

STEFANO DE FALCO*, LUCIA SIMONETTI*

SPAZI DELLA SALUTE. LA NARRAZIONE DELLA MEDICINA TELEMATICA COME NUOVA FRONTIERA DELL'EFFICIENZA

1. INTRODUZIONE. LA TELEMEDICINA IN UN QUADRO D'INSIEME. – La pandemia da Covid 19 ha reso particolarmente evidenti le intrinseche debolezze dell'organizzazione spaziale delle attività economiche, risultato della congestione delle sedi di lavoro, di scambio e di intrattenimento, ma anche dei luoghi di cura, polarizzati sulle grandi strutture ospedaliere. Tali debolezze riguardano, seppur con modalità e forme differenti, sia le aree urbane più concentrate, sia quelle diffuse, sia i territori a minore densità.

Di fronte alle necessità e alle urgenze dettate dall'emergenza sanitaria, una delle risposte alla congestione si è concretizzata nell'incremento dell'uso delle piattaforme virtuali e della telemedicina (TM).

Definita come “l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per fornire servizi di assistenza sanitaria a individui che si trovano a una certa distanza dal fornitore di assistenza sanitaria” (Roine *et al.*, 2001, p. 765), la telemedicina consente la trasmissione di dati biomedici e informazioni (testi, suoni, immagini, ecc.) per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il follow-up dei pazienti. La narrazione dominante ne ha esaltato le potenzialità, la versatilità, il risparmio in termini di costi e tempi, sia per il medico che per il paziente. Dal punto di vista di una gestione sanitaria razionale, difatti (Sampietro Colom *et al.*, 2022), la telemedicina può essere considerata come un input tecnologico in grado di migliorare il processo di erogazione dell'assistenza sanitaria modificando il tradizionale rapporto *vis à vis* medico-paziente. Sicuramente, un tale approccio impatta sull'organizzazione sanitaria e sulla sostenibilità, sia in termini di risorse finanziarie coinvolte che in termini di risultati ottenuti, ma soprattutto disvela interessanti prospettive geografiche di lettura e analisi del fenomeno.

La telemedicina ha il potenziale per alleviare il sovraccollamento delle strutture di Pronto Soccorso (PS), ampliando il numero dei pazienti visitati, migliorare la produttività dei centri ospedalieri e ridurre il costo delle cure mediche e i trasporti in ambulanza (Fatehi e Wootton, 2010). Va considerato, infatti, che in molte aree urbane, il PS è diventato la struttura di riferimento per ottenere assistenza sanitaria grazie all'accessibilità al di fuori del normale orario di lavoro. La telemedicina in ambito PS può, in tal modo, consentire ai pazienti in età lavorativa di accedere alle cure senza perdere ore di lavoro e può contribuire a ridurre le disparità nelle cure (Basu *et al.*, 2017).

Gran parte dell'attuale conoscenza dei sistemi di telemedicina si concentra, infatti, proprio sulle modalità atte a garantire maggiori cure specialistiche nei centri di Pronto Soccorso. Ciò è realizzato mediante un *benchmark on line e off line* con centri specialistici mondiali nel rapporto medico-medico. Nella prima dinamica rientrano attività di interazione con il paziente nelle quali il medico che ha in gestione il paziente si rivolge telematicamente ad un altro medico specialistico per rafforzare il consulto. Nella seconda tipologia di attività, quella *off line*, rientrano invece azioni di consulto medico in assenza del paziente.

La telemedicina, la fornitura di assistenza sanitaria tramite le telecomunicazioni e la tecnologia dell'informazione, è una componente significativa e in rapida crescita dell'assistenza sanitaria in diversi Paesi, soprattutto negli Stati Uniti. Sebbene il concetto sia nato precedentemente, è solo a partire dagli anni Ottanta, con la massiccia evoluzione e diffusione delle tecnologie dell'informazione e l'uso diffuso di internet, che esso trova una reale forma attuativa e soprattutto una modalità non più di tipo sperimentale ma di natura sistemica, in una logica di servizio permanente. In particolare, questo cambiamento è stato facilitato dalle telecomunicazioni ad alta velocità che hanno consentito e consentono in misura sempre maggiore il trasferimento in tempo reale di informazioni, immagini e video, rendendo la telemedicina un importante elemento complementare, se non in certi casi alternativo, al trattamento sanitario di persona. La telemedicina sembra inoltre consentire inoltre di superare criticità relative alla presenza di barriere legate alla distanza fisica e/o ai costi che ostacolano l'assistenza medica, portando quindi a un miglioramento nell'accesso ai servizi medici (Porter, 2010). Altro corollario positivo divenuto ormai obiettivo sistemico e programmatico della telemedicina è relativo al rapporto medico-paziente in relazione al miglioramento dell'accesso nelle aree rurali (Yang



