

ARTICOLO ORIGINALE

La telemedicina tra definizioni e implicazioni comunicative

Telemedicine between definitions and communicative implications

Maria L.T. Pasquarella¹, Monica Consolandi², Mariano Agrusta³

¹ Centro di ricerca Sperimentale di Ateneo per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CeSPES), Università degli Studi di Perugia. ² Dipartimento di Filosofia, Università Vita-Salute San Raffaele di Milano. ³ Consulente AMILD, Direttore ISFOR, Fondazione AMD.

Corresponding author: m.pasquarella2012@gmail.com

Abstract

Telemedicine was born from the encounter between medicine and telecommunications and is part of eHealth. It consists of the “practice of medicine without the usual physical confrontation between doctor and patient”. In 1997, the WHO defined it as “The provision of health services when distance is a critical factor, for which it is necessary to use information and telecommunications technologies by operators”. Covid-19 has speeded up the use of the virtual both in private and professional contexts. This has proved to be very useful in medical practice, in particular in psychological, dietary and chronic support, although it is still discriminating for the poorly digitized categories. The result was a legislative ferment starting from the European Union which issued a Communication no. 689/2008, to promote telemedicine and in Italy the National Institute of Health (ISS) has set up a technical table to draft national guidelines. The quality of the relationship also plays a fundamental role in telemedicine. The relationship with the patient online, while maintaining aspects in common with the relationship in presence, shows peculiar traits that require ad hoc training. At the Melegnano-Martesana Healthcare Company we carried out a training course in 2020 consisting in 8 meetings of 2 hours each with subsequent supervision. Verbal, non-verbal, paraverbal and care of the setting are revisited at the service of the patient and of the professional to cure and to care the patient with respect for themselves.

KEY WORDS telemedicine; eHealth; relationship; training course; online.

Riassunto

La telemedicina nasce dall'incontro tra la medicina e le telecomunicazioni ed è parte della *eHealth*. Consiste nella “pratica della medicina senza l'usuale confronto fisico tra medico e paziente”. Nel 1997, l'OMS la definisce come “L'erogazione di servizi sanitari quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation Pasquarella MLT, Consolandi M, Agrusta M. La telemedicina tra definizioni e implicazioni comunicative. *JAMD* 25:23-30, 2022.

DOI 10.36171/jamd22.25.1.4

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received January, 2022

Accepted March, 2022

Published May, 2022

Copyright © 2022 M.L.T. Pasquarella et al. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its supporting Information files.

Funding The Authors received no specific funding for this work.

Competing interest The Authors declare no competing interests.

tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni". Il Covid-19 ha velocizzato l'uso del virtuale sia in contesti privati che professionali. Ciò si è rivelato molto utile nella pratica medica, in particolare nel supporto psichico, dietologico, cronico, nonostante sia ancora discriminante per le categorie poco digitalizzate. Ne è derivato un fermento legislativo a partire dall'Unione Europea che ha emanato una Comunicazione n. 689/2008, per promuovere la telemedicina e in Italia l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha istituito un Tavolo tecnico per redigere Linee di indirizzo nazionali. (*Ministero della Salute 2010*). Anche in telemedicina la qualità della relazione gioca un ruolo fondamentale. La relazione con il paziente *online*, pur mantenendo aspetti in comune con la relazione in presenza, mostra tratti peculiari che richiedono una formazione *ad hoc*. Presso l'Azienda Sanitaria Melegnano-Martesana abbiamo realizzato un corso di formazione nel 2020 articolato in 8 incontri di 2 ore ciascuno con successive supervisioni. Le proposte utilizzano il corpo come dimensione di apprendimento. Verbale, non verbale, paraverbale e cura del *setting* vengono rivisitati al servizio del paziente e del professionista nella presa in carico del paziente e nel rispetto di se stessi.

PAROLE CHIAVE telemedicina; telesalute; relazione; formazione; virtuale.

Teleassistenza e telemedicina

Nel corso degli anni, la tecnologia ha portato un contributo rivoluzionario alla medicina introducendo macchinari informatizzati e strumentazioni tecnologiche in grado sia di migliorare i processi diagnostici sia la relazione con il paziente al di là di una compresenza fisica di spazio e tempo condivisi⁽¹⁾. Il cuore di queste innovazioni è la medicina nella sua identità, immutata nel corso dei secoli, di lotta alla malattia e promozione della salute nei pazienti e nella comunità⁽²⁾. Gli "attori" della telemedicina, infatti, sono gli stessi della medicina: pazienti, medici, infermieri, altri operatori sanitari e sociosanitari, caregivers⁽³⁾. Telecomunicazioni e informatica posti al servizio della medicina hanno portato così all'istituzione della *eHealth* (telesalute, teleassistenza, sanità in rete: tali termini sono utilizzati come sinonimi) e della telemedicina. Quest'ultima nasce dall'unione delle nuove tecnologie di comunicazione con le tradizionali modalità di visita⁽⁴⁾, configurando un nuovo servizio che apre

innumerevoli opportunità e benefici per l'individuo e la società^(5,6).

