

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2011 UN MODELLO PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA DELLE POPOLAZIONI SVANTAGGIATE

Relazione conclusiva di progetto (UO1 Regione Emilia-Romagna-ASSR) *Ottobre 2014*

Servizi coinvolti

- Servizio Presidi Ospedalieri – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali:
Eugenio Di Ruscio (Coordinatore scientifico del progetto)
- Area Comunità, Equità e Partecipazione – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale:
Maria Augusta Nicoli (referente Unità Operativa del progetto)
Giovanni Ragazzi
- Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali:
Silvana Borsari
- Azienda USL di Parma:
Faissal Choroma, Paolo Volta, Francesca Tenti
- Azienda USL di Bologna:
Rosa Costantino, Mariagnese Cheli
- Azienda USL di Modena:
Viola Damen, Daniela Spettoli, Domenico Sarno

Indice:

- 1. CONTESTO E OBIETTIVI**
- 2. PIANO DELLE ATTIVITA' UO1 – Regione Emilia-Romagna**
- 3. PRIMA FASE - MAPPATURA DELLA RETE ESISTENTE**
- 4. SECONDA FASE - SPERIMENTAZIONE DELLA PIATTAFORMA DI
TELEMEDICINA E APPROFONDIMENTO CON I PROFESSIONISTI**
- 5. RIFLESSIONI CONCLUSIVE**

6. ALLEGATI

1. Scheda mappatura rete (elaborata da ASSR-RER)
2. Mappatura rete AUSL Bologna
3. Mappatura rete AUSL Modena
4. Mappatura rete AUSL Parma
5. Presentazione B. Jacobson – 1° parte
6. Presentazione B. Jacobson – 2° parte

1. CONTESTO E OBIETTIVI

La possibilità di accesso e di utilizzo efficace dei servizi socio-sanitari nonché il contesto in cui le persone nascono, crescono, lavorano, invecchiano sono fattori determinanti nelle disuguaglianze di salute tra individui che vivono all'interno di uno stesso Paese. La causa di ciò dipende, in gran parte, dalla difficoltà oggettiva delle fasce di popolazione più svantaggiate, sia italiane che immigrate, (adulti in difficoltà, tra cui disoccupati e madri sole con figli a carico, bambini e ragazzi di famiglie povere, anziani soli e senza dimora) ad accedere ai servizi sanitari a loro dedicati, a causa del fatto che queste persone hanno priorità diverse (sostentamento, mantenimento di posti di lavoro spesso precari e “non assicurati”, etc.) e specificità culturali che talvolta ne inibiscono la soddisfacente fruizione.

La difficoltà di eseguire delle diagnosi di natura complessa su soggetti immigrati o persone svantaggiate è aggravata da una scarsa interazione tra ospedali ad alta complessità e strutture territoriali che si occupano anche di assistenza alle fasce deboli della popolazione italiana e immigrata, interazione che sarebbe ampliata con incisivo utilizzo di servizi di telemedicina. Il progetto esecutivo ha dunque previsto la strutturazione di un modello operativo di telemedicina, che migliori l'interazione tra strutture territoriali di differente livello di complessità, a cui le fasce di popolazione più svantaggiate si rivolgono, sia dove l'interazione sia preesistente sia laddove essa sia funzionale alla messa in rete di strutture mai entrate in collegamento tra loro.

Per quanto riguarda la Regione Emilia-Romagna l'aspetto focale delle attività progettuali consiste nell'aver individuato una fascia di popolazione che, per le caratteristiche di vulnerabilità sociale che presenta, rischia di non accedere ai servizi sanitari e socio-sanitari e di non seguire i percorsi diagnostico-terapeutici in modo appropriato. Tale fascia di popolazione è rappresentata principalmente da: senza fissa dimora, richiedenti asilo, donne e minori che hanno subito violenza. La situazione in cui tali persone si trovano è caratterizzata da difficoltà di riconoscimento dei problemi che presentano, e quando vengono identificati l'iter diagnostico e terapeutico è particolarmente complesso: sia per gli accertamenti che devono essere messi in campo sia per le soggettive ed oggettive barriere che si frappongono tra la persona e il sistema di cura. Come si evince dalla letteratura l'approccio adeguato è quello di predisporre interventi/risposte multidisciplinari, organizzate in équipe multiprofessionali flessibili in grado di attivare, in base alle esigenze clinico-diagnostiche e terapeutiche, le competenze necessarie.

Dalle esperienze regionali emerge che tale prassi non è ancora diffusa e pertanto il progetto è stato pensato per dare impulso a rendere tali prassi meno sporadiche e più sistematiche. Due sono le direzioni che si prospettano. Una direzione si colloca a livello nazionale in cui si organizza la domanda attraverso una piattaforma virtuale a cui accedere per avere un teleconsulto specialistico che nel proprio territorio non si ha; una seconda direzione riguarda il livello regionale, come nel caso dell'Emilia-Romagna, dove è attiva la modalità organizzativa a rete per far fronte a queste situazioni. In questo caso regionale, si utilizzano le competenze professionali attive e riconosciute, per arricchire la piattaforma nazionale, contestualmente si intende rafforzare e sistematizzare quanto è già attivo.

Pertanto l'implementazione all'utilizzo di tecnologie per facilitare l'accesso, la diagnosi e il trattamento nei confronti della popolazione vulnerabile, costituisce supporto all'integrazione tra territorio (assistenza di base) ed ospedale (specialistica) ovvero la possibilità di garantire

percorsi con accessi appropriati per la complessità che solitamente presenta questa tipologia di popolazione (immigrati, senza fissa dimora, rifugiati, etc.).

L'obiettivo principale della UO1 - Regione Emilia-Romagna è dunque di verificare lo stato dell'interazione funzionale, anche attraverso la telematica, tra i percorsi diagnostico-terapeutici del territorio e dell'ospedale, per le popolazioni svantaggiate. In particolare il focus del progetto regionale non è rivolto all'intero percorso terapeutico, ma specificamente alla fase di riconoscimento e diagnosi. Questa fase infatti è cruciale per determinare la traiettoria che le persone avranno, e dipende da questa fase gran parte della presa in cura.

Nelle tre sedi di sperimentazione, azienda USL di Parma, Azienda USL di Modena, e Azienda USL di Bologna, si intende :

- far emergere la struttura dei modelli operativi esistenti;
- sperimentare forme di implementazione delle tecnologie messe a disposizione dal progetto esecutivo sia come “donatore” sia come “fruitore” verso la piattaforma telematica nazionale;
- verificare l'impatto di tale sperimentazione sull'attività dei professionisti.