et al., 2020; Rosenberg *et al.*, 2012; Fulop *et al.*, 2003). Inoltre, la telemedicina è stata suggerita come uno strumento utile per compensare alla scarsità di numero di medici.

La telemedicina è utile per diffondere risorse cliniche limitate in un'ampia area geografica e può aumentare l'accesso dei residenti ai servizi specialistici. La telemedicina può, infatti, migliorare non solo l'accesso alle cure, ma anche la qualità delle cure fornite nei piccoli ospedali (WHO, 2020).

Oltre all'interazione dell'ospedale con i pazienti, la telemedicina manifesta ulteriori implicazioni per le famiglie dei pazienti e per le comunità in cui viene adottata, anche in termini di risparmio dei costi di trasferta, di vitto e alloggio a cui i familiari dei pazienti vanno generalmente incontro, in quanto consente ai residenti di ricevere più cure a livello locale e migliora la percezione dell'ospedale locale da parte dei membri della comunità. L'utilizzo di servizi di telemedicina può valorizzare il ruolo dell'ospedale nella comunità in tre modi. In primo luogo, può migliorare la reputazione dell'ospedale per l'assistenza di alta qualità. In secondo luogo, l'ospedale diviene la fonte preferita di assistenza per i residenti locali, in quanto un migliore accesso ai servizi viene a soppiantare la ragione principale della spinta a cercare assistenza altrove. In terzo luogo, rinforza la consapevolezza, da parte della comunità, delle risorse disponibili localmente, con l'impiego di tecnologie avanzate che si rivela un fattore rafforzativo della sensazione della modernità dell'ospedale da parte dei membri della comunità in cui esso afferisce.

L'esperienza della pandemia ha rivelato che il livello di attuazione dei servizi di telemedicina è piuttosto differenziato dal punto di vista geografico. Il report *State of Healthcare Report* ha rivelato, in particolare, come in Europa esistano ancora notevoli lacune in termini di connettività e integrazione in diversi Stati membri (HISSM, 2021). Nel caso dell'Italia, uno studio pre-pandemia condotto sulle attività di telemedicina ha mostrato, in effetti, *pattern* estremamente irregolari in termini di tipo di servizi e livello di attuazione nelle regioni (Ministero della Salute, 2018). Come efficacemente sottolineato da Occeci e Dalmasso (2022), le iniziative di TM sono sviluppate in contesti socio-tecnici complessi che includono molti soggetti diversi, e presuppongono peculiari condizioni legali, organizzative e finanziarie, nonché un insieme di norme comportamentali ed etici. Inoltre, la realizzazione di progetti di TM efficaci presuppone un ambiente politico favorevole che faciliti, consenta e promuova la diffusione delle migliori pratiche attraverso il trasferimento e la diffusione delle conoscenze. Per raccogliere i benefici della telemedicina e limitarne i rischi, infatti, i sistemi di assistenza dovrebbero impegnarsi nell'apprendimento e nel miglioramento continui, sfruttando modelli di assistenza nuovi e innovativi e soprattutto mettendo a sistema e sfruttando tutte le fonti di dati.

Nel presente contributo, dopo questa sezione introduttiva, viene enfatizzato il ruolo e la narrazione della telemedicina in termini di opportunità e di approccio *service-based* e *patient service-oriented*. Nel terzo paragrafo, a complemento delle esternalità positive evidenziate, vengono analizzate anche alcune criticità del fenomeno. Un focus su un caso specifico, rappresentato dalla particolare implementazione della telemedicina mediante le Case della Salute (CdS) in Emilia-Romagna, chiude il lavoro.