Per *eHealth* o *telehealth* s'intende l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione⁽⁷⁾ per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita⁽⁸⁾. La telemedicina è, dunque, una parte della più ampia *eHealth*; quest'ultima prevede di attivare processi di istruzione, diagnosi, terapia e cure legate alla salute, compresi i processi di sensibilizzazione sui temi di salute. La Telemedicina definisce l'uso della tecnologia per il trattamento dei pazienti. La *Telehealth* copre anche servizi non clinici come campagne sanitarie, formazione manageriale, educazione sanitaria, educazione alla salute, promozione della salute, sorveglianza e accompagnamento del paziente nel delicato processo di cambiamento degli stili di vita, aprendo prospettive nuove. In questo ambito possono risultare proficue alleanze di integrazione tra il medico e figure professionali di supporto. Fra queste, i *counselor* (educatori specializzati, psicologi) possono svolgere un lavoro *online* di presa in carico del paziente per accompagnarlo nel cambiamento che la malattia impone, al fine di raggiungere qualità sostenibili e soddisfacenti di salute possibile, sollevando così il medico da incombenze in cui può essere sostituito. Il termine telemedicina compare per la prima volta negli anni '70 ad opera dello statunitense Thomas Bird per indicare la "pratica della medicina senza l'usuale confronto fisico tra medico e paziente, utilizzando un sistema di comunicazione interattivo multimediale"⁽⁹⁾; da allora si sono succedute diverse definizioni⁽¹⁰⁾. Oggi, alcune piattaforme di assistenza medica online riportano definizioni divulgative; prendiamo ad esempio un sito, dove la telemedicina si definisce come "l'insieme di tecniche mediche ed informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari da remoto"⁽¹¹⁾.

Il termine telemedicina risulta talvolta ambiguo, proprio perché ha le sue origini nei due termini inglesi distinti '*telehealth*' e '*telemedicine*', che in italiano traduciamo con un unico termine: telemedicina⁽¹¹⁾. L'OMS si riferisce nella sua definizione di *telemedicine* all'incontro tra professionista della salute e paziente in un contesto virtuale, differenziandola dalla *telehealth* – che in italiano possiamo tradurre letteralmente con 'telesalute, teleassistenza o sanità in rete' – ovvero il comples-

so di tecnologie che permette di controllare lo stato di salute del paziente da remoto. Nel 1997, l'OMS giunge alla seguente definizione: “La telemedicina è l'erogazione di servizi sanitari quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni”⁽¹²⁾.

Vantaggi e svantaggi della telemedicina

La telemedicina contribuisce a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria; consentire la fruibilità di cure, servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza; permettere il costante monitoraggio di parametri vitali, anche al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche⁽¹³⁾. Oggi, sfruttando le nuove tecnologie informatiche, permette un colloquio diretto tramite audio o video tra medico e paziente e la trasmissione protetta e criptata di documenti, referti, diagnosi. Queste modalità di visita possono essere proficue in tutte le situazioni in cui non sia necessario il contatto fisico tra medico e paziente. In particolare, ci sono ambiti in cui la telemedicina si rivela estremamente utile e vantaggiosa: nel supporto psichico (per consulto psichiatrico o assistenza psicoterapeutica); nel supporto dietologico e nutrizionistico; in tutti i casi in cui malattie croniche o cronicizzanti richiedano assistenza e monitoraggio prolungati nel tempo tra cui il delicato ambito diabetologico.

Come precedentemente sottolineato, la telemedicina prevede l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie della comunicazione che possono supportare la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita. In particolare, nel rappresentare uno dei principali ambiti di applicazione della sanità in rete, offre potenzialità di grande rilevanza soprattutto per accrescere l'equità nell'accesso ai servizi sociosanitari nei territori remoti, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi resi, la cui erogazione viene resa possibile grazie a forme innovative di domiciliarità. Tuttavia, non mancano criticità legate all'impiego della telemedicina. In particolare, la telemedicina può essere discriminante per le categorie di pazienti meno abbienti e più anziani e meno digitalizzati.

