche meglio, perché ci sono tante persone che hanno disturbi del comportamento e poi quando arrivano davanti al medico sono splendide! E quindi non si riesce mai effettivamente ad avere

una fotografia reale di com'è la persona. Anche perché a volte ci sono i familiari che parlano al posto della persona e, diciamo, a volte uno riporta un po' quel che vuole vedere, non la realtà effettiva. Invece, il fatto che possiamo mandare il video preso "in diretta", ma anche per il fatto che la persona è vista nel suo ambiente, ecco è più vero, capito? È proprio quella che è la situazione normale, non c'è l'artefatto, cioè il cambio di contesto dell'andare all'ospedale (int. infermier* 2).

Il rapporto diretto con il servizio geriatrico e la maggiore tempestività nell'ottenere risposte sembra dunque facilitare il lavoro del personale sanitario della RSA e, come mostrato nello stralcio seguente, aumenta la percezione di sicurezza da parte dei familiari. Inoltre, la riduzione delle necessità di inviare l'anziano all'ospedale/pronto soccorso per effettuare visite e controlli per eventi non acuti, risparmiando dunque ore di viaggio e riducendo le connesse difficoltà operative (e i rischi per la salute dell'anziano), sembra essere considerato il principale valore aggiunto da operatori, *caregiver* e amministratori (in linea con quanto rilevato da Hofmeyer *et al.*, 2016).

Quando mi hanno proposto la telemedicina io ho fatto salti di gioia. Perché evitare il trasporto di una persona fragile vuol dire evitare tutte le complicanze che possono venir fuori dallo spostamento: la alzi, la muovi, insomma, hai dei rischi. Poi dalla RSA ad andare a Belluno ci metti un'ora, magari stai 3-4 ore al pronto soccorso in attesa, poi hai il ritorno: quindi sono ben contenta se riesco a evitargli di fare un viaggio e di metterla a rischio, se so che l'elettrocardiogramma me lo può leggere il medico anche a distanza. E poi è anche un medico che conosce, non è il primo che trova in pronto soccorso (int. *caregiver* 1).

Metti che abbiamo l'impegnativa del nostro medico. Chiamo il CUP di Belluno e come prima visita mi manda a Feltre. Feltre vuol dire un'ora e 10 in ambulanza. Chiami il 118 che ti dice: "mah, fino a Feltre? Non ci riusciamo ora". Bene, quindi non abbiamo ambulanze che ce lo portano a Feltre. Richiamo il CUP che ci posticipa di 4-5 giorni la visita, però a Belluno. Andiamo. Tempo della visita? Penso che sia durata 10 minuti, con delle indicazioni dello specialista di fare delle analisi del sangue... Abbiamo perso una settimana per la persona, e il tempo nostro nel chiamare il CUP, cercare il trasporto etc. Quando ora in dieci minuti col teleconsulto lo facciamo (int. infermier* 3).

L'analisi del caso conferma, dunque, il potenziale positivo della telemedicina nell'avvicinare centro e periferie (ospedale e territorio), riducendo le

disuguaglianze di salute nei confronti degli anziani non autosufficienti residenti in RSA a livello di accesso e qualità delle cure.

Allo stesso tempo, tuttavia, emerge, in contrasto con quanto sinora mostrato, come la telemedicina non possa risolvere tutti i problemi di assistenza degli anziani delle aree interne.

Uno dei problemi che emergono dallo studio del caso infatti riguarda l'impossibilità di utilizzare la telemedicina in RSA, e ancora di più nei servizi di assistenza domiciliare (per es. telemonitoraggio domiciliare), *senza* la presenza di professionisti dedicati, in quanto queste tecnologie risultano ancora fortemente, se non esclusivamente, «operatore-dipendente» (v. stralcio seguente)⁵. Esse, infatti, necessitano, per “funzionare”, di personale qualificato che sappia effettuare le rilevazioni, gestire eventuali imprevisti/valori anomali e “dare senso” ai dati.

Tale aspetto diventa ancora più cruciale nell'ipotesi di estendere questi servizi anche al contesto domiciliare, in quanto non è pensabile di lasciare l'uso di questi strumenti alla sola autogestione di pazienti e *caregiver*.

