



OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO  
9 OTTOBRE 2024

La c.d. “telepsicologia” nell’ambito del  
servizio di psicologia di assistenza  
primaria: alcuni profili d’interesse

di Giovanni Botto

Assegnista di ricerca in Diritto amministrativo  
Università degli Studi di Genova



# La c.d. “telepsicologia” nell’ambito del servizio di psicologia di assistenza primaria: alcuni profili d’interesse\*

**di Giovanni Botto**

Assegnista di ricerca in Diritto amministrativo  
Università degli Studi di Genova

**Abstract [It]:** Il presente scritto, a partire dal testo base per l’istituzione del “servizio di psicologia di assistenza primaria nell’ambito del servizio sanitario nazionale”, approvato nel 2023 dalla Commissione Affari sociali della Camera, svolge alcune considerazioni di carattere generale concernenti l’utilizzo della telematica in questo particolare servizio pubblico. Il tema di quella che si potrebbe chiamare “telepsicologia” è affrontato, innanzitutto, prendendo spunto dalle Linee di indirizzo e dalle Indicazioni nazionali adottate in materia di telemedicina e, in seconda istanza, facendo riferimento alle disposizioni immediatamente rilevanti nell’ambito della professione in parola, ossia il relativo codice deontologico e le Linee Guida approvate dal Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi.

**Title:** So-called ‘telepsychology’ within the primary care psychology service: some profiles of interest

**Abstract [En]:** This paper, starting from the basic text for the establishment of the “primary care psychology service within the national health service,” approved in 2023 by the House Social Affairs Committee, makes some general considerations concerning the use of telematics in this public service. The topic of what might be called “telepsychology” is addressed, first, by taking a cue from the National Guidelines and Indications adopted on telemedicine and, second, by referring to the provisions immediately relevant in the context of the profession in question, namely the relevant code of ethics and the Guidelines approved by the National Council of the Order of Psychologists.

**Parole chiave:** servizio sanitario nazionale, psicologo, telematica, telepsicologia, telemedicina

**Keywords:** national health service, Psychologist, telematics, telepsychology, telemedicine

**Sommario:** **1.** Premessa: la c.d. “telepsicologia” nell’ambito del servizio di psicologia di assistenza primaria come manifestazione del diritto ad una buona amministrazione. **2.** Il legame con la telemedicina: evoluzione della disciplina, le linee di indirizzo del 2014 e le Indicazioni nazionali del 2020. **3.** La normativa di attuazione del PNRR. **4.** Alcune indicazioni specifiche circa la telepsicologia: il profilo deontologico e le linee guida approvate dal CNOP. **5.** Telepsicologia e Fascicolo Sanitario Elettronico (cenni). **6.** Considerazioni a carattere conclusivo.

## **1. Premessa: la c.d. “telepsicologia” nell’ambito del servizio di psicologia di assistenza primaria come manifestazione del diritto ad una buona amministrazione**

Come noto – senza che sia necessario dilungarsi, in questa sede, nell’approfondimento di profili ricognitivi generali che sono già oggetto di trattazione nell’ambito di altre trattazioni contenute nei presenti Atti – nel mese di novembre 2023, la Commissione Affari sociali della Camera ha adottato un testo unificato concernente l’istituzione del “servizio di psicologia di assistenza primaria nell’ambito del

---

\* Articolo sottoposto a referaggio.

servizio sanitario nazionale”, il cui art. 1, rubricato “Diritto all’assistenza psicologica”, afferma che «la Repubblica, in attuazione dell’articolo 32 e nel rispetto dei principi stabiliti dall’articolo 117, terzo comma, della Costituzione, riconosce il diritto all’assistenza psicologica al fine di garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo nonché di assicurare le prestazioni psicologiche ai cittadini nell’ambito della medicina di assistenza primaria».

In ossequio a tale riconoscimento ed in vista di detto risultato, l’art. 2 del medesimo Testo prevede che «in ciascuna azienda sanitaria locale, comunque denominata, è istituito il servizio di psicologia di assistenza primaria, articolato a livello di distretto sanitario» e che questo servizio «è finalizzato a garantire un primo livello di intervento psicologico che prevede la rapida presa in carico del paziente e a svolgere un’attività complementare con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari, attraverso la creazione di un sistema di cooperazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta nonché con gli altri medici specialisti e con i professionisti sanitari e socio-sanitari presenti nel territorio». Un servizio, pertanto, strutturalmente incardinato in quello sanitario nazionale, come facilmente rilevabile dal riferimento, in chiave funzionale, alle prestazioni da garantire ai sensi della l. 23 dicembre 1978, n. 833<sup>1</sup>. La proposta al vaglio del legislatore nazionale – ad oggi non ancora sfociata in un atto normativo – trova origine e necessità nelle ormai comprovate ripercussioni della pandemia, e delle misure contenitive che si sono rese necessarie, sulla salute mentale della popolazione; ripercussioni che hanno indotto, innanzitutto, alcune Regioni italiane<sup>2</sup> a precedere il Parlamento nell’adozione di normative che, nel rispetto dell’assetto costituzionale delle competenze legislative<sup>3</sup>, hanno istituito per la prima volta la figura di quello che, impropriamente<sup>4</sup>, è sovente identificato come “psicologo di base”.