Linee guida in telemedicina

Per poter regolare l'utilizzo della telemedicina, a seguito della sua diffusione e affermazione si è aperto presto un fermento normativo. L'Unione Europea *in primis* ha individuato una serie di azioni che coinvolgono tutti i livelli di governo, sia in ambito comunitario sia per i singoli Stati membri, per una “telemedicina a beneficio dei pazienti, sistemi sanitari e società” per favorire una maggiore integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica, rimuovendo le principali barriere che ne ostacolano la piena ed efficace applicazione⁽¹⁴⁾. Il legislatore intende valorizzare la telemedicina e promuoverne la diffusione: la telemedicina è auspicata e diviene fondamentale per i professionisti della salute occuparsene e colmare eventuali lacune che ne impediscano il pieno utilizzo. Al fine di attuare la Comunicazione Europea n. 689 del 4/11/2008⁽¹⁵⁾, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha istituito il Tavolo tecnico sulla telemedicina, che ha redatto apposite Linee di indirizzo nazionali (Ministero della Salute 2010), approvate dall'Assemblea Generale del Consiglio Superiore di Sanità nel 2012⁽¹⁵⁾ per collocare, nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), gli ambiti prioritari di applicazione della telemedicina in un impiego sistematico della stessa. Tali linee guida dell'ISS in ambito di telemedicina sono funzionali anche all'analisi di modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica. Definire tassonomie e classificazioni comuni, definire gli aspetti concernenti i profili normativi e regolamentari e la sostenibilità economica dei servizi e delle prestazioni di telemedicina è un aspetto fondante delle linee guida dell'ISS⁽¹⁵⁾.

La Telemedicina, debitamente utilizzata, è, dunque, uno strumento di supporto alla prassi clinica⁽¹⁶⁾. Tuttavia, la sua comparsa relativamente recente non ci rende ancora pienamente coscienti di cosa significhi utilizzarla opportunamente, né sono totalmente chiare le sue implicazioni nella pratica professionale⁽¹⁷⁾. Durante la pandemia Covid-19 abbiamo assistito ad un incremento dell'uso delle piattaforme virtuali⁽¹⁸⁾ e l'utilizzo della telemedicina è entrato a pieno titolo nel SSN⁽¹⁹⁾, rivelandosi uno strumento utile supportato da linee guida emesse da varie associazioni⁽²⁰⁾. Non è più stato possibile comunicare in contesti considerati di “normalità” e le nuove tecnologie si sono imposte sulla scena relazionale come a colmare un vuoto altrimenti incolmabile⁽²¹⁾. Le istituzioni si sono messe al lavoro⁽²²⁾ per facilitare

una comprensione maggiore e la capacità di orientarsi con una certa consapevolezza: è prassi comune che il medico possa riferirsi alle direttive della propria Azienda Sanitaria. Non tutte le aziende sanitarie hanno, però, emanato tali direttive e, in tal caso, il professionista è privo di riferimenti procedurali e concreti. Sono state emesse linee guida a macchia di leopardo che, prive del carattere prescrittivo del protocollo, favoriscono una connotazione puramente supportiva; da rilevare l'assenza totale di linee guida relative alla gestione della relazione *online*.

Le competenze relazionali in telemedicina

Il Covid-19 ha anticipato e velocizzato, per molti in modo spiazzante, un cambiamento già avviato molti anni prima risalente alla “terza rivoluzione industriale”, in cui l'avvento di computer, raggi X, TAC, documentazione elettronica hanno affinato ricerche, diagnosi, risultati e cure. In questo periodo storico stiamo vivendo la “quarta rivoluzione industriale”, connotata dal dominio della tecnologia: la telemedicina è, dunque, il naturale frutto dell'evoluzione tecnologica, che ha raggiunto livelli sempre più sofisticati, dando spazio alla comunicazione *online*, che la pandemia ha ampliato in modo esponenziale⁽²¹⁾. La telemedicina in particolare necessita dell'individuazione di competenze relazionali, in quanto contesto complesso che va conosciuto per ottimizzarne la produttività in termini sia di presa in carico del paziente, sia di benessere del professionista⁽²³⁾. Tali competenze sono in parte condivise con le competenze comunicative in presenza e in parte peculiari al contesto in remoto. La pratica medica e la presa in carico del paziente avvengono ineludibilmente in un contesto relazionale e comunicativo, tra operatori, con i pazienti e i familiari; dunque, non è scontato interrogarsi sul valore che attribuiamo da professionisti alla qualità della comunicazione come aspetto identitario. Dalla letteratura⁽²⁴⁻²⁸⁾ e, spesso, per esperienza, sappiamo che la comunicazione è la “differenza che fa la differenza” a parità della *techné* (nel pensiero greco: abilità, perizia professionale, padronanza delle regole di un mestiere), nella presa in carico del paziente, eppure è ancora lasciata alle singole sensibilità; il corso di studi professionalizzante alla figura di medico non prevede l'educazione a tale competenza, costituendone, di contro, il *plus valore*⁽²³⁾. La comunicazione in ambito sanitario

coinvolge sia il livello organizzativo tra operatori, sia quello terapeutico con il paziente e i familiari⁽²¹⁾. Tali ambiti sono interconnessi e risentono della presenza o assenza delle competenze comunicative sia in termine di benessere che di esiti, in tutti i soggetti coinvolti.