2. NARRAZIONE DELLA TELEMEDICINA IN CHIAVE DI “SERVIZIO”. – Nel campo della gestione sanitaria, il valore creato intorno a un paziente viene solitamente misurato per un gruppo di persone con esigenze simili (condizione medica, epidemiologia e comorbilità). Pertanto, ci si aspetta che i pazienti con la stessa condizione demografica tendano a sviluppare le stesse esigenze di accesso alle cure specialistiche superando le barriere di tempo e distanza. In quest'ottica la telemedicina può essere inquadrata secondo i modelli e le dinamiche della qualità dei servizi, in quanto essa diviene un potente strumento atto a migliorare i livelli di soddisfazione del paziente. Il modello di Kano, creato da Noriako Kano negli anni Ottanta, sicuramente costituisce un riferimento rispetto alla valutazione della telemedicina in termini di soddisfazione dei pazienti, secondo un approccio *patient service-oriented*. Nella sua essenza, questo strumento aiuta a intercettare i possibili diversi tipi di bisogni del paziente, facilitando la loro successiva soddisfazione. Attraverso la telemedicina, infatti, le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie vengono ad avere maggiori opportunità di offrire servizi medici più selettivi rispetto alle esigenze dei pazienti e dei familiari che li assistono. Tutti i bisogni e le aspettative dei pazienti vengono valutati e misurati rispetto a due differenti indicatori, il livello con il quale i bisogni del paziente sono soddisfatti e il relativo livello di soddisfazione inerente le modalità di erogazione delle prestazioni mediche. Secondo tale approccio, la telemedicina viene ad essere una pratica valutabile attraverso la qualità e modalità di erogazione della prestazione sanitaria, aspetto quest'ultimo su cui essa gioca un ruolo fondamentale soprattutto in aree rurali, interne e montane maggiormente inaccessibili. In tal senso, le esigenze mediche possono essere differenziate le une dalle altre sulla base di differenti qualità o attributi, attraverso cui poi indirettamente valutare l'azione della telemedicina:

- attributi strutturali che si riferiscono alla qualità intrinseca della prestazione medica;
- attributi aggiuntivi che rappresentano delle qualità accessorie rispetto al core della prestazione in sé e riguardano, ad esempio, il risparmio dei costi e l'eliminazione di barriere.

La suddivisione in diversi attributi spiega l'idea di base del modello Kano: l'assenza di insoddisfazione non equivale automaticamente alla soddisfazione del paziente. Questo significa che solo lo sviluppo particolarmente accentuato di una certa prestazione medica e della sua modalità di erogazione può generare un aumento significativo del livello di soddisfazione del paziente.

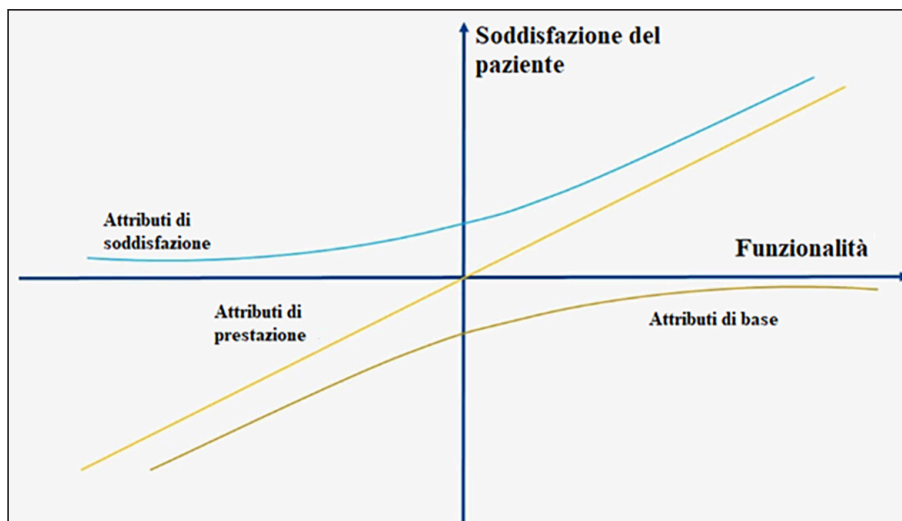
Il modello Kano aiuta direttamente a ottimizzare la soddisfazione del paziente mediante telemedicina, con particolare riferimento alla medicina territoriale e in particolare alla medicina di prossimità, solo se si comprende tale distinzione e se si valuta la prestazione medica rispetto a cinque tipologie di attributi che sono stati qui declinati al caso della telemedicina (Tab. 1).

