



FNOPI

POSITION STATEMENT SANITÀ DIGITALE

LA PERSONA ASSISTITA, LA PROSSIMITÀ, LA SANITÀ DIGITALE

OTTOBRE 2023



FNOPI

**POSITION STATEMENT
SANITÀ DIGITALE**

LA PERSONA ASSISTITA, LA PROSSIMITÀ, LA SANITÀ DIGITALE



A CURA DEL COMITATO CENTRALE DELLA FNOPI

Gruppo di lavoro: Tonino Aceti, Bruno Cavaliere, Bruno Coppola, Anna Maria Ferraresi, Pietro Giurdanella, Luigi Pais dei Mori, Stefano Moscato, Paco D'Onofrio



INDICE

PREMESSA	5
1. L'ULTIMO MIGLIO	6
2. I NUOVI BISOGNI ASSISTENZIALI: LA FRAGILITÀ DIGITALE	6
3. LA CENTRALITÀ DELL'EDUCAZIONE ALLA SALUTE E DELLA RELAZIONE	7
4. LA TELEASSISTENZA	7
5. DESIGN DI SERVIZI E MODELLI DI PRESA IN CARICO	8
6. RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E SANITÀ DIGITALE	9



PREMESSA

La sanità digitale (SD) è un baricentro della Missione 6 - Salute del PNRR poiché i nuovi modelli di servizio implementabili consentiranno la sostenibilità ed il rilancio della sanità sul territorio.

Si va verso un sistema di “Connected Care” capace di aumentare le opportunità e che sottende un cambio di paradigma: il cittadino al fianco, protagonista del suo percorso di cura, consapevole e coinvolto nelle scelte di salute. La SD non rappresenta quindi solo un investimento tecnologico, ma è soprattutto una prospettiva di servizio sanitario ai cittadini.

Si tratta di un tema centrale ed il suo percorso di implementazione ed attuazione è tutt'altro che semplice: basti osservare la spesa programmata e quella effettiva in SD. Negli ultimi due anni sono state bandite nel Paese gare per un valore complessivo di oltre 2,5 miliardi di euro; tanti e diversi sono i cantieri aperti, che devono arrivare a conclusione nel breve periodo ma che hanno ancora molte tematiche da affrontare e questioni aperte.

Come in altre occasioni, se da una parte si assiste ad una spinta tecnologica a tratti pressante, con l'entrata in campo di nuove generazioni di tecnologie non prive di effetti (dopo il fascicolo sanitario elettronico, i big data e la data science, l'intelligenza artificiale, i sistemi di sensoristica intelligente, l'IoT), dall'altra non si è sviluppata a pieno la concezione del modello organizzativo che dovrà sostenere questa imponente trasformazione.

Siamo davanti a sistemi che si muovono a velocità diverse: la tecnologia, la programmazione PNRR, l'elaborazione organizzativa, il sistema regolamentare, la cultura diffusa delle persone. Ci sono in questo due opposti rischi da evitare: le fughe in avanti, da una parte, la perdita di opportunità per inerzia organizzativa e culturale, dall'altra.

In questa situazione le professioni infermieristiche sono protagoniste della coevoluzione del sistema e intendono portare un contributo sia al dibattito che all'attuazione, mettendo in gioco il proprio patrimonio di competenza e una riflessione pluriennale.

FNOPI ritiene che la Sanità Digitale sia, a certe condizioni, un'occasione per la tutela della salute nel paese, cui le professioni infermieristiche possono dare un importante contributo ed essere a loro volta valorizzate; la Federazione esplicita dunque la propria posizione per il successo della sanità digitale, in particolare di tutta quella parte di sanità digitale che si attua sul territorio.

1. L'ULTIMO MIGLIO

L'“ultimo miglio” è il luogo di prossimità, che ha inizio dal domicilio della persona assistita (“*La casa come primo luogo di cura*”) e si sviluppa attorno ad esso, nella logica della teoria della cosiddetta “città dei quindici minuti”, dove i servizi sono fruibili dai cittadini in forma diretta, facilmente accessibili e con il minor impatto possibile sull'organizzazione di vita del cittadino, determinando così il criterio guida nelle scelte di investimento, organizzative e tecnologiche di sanità digitale. È necessario sviluppare ed implementare un modello organizzativo che preveda la partecipazione attiva della persona assistita e della sua rete privata in una logica di coprogettazione.

All'eleggibilità assistenziale e clinica della Persona Assistita e della sua rete privata concorre, per pertinenza disciplinare, l'infermiere, anche in funzione di “Digital Citizen Advocacy”.

2. I NUOVI BISOGNI ASSISTENZIALI: LA FRAGILITÀ DIGITALE

La diffusione di servizi digitali e la spinta al digitale ed ai sistemi on-line rischia di aprire, almeno nel breve e medio periodo, un nuovo divario, escludendo molti cittadini che presentano diverse forme di fragilità (deficit sensoriali, di reddito, di istruzione, di connettività, di lingua, ecc.). È necessario porre particolare attenzione ad alcuni aspetti peculiari:

- **Usabilità**, come criterio standard per azzerare il digital divide;
- **Multicanalità integrata**: prevedere una molteplicità di canali con cui i professionisti possono accompagnare i cittadini nel percorso a loro più fruibile;
- **Progressivo empowerment** del Cittadino con un approccio che va condiviso e costruito nei team di cura;
- **Coinvolgimento della rete di prossimità**, in logica di collaborazione e supporto alla gestione integrata dei percorsi di cura;
- **Implementazione di un linguaggio standardizzato**. L'adozione diffusa di un linguaggio infermieristico standardizzato è assolutamente necessario, per consentire la migliore comunicazione tra professionisti sanitari ed un'adeguata valutazione sistematica degli outcome infermieristici.