2. PIANO DELLE ATTIVITA' UO1 – Regione Emilia-Romagna

E' stato costituito un gruppo di progetto coordinato dall'ASSR e composto dai referenti aziendali e regionali dei servizi coinvolti.

Le tre Aziende territoriali partecipanti per la Regione Emilia-Romagna si caratterizzano in relazione a specifiche aree di interesse:

- vittime di tortura [Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale] (AUSL di Parma)
- violenza di genere (AUSL di Modena)
- violenza sui minori (AUSL di Bologna)

Il piano di attività dell'UO1 – Regione Emilia-Romagna consiste di due fasi:

PRIMA FASE - MAPPATURA DELLA RETE ESISTENTE (Azienda USL di Parma, Modena e Bologna)

1. Mappatura degli attori istituzionali che si occupano delle problematiche connesse alla popolazione svantaggiata di riferimento, tramite descrizione dettagliata della rete di enti, servizi, strutture e/o associazioni di volontariato con cui possono entrare in relazione o in contatto i soggetti svantaggiati.
2. Mappatura delle problematiche connesse alla popolazione svantaggiata di riferimento, tramite individuazione delle principali criticità legate in particolare alla fase diagnostica e delle problematiche relative alla struttura della rete o al suo funzionamento.
3. Mappatura delle soluzioni tecnologiche che connettono i nodi della rete.

SECONDA FASE – SPERIMENTAZIONE DELLA PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA E APPROFONDIMENTO CON I PROFESSIONISTI (Azienda USL di Parma e Azienda USL di Modena)

1. Individuazione dei nodi della rete in cui installare la strumentazione per l'utilizzo della piattaforma nazionale con focus sulla fase di individuazione/diagnosi della problematica.
2. Individuazione di specialisti che possano offrire alla piattaforma consulenza per altri centri che nel territorio nazionale ne abbiano necessità.
3. Implementazione della piattaforma on line da parte dei professionisti individuati.
4. Ascolto dei professionisti coinvolti nella sperimentazione attraverso interviste/focus group per approfondire le informazioni emerse dalla mappatura per esplorare il loro punto di viSta sulla telemedicina nella pratica sanitaria e sulla piattaforma on line del progetto CCM (utilità per il loro lavoro, criticità, suggerimenti).

Sono stati infine organizzati per la diffusione dei risultati intermedi e finali:

- workshop di restituzione della mappatura delle reti telematiche esistenti nelle 3 realtà (Bologna, Modena, Parma) e delle esperienze di teleconsulto tramite la piattaforma nazionale (Modena e Parma) con indicazioni rispetto a punti di forza e punti di debolezza riscontrati (*vedi allegato 2,3,4*)
- seminario “*Valutare e ridurre le disuguaglianze di salute: l’applicazione dell’Health Equity Audit nel sistema sanitario regionale*” (B. Jacobson, consulente WHO, esperta internazionale di equità nell’accesso ai servizi sanitari) finalizzato al confronto dei risultati e delle criticità emerse e ad impostare future azioni di equità anche rispetto alle popolazioni svantaggiate (*vedi allegato 5 e 6*)

L’ASSR ha contribuito per tutta la durata del progetto a coordinamento, monitoraggio e modellizzazione del percorso di sperimentazione della piattaforma di telemedicina.

3. PRIMA FASE - MAPPATURA DELLA RETE ESISTENTE

Per questa fase l'ASSR ha predisposto una specifica scheda (*Allegato 1*) per la mappatura della rete già esistente all'interno di ciascuna Azienda relativamente alla popolazione svantaggiata di riferimento. Tale strumento permette di raccogliere informazioni su:

- mappatura dei servizi/nodi coinvolti sul territorio di pertinenza;
- principali problematiche relative alla specifica fascia di popolazione svantaggiata presa in considerazione;
- descrizione della rete esistente con particolare attenzione alle soluzioni tecnologiche adottate e operative (telemedicina applicata alla fase diagnostica).

Qui di seguito vengono riportati i risultati emersi nelle tre Aziende.

Azienda USL di Parma (vittime di tortura - RTPI)

NODI DELLA RETE

I soggetti su cui l'Azienda USL di Parma si è focalizzata, quindi vittime di tortura e rifugiati, possono entrare in contatto e avere come riferimento principalmente i seguenti enti/servizi/associazioni:

- Spazio Salute Immigrati, Servizio dell'ausl di Parma che offre assistenza sanitaria di primo livello per uomini e donne, assistenza pediatrica, educazione sanitaria, orientamento alla rete dei servizi; a Parma si trova in Via XXII luglio 27; a Fidenza l'Ambulatorio Salute Immigrati è presso i poliambulatori del complesso sanitario di Vaio, Via Don Tincati; a Fornovo- Borgotaro l'Ambulatorio Salute Immigrati è presso i poliambulatori di Via Verdi
- Spazio Donne Immigrate/Consultorio Lubiana, Servizio dell'ausl di Parma che offre consulenza ostetrica e ginecologica, consulenza alla sessualità, assistenza alla gravidanza e al puerperio, corsi di accompagnamento alla nascita, interruzione volontaria di gravidanza; a Parma si trova in Via Leonardo da Vinci 32b
- CIAC ONLUS (Centro Immigrazione Asilo Cooperazione internazionale di Parma e provincia): il centro è un luogo di competenze giuridiche che promuove e organizza formazione e informazione sugli aspetti giuridici legati a immigrazione, asilo e cittadinanza; offre inoltre accoglienza e integrazione per richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione sussidiaria. Si trova in Viale Toscanini 2a
- Cooperativa Fantasia, offre accoglienza e integrazione per richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione sussidiaria in aree montane. Si trova a Viazzano, in Via S. Ilario 7
- Caritas di Parma, offre accoglienza e pasti caldi agli immigrati in grave disagio sociale. Si trova in Piazza Duomo 3
- Caritas di Fidenza, si trova in Via Micheli 19
- Comune di Parma

PRINCIPALI PROBLEMATICHE/CRITICITÀ

I vari punti della rete lavorano sulle principali problematiche, connesse in particolare alla fase diagnostica, che presentano i richiedenti asilo e le vittime di tortura. Per quanto riguarda problematiche di tipo sociale, le prime difficoltà ad emergere sono quelle relative al soddisfacimento dei bisogni primari, e quindi come avere pasti caldi, come trovare posto nei dormitori soprattutto nei periodi di "emergenza freddo"; poi ancora come avere informazioni per i ticket sanitari, oppure informazioni su come ottenere il domicilio; infine come fare e dove rivolgersi per attivare corsi di italiano e/o borse-lavoro.