Bisogna vedere se lo strumento è comprensibile e se il familiare è in grado di leggerlo. Ma soprattutto se è in grado di gestire la situazione. Perché credo che per un familiare sia difficile, perché di fronte a qualsiasi situazione un po' critica il familiare non riesce ad essere obiettivo. Magari per me che sono un professionista è più facile, però anche per me, se di fronte hai tua madre la cosa cambia no? C'è anche una questione emotiva. Perché di fronte alla mamma che ti dice “mi sento la palpitazione” o che ha difficoltà, ecco, uno si allarma, vuole che il medico te lo veda, ma te lo veda anche venendo a casa. Perché ecco uno ha bisogno anche di essere tranquillizzato (int. *caregiver*, n. 2, e infermier* domiciliare).

L'esperienza del professionista, rispetto a quella del *caregiver*, permette anche di valutare se gli strumenti di monitoraggio rilevino correttamente i parametri, ovvero se evidenzino anomalie contrastanti con l'analisi clinica del paziente effettuata dall'operatore, cosa che sembra accadere frequente-

⁵ Il tema della “telemedicina operatore-dipendente” non è nuovo nella letteratura, sebbene non sia stato trattato esplicitamente (cfr., per es., Nickelsen, 2019). Tuttavia, in questo contesto si fa riferimento al problema specifico, ancora poco esplorato, dell'utilizzo di strumenti di telemedicina, come i kit di telemonitoraggio, negli anziani non autosufficienti e con problemi cognitivi, che richiedono sempre la presenza di un operatore e delle sue skills ed esperienze visive per poter essere applicati correttamente e per fornire un quadro clinico completo e affidabile del paziente. Su questo punto si veda, ad esempio, Karlsen *et al.* (2017) e Khanassov *et al.* (2024).

mente, evidenziando come questo tipo di servizio non sia replicabile in contesti di assistenza domiciliare in assenza di una figura professionale esperta, in grado di monitorare correttamente i parametri, integrandoli con la propria esperienza e conoscenza delle condizioni del paziente:

se devo pensarlo in mano ad alcuni parenti che abbiamo qui per un telemonitoraggio a casa, ecco, mi fa un po' paura. Perché noi professionisti se ci accorgiamo che lo strumento restituisce un valore anomalo, alcune rilevazioni le facciamo anche 3 volte per verificare per bene prima di allarmare. Una volta misuravamo una frequenza cardiaca, lo strumento dava una saturazione normale e una frequenza a 25 battiti, che capisci che non può essere. Rilevata più volte, rimaneva quella, però in realtà bastava mettere una mano su un'arteria e insomma sentivi che non erano 25 battiti. Mentre magari un parente mi va in pronto soccorso solo perché lo strumento restituisce un valore anomalo (int. infermier* 3).

A conferma di ciò, non è un caso che l'AULSS abbia tentato, prima di attuare il servizio qui descritto, di avviare altri servizi di telemedicina (per es. radiografie domiciliari e telemonitoraggio cardiologico) nell'ambito dell'assistenza domiciliare, imbattendosi, tuttavia, negli ostacoli di carenza di personale e di utilizzo operatore-dipendente qui descritti e abbandonando dopo pochi mesi il progetto (int. ingegnere 1).

Conclusioni

Questi primi risultati, qui solo brevemente presentati per ragioni di spazio, sembrano confermare che la telemedicina può essere un valido strumento per ridurre alcune disuguaglianze di salute degli anziani non autosufficienti che vivono nelle aree interne. Tuttavia, essa rischia di diventare solo una "chimera", se la sperimentazione di soluzioni tecnologiche non viene accompagnata da investimenti basati su altri requisiti socio-organizzativi.

Le RSA costituiscono un luogo di cura ad oggi più adatto, rispetto alle cure domiciliari, per sfruttare il potenziale della telemedicina, in quanto strutturalmente già organizzate come centri operatori-dipendenti, aspetto che è emerso come imprescindibile per la cura di anziani non-autosufficienti. Allo stesso tempo, l'insufficiente copertura territoriale di queste strutture, unita alle carenze di personale che le affliggono, depotenzia inevitabilmente l'impatto ipotizzabile di questi servizi nel ridurre le disuguaglianze di salute a livello strutturato e sistemico.

