



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](http://www.fnopi.it)