A livello giuridico, c'è sicuramente la difficoltà nella redazione della domanda di asilo, quindi è importante sapere come va fatta, come si raccoglie la storia personale del richiedente, ed essere informati riguardo a tutto l'iter della domanda e perciò anche su possibili ritardi nelle pratiche, sulle modalità dei passaggi in commissione e sui possibili esiti.

Ci sono poi problematiche più specificamente mediche, ovvero fare una buona valutazione diagnostica al fine di una presa in carico medico-psicologica delle vittime di tortura. E' importante effettuare un'attenta analisi dei sintomi clinici come artromialgia, addominalgia, lombalgia, cefalea per vedere se possono essere ricondotti a situazioni di trauma; e occorre valutare poi a livello psicologico la presenza di sintomi di PTSD o comunque di sintomatologie d'ansia e depressione legate a vissuti traumatici.

E da ultimo, ma non meno importanti, bisogna analizzare e valutare gli esiti cicatriziali, che servono per la certificazione medico-legale da presentare in commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato.

SOLUZIONI TELEMATICHE ESISTENTI

La mappatura delle soluzioni tecnologiche esistenti ha dato esito negativo, in quanto al momento non sono presenti in Azienda strumenti di Telemedicina; i Servizi sono collegati tra loro solamente tramite mail e banche dati.

Azienda USL di Modena (vittime di violenza di genere)

NODI DELLA RETE

Nel 2013, secondo l'analisi dei dati di flusso provenienti da PSNet, 813 donne hanno avuto accesso ai Pronto Soccorsi dell'Azienda USL di Modena per motivi legati alla violenza di genere. Nel calcolo sono state inclusi anche gli accessi codificati come "opera terzi" ma che presentano chiari segni di violenza.

Il 67% delle donne che hanno avuto accesso al PS sono cittadine italiane; l'8% delle vittime di violenza si allontana prima della visita o prima di avere l'esito finale e solo il 22% dei casi vengono comunicati alle autorità giudiziarie. Rispetto all'età, i dati mostrano una perfetta campana gaussiana, con il picco delle donne che si rivolgono al PS per motivi legati alla violenza di genere registrato nella fascia d'età 36-40 anni (14,6%).

La rete di servizi esistente nel territorio modenese di cui può usufruire la vittima di violenza di genere è costituita da:

- *Servizi Sanitari:*

- Dipartimento Emergenza Urgenza: Pronto Soccorso generale, Pronto Soccorso ostetrico – Ginecologico
- Dipartimento Cure Primarie: Consultori familiari, Case della salute/Medici di medicina generale, Centro LDV – Liberi dalla Violenza
- Dipartimento di Salute Mentale: Psicologia Clinica, Centri di Salute Mentale adulti , Dipendenze Patologiche

- *Altri Enti:*

- Provincia: Commissione Pari Opportunità, la "Conferenza delle Elette", le "Consigliere di Parità"
- Servizi comunali
- Sportelli sociali
- Centri di Ascolto
- Ufficio scolastico provinciale
- Forze dell'ordine (Questura di Modena, Comando Provinciale dei Carabinieri di Modena e della Guardia Finanza di Modena)
- Associazioni provinciali (Casa delle donne contro la violenza e Donne e giustizia di Modena; Vivere donna e InDifesa di Carpi; Arci gay / lesbiche)
- Extra provinciali (Movimento identità transessuali Bologna - Consultorio)

PRINCIPALI PROBLEMATICHE/CRITICITÀ

Le principali problematiche connesse all'assistenza alle vittime di violenza sono innanzitutto di carattere generale:

- coordinamento aziendale e interistituzionale a livello territoriale
- mappatura bisogni e criticità a livello aziendale e territoriale
- miglioramento e potenziamento delle modalità di raccolta dati/informazioni nei servizi sanitari
- monitoraggio e analisi dei dati
- analisi dei costi della violenza a livello aziendale e territoriale
- realizzazione e attuazione dei protocolli operativi
- diffusione informazioni sui servizi/associazioni che trattano la tematica (utilizzo brochure, pagina web aziendale)
- sensibilizzazione culturale della popolazione generale e dei professionisti sanitari in particolare
- formazione forze dell'ordine sulla tematica

Rispetto alla fase diagnostica le principali criticità rilevabili sono costituite da:

- dichiarazione/riconoscimento dell'atto violento da parte della persona che lo subisce
- riconoscimento e rispetto della diversità di genere (donne, uomini, omosessuali, transgender) e della dignità di ogni persona che accede ai servizi
- riconoscimento della violenza subita nelle sue diverse componenti: sanitaria, sociale, legali, psicologiche
- identificazione della tipologia di violenza (comprese le mutilazione genitali femminili)
- conoscenza e riconoscimento degli indicatori di rischio
- attivazione di un approccio relazionale adeguato (modalità comunicativa, empatia)
- valutazione diagnostica di presa in carico sanitaria nell'ottica della continuità assistenziale e dell'integrazione socio-sanitaria territoriale
- creazione setting adeguato e disponibilità di tempo
- conoscenza dei servizi sanitari e sociosanitari provinciale ed extra-provinciali

SOLUZIONI TELEMATICHE ESISTENTI

Il telefono e l'e-mail hanno funzione di scambio di informazioni tra gli operatori della rete sanitaria, socio-sanitaria e territoriale. Dalla mappatura si evince che sono essenzialmente questi due strumenti le soluzioni tecnologiche in grado di connettere i servizi della rete appartenenti ad enti diversi.

I software in uso nei servizi sanitari aziendali sono:

- Medofficeagenda, in dotazione ai Consultori familiari/Salute Donna
- Day service, programma in dotazione alle ostetriche dei Consultori familiari (programma screening per il pap test e il sistema di prenotazione CUP 2000).
- PSNet, in Pronto Soccorso;
- SIO – Sistema informativo ospedaliero;
- S.O.L.E (sanità on line) – Medici di Medicina Generale;
- E.O.S – gestione della cartella informatizzata in Psicologia Clinica.