Ci sono aspetti tecnici relazionali e metodologici da tenere presenti al fine di creare un *setting* confortevole in telemedicina, ovvero un ambiente in cui paziente e operatore sanitario si trovino a proprio agio⁽²⁹⁾. Perché una visita in telemedicina funzioni bene è necessario che il *setting* dell'operatore sanitario e del paziente consenta un confronto aperto e chiaro⁽³⁰⁾ che predisponga all'ascolto⁽³¹⁾. Il contesto in remoto è ancora disorientante per molti professionisti che stanno scoprendo le diverse sfumature tra l'utilizzo del remoto⁽³²⁾ in ambito privato o in ambito istituzionale e professionale (un esempio, la gestione di dati sensibili soggetti a tutela come da normativa sulla privacy). Nella comunicazione in presenza il professionista conosce perfettamente il suo contesto e si muove a suo agio, mentre non è detto che abbia la stessa percezione nella comunicazione in remoto, vivendo emozioni destabilizzanti⁽³³⁾. Quando l'operatore sanitario è in stato di agitazione dovuto all'utilizzo degli strumenti virtuali nello svolgimento della visita con il paziente, la comunicazione può risentirne in termini di qualità. Possiamo immaginare che anche nel mondo del paziente esistano perplessità. Per quanto le nuove generazioni, definite digitalizzate, si sappiano orientare molto meglio delle generazioni precedenti, è innegabile che siamo protagonisti di un cambiamento in cui possiamo sperimentare sensazioni emotive contrapposte⁽³⁴⁾: a volte possiamo essere elettrizzati dalla dimensione “risorsa”, a volte possiamo sentirci inadeguati e a disagio. Ci sono aspetti tecnici relazionali e metodologici da tenere presenti⁽³⁵⁾. A tale scopo possiamo fare alcune riflessioni che rendono l'idea di tale complessità e che vanno declinati nelle singole realtà e peculiarità professionali.

La percezione corporea nei contesti *online*⁽³⁶⁾ è bidimensionale e non più tridimensionale: non prevede la figura intera ed è soggetta ad imprevisti peculiari, tanto da potersi interrompere, “frizzare”, andare fuori sincro e condizionare l'armonia comunicativa: come gestire queste novità? La nostra stessa immagine, compare nel monitor ed è a noi visibile, scompaginando il grado di concentrazione: cosa cambia se vediamo nel monitor l'immagine di noi stessi mentre comunichiamo e che in presenza non

ci è dato di vedere? Nel *setting* di comunicazione virtuale entrano nella relazione alcuni strumenti, la cui presenza ed utilizzo condizionano la comunicazione (si pensi alle cuffie e al microfono, caldamente raccomandati per garantire una migliore qualità audio): siamo consapevoli di tutti gli strumenti implicati e di come utilizzarli al meglio? Come cambia il grado di coinvolgimento se percepiamo gli odori, come avviene in presenza, oppure no? Come ci regoliamo con gli orari? Nei *setting* di comunicazione virtuale il professionista può modificare la sua posizione nella postazione? Quando l'operatore sanitario rileva un disturbo di interferenza durante la visita in telemedicina come è più corretto comportarsi? Deve segnalare o meno al paziente l'interferenza per renderlo complice e tentare insieme di risolvere il problema? Quali strumenti abbiamo a disposizione per gestire eventuali interferenze legate alla connessione o all'uso della tecnologia? In sostanza, come possiamo agire pienamente in remoto? Tali riflessioni, insieme a molte altre, sono state oggetto di un corso di formazione realizzato da gennaio ad aprile 2020 presso l'Azienda Sanitaria Melegnano-Martesana; il corso, da noi progettato, realizzato e gestito, si è articolato in 8 incontri di 2 ore ciascuno e successive supervisioni.