Tab. 1 - Attributi del servizio di telemedicina

<i>Attributi in chiave di servizio</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Declinazione alla telemedicina</i>
Attributi di base	Gli attributi di base sono funzioni essenziali. Ogni beneficiario del servizio assume che le funzioni di questa categoria siano presenti all'interno della prestazione sanitaria. Questo significa che la mera esistenza di questi attributi è quasi impercettibile per il beneficiario, mentre la loro assenza è più che evidente.	Dal punto di vista degli ospedali, e in generali dei fornitori di prestazioni sanitarie, la soddisfazione di requisiti di questo tipo non aumenta la soddisfazione del paziente. Tuttavia, se queste esigenze non vengono soddisfatte, rapidamente si manifesta insoddisfazione.
Attributi di prestazione	Anche in questa categoria, la mancanza degli attributi causa insoddisfazione. A differenza di quanto accade con gli attributi di base però, questa categoria consente di creare un vantaggio: se si soddisfano i requisiti in modo inaspettatamente positivo, la soddisfazione del beneficiario aumenta.	Il paziente percepisce consapevolmente gli attributi legati alle prestazioni, in quanto egli ha un'idea precisa degli attributi o delle caratteristiche che una certa prestazione medica dovrebbe offrire.
Attributi di soddisfazione	La categoria degli attributi di soddisfazione include funzioni inattese. Il beneficiario quindi non se le aspetta e la loro mancanza non causa insoddisfazione. La difficoltà per i fornitori, tuttavia, è quella di scoprire tali funzioni.	Così come per i pazienti le caratteristiche di soddisfazione non sono scontate, nemmeno per i fornitori delle prestazioni mediche in quanto non sempre facilmente individuabili. A tal guisa, la telemedicina può sicuramente aiutare ad allargare e a complementare le possibili nuove prestazioni aggiuntive.
Attributi indifferenti	Non tutte le caratteristiche di un servizio sono rilevanti per la soddisfazione del beneficiario.	Spesso gli aspetti della prestazione medica erogata non sono di per sé irrilevanti per il paziente, ma la loro presenza o assenza non ha alcuna o pochissima influenza sulla sua soddisfazione o insoddisfazione.
Attributi inversi	Equivalenti agli attributi di base, che si notano solo quando non sono presenti, gli attributi inversi hanno un effetto negativo, ma solo quando si verificano. Qui si presume che in uno stato normale siano assenti. Nella maggior parte dei casi, si tratta di errori o condizioni che si sono verificate involontariamente.	Sono ricomprese quelle funzioni che favoriscono i fornitori della prestazione sanitaria, ma gravano sul paziente.

Fonte: elaborazione degli autori.

In Figura 1 il modello Kano e il modo in cui i miglioramenti nelle diverse tipologie influenzano la soddisfazione del paziente. Il grafico riporta solo le prime tre categorie della Tabella 1, in quanto considerate le più importanti per le decisioni di gestione sanitaria, soprattutto in relazione a prestazione erogate mediante telemedicina.



Fonte: Kano, 1984.

Fig. 1 - Il modello di Kano per le prestazioni di telemedicina

3. UN FOCUS SULLE CASE DELLA SALUTE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA. – In Emilia-Romagna la telemedicina sta divenendo una best practice di riferimento per altre realtà territoriali impegnate al rafforzamento e miglioramento della medicina territoriale di prossimità.