Azienda USL di Bologna (minori vittime di violenza)

NODI DELLA RETE

I soggetti su cui l'Ausl di Bologna si è focalizzata, quindi minori vittime di violenza, possono entrare in contatto e avere come riferimento principalmente i seguenti enti/servizi/associazioni:

- Centro specialistico multidisciplinare contro i maltrattamenti all'Infanzia "Il Faro", Bologna
- Provincia di Bologna. Assessorato Servizi Sociali e Sanitari
- Azienda USL di Imola, UOC NPIAA
- Servizio Sociale del Policlinico Universitario S. Orsola-Malpighi
- UOC NPIAA Azienda USL di Bologna
- UOC Consulteri Familiari
- Pediatri di libera scelta e di Comunità
- Dipartimento Integrazione Sociale Sanitaria- Azienda USL di Bologna
- USSI minori Distretto Pianura Est- Azienda USL di Bologna
- USSI minori Distretto Pianura Sud- S. Lazzaro di Savena- Azienda USL di Bologna
- USSI minori Distretto Pianura Sud- Porretta terme- Azienda USL di Bologna
- Servizio Sociale Comune di Bologna
- ASP Circondario Imolese
- ASC Insieme- Casalecchio di Reno
- ASP Seneca- San Giovanni in Persiceto
- Servizi Sociali Quartieri Comune di Bologna
- Scuole di ogni ordine e grado della provincia di Bologna
- Strutture di accoglienza della provincia di Bologna
- Associazione Onlus Isola che c'è
- Convenzionata con AUSL di Bologna

PRINCIPALI PROBLEMATICHE/CRITICITÀ

Fra le principali criticità c'è innanzitutto la necessità di riconoscimento precoce di situazioni di rischio/danno evolutivo per il bambino/adolescente nella fase di rilevazione e valutazione, che precede la fase diagnostica. Un aspetto problematico (trasversale nei Servizi Sociali e Sanitari) è costituito dalla mancanza di strumenti di valutazione „evidence-

based“, confrontabili sia sul versante della valutazione del danno evolutivo che del contesto familiare a partire dai quali coinvolgere il centro specialistico multidisciplinare contro i maltrattamenti all’Infanzia “Il Faro”, delineare e condividere le azioni protettive, diagnostiche e di cura.

E’ molto avvertito dai professionisti il bisogno di confronto sugli aspetti, gli elementi, i dubbi emergenti a partire da una sospetta esposizione a violenza. Un confronto che dovrebbe avvenire in una prospettiva multidimensionale (convergenza di aspetti educativi, clinici e psicosociali) che tuttavia fatica a decollare nell’attuale assetto organizzativo dei servizi sociali e sanitari che appare scarsamente integrato.

Per quanto concerne la fase diagnostica vera e propria „Il Faro“ effettua generalmente un intervento diagnostico differenziale e integrato sui minori di età vittime di M/A, richiesto dal Servizio di NPIAA o dal Servizio Sociale dopo confronto nell’Equipe Territoriale Integrata (UVM in alcuni territori). In questa fase le principali problematiche riscontrate sono le seguenti:

- intreccio tra esigenze cliniche e giudiziarie in assenza di percorsi condivisi tra Servizi Sanitari e Autorità Giudiziaria (tendenza a dare priorità alle esigenze giudiziarie per timore di incorrere in errori);
- complessità dei quadri clinici che si presentano nei soggetti in crescita vittime di maltrattamenti multipli e precoci e che richiedono, dopo l’opportuna fase diagnostica, un progetto integrato che coinvolga tutte le risorse disponibili (educative, sociali, sanitarie) formali e informali.

Si evidenziano inoltre:

- scarsa attitudine a lavorare in equipe, soprattutto sul versante medico, a fronte del fatto che l’appropriatezza della diagnosi è garantita dalla prospettiva multidisciplinare;
- scarsa informazione sulle risorse presenti nel territorio e sul loro utilizzo appropriato (PS S. Orsola per i minori vittime di violenza sessuale, PS Maggiore per ragazze e donne vittima di violenza sessuale, Centro specialistico Il Faro cui chiedere consulenza);
- scarsa formazione sulle conseguenze del M/A in età evolutiva;
- scarso raccordo tra le risorse specialistiche presenti sul territorio. Queste criticità dovrebbero essere superate dall’implementazione delle Linee di Indirizzo RER approvate di recente.

SOLUZIONI TELEMATICHE ESISTENTI

Il “Faro” non partecipa ancora ai flussi informativi regionali. Risulta che i Servizi Sociali utilizzino il GARSIA, che la NPIAA utilizzi il sistema SINPIAER e che il sistema GESI adottato da alcuni servizi della AUSL (Consultori) sia solo un sistema di rilevazione dei dati di attività.

4. SECONDA FASE - SPERIMENTAZIONE DELLA PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA E APPROFONDIMENTO CON I PROFESSIONISTI

In questa fase sono stati individuati i nodi della rete in cui installare la strumentazione per l'utilizzo della piattaforma nazionale e gli specialisti che potessero offrire alla piattaforma consulenza per altri centri che nel territorio nazionale ne avessero necessità.

Successivamente è stato predisposto un ascolto dei professionisti coinvolti nella sperimentazione attraverso interviste/focus group per approfondire le informazioni emerse dalla mappatura (*prima fase*), per esplorare il loro punto di vista sulla telemedicina nella pratica sanitaria e sulla piattaforma on line del progetto CCM (utilità per il loro lavoro, criticità, suggerimenti).

Per la conduzione delle interviste faccia a faccia e del focus group è stata predisposta la seguente scaletta:

Prima parte – STRUMENTI INFORMATICI/TELEMATICI IN USO

- strumenti informatici/telematici utilizzati per il proprio lavoro e tipo d'uso
- conoscenza di altri strumenti informatici/telematici e motivi d'uso
- utilità e criticità degli strumenti informatici/telematici s nel lavoro con la popolazione svantaggiata di riferimento (quando sono utili e quando non lo sono)
- eventuali altri strumenti informatici/telematici necessari per proprio lavoro

Seconda parte – TELEMEDICINA E UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA NAZIONALE

- Definizione di telemedicina da parte dei professionisti
- Aspetti positivi e criticità della telemedicina
- Aspettative rispetto al progetto specifico (uso della piattaforma; difficoltà; prime impressioni, casistica in cui si pensa di utilizzare la piattaforma, utilità nella pratica clinica, etc.)

Azienda USL di Parma (vittime di tortura - RTPI)

Presso l'Azienda USL di Parma hanno aderito al progetto 5 medici di Medicina Generale, 4 come richiedenti e 1 come rispondente rispetto a Medicina Generale e Medicina Infettiva (Responsabile dello Spazio Salute Immigrati). Oltre all'attivazione e all'esortazione all'utilizzo della piattaforma web, tutti i medici che hanno aderito al progetto sono stati sottoposti ad una intervista semistrutturata successiva alla partenza dei teleconsulti.