Peraltro, per questi stessi motivi, il rafforzamento della telemedicina nelle strutture per anziani potrebbe paradossalmente generare ulteriori disuguaglianze tra chi viene accolto in queste strutture, accudito da personale sanitario e col supporto della telemedicina ospedaliera, e coloro che rimangono invece al proprio domicilio, in zone socialmente isolate e difficili da raggiungere da medici e infermieri territoriali sempre più in affanno.

In questo scenario, il caso qui solo brevemente presentato, evidenzia alcuni aspetti che spiegano come e perché l'innovazione tecnologica fornita dalla telemedicina non potrà attecchire senza strategie adeguate, e non solo economicamente supportate, per aumentare il personale sanitario nelle aree interne del nostro paese, in grado di operare sia nelle strutture sociosanitarie (RSA) che in quelle territoriali e di prossimità (centri diurni, case della comunità, assistenza domiciliare, ambulatori specialistici, etc.). Tali strategie dovrebbero essere accompagnate anche dal rafforzamento e ampliamento di tutte le strutture socio-sanitarie e assistenziali territoriali, e non da un loro progressivo depotenziamento, come sta accadendo purtroppo in tante aree interne e montane del territorio italiano, peraltro sempre più ad alta densità di popolazione anziana e fragile. È solo costruendo una rete integrata multi-livello, di cura e assistenza dell'anziano, supportata da team medico-sanitari multiprofessionali, che anche la telemedicina può risultare veramente efficace come strumento di collegamento tra territorio e ospedale nel ridurre le disuguaglianze di salute e nel rafforzare l'efficacia delle politiche di *long-term care*.

Bibliografia

- AGENAS (2021). *Aggiornamento mappatura delle esperienze di telemedicina 2019-2021: analisi, evidenze e finalità*. Roma.
- Albanesi B., Conti A., Politano G., Dimonte V., Gianino M., Campagna S. (2024). Emergency department visits by nursing home residents. A retrospective Italian study of administrative databases from 2015 to 2019. *BMC Geriatrics*, 24: 295. DOI: 10.1186/s12877-024-04912-7
- AULSS1 Dolomiti (2023). *Piano di Zona 2023-2025*. Belluno.
- Botrugno C. (2018). Telemedicine in daily practice: Addressing legal challenges while waiting for an EU regulatory framework. *Health Policy and Technology*, 7: 131-136. DOI: 10.1016/j.hlpt.2018.04.003
- Cardano M. (2020). *Defending qualitative research: Design, analysis, and textualization*. New York: Routledge.
- Carrosio G., Osti G. (2020). Il welfare nella trappola della marginalità territoriale. *Sociologia urbana e rurale*, 123: 14-28. DOI: 10.3280/SUR2020-123002