La struttura decentrata di medicina territoriale si basa sulle Case della Salute (CdS). Si tratta di strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dai cittadini, che possano essere per loro un punto di riferimento certo dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni medici, attraverso la garanzia dell'accesso e della presa in carico, in integrazione tra professionisti dell'ambito sanitario e sociale. Il percorso di realizzazione delle Case della Salute si colloca nell'ambito di un più ampio processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera, territoriale e socio-sanitaria, finalizzato al miglioramento dell'accesso e della risposta ai bisogni della popolazione.

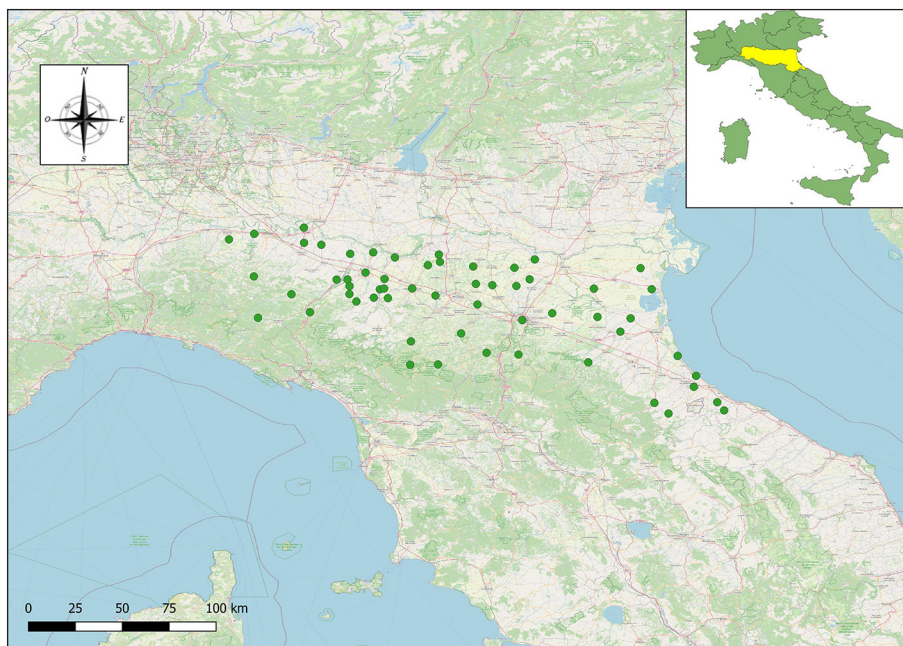
La Regione, in collaborazione con la società I-Tel, ha attivato un sistema regionale di tele-consulto, tele-visita e tele-monitoraggio per le CdS e i pazienti cronici basato sulla collaborazione tra medici di medicina generale, pediatri e aziende sanitarie. La soluzione ha garantito continuità di cura e migliorato l'assistenza ai pazienti cronici anche in tempo di pandemia e nelle aree remote.

La cifra distintiva di tale iniziativa è ravvisabile nell'integrazione orizzontale basata sulla collaborazione e condivisione di obiettivi e azioni tra tutti i protagonisti delle Case della Salute: medicina convenzionata, dipartimenti territoriali e ospedalieri delle aziende sanitarie, servizi sociali, la comunità (nelle sue diverse forme singole e associate) (Brambilla e Maciocco 2016).

La distribuzione delle CdS presenta un'ampia variabilità legata a diversi fattori, a cominciare dalle caratteristiche della popolazione (es. densità, profilo socio-demografico e di salute) e dei territori (es. pianura/collina/montagna; area urbana/rurale; viabilità), e dalla distribuzione storica di servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali. In Figura 2 la distribuzione geografica delle CdS sul territorio. La pianificazione delle Case della Salute si pone, in ultima istanza, come esito di una decisione condivisa tra Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL) e sindaci, come rappresentanti e garanti dei bisogni della comunità, nell'ambito delle sedi istituzionali preposte: Comitato di Distretto e Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Il modello della rete integrata delle Case della Salute è di tipo Hub&Spoke, già peraltro adottato in Emilia-Romagna per l'assistenza ospedaliera. L'architettura si basa su Case della Salute "medie/grandi" quali *hub* e su quelle "piccole" come *spoke* garantendo in questo modo, da un lato, la possibilità ad ogni cittadino di essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa della Salute, e dall'altro, la necessaria capillarità dell'accesso.