Prima parte – STRUMENTI INFORMATICI/TELEMATICI IN USO

Dalle interviste condotte emerge in maniera molto netta che i medici utilizzano nel loro lavoro strumenti informatici molto comuni, di facile utilizzo e sostanzialmente in dotazione dal sistema sanitario. Tutti lavorano tramite computer, attraverso programmi come Sole o Perseo, forniti dall'Azienda, che fungono da banche dati, servono per prescrivere farmaci e richiedere esami. Per le comunicazioni tra colleghi e tra servizi c'è al primo posto ancora il telefono e poi lo scambio di mail; anche per le comunicazioni con i pazienti il telefono è il mezzo più usato.

Tutti gli intervistati riferiscono la necessità di incrementare l'utilizzo di strumenti informatici, sia migliorando ciò che già è presente sia aggiungendone altri, come ad esempio strumenti di video conferenza, piuttosto che la creazione di un database a livello nazionale. Ciononostante quasi tutti riferiscono di non avere nessuna conoscenza di altri strumenti esistenti oppure di conoscerli ma non poterli usare nel loro lavoro in quanto non in dotazione. In generale gli intervistati preferiscono dunque non interessarsene e continuare con quello che hanno a disposizione. Quindi un punto di criticità importante sembrerebbe essere proprio la mancanza di promozione rispetto all'innovazione tecnologica da parte delle Aziende e del servizio sanitario in generale.

I professionisti coinvolti intravedono comunque aspetti positivi nell'utilizzare strumenti informatici in particolare rispetto alla popolazione immigrata. Tali strumenti permettono di accelerare le attività mediche, di perdere meno tempo evitando ai pazienti lungaggini e passaggi complicati presso gli specialisti e di scambiare rapidamente informazioni tra colleghi sui casi più rilevanti; possono essere inoltre estremamente utili nel caso di situazioni urgenti e particolarmente problematiche e hanno il grande vantaggio di tenere traccia di tutto quello che viene fatto, senza correre il rischio di dimenticare qualche passaggio. Ovviamente tutto ciò è possibile nel momento in cui tra gli operatori esiste una forte condivisione di intenti e di obiettivi.

Molta importanza viene data inoltre ad un'adeguata formazione, spesso mancante, per cui il medico viene lasciato solo e/o gli vengono date solamente le informazioni di base per un utilizzo minimo dello strumento. Una sensibilizzazione maggiore sull'argomento e una formazione chiara e puntuale permetterebbe sicuramente un aumento dell'uso di strumenti informatici e una maggiore soddisfazione ed efficacia nell'utilizzo.

Infine, quasi tutti esprimono timori rispetto al tema della privacy e dell'accesso a dati sensibili.

Seconda parte – *TELEMEDICINA E UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA NAZIONALE*

Le aspettative espresse dagli intervistati rispetto al progetto nazionale sono le seguenti:

- ricevere aiuto nel proprio lavoro quotidiano rispetto alle situazioni più complicate e/o insolite oppure relativamente all'ambito sociale e giuridico;
- un possibile, diverso modo di fare formazione e quindi l'aspettativa di un aumento di conoscenze personali su questa popolazione specifica;
- la possibilità di leggere i casi da prospettive diverse dalle proprie, di avere nuovi spunti di riflessione.

Emerge inoltre una visione più a lungo raggio, che è quella legata alla speranza di fare entrare nella forma mentis dell'operatore un modo nuovo di fare medicina, di sicuro vantaggio sia per gli addetti ai lavori, sia per i pazienti. Questo è sicuramente l'obiettivo più alto, a cui l'intero progetto mira, ma è anche quello più difficile da raggiungere, perché occorre molto tempo, grande apertura mentale alle novità, e ottima conoscenza dello strumento.

Rispetto al concetto di telemedicina, gli intervistati, pur non fornendo una definizione puntuale ed esaustiva, mostrano di cogliere alcuni aspetti importanti, quali la possibilità di avere un consulto medico a distanza, magari anche da più di uno specialista, in tempi teoricamente brevi. Il medico di medicina generale può avere immediatamente un confronto diretto con lo specialista e le risposte possono poi essere riviste o offrire spunti di approfondimenti successivi. Le principali criticità ipotizzate riguardano banalmente i classici problemi tecnici propri dei mezzi informatici, ad esempio mancanza della connessione internet, mancanza di corrente elettrica, malfunzionamenti del computer, etc. C'è poi il timore della farraginosità nella compilazione della cartella nella piattaforma che vanificherebbe il risparmio di tempo. I professionisti dichiarano anche che preferirebbero avere un certo grado di conoscenza dei rispondenti, in modo che non risultino totalmente degli "estranei" e quindi sia più facile affidarsi a loro e fare tesoro delle loro consulenze.

Durante il periodo di sperimentazione un solo medico richiedente ha utilizzato la piattaforma. La prima impressione dello strumento è stata positiva, per l'accesso non complicato e la non obbligatorietà di compilazione di tutti i campi presenti. Il feedback da parte dei rispondenti è stato meno positivo: meno rapidità nella risposta di quanto ci si aspettasse, ma soprattutto inadeguatezza nei contenuti delle risposte, non pertinenti alle domande poste. Il rispondente designato dell'Azienda USL di Parma non ha ricevuto nessuna richiesta di teleconsulto.

L'opinione generale dei professionisti coinvolti è comunque quella di non aver ricevuto un adeguato accompagnamento all'utilizzo.

Azienda USL di Modena (vittime di violenza di genere)

Per l'Azienda USL di Modena sono state coinvolte 6 professioniste dello Spazio Donna dei Consulenti familiari abilitate alla piattaforma nazionale per richiedere teleconsulti (4 ginecologhe e 2 ostetriche). La professionista abilitata a rispondere ai teleconsulti provenienti dagli altri nodi della rete nazionale è la sociologa referente del centro LDV, un innovativo 'nodo' della rete dei servizi territoriali che si pone come obiettivo quello di intervenire non solo a protezione delle donne, che restano comunque un obiettivo prioritario, ma anche di aiutare gli autori delle violenze a cambiare.

Successivamente all'avvio della sperimentazione della piattaforma di telemedicina è stato condotto un focus group con le professioniste coinvolte. Al momento del focus group 4 delle 6 professioniste rispondenti avevano utilizzato la piattaforma per consulti di tipo diagnostico-terapeutico.