L'esperienza del corso di formazione

Il corso di formazione nasce come "cantiere" in cui, con la committenza prima e i corsisti poi abbiamo riflettuto sulle competenze comunicative *online*, individuandone gli aspetti comuni e quelli peculiari rispetto alla comunicazione tradizionale in presenza; abbiamo lavorato insieme alla stesura di linee guida che i corsisti hanno sperimentato e discusso in supervisione.⁽³⁷⁾

Al termine del corso, il professionista della salute:

- conosce e comprende i principali modelli di comunicazione *online*^(38,39) e i punti fondamentali delle linee guida in telemedicina dell'OMS e del documento ComuniCovid⁽⁴⁰⁾;
- è consapevole e riconosce i limiti strutturali della comunicazione *online* e sa gestire la differenza tra spazio condiviso e spazio "diversamente" condiviso, la bidimensionalità imposta dall'*online*, il linguaggio del corpo all'interno della comunicazione *online*, il contatto visivo in contesti *online*, lo spezzamento visivo operato dalla *web-*

cam⁽⁴¹⁾ e le tecniche di gestione di tale diminuzione;

- comprende il peso della propria immagine riflessa nello schermo e sa gestirlo;
- conosce le potenzialità della comunicazione *online* e le sa valorizzare;
- sa riconoscere la postura del corpo in neutralità soggettiva e oggettiva⁽⁴²⁾, la neutralità funzionale nel luogo fisico da cui si è collegato *online* e la sa ripristinare predisponendola per la successiva attività⁽³⁵⁾; sa rilassare i muscoli; sa mettere nel corpo la tensione muscolare; sa mettere tensione lungo la spina dorsale mantenendo il resto del corpo rilassato; sa percepire le tensioni del proprio corpo e le sa sciogliere; sa mettere presenza nel corpo attraverso l'equilibrio tra tensione muscolare e rilassamento dei muscoli, l'allungamento della spina dorsale, l'acquisizione della postura corretta del corpo; sa abitare il proprio corpo attraverso una qualità di presenza fisica e relazionale⁽⁴³⁾; conosce il grado di benessere che deriva dal corpo abitato⁽⁴⁴⁾ nella dinamica relazionale; sa sciogliere le tensioni corporee che si possono essere attivate durante il colloquio;
- è in grado di applicare i principali modelli di comunicazione di *counseling*⁽⁴⁵⁾ e filosofia del linguaggio⁽⁴⁶⁾ sa agire abilità comunicative in telemedicina: sa costruire una propria identità comunicativa coerente nel corso dell'incontro in virtuale; sa applicare le massime *griceane* per una buona comunicazione e il principio di cooperazione all'interno del contesto virtuale; sa applicare la tecnica del riassunto⁽⁴⁷⁾ come strategia di qualità comunicativa nella relazione; sa gestire gli spazi di silenzio che occorrono all'interno della relazione in virtuale e attribuirgli significato;
- acquisisce strumenti strategici a supporto della qualità comunicativa⁽⁴⁸⁾ e sa utilizzare strumenti di auto-valutazione per stabilire se la comunicazione *online* in corso è di qualità^(49,50);
- conosce e sa applicare le tecniche per stabilire una comunicazione *online*: capacità di corretta predisposizione dell'ambiente circostante; creazione di una *to-do-list* di obiettivi da raggiungere all'interno della comunicazione *online*; individuazione di domande di controllo in dialogo con l'interlocutore⁽⁴⁷⁾;
- sa analizzare la relazione in corso e correggere eventuali problematiche occorrenti all'interno della comunicazione *online*: sa gestire interruzio-

- ni e ritardi del suono e dell'immagine; sa evitare e risolvere incomprensioni tra parlanti^(51,52); sa rendere l'interlocutore parte della comunicazione in atto; sa rileggere le esperienze pregresse relative alla comunicazione alla luce degli strumenti di auto-valutazione forniti, individuando momenti potenzialmente migliorabili nella relazione in virtuale e strategie funzionali da riproporre in futuro;
- sa predisporre il luogo fisico, scegliendo la postazione da cui connettersi; sa verificare che la postazione sia funzionale alla relazione; sa preparare un elenco di strumenti utili al colloquio e li sa sistemare nello spazio di postazione; sa prevedere di verificare il funzionamento degli strumenti tecnologici; sa predisporre e munirsi dei principali strumenti utili aggiuntivi; sa valorizzare l'ambiente fisico nella sua traduzione virtuale (immagine, illuminazione, volume) necessario a facilitare il benessere sensoriale durante il colloquio;
 - sa condividere il processo comunicativo con l'interlocutore e creare una dimensione di spontaneità; sa gestire le principali emozioni⁽⁵³⁻⁵⁵⁾ sa condividere i dubbi e sa porre domande di conferma; sa essere creativo^(56,21).