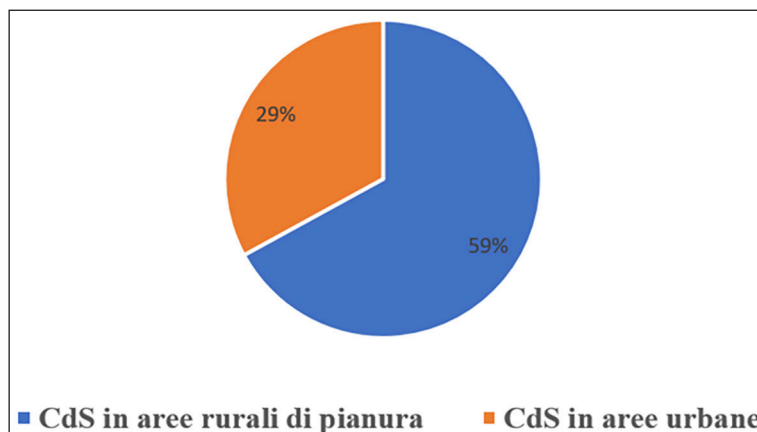
Le Case della Salute sono localizzate in misura maggiore presso aree rurali di pianura e di collina, e in misura minore presso aree montane e urbane (Fig. 3). Tale evidenza mostra l'intensità dello stretto legame tra territorio e scelta localizzativa che si rivela variabile di influenza nella fase di pianificazione strategica delle CdS. La posizione baricentrale rispetto ad una serie di potenziali pazienti e la disponibilità di infrastrutture



Fonte: elaborazione degli autori su dati Regione Emilia-Romagna-I-Tel (2021).

Fig. 2 - Distribuzione delle Case della Salute in Emilia-Romagna

tecnologiche, costituiscono due principali fattori di indirizzo verso la scelta localizzativa in aree di pianura. In aree urbane infatti, non mancano le infrastrutture tecnologiche, ma la disponibilità di altri presidi sanitari già esistenti limita lo sviluppo delle CdS. In aree montane, invece, la funzione delle CdS è di maggior rilievo, ma presenta anche maggiori criticità realizzative, sia in ordine alla difficoltà, legata alla morfologia del paesaggio, di individuare posizioni baricentrali ottimali tra i diversi utenti e sia in relazione alla disponibilità non uniforme di infrastrutture tecnologiche.



Fonte: elaborazione degli autori su dati Regione Emilia-Romagna-I-Tel (2021).

Fig. 3 - Distribuzione per tipologia di area geografica delle CdS

4. CONCLUSIONI. – Il tema dell’accesso alle cure è stato uno dei primi problemi affrontati dalla geografia sanitaria e ne costituisce ancora oggi un tema fondamentale (Rosenmberg, 2014). Ci sono, tuttavia, molte differenze, essenzialmente relative alla tipologia di servizi studiati, le popolazioni “target” e i metodi attualmente utilizzati. Nei primi lavori, gli studi si concentravano principalmente sulla distribuzione geografica dei medici e degli ospedali, mentre oggi è decisamente più raro trovare indagini sull’accesso all’assistenza sanitaria di base (medici di medicina generale o di famiglia) o agli ospedali, mentre sono divenuti più comuni in letteratura gli studi che si concentrano su servizi sanitari diversi.

L'accesso alla cura è una nozione complessa, che si riferisce ad alcuni aspetti fondamentali per raggiungere la copertura sanitaria universale, tra cui: la definizione dei bisogni sanitari, la strategia per trovare i servizi sanitari di cui si ha necessità, la possibilità di raggiungerli, ottenerli o utilizzarli. Misurare questi aspetti relativi all'accesso richiede anche di tener conto delle dimensioni socio-organizzative e/o geografiche. Sotto il primo punto di vista si può fare riferimento a tutte quelle caratteristiche, diverse dagli attributi spaziali, che condizionano (quali elementi facilitatori o ostativi) gli sforzi degli utenti per ottenere cure. Dal punto di vista prettamente geografico, ci si riferisce alla distanza come tempo di fruizione che gli utenti devono percorrere e dal costo che tale spostamento comporta. Inoltre, la loro disponibilità a cercare assistenza dipende dall'attitudine verso la malattia, dalle definizioni sociali e culturali della malattia e dalla conoscenza delle caratteristiche e dell'offerta dell'assistenza sanitaria. Va precisato, infatti, che le barriere all'accesso alle cure non sono solo finanziarie ma anche psicologiche, informative, sociali, organizzative.