Prima parte – STRUMENTI INFORMATICI/TELEMATICI IN USO

Sotto l'aspetto organizzativo, dal focus group emerge una grande quantità e varietà di software in uso nei servizi. Dal punto di vista tecnico, la criticità più rilevante che emerge è la mancanza di interfacce e connessioni tra i diversi programmi aziendali e tra questi e i servizi territoriali. Alcuni esempi di tale mancata integrazione sono i seguenti:

- la cartella informatizzata dei servizi salute donna non è in rete con l'ospedale per la gestione delle gravidanze ma solo per la richiesta esami;
- le informazioni contenute dal Sistema Informativo Ospedaliero non possono essere visualizzate dai consultori;
- non c'è un collegamento neanche con il Dipartimento di Emergenza Urgenza (PSNet) e con le articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale (Centro Salute Mentale adulti e il Servizio Tossicodipendenze, Psicologia Clinica);
- nel day service, il software in dotazione alle ostetriche per prescrizioni di esami standard, è connesso solo con la cartella informatizzata del consultorio, mentre si interfaccia con il progetto SOLE solo per il recupero e la prenotazione della prescrizione;
- il programma screening per il pap test non è in rete con il sistema di prenotazione CUP 2000.

Le principali criticità emerse sono le seguenti:

- diversità dei programmi in uso nei servizi nella grafica, nelle impostazioni e nella funzionalità;
- scarsa manutenzione ed assistenza agli strumenti aziendali, molto spesso obsoleti e "lenti" nelle diverse fasi d'uso;
- inadeguatezza dei tempi tecnici di collegamento ad alcuni programmi, soprattutto rispetto alla prima visita;
- tempi troppo lunghi nella registrazione dei dati;
- "schizofrenia" tra richieste di digitalizzazione e permanenza di strumenti analogici (fax, ricette manuali), il cui uso in alcuni casi viene chiesto come condizione obbligatoria dall'organizzazione.

Nella pratica sanitaria le criticità di tipo tecnico, associate alla complessità di compilazione della cartella clinica, possono far "perdere di vista la paziente in termini di ascolto dei suoi bisogni" (un rischio segnalato anche dalla letteratura che si occupa di telemedicina). Dal

lato dell'utente, molto spesso si mostra insofferenza all'eccessiva richieste di informazioni legate all'articolazione della cartella. Questo problema è dovuto alla mancanza di comunicazione tra i software, per cui è possibile che alcuni dati vengano chiesti più volte all'utente nello stesso servizio e non solo, e ciò "fa percepire il servizio come estremamente burocratizzato".

Seconda parte – *TELEMEDICINA E UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA NAZIONALE*

Le professioniste sembrano vedere nella telemedicina un veicolo per la fornitura di un servizio attraverso l'utilizzo di tecnologie: dalla trasmissione di dati medici in forma elettronica a strumenti per la trasmissione e condivisione di immagini statiche e video a supporto dell'erogazione di servizi sanitari.

Gli aspetti positivi dell'utilizzo della telemedicina emersi sono i seguenti:

- la possibilità di conoscere la storia/il percorso clinico delle pazienti, in particolare di quelle migranti;
- la riduzione dei tempi e degli spostamenti per le visite specialistiche.

Questi due aspetti, sono fondamentali soprattutto per le persone svantaggiate che rischierebbero di non dare continuità al percorso clinico ed impattano in maniera positiva sull'equità dell'assistenza e del trattamento sanitario.

L'ampio ventaglio di discipline che offre la piattaforma on line (28) permette inoltre di richiedere una "consulenza globale": non solo di tipo sanitario, ma anche di tipo psico-sociale e normativo.

Emergono però dalla sperimentazione alcune criticità di tipo organizzativo legate al progetto in sé:

- mancanza di formazione specifica (affidata solamente ad un tutorial);
- tempi di risposta previsti (72 ore lavorative) sono eccessivi per suggerire una buona pratica;
- risposte troppo semplici, poco specialistiche rispetto a quanto richiesto;
- necessità di includere anche altre discipline specialistiche;
- dubbi sul valore medico legale dei tele-consulti;
- è uno strumento "pensato e calato dall'alto" poco rispondente ai bisogni degli operatori e del servizio che dovrà utilizzarlo;
- poco intuitivo nella compilazione;
- l'inserimento dei dati è molto complesso e richiede tempi lunghi [il sistema richiede l'inserimento e la conoscenza di informazioni molto dettagliate e specifiche che non sempre sono già presenti nella cartella (ad es. la religione)].

La piattaforma on line non sembra alle intervistate lo strumento più appropriato per la violenza di genere. Emergono alcuni suggerimenti finalizzati al miglioramento:

- tempi diversi a seconda della richiesta (per un referto che ha una valenza medico legale su aree altamente specialistiche, non solo mediche, ma anche psicologiche, legali ed amministrative, 72 ore lavorative sono un lasso di tempo adeguato per avere una risposta, ma una consulenza per orientare un'azione clinica, come la prescrizione di esami e cambiamenti nella terapia, per essere utile dovrebbe essere fornita rapidamente, in modalità interattiva);

- aggiungere altre discipline specialistiche (soprattutto rispetto a salute donna e violenza di genere);
- rendere esplicito il valore medico legale dei tele-consulti;
- rendere pubblici i profili (competenze e curricula) dei professionisti rispondenti.

5. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

A partire dalla riflessione critica condotta nell'ultimo decennio dalla Commission on Social Determinants of Health (CSDH) istituita presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ampia letteratura ha messo in evidenza l'incidenza dei determinanti sociali sulla tutela della salute da parte della popolazione c.d. "svantaggiata", con cui si intende il complesso di gruppi di cittadini che soffrono di un deficit d'accesso ai servizi socio-sanitari, da attribuire in via preminente a condizioni di vulnerabilità di carattere socio-relazionale e/o di natura economica.

In questo contesto, il progetto "CCM 2011 - Un modello per l'integrazione socio-sanitaria delle popolazioni svantaggiate" ha avuto come obiettivo principale quello di favorire una maggiore accessibilità ai servizi socio-sanitari attraverso il ricorso ad una piattaforma di 'telemedicina', un termine utilizzato con una pluralità di accezioni differenti, ma che pare opportuno riportare alla definizione contenuta all'interno della Comunicazione della Commissione europea, n. 689 del 2008, ai sensi della quale questa deve essere intesa come: «la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso alle TIC, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. Essa comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico grazie a testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti»¹.