---

<sup>1</sup> Ossia, come noto, la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, il cui art. 1, c. 2, affida alla Repubblica «la tutela della salute fisica e psichica», nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Sul punto, a livello dottrinale, *ex multis*, si richiamano D. Morana, *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, Torino 2021; R. Balduzzi, voce *Salute (diritto alla)*, in S. Cassese (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, vol. VI, Milano 2006, 5395; L. Solano, *Dal sintomo alla persona. Medico e Psicologo insieme per l’assistenza di base*, Milano 2011.

<sup>2</sup> Per un’analisi più approfondita dell’anticipazione regionale, si rimanda agli altri contributi contenuti nel presente numero di questa Rivista. La prima Regione ad essersi cimentata in questa operazione è stata la Campania con la legge regionale 3 agosto 2020 n. 35.

<sup>3</sup> Sul punto si è anche espressa Corte Cost. 13 dicembre 2021, n. 241, che «dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 della legge della Regione Campania 3 agosto 2020, n. 35, recante «Istituzione del servizio di Psicologia di base e modifiche delle leggi regionali 7 agosto 2017, n. 25 (Istituzione del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità) e 6 maggio 2013, n. 5 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013-2015 della Regione Campania - legge finanziaria regionale 2013)», promosse, in riferimento agli artt. 117, commi secondo, lettera l), e terzo, in relazione all’art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), e 3 della Costituzione, dal Presidente del Consiglio dei ministri». La menzionata sentenza presenta la nota di S.R. Vinceti, *La costituzionalità della psicologia di base: una pronuncia “regionalista” con interessanti profili di diritto comparato*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2021, 6, 2688 ss.

<sup>4</sup> Ma in significativa assonanza di quello che, altrettanto impropriamente, è comunemente detto “medico di base”.

A tutti gli effetti, pertanto, nelle realtà regionali che già lo prevedono, ci troviamo (e ci troveremo anche a livello nazionale, qualora il procedimento legislativo iniziato abbia buon esito) di fronte all'introduzione di un nuovo servizio pubblico – esso è, infatti, finanziato tramite risorse pubbliche; costituito al fine di perseguire un interesse degli individui e della collettività; erogato nell'ambito del servizio sanitario nazionale e affidato (come nel caso dei medici di assistenza primaria) a professionisti convenzionati con le ASL – che va ad arricchire l'insieme delle prestazioni che costituiscono il servizio sanitario nazionale; il che, venendo immediatamente all'argomento specifico del presente contributo, impone, a mo' di premessa, una serie di considerazioni (ma ci si concentrerà su una di esse) inerenti alle condizioni della sua concreta effettività<sup>5</sup>.

In altre parole, l'istituzione del servizio pubblico in parola, data, peraltro, la sua delicatezza, comporta necessariamente un problema, per così dire, di “buona amministrazione”<sup>6</sup>: sia, d'un canto, poiché rappresenta un'evidente manifestazione del ruolo che la sfera pubblica, nelle sue varie forme, ricopre rispetto al generale obiettivo del miglioramento della “qualità della vita”<sup>7</sup> di ogni individuo, ma anche in ragione del fatto che con l'espressione “buona amministrazione” – che, come autorevolmente posto in evidenza, «da principio in funzione della efficacia della pubblica amministrazione (“*ex parte principis*”), è divenuto principio in funzione dei diritti dei cittadini (“*ex parte civis*”)»<sup>8</sup> – si intende anche il rispetto, nell'esercizio dell'attività amministrativa, ma anche nell'erogazione di pubblici servizi, del nucleo essenziale del principio (oggi considerato vero e proprio diritto) che trova espressione nell'art. 41 della Carta dei diritti UE; nucleo che consiste, in via di massima sintesi e senza che si possa di fatto così esaurirlo, nel «diritto di ogni persona a che istituzioni, organi e organismi dell'Unione trattino le loro questioni in modo imparziale, equo ed entro un termine ragionevole»<sup>9</sup>, valori che si traducono,

<sup>5</sup> Utilizzando un'espressione oggi particolarmente fortunata, anche in ragione delle riflessioni recentemente proposte da G. Corso, M. De Benedetto, N. Rangone, *Diritto amministrativo effettivo. Una introduzione*, Bologna, 2022.