Ciononostante, si possono riscontrare elementi critici relativi a due piani differenti, in relazione alla natura peculiare del rapporto medico-paziente e in ordine a problemi di deficit di competenze.

In relazione al primo piano di riflessione, il limite della telemedicina sembra ravvisabile nella sua stessa natura: una narrazione, che poi può divenire pratica operativa, eccessivamente incentrata sull'apporto tecnologico, finisce per adombrare la valenza dell'interazione fisica medico-paziente necessaria e insostituibile per l'ascolto della sintomatologia. Con riferimento al secondo aspetto, occorre sottolineare come la narrazione dominante di un ambiente medico perennemente iper-connesso digitalmente, non sia sempre aderente alla realtà delle cose. Considerando, ad esempio, i dati del sondaggio del 2022 "Digitale in sanità: i bisogni dei pazienti oncologici", promosso da ROPI (Rete Oncologica Pazienti Italia) e ASSD (Associazione Scientifica per la Sanità Digitale) emerge una grande carenza di alfabetizzazione digitale. Da questa ricerca è emerso, infatti, che l'80% degli intervistati non ha mai usato servizi di sanità digitale per richiedere una cartella clinica o fare una prenotazione, il 65% non utilizza il fascicolo elettronico sanitario e il 52% non ha abilitato la propria tessera sanitaria ai servizi. Infine, risulta che per il 70% dei pazienti la telemedicina è una misconosciuta opportunità di cui non ha fatto uso neanche in epoca di pandemia. Eppure, questa deludente situazione di contesto viene risolta dalla richiesta del 65% degli intervistati di voler essere educati sulle tecnologie e sugli strumenti digitali per una migliore gestione e fruizioni dei servizi, ovvero di un migliore governo nella gestione della propria malattia. Sul tema, la risposta della Costituzione etica della Federazione nazionale Ordini TSRM e PSTRP¹ è stata puntuale e innovativa; in particolare, all'articolo 2 si legge: "Il professionista sanitario mette la propria competenza a disposizione della ricerca scientifica, delle innovazioni tecnologiche e della sanità digitale". Ed ancora, per dare effettività ai principi fondamentali di universalismo, uguaglianza e solidarietà del servizio sanitario nazionale, la tecnologia diviene essenziale come evidente nell'articolo 17, "ogni persona ha pari diritto di accedere, anche con l'uso delle tecnologie digitali, al servizio sanitario nazionale, comunque organizzato e articolato sul territorio". Ovviamente, il tutto deve avvenire nel rispetto della privacy e del segreto professionale, per questo ai sensi dell'articolo 44 "il professionista sanitario acquisisce, detiene e tratta i dati personali nel rispetto della riservatezza e per le esclusive finalità del progetto di cura e si astiene dal diffonderli con qualsiasi mezzo, comprese le reti digitali, come il web e i social-media".

RICONOSCIMENTI. – L'elaborato è frutto di un lavoro di riflessione comune. I paragrafi 1 e 3 sono da attribuire a Lucia Simonetti, mentre i paragrafi 2 e 4 a Stefano De Falco.

BIBLIOGRAFIA

- Basu S., Jongerden J., Ruivenkamp G. (2017). Development of the drought tolerant variety Sahbhagi Dhan: Exploring the concepts commons and community building. *Int. J. Commons*, 11: 87-94.
- Brambilla A., Maciocco G. (2016). *Le case della salute. Innovazione e buone pratiche*. Roma: Carocci.
- Fatehi F., Wootton R. (2012). Telemedicine, telehealth or e-health? A bibliometric analysis of the trends in the use of these terms. *J. Telemed. Telecare*, 18: 460-464.
- Fulop N., Allen P., Clarke A., Black N. (2003). From health technology assessment to research on the organization and delivery of health services: Addressing the balance. *Health Policy*, 63: 155-165.
- HISSM (2021). *State of Healthcare Report*.