Tale Comunicazione si prefigge di supportare gli Stati membri nella fase di progettazione, implementazione e gestione dei servizi di telemedicina, nonostante le criticità ancora irrisolte, soprattutto per quanto concerne l'inquadramento giuridico delle prestazioni di telemedicina, e prende atto delle difficoltà che si celano dietro all'adozione su larga scala di questi modelli di cura innovativi.

La sfida posta dalla telemedicina è in effetti quella di migliorare la qualità delle cure erogate dai sistemi sanitari pubblici, ampliandone al contempo l'accessibilità, soprattutto con riferimento ad una serie di situazioni in cui l'assistenza possa rivelarsi in concreto difficoltosa. Tra i benefici ricollegati alla diffusione della telemedicina vi è inoltre la possibilità di offrire una continuità assistenziale attraverso la quale conseguire un incremento del livello di compliance terapeutica, soprattutto nei casi di ridotta o insufficiente aderenza dei pazienti alle prescrizioni del professionista sanitario. Strettamente correlato a tali premesse deve poi ritenersi l'obiettivo di sviluppare i canali di integrazione tra la risposta sanitaria strictu sensu e quella socio-assistenziale, predisposte dal Sistema Sanitario Nazionale.

Alla luce di tali obiettivi il progetto ha messo in atto la sperimentazione di un servizio innovativo attraverso il quale instaurare un raccordo qualificato, sottoforma di "teleconnessione", tra soggetti diversi, con l'obiettivo di formare équipes professionali in grado di fare fronte a esigenze complesse, che richiedessero pertanto un incrocio di competenze disciplinari differenti fra loro. Questo collegamento di carattere innovativo ha assunto come obiettivo quello di migliorare l'integrazione non solo di carattere orizzontale – ovvero tra diverse tipologie di servizi, ma anche di natura verticale – ovvero tra le forme di assistenza di base e quelle di assistenza specialistica, garantendo tempestività ed appropriatezza dell'intervento, caratteristiche imprescindibili per la tutela della salute dell'individuo in un sistema sanitario che possa definirsi come efficiente.

¹ Cfr. Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società, COM/689/2008.

Le azioni previste per quanto concerne la Regione Emilia-Romagna sono state allocate nei territori di competenza di tre distinte Unità Ospedaliere: l'U.O. di Parma si è occupata delle problematiche relative all'accessibilità ai servizi da parte delle vittime di tortura; l'U.O. di Modena si è occupata dell'accessibilità da parte delle vittime di violenza di genere; l'U.O. di Bologna si è occupata dell'accessibilità da parte dei minori vittime di violenza fisica e/o sessuale.

Per quanto concerne nello specifico la mappatura e il funzionamento delle reti esistenti, il personale medico coinvolto nella ricerca conferma il proprio "disagio" relativamente all'assenza di interoperabilità tra le differenti applicazioni in dotazione. Come noto, l'assenza di interoperabilità è rinvenibile non solo tra il livello di assistenza di base e quello specialistico, ma anche tra centri ospedalieri diversi, così come tra i vari enti territoriali dello stesso Sistema Sanitario Regionale. La questione dell'interoperabilità delle applicazioni e dei dati sanitari, deve essere intesa in uno con il processo di dematerializzazione in atto all'interno della Pubblica Amministrazione del nostro caso e costituisce uno "scoglio" già noto ai professionisti sanitari, e rispetto al quale occorre fare riferimento ad un tema che esula dall'oggetto di questa ricerca, sebbene strettamente correlato ad essa, ovvero l'avanzamento dell'e-Health Information Strategy avviata nel nostro paese a partire dal 2008 su impulso determinante della Commissione europea².

Per quanto concerne la valutazione dell'utilizzo della piattaforma tecnologica di teleconsulto, fra le criticità, emerge in primo luogo la necessità segnalata dai medici intervistati di poter ricevere un'adeguata formazione al fine di sviluppare un corretto approccio con i dispositivi di ICT nell'uso quotidiano. La portata di tale esigenza trova uno specifico riscontro all'interno delle Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina, redatte da un gruppo di lavoro ad hoc istituito presso il Consiglio Superiore della Sanità (2011) e approvate lo scorso febbraio in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. All'interno di questo documento, che costituisce ad oggi l'unico riferimento normativo esclusivo per il settore della telemedicina in Italia, si afferma infatti che: «Ai fini di una ampia diffusione della Telemedicina, particolare attenzione va dedicata alla formazione ed aggiornamento dei professionisti della salute, per dare loro dimestichezza con i nuovi metodi per l'esercizio della loro professione. La formazione dovrà riguardare le nuove apparecchiature di acquisizione delle informazioni e le tecnologie di trasmissione dei dati, alla base di una prestazione di Telemedicina. [...] Il personale medico, soprattutto quello con cui i pazienti hanno contatto per telefono oppure attraverso lo schermo, dovrà aver ricevuto anche una formazione psicologica, in modo da umanizzare la relazione a distanza e da rimediare alla mancanza di quella fisica sulla quale si era sinora basato il dialogo tra medico e paziente. È determinante che l'apprendimento diventi un'azione di sistema e non una proposta estemporanea. È in effetti indispensabile mettere in atto un programma strutturato di formazione universitaria, abbinato a una formazione di servizio, volto ad ottimizzare l'uso della Telemedicina per migliorare la qualità dell'assistenza»³.

La necessità di formazione palesata dai professionisti chiamati in causa nel corso del progetto rappresenta anche la cifra della distanza che separa attualmente la pratica medica

² Si veda in proposito il documento *National e-Health Information Strategy* del 23 novembre 2011, reperibile sul portale:

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1653.

³ Cfr. § 4.2.2 delle Linee di indirizzo sulla telemedicina, reperibili sul portale istituzionale www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf.

svolta nelle “forme tradizionali” dall’innovatività che si cela dietro all’implementazione dei modelli di telemedicina. Molto opportunamente infatti, i medici ritengono di dover acquisire una padronanza degli strumenti telematici che segnano il quotidiano della loro professione. I medici infatti non sono “contrari” in via di principio all’implementazione di nuove tecnologie, anche in virtù della consapevolezza che la pratica medica si affida progressivamente a strumenti tecnologici che appaiano in grado di apportare benefici, non solo per i professionisti che le adottano, ma, come nel caso della telemedicina, anche per i pazienti e per i sistemi sanitari in generale. A rafforzare la generale accettabilità della telemedicina da parte dei medici intervistati, si consideri inoltre che essi sono stati in grado di delineare i tratti costitutivi di questa nuova dimensione di cura, sebbene non avessero avuto precedenti esperienze dirette.