- CERGAS (2023). *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care: 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea.
- Cohen S.A., Greaney M.L. (2023). Aging in Rural Communities. *Current epidemiology reports*, 10(1): 1-16. DOI: 10.1007/s40471-022-00313-9
- Cormi C., Chrusciel J., Fayol A., Van Rechem M., Abou-Amsha K., Tixier M., Lewkowicz M., Laplanche D., Sanchez S. (2021). The Use of Telemedicine in Nursing Homes: A Mixed-Method Study to Identify Critical Factors When Connecting with a General Hospital. *International journal of environmental research and public health*, 18(21): 11148. DOI: 10.3390/ijerph18211148
- Fiasconaro S., Triventi M., Fedeli E. (2024). Le disuguaglianze territoriali in Italia. Un'analisi delle differenze economiche, demografiche e socio-culturali tra Aree Interne e Centrali. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 3: 543-578. DOI: 10.1423/114160
- Fosti G., Longo F., Manfredi S., Notarnicola E., Perobelli E., Pongiglione B., Rotolo A., Torbica A. (2024). L'assistenza agli anziani non autosufficienti: trend nazionali e profilazione degli ospiti delle RSA lombarde. In: CERGAS, a cura di, *Rapporto OASI 2024*. Milano: Egea.
- Furnari A., Manfredi S., Perobelli E. (2023). Regione che vai, RSA che trovi: la residenzialità per anziani in dodici regioni. In: CERGAS, a cura di, *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care: 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea.
- Groom L.L., McCarthy M.M., Stimpfel A.W., Brody A.A. (2021). Telemedicine and Telehealth in Nursing Homes: An Integrative Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(9): 1784-1801. DOI: 10.1016/j.jamda.2021.02.037
- Hashiguchi T.C.O. (2020). Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries. *OECD Health Working Papers*, 116. DOI: 10.1787/8e56ede7-en
- Hofmeyer J., Leider J.P., Satorius J., Tanenbaum E., Basel D., Knudson A. (2016). Implementation of Telemedicine Consultation to Assess Unplanned Transfers in Rural Long-Term Care Facilities, 2012-2015: A Pilot Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(11): 1006-1010. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.06.014
- ISTAT (2021). *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019*. Testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/comunicato-stampa/le-condizioni-di-salute-della-popolazione-anziana-in-italia-anno-2019/> (05/12/2025).
- ISTAT (2024). *Rapporto annuale 2024*. Testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/evento/rapporto-annuale-2024-la-situazione-del-paese> (05/12/2025).
- Karlsen C., Ludvigsen M.S., Moe C.E., Haraldstad K., Thygesen E. (2017). Experiences of community-dwelling older adults with the use of telecare in home care services: a qualitative systematic review. *JBIS database of systematic reviews and implementation reports*, 15(12): 2913-2980. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003345

- Khanassov V., Ilali M., Ruiz A.S., Rojas-Rozo L., Sourial R. (2024). Telemedicine in primary care of older adults: a qualitative study. *BMC primary care*, 25(1): 259. DOI: 10.1186/s12875-024-02518-x
- Miles M.B., Huberman A.M., Saldaña J. (2014). *Qualitative data analysis. A methods sourcebook*. London: SAGE.
- Ministero della Salute (2012). *Telemedicina. Linee d'indirizzo nazionali*. Roma.
- Ministero della Salute (2022). *Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare*. Decreto Ministeriale del 29 aprile 2022.
- Nickelsen N.C.M. (2019). The infrastructure of telecare: implications for nursing tasks and the nurse-doctor relationship. *Sociology of health & illness*, 41(1): 67-80. DOI: 10.1111/1467-9566.12781
- OECD (2023). The future of telemedicine after COVID-19. *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*. Paris: OECD Publishing.
- Offermann J., Ziefle M., Sira N., Groß D., Optimal@NRW Research Group and Wilhelmy S. (2023). Telemedicine in nursing homes: Insights on the social acceptance and ethical acceptability of telemedical consultations. *Digital health*, 9: 20552076231213444. DOI: 10.1177/20552076231213444
- Ranci C., Arlotti M., Garavaglia E. (2024). "Policy inaction". L'inerzia delle politiche LTC in Italia e le sue ragioni. *Politiche Sociali*, 3: 531-552. DOI: 0.7389/116170
- Saigí-Rubió F., Borges do Nascimento I.J., Robles N., Ivanovska K., Katz C., Azopardi-Muscat N., Novillo Ortiz D. (2022). The current status of telemedicine technology use across the World Health Organization European region: an overview of systematic reviews. *Journal of medical Internet research*, 24(10): e40877. DOI: 10.2196/40877
- Sena B. (2023). *The Case Study in Social Research*. London: Routledge.
- Stephens C.E., Halifax E., David D., Bui N., Lee S., Shim J., Ritchie C.S. (2019). "They Don't Trust Us": The Influence of Perceptions of Inadequate Nursing Home Care on Emergency Department Transfers and the Potential Role for Telehealth. *Clinical Nursing Research*, 29(3): 157-168. DOI: 10.1177/1054773819835015
- Sunner C., Giles M.T., Kable A., Foureur M. (2023). Does telehealth influence the decision to transfer residents of residential aged care facilities to emergency departments? A scoping review. *International journal of older people nursing*, 18(1): e12517. DOI: 10.1111/opn.12517
- Tomassini C., Albertini M., Lallo C., a cura di (2024). *Avanzare insieme nella società anziana*. Bologna: il Mulino.