<sup>6</sup> Sul tema, *ex multis*, A. Zito, *Il “diritto ad una buona amministrazione” nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e nell'ordinamento interno*, in *Rivista italiana di diritto pubblico comunitario*, 2002, 425-444; V. Rapelli, *Il diritto ad una buona amministrazione comunitaria*, Torino, 2004; S. Ricci, *La “buona amministrazione”: ordinamento comunitario e ordinamento nazionale*, Torino, 2005; D.U. Galetta, *Il diritto ad una buona amministrazione europea come fonte di essenziali garanzie procedurali nei confronti della pubblica amministrazione*, in *Rivista italiana di diritto pubblico comunitario*, 2005, 819-857; F. Trimarchi Banfi, *Il diritto ad una buona amministrazione*, in M. P. Chiti, G. Greco (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo europeo*, Milano, 2007, I, 49-86; A. Giuffrida, *Il “diritto” ad una buona amministrazione pubblica e profili sulla sua giustiziabilità*, Torino, 2012. Con riguardo al tema della salute, si rimanda alle riflessioni di C. Botrugno, *La diffusione dei modelli di cura a distanza: verso un “diritto alla telesalute”?*, in *BioLaw Journal*, 2014, 1, 171.

<sup>7</sup> Utilizzando un'espressione di A. Giuffrida, *Il “diritto” ad una buona amministrazione pubblica e profili sulla sua giustiziabilità*, cit.

<sup>8</sup> S. Cassese, *Il diritto alla buona amministrazione*, Relazione alla “Giornata sul diritto alla buona amministrazione” per il 25° anniversario della legge sul “Sindic de Greuges “della Catalogna, Barcellona, 27 marzo 2009.

<sup>9</sup> D.U. Galetta, *Digitalizzazione e diritto ad una buona amministrazione*, in *CERIDAP*, 2021, 3.

nell'ambito di un servizio quale quello in parola, fra l'altro, nella pari accessibilità e nell'inclusività del medesimo<sup>10</sup>.

Sotto questo punto di vista, l'utilizzo delle nuove tecnologie ricopre senza dubbio un ruolo di primaria importanza, soprattutto se si tiene in considerazione che, ai sensi dell'art. 4, c. 2, lett. b), sarà necessario prevedere con decreto ministeriale «il numero di psicologi di assistenza primaria che consenta di avere, in ciascun distretto sanitario, un rapporto di uno psicologo di assistenza primaria ogni 4-7 medici di medicina generale o pediatri di libera scelta»; un numero che, evidentemente, anche data la particolare conformazione del territorio e del sostrato sociale italiani, potrebbe far emergere un problema di accessibilità del servizio, in ragione di un suo sovraccarico o della sua distanza rispetto a determinate realtà locali<sup>11</sup>.

È in questa prospettiva, pertanto, che lo stesso testo unificato del 2023 afferma, al suo articolo 6 (rubricato "Telemedicina") che «le attività di sostegno e assistenza psicologica prestate in attuazione della presente legge possono essere erogate dai soggetti iscritti negli elenchi di cui all'articolo 5 anche attraverso piattaforme informatiche per la telemedicina sulla base delle Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina» e che dette attività «sono svolte con modalità tali da garantire il conseguimento degli obiettivi di equità nell'accesso alle cure, anche nelle aree periferiche, di tempestività e continuità assistenziale con la necessaria sicurezza, di migliore efficacia ed efficienza degli interventi, di riduzione dei tempi di attesa, di ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili e di contenimento della spesa sanitaria».

Dalla disposizione da ultimo menzionata emerge chiaramente una inevitabile duplicità della questione concernente l'utilizzo delle tecnologie ICT al fine della somministrazione delle prestazioni in discussione: da un lato, come si è detto, nella dinamica complessiva del testo è evidente la loro imprescindibilità rispetto all'effettività del servizio, ossia la loro utilità al fine di garantirne l'accessibilità e l'inclusività; d'altro lato, però, si pone il problema delle modalità da utilizzare per garantire che le prestazioni a distanza siano coerenti con gli obiettivi di efficacia e gli standard di qualità che debbono necessariamente essere rispettati. A questo secondo aspetto saranno dedicate le riflessioni che seguono.

---

<sup>10</sup> Non è un caso che, di recente, sia stato affermato che «la buona amministrazione rappresenta, per il nostro Paese, un traguardo per costruire un futuro post-pandemico equo, inclusivo e sostenibile». Così B. Boschetti e B. Celati, *La buona amministrazione*, in <https://www.laboratoriofuturo.it/ricerche/la-buona-amministrazione/>, 2022. Il legame delle diverse forme di medicina con la prospettata dimensione è evidente già in A.L. Tarasco, *La telemedicina per lo sviluppo della sanità del Mezzogiorno: una introduzione giuridica*, in *Riv. giur. del mezzogiorno*, 2010, 4, 1387 ss.