Un’ulteriore criticità di rilievo deriva invece dalla conduzione della ricerca, ed è relativa alla scarsa adesione in termini numerici dei professionisti sanitari, ciò che ha impedito di poter vagliare un numero consistente di teleconsulti per fare emergere le difficoltà, i dubbi, così come i vantaggi derivanti dall’utilizzo di queste applicazioni in larga scala. Anche per quanto concerne i soggetti aderenti, inoltre, gli utilizzi della piattaforma sono risultati scarsi, lasciando così desumere che, più che l’originalità intrinseca nella pratica della telemedicina, a non convincere sia stata l’assenza di un supporto adeguato dei professionisti rispetto alla corretta comprensione dei benefici che potevano scaturire dall’utilizzo della piattaforma. Non sono state segnalate invece difficoltà concernenti le modalità di utilizzo dell’applicazione, sebbene alcuni professionisti hanno espresso il timore per cui un’eccessiva attenzione rivolta verso la “macchina” avrebbe potuto distoglierli dalla dovuta considerazione del paziente.

L’effettuazione del teleconsulto nella forma asincrona ha dato origine talvolta a risposte ritenute “non soddisfacenti” da parte del personale richiedente. In questo contesto i medici hanno palesato il desiderio di poter maturare una conoscenza preventiva dei professionisti che si trovano “dall’altra parte del cavo”, vista come condizione per instaurare una relazione “positiva”, ovvero di fiducia reciproca. L’importanza del fattore relazionale viene in rilievo qui, non con riferimento all’incontro tra medico e paziente - che costituisce il focus tradizionale delle ricerche sulla telemedicina - ma piuttosto in quello che coinvolge il rapporto tra due “colleghi”. In assenza di una conoscenza previa, o, almeno della possibilità di valutare *ictu oculi* le competenze del collega, magari attraverso l’accesso ad un profilo descrittivo del relativo curriculum professionale, le modalità di relazione basate sulla descrizione del problema effettuata tramite la piattaforma possono apparire eccessivamente rigide, poiché precludono la possibilità di ricomprendere nella valutazione della risposta una serie di fattori che possono entrare a fare parte della lettura del caso (esperienza dello specialista rispondente, orientamento in situazioni analoghe pregresse, ecc.).

Tale rigidità si appalesa inoltre con riferimento ai tempi necessari per il ricevimento della risposta, poiché l’attesa durante l’arco delle 72 ore (lasso temporale massimo per ricevere la risposta dal medico rispondente), può frustrare la necessità di avere una risposta immediata nei casi in cui il medico richiedente si trovi dinnanzi al paziente e ritenga magari di non potersi congedare senza aver fornito allo stesso una risposta esauriente. A tale proposito, la scarsa soddisfazione che talvolta è stata palesata per il livello di qualità delle risposte del teleconsulto sembra doversi inoltre ricollegare all’esigenza di poter ampliare in alcuni casi il contenuto di una risposta considerata come eccessivamente “semplicitistica” o “sbrigativa”, facendo ricorso, ove ne sussista la possibilità, anche alle competenze specialistiche di ulteriori e diverse figure rispetto a quelle previste dal progetto, e quindi provando a

realizzare una piattaforma dalla quale potesse scaturire un'integrazione multiprofessionale in senso "ampio".

Ulteriori opinioni dei medici, inoltre, hanno messo in rilievo una scarsa corrispondenza tra il design dello strumento tecnologico e il modus operandi specifico del professionista sanitario, ciò che rinvia ad una questione di particolare rilievo, ovvero la partecipazione degli "utenti" alla progettazione di applicazioni e servizi che sono destinati agli stessi, laddove per "utente" in questo caso si deve intendere il medico e non il paziente, poiché è a lui che si rivolgono le applicazioni offerte dalla piattaforma tecnologica.

Infine, una dimensione particolare è emersa dalle interviste realizzate con i medici coinvolti nella ricerca, ed attiene al peso specifico che tali professionisti attribuiscono alla ricorrenza di problematiche legali nello svolgimento della propria attività, tra cui vi è in via preminente il rispetto della privacy e la protezione dei dati personali dei pazienti trattati, anche in considerazione del fatto che le applicazioni telematiche consentono ad un determinato numero di soggetti di accedere alle informazioni, e quindi si prestano in potenza ad abusi e violazioni di varia natura. Questa preoccupazione per la "questione legale" sembra doversi attribuire al timore progressivamente crescente che i medici avvertono per la possibilità di incorrere in violazioni di legge, e quindi, nelle corrispondenti sanzioni. All'interno di questa preoccupazione è da ricomprendersi ovviamente l'incertezza sulla portata e sul valore legale del teleconsulto, ovvero più precisamente, alla definizione delle forme di attribuzione di responsabilità professionale tra il medico richiedente e quello rispondente, per i casi di eventi avversi conseguente all'effettuazione di teleconsulti.

Diversi medici hanno infatti ipotizzato un utilizzo della piattaforma di telemedicina per richiedere "pareri legali" attraverso i quali cautelarsi in via preventiva nell'esercizio della loro attività. Questo utilizzo ovviamente esula dalle finalità proprie della telemedicina, e sebbene non appaia a priori incompatibile con le possibilità offerte dalle ICT, sposta la riflessione sul rapporto tra l'esercizio della professione medica e la configurabilità di responsabilità medica, un tema la cui trattazione tuttavia esula dalle problematiche oggetto della presente indagine.

In conclusione, la ricerca sperimentale condotta sul territorio della Regione Emilia-Romagna dalle U.O. di Parma, Modena, e Bologna, sotto la supervisione dell'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale, ha messo in rilievo i benefici potenziali per le popolazioni c.d. "svantaggiate" rispetto al tema dell'accessibilità ai servizi offerti dalla rete territoriale. Le acquisizioni maturate all'interno di questo percorso si pongono pertanto come un punto fermo per quanto concerne sia la fase progettuale relativa ad un'eventuale prosecuzione della sperimentazione realizzata con il progetto CCM 2011, sia con riferimento specifico alla futura implementazione di questo tipo di servizi sul tessuto del sistema socio-sanitario regionale, al fine di offrire un'integrazione sempre più coerente ed efficace tra le differenti professionalità del settore, e incrementare pertanto la qualità e tempestività delle prestazioni erogate, e conseguentemente, il benessere di tutti i cittadini.