Tali obiettivi formativi sono stati declinati in competenze secondo lo Statuto dell'Associazione OPPIforma⁽⁵⁸⁾ e dei Descrittori di Dublino⁽⁵⁹⁾.

Le proposte hanno la caratteristica di utilizzare il corpo come dimensione di apprendimento e non più come spazio animatorio⁽⁵⁷⁾. Infatti, anche nella comunicazione in telemedicina la parola e il corpo, insieme al *setting*, continuano ad agire un ruolo centrale, imponendo di contemplare le differenze tra l'essere *online* o in presenza e di rivendicarne il protagonismo in entrambi i contesti. La relazione in remoto, nella sua complessità, è portatrice di opportunità e di criticità: come in ogni realtà foriera di novità, si tratta di mettersi in gioco, di esplorare, di inventare.

Le piattaforme *online* si auto legittimano sempre di più: il mondo sanitario ha il dovere di intercettare questo cambiamento epocale e di interrogarsi e formarsi^(60,61) per gestire al meglio il contesto *online* attraverso l'acquisizione di competenze specifiche, il rinforzo delle risorse possedute^(62,63) e il superamento dell'eventuale senso di inadeguatezza.

Consapevoli che siamo chiamati a forgiare nuove qualità comunicative in un contesto ancora inedito,

da esplorare e co-costruire, possiamo permettere alla nostalgia di ciò che era di coniugarsi in modo ispirante allo sviluppo di ciò che sarà. Possiamo e dobbiamo sognare professionisti sanitari sempre più a proprio agio, coscienti dei limiti e delle potenzialità della telemedicina, capaci di sapersi orientare e scegliere il contesto comunicativo in remoto o in presenza in base a parametri funzionali al servizio del paziente e di se stessi, nel necessario equilibrio tra le diverse dimensioni che si intersecano intorno alla cura.

Bibliografia

1. Moruzzi M, Cipolla C. Società e Salute. Telemedicina. Milano: Franco Angeli, 2004.
2. Pasquarella C, Pasquarella ML. Health promotion 25 years after the Ottawa Charter. *Ig Sanita Pubbl* 68: 447-71, 2012.
3. Di Carlo C, Santarelli E. E-health in Italy: current state and future prospects of statistical information. Relazione presentata al Convegno AICA 2011, Torino, 15-17 Novembre, 2011.
4. Terranova O. Telemedicina, Padova: Piccin Nuova Libreria, 2005.
5. Botrugno C. Telemedicina e trasformazione dei sistemi sanitari. Un'indagine di bioetica, Quaderni di biodiritto. Roma: Aracne Editore, 2018.
6. Ministero della Salute - Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità. Linee guida di indirizzo nazionali sulla Telemedicina: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf, 2010.
7. Quaglini S, Cesarelli M, Giacomini M. E-health. Medicina Digitale. Granarolo dell'Emilia (BO), Pàtron Editori, 2017.
8. Ministero dello Sviluppo Economico - Dipartimento per le Comunicazioni. Uno studio dell'e-health in Italia tramite l'analisi dei componenti principali, 2012.
9. Bird KT. Telemedicine: concept and practice. In Bashshur RL, Armstrong PA, Youssef ZI (eds). Telemedicine: Explorations in the Use of Telecommunications in Health Care. Springfield (IL), 1975.
10. Maheu M, Allen A, Whitten P. E-Health, Telehealth, and Telemedicine: A Guide to Startup and Success. Jossey-Bass San Francisco, CA, 2000.
11. OMS. Telemedicine. Opportunities and development in Member States. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series - Volume 2, 2010.
12. OMS. A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11-16 December, Geneva, 1997. Geneva: World Health Organization.
13. Eng TR. The e-Health landscape: a terrain map of emerging Information and Communication Technologies in health and health care. The Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ 2001.
14. Commissione delle Comunità Europee, (2008) 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.

15. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, Comunicazione della Commissione, Note Tecniche di orientamento per l'applicazione del regolamento (CE) n. 689/2008. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011XC0301\(04\)&from=EL](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011XC0301(04)&from=EL)
16. Simpson S, Richards L, Pietrabissa G, Castelnuovo G, Reid C. Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clin Psychol Psychother* 28: 409-421, 2021.
17. Petrič G, Atanasova S, Kamin T. Impact of social processes in online health communities on patient empowerment in relationship with the physician: emergence of functional and dysfunctional empowerment. *J Med Internet Res* 19:74. doi: 10.2196/jmir.7002, 2017.
18. Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. *JMIR Public Health Surveill* 2;6:e18810, 2020.
19. Fassari L. La telemedicina entra a pieno titolo nel SSN. Ecco le linee guida del Ministero con le regole per visite, consulti, referti e teleassistenza. *Quotidiano Sanità*, 15 dicembre 2020. (http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=9091), 2020.
20. COMUNICoVID, Position Paper, Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento - versione 01, pubblicato il 18.04.2020: https://www.aniarti.it/wp-content/uploads/2020/04/ComuniCoVID_eng-18apr20.pdf.
21. Consolandi M. Dispensa Corso di Formazione "Tecniche di comunicazione in telemedicina: linee guida di utilizzo e gestione degli spazi relazionali virtuali nei contesti socio-sanitari. Azienda Sanitaria Melegnano-Martesana, 15 marzo 2020 - 12 aprile 2021.
22. Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020, Indicazioni *ad interim* per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19, Versione del 13 aprile 2020. https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btwLJ82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-12-2020-indicazioni-ad-interim-per-servizi-assistenziali-di-telemedicina-durante-l-emergenza-sanitaria-covid-19.-versione-del-13-aprile-2020.
23. Pasquarella ML. Dispensa Lezioni Master Promozione della Salute, CESPES, Università degli Studi di Perugia, 2008.
24. Malherbe JF. Il nomade poliglotta (trad. it. Sbarbati E). Editrice Domenicana Italiana, 2015.
25. Pasquarella ML, (a cura di). Dossier: Creatività per la salute, *La Salute Umana*; 169 (gennaio-febbraio), 2001.
26. Consolandi M. Apprendisti di se stessi. Il linguaggio del nomade poliglotta e il suo riflesso rovesciato, in «Sur les épaules des géants»: éthique, théologie, philosophie. Essais en mémoire de Jean-François Malherbe, "Divus Thomas", a cura di Massimiliano Traversino di Cristo, anno 122°, pp. 263-273, 2019.
27. Consolandi M. L'interazione medico paziente come gestione della crisi. Per una rilettura dei momenti di anamnesi, diagnosi e prognosi, in "Crisi e trasformazioni, Realtà e linguaggio", a cura di Veronica Boccitto, Serena De Luca, Atti dell'XI Convegno Interdisciplinare Dottorandi e Dottori di Ricerca svoltosi presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" nei giorni 18-20 giugno 2019, Volume I, UniversItalia, 2020.
28. Consolandi M, Martini C, Reni M, Arcidiacono PG, Falconi M, Graffigna G, Capurso G. ComuniCare. (Communication and patient engagement at diagnosis of Pancreatic Cancer): study protocol, in *Hot Topics in Pancreatology from Europe*, 2020, "Frontiers in Medicine", doi: 10.3389/fmed.2020.00134, 2020.
29. Buunk BP, Schaufeli WB. Reciprocity in interpersonal relationships: an evolutionary perspective on its importance for health and well being. In W. Stroebe, M. Hewstone (eds) *European Review of Social Psychology*, vol.10. Chichester, John Wiley & Sons, pp.260-91, 1999.
30. Atanasova S, Kamin T, Petrič G. Exploring the benefits and challenges of health professionals' participation in online health communities: emergence of (dis)empowerment processes and outcomes. *Int J Med Inform* 98:13-21. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.11.005, 2017.
31. Pasquarella ML. Ascoltare per comunicare, *La Salute Umana*; (maggio-agosto), articolo tradotto in spagnolo in "A tu Salud", ISSN 1137-3350, N° 46, 2004, págs. 18-20, 2002.
32. Sica V, Selvaggi S. Telemedicina. Approccio Multidisciplinare alla gestione dei dati sanitari. Milano, Springer Verlag, 2010.
33. Akerboom S, Gelsema TI, Janssen MB, Maes S, Van Der Doef M, Verhoeven C. Longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14: 289-299. DOI: 10.1111/j.1365-2934.2006.00635.x, 2006.
34. Farné M. Stress: un fenomeno olistico. CLUEB, Bologna, 2003.
35. Pasquarella ML. Dispensa Lezione Corso di Formazione "Tecniche di comunicazione in telemedicina: linee guida di utilizzo e gestione degli spazi relazionali virtuali nei contesti socio-sanitari. Azienda Sanitaria Melegnano-Martesana, 15 marzo 2020 - 12 aprile 2021.
36. Caccavale M, Bennati E. D'istanti. Geografia delle distanze virtuali e virtuose in DMT. *Settimana DMT* 21-28 novembre 2020. <https://www.apid.it/wp-content/uploads/2021/01/report-DISTANTI-geografie-delle-distanze-virtuali-e-virtuose-in-DMT.pdf>, 2020.
37. Ferrante AL, Pasquarella ML. L'animazione: approccio psicodinamico dell'apprendimento. *La Salute Umana*, 146 (marzo-aprile), 1997.
38. Apker J, Propp KM, Zabava Ford WS. Negotiating Status and Identity Tensions in Healthcare Team Interactions: An Exploration of Nurse Role Dialectics. *Journal of Applied Communication Research* 33:93-115, 2005.
39. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gliber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 5:302-11, 2000.
40. Documento SIMEU-SPELL. La comunicazione dell'avvenuto decesso ai tempi del Covid 19. Linee Guida per gli Operatori Sanitari.
41. Boccia Artieri G. Lo sguardo della Medusa e la virtualizzazione dell'immagine, In Faccioli P (a cura di), *Laboratorio Sociologico*. In altre parole. Idee per una sociologia della comunicazione visuale. Milano, FrancoAngeli, pagg. 75-97. https://www.researchgate.net/publication/305444554_Per_una_sociologia_dello_sguardo_Lo_sguardo_di_Medusa_e_la_virtualizzazione_dell'immagine, 2001.
42. Pasquarella ML. Educare, formare e promuovere salute attraverso la creatività e l'arte-terapia: due esperienze sul campo. Tesi di dottorato di ricerca in Scienze dell'Educazione, XII Ciclo, Università degli Studi di Perugia, 2003.
43. Mustacchi C. Nel corpo e nello sguardo. L'emozione estetica nei luoghi della cura e della formazione. (Capitolo che riporta l'intervista ad Hens Duplan). Milano, Unicopli, 2000.