3. LA CENTRALITÀ DELL'EDUCAZIONE ALLA SALUTE E DELLA RELAZIONE

La relazione ci identifica e identifica gli altri, colloca nel tempo e nello spazio, ci consente di riconoscere i contesti e la nostra posizione nel mondo, attribuisce un senso alle esperienze e alla vita. Qualsiasi gesto di cura, dal più specialistico al più generico, si compie all'interno di una relazione.

I *setting* di sanità digitale devono sviluppare fortemente la reciprocità dei processi di cura, l'ingaggio e la consapevolezza della Persona Assistita e dei *caregiver*.

La qualità della relazione, soprattutto in *setting* assistenziali mediati da soluzioni digitali, rimane un importante strumento di fiducia, di motivazione, di aderenza terapeutica e di esito generale del processo di cura. Gli strumenti relazionali devono essere rapportati alla *literacy* digitale del cittadino e della sua rete familiare. Pertanto, **lo sviluppo delle competenze relazionali digitali deve diventare parte dei percorsi formativi delle professioni di cura.**

4. LA TELEASSISTENZA

La teleassistenza è una practice chiave dell'ambito ampio della telemedicina. Si tratta di un atto professionale, o più spesso **una serie ordinata di atti**, di interazione a distanza tra il professionista sanitario e persona assistita e caregiver, basato su un set di possibili media: telefonata assistita, videocall, condivisione di set informativi e/o di dati strutturati, sms, chat o mail.

La tecnologia deve consentire al professionista sanitario il massimo possibile controllo sul setting assistenziale ed abilitarne la competenza professionale. Al contempo al paziente/caregiver deve garantire il più adeguato accesso ai sanitari e al case manager. La teleassistenza comprende le attività di attivazione del paziente verso i migliori stili di vita e verso buone pratiche di mantenimento dello stato di salute.

5. DESIGN DI SERVIZI E MODELLI DI PRESA IN CARICO

La tecnologia aggiunge valore se consente l'erogazione di nuovi servizi, più sostenibili, più personalizzati, capaci di rilevare i bisogni di salute. L'introduzione di soluzioni di Sanità Digitale deve adottare alcuni criteri base:

- **Coprogettare** i modelli di presa in carico, in una logica nella quale gli sviluppatori comprendono meglio le esigenze di utilizzatori e pazienti, i professionisti sanitari sfruttano più facilmente le opportunità che la tecnologia può aprire, le persone assistite manifestano le attese principali e le organizzazioni possono comprendere i ragionevoli limiti di servizio;
- **Semplificare** i percorsi rivolti al paziente e migliorare l'aderenza terapeutica e l'appropriatezza.
- La revisione dei processi deve porre al centro sia la persona assistita e le sue esigenze, sia la sostenibilità del sistema sanitario. Ciò richiede uno sviluppo ed una rivisitazione dei ruoli unita all'aggiornamento delle competenze; tali **processi di shifting** di competenze e responsabilità vanno individuati, accompagnati e governati.
- Uno degli obiettivi di ridisegno dei processi è rappresentato dall'adozione di soluzioni tecniche ed organizzative capaci di assicurare un **modello attivo di Transitional Care**.
- La **partecipazione** della persona assistita e del caregiver al processo di cura è un elemento centrale; la sua consapevolezza rappresenta un'opportunità poiché influisce sugli esiti di cura migliorando al contempo la sua percezione del servizio ricevuto.

6. RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E SANITÀ DIGITALE

La responsabilità professionale è declinazione specifica del concetto ampio di responsabilità, che, etimologicamente, implica la capacità (e, deontologicamente, il dovere) di dare risposte. Essere in grado ed essere chiamati a “dare risposte” significa essere i detentori del sapere professionale, titolari della disciplina di riferimento, che viene trasposta in una identità professionale di comprovata solidità. In questo senso **la responsabilità professionale nell’ambito della sanità digitale non è concettualmente diversa dalla responsabilità presente in qualunque setting di cura**, ricordando che le declinazioni operative della sanità digitale sono composte primariamente da mezzi, non da fini.

Esiste però anche un tema normativo, basato su alcuni punti cardine: la L. 24/2017, art. 7 c.2 stabilisce che le prestazioni erogate in “telemedicina” ricadono nell’alveo della responsabilità contrattuale.

Dal punto di vista professionale, onde evitare una deflazione della spinta evolutiva in sanità digitale:

1. si evidenzia **l’esigenza di emendare il comma 2 dell’art.7 della L. 24/2017**, riportando il setting specifico nell’ambito della responsabilità di natura extracontrattuale anche il fine di riequilibrare il perimetro del rischio professionale; allineandolo quindi ai principi di:

- congruità, ovvero quello che noi oggi chiameremo “*agire evidente*” o “*evidence based*”
- diligenza professionale, richiamata dall’art. 1176 cc e vincolata alla sola obbligazione di mezzi, modulata ai sensi dell’art. 2236 cc che, in caso di prestazioni ad elevata difficoltà tecnica, limita la responsabilità ai soli casi di dolo o colpa grave.

2. si evidenzia l’esigenza di **affrontare il tema formativo nei confronti dello sviluppo di un digital *mindset*, che ricomprenda fortemente anche il tema della responsabilità professionale**. Il presupposto, peraltro criterio guida della L. 42/1999 e quindi caposaldo evolutivo delle professioni sanitarie, è infatti la formazione, finalizzata allo sviluppo di competenze e, in ultima analisi, all’allargamento del perimetro di pertinenza professionale specifico, intrinsecamente connesso al tema dell’autonomia e, dunque della responsabilità.



FNOPI

www.fnopi.it