¹ TSRM, Tecnici Sanitari Radiologia Medica; PSTSRP, Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione.

- Noriaki K., Seraku N., Takahashi F., Tsuji S. (1984). Attractive quality and must-be quality. *Journal of the Japanese Society for Quality Control*, 14(2): 39-48.
- Occelli, S., Dalmaso M. (2022). Health mobility, telemedicine, and local areas: Exploring the relationships in the Piedmont region. In: *Trends and Innovations in Urban E-Planning*. IGI Global, pp. 165-192.
- Omran A. (2005). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, 83(4): 731-757.
- Palozzi G., Schettini I., Chirico A. (2020). Enhancing the sustainable goal of access to healthcare: Findings from a literature review on telemedicine employment in rural areas. *Sustainability*, 12:1-13.
- Porter M.E. (2010). What is value in health care? *N. Engl. J. Med.*, 363: 2477-2481.
- Roine R., Ohinmaa A., Hailey D. (2022). *Assessing Telemedicine: A Systematic Review of the Literature, 2001*. Testo disponibile al sito: <https://www.cmaj.ca/content/165/6/765.full> (accesso 31 ottobre 2022).
- Rosenberg C.N., Peele P., Keyser D., McAnallen S., Holder D. (2012). Results from a patient-centered medical home pilot at UPMC Health Plan hold lessons for broader adoption of the model. *Health*, 31: 2423-2431.
- Rosenberg M. (2014). Health geography I: Social justice, idealist theory, health and health care. *Progress in Human Geography*, 38(3): 466-475.
- Sampietro Colom L., Lach K., Haro I.E., Sroka S., Cicchetti A., Marchetti M., Iacopino V., Kidholm K., Ølholm A.M., Birk Olsen M. (2015). *The AdHopHTA Handbook: A Handbook of Hospital-Based Health Technology Assessment (HB-HTA)*. Testo disponibile al sito: https://iris.luiss.it/retrieve/handle/11385/186174/78225/adhophta_handbook%202015.pdf (accesso 31 ottobre 2022).
- WHO – World Health Organization (2022). *Monitoring and Evaluating Digital Health Interventions: A Practical Guide to Conducting Research and Assessment*, 2016. Testo disponibile al sito: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252183/9789241511766eng.pdf;jsessionid=7CA23CDA61BFD376A7BC28ECAD93A555?sequence=1> (accesso 31 ottobre 2022).
- Yang Y., Peng F., Wang R., Guan K., Jiang T., Xu G., Sun J., Chang C. (2020). The deadly coronaviruses: The 2003 SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China. *J. Autoimmun*, 109: 424-434.

RIASSUNTO: Il presente contributo analizza il ruolo della telemedicina come narrazione sviluppata in termini di opportunità e di approccio *service-based* e *patient service-oriented*. A complemento delle esternalità positive evidenziate, vengono analizzate anche alcune criticità del fenomeno in analisi. Un focus su un caso specifico, rappresentato dalla particolare implementazione della telemedicina mediante le Case della Salute (CdS) in Emilia-Romagna, chiude il lavoro.

SUMMARY: *Health spaces. The narrative of medicine telematics as the new frontier of efficiency.* This contribution analyses the role of telemedicine as storytelling in terms of opportunities and service-based and patient service-oriented approaches. To complement the positive externalities highlighted, some critical aspects of the phenomenon under analysis are also discussed. A focus on a specific case, represented by the particular implementation of telemedicine through the Case della Salute (CdS) in Emilia-Romagna region, closes the work.

Parole chiave: telemedicina, servizio, disparità territoriali, esternalità

Keywords: telemedicine, service, territorial gaps, externalities

*Università degli Studi di Napoli Federico II, Dipartimento di Scienze Politiche; sdefalco@unina.it; lucia.simonetti@unina.it