44. Lecoq J. Il corpo poetico. Un insegnamento della creazione teatrale. Milano, Controfibra Editore, 2016.
45. Menduno G, Pasquarella ML. Manuale di counseling per i medici di medicina generale nell'ambito del progetto formativo "Gestione del paziente diabetico anziano in medicina generale, Roma, METIS Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale s.r.l. Socio Unico FIMMG (Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale), 2012.
46. Grice HP. Studies in the way of words, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1989.
47. Bert G, Quadrino S. Il medico e il counseling. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1993.
48. Bert G, Quadrino S. L'arte di comunicare. Teoria e pratica del counselling sistemico. Napoli, CUEN Editore, 1997.
49. Wallerstein N. Effective empowerment strategies. Copenhagen, 2006.
50. Zimmerman MA. Empowerment Theory. Roma, Edizioni Rappaport, pp. 43-63, 1981.
51. Simpson TW. Telepresence and Trust: a Speech-Act Theory of Mediated Communication. *Philosophy & Technology* 30: 443-459. doi: 10.1007/s13347-016-0233-3, 2017.
52. Xinyi L, Runtong Z. Impact of Physician-Patient Communication in Online Health Communities on Patient Compliance: Cross-Sectional Questionnaire Study. *J Med Internet Res*, 21. doi: 10.2196/12891, 2019.
53. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well. Jossey Bass, San Francisco (CA), 1987.
54. Damasio A. Descartes Error. Emotion, Reason, and the Human Brain. New York: Putnam. [trad.it. (1995) L'errore di Cartesio. Emozioni, ragioni e pensiero umano. Milano: Adelphi], 1994.
55. Quintel M. "I feel how you feel": reflections about empathy in the relationship between ICU physicians and relatives. *Intensive Care Med* 43:1723-1724. 37, 2017.
56. Pasquarella ML, Caporale F, Donati G, Gioacchini E. Teatro e danzamovimentoterapia nella formazione degli operatori sanitari e degli educatori. Atti convegno APID Ritmo e pulsazione, Napoli, 2002.
57. Pasquarella ML. Dispensa Lezioni Corso di formazione "Il counseling e il colloquio motivazionale" CESPES, Università degli studi di Perugia, 2007.
58. O.P.P.I.Forma, Statuto Associativo. <https://www.oppiforma.it/>, 1965.
59. Descrittori di Dublino. <http://www.quadrodeititoli.it/descrittori.aspx?descr=172&IDL=1>
60. Brusaglioni M. La gestione dei processi nella formazione degli adulti. Milano, Franco Angeli, 1991.
61. Brusaglioni. La società liberata. Milano: Franco Angeli, 1994.
62. Bisanti R, Andreoli G, De Isabella G. Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza sanitaria nell'azienda ospedaliera. In: De Isabella G, Colombi S et al. La psicologia nelle aziende ospedaliere e negli IRSCCS. Milano: Centro Scientifico, 2003.
63. Bisanti R, Rezzonico G, Carassa A. La relazione interpersonale nella comunicazione in medicina. *Psicologia della salute* 1:16-32, 2006.