<sup>11</sup> Di tale rischio, peraltro, è ben cosciente lo stesso legislatore, posto che nel medesimo art. 4, c. 2, lett. c), stabilisce la necessità di disciplinare con decreto «l'individuazione di un coordinatore psicologo nell'ambito di ciascun distretto sanitario con la funzione di organizzare l'attività degli psicologi di assistenza primaria e di garantire l'integrazione con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari, nonché l'omogeneità e l'equità delle prestazioni nel territorio di competenza».

## 2. Il legame con la telemedicina: evoluzione della disciplina, le linee di indirizzo del 2014 e le indicazioni nazionali del 2020

Come si è anticipato, ai sensi dell'art. 6, c. 1, del menzionato testo base, le prestazioni di assistenza psicologica potrebbero anche essere erogate da remoto sulla base delle Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina – di cui all'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 17 dicembre 2020 – e nell'ambito di quanto previsto dalla missione 6 del PNRR (“salute”). Pertanto, è dall'evoluzione, in linea di estrema sintesi, di tale disciplina che si deve partire, al fine di porre in evidenza alcuni profili ricostruttivi.

La telemedicina è oggetto, ormai da tempo, sia dell'interesse del legislatore e dei decisori pubblici, sia degli studiosi di diritto. Già nel 2008, infatti, la Commissione UE ha adottato la Comunicazione “sulla telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società”<sup>12</sup>, nell'ambito della quale, con sintesi perfetta di quanto si andava dicendo nel corso del precedente paragrafo, si afferma che «la telemedicina, ossia la prestazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza, può contribuire a migliorare la vita dei cittadini europei, sia pazienti che professionisti della salute, affrontando allo stesso tempo le sfide che si pongono ai sistemi di assistenza sanitaria».

La Comunicazione in parola, inoltre, fornisce anche una definizione di telemedicina – da intendersi come «la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località» – nonché alcuni suoi possibili esempi; vi si legge, infatti, che: «la telemedicina abbraccia un'ampia varietà di servizi. Quelli più spesso menzionati nelle valutazioni *inter pares* sono la teleradiologia, la telepatologia, la teledermatologia, la teleconsultazione, il telemonitoraggio, la telechirurgia e la teleoftalmologia. Fra gli altri servizi potenziali figurano i call centres, i centri di informazione on-line per i pazienti, le visite on-line/in teleconsultazione o le videoconferenze tra professionisti della sanità». Oggi vi potremmo aggiungere anche i servizi, appunto, di telepsicologia<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Bruxelles, 4.11.2008 COM(2008)689; la quale, come ricordato da L. Ferraro, *La telemedicina quale nuova (e problematica) frontiera del diritto alla salute*, in *Dir. inf.*, 2022, 4-5, rappresenta «il primo atto di Bruxelles specificamente destinato alla disciplina della telemedicina». In tema di telemedicina, da un punto di vista generale, si richiamano anche G. Cangelosi, *I servizi pubblici sanitari: prospettive e problematiche della telemedicina*, in *Il diritto di famiglia e delle persone*, 2007, 1, 43 ss.; G. Liguori, R. Zinno, M.A. Zinno, C. Leone, E. Chillelli, A. Rossi Mori, M. Neri, N. Pascale, *Telemedicina: etica, informazione e responsabilità professionale*, in *Minerva medicolegale*, 2016, 3-4, 60 ss.; P. G. Macri, F. Gori, S. Turco, E. Turillazzi, *Telemedicina: da emergenza a nuova normalità. Riflessioni medico-legali*, in *Resp. Civ. e prev.*, 2021, 2; M. Faccioli, *La responsabilità sanitaria in telemedicina*, in *Resp. Civ. e prev.*, 2021, 3.

<sup>13</sup> Con riguardo allo specifico tema della telepsicologia, in una prospettiva concernente la sua efficacia e i principali aspetti giuridici critici, si deve richiamare M. Bellino, I. Grattagliano; M.G. Violante, M. Groicher, V. Lagona; T.M. Franco, R. Risola, S. Sablone, D. Tangari, *Psicologia online. Aspetti clinici e medico-legali*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 2022, 2.

A livello nazionale, invece, il primo atto concretamente rilevante in materia è certamente costituito dalle prime linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo dei sistemi di telemedicina, del 2014, volte ad individuare «gli elementi per una coerente progettazione e impiego di tali sistema nell’ambito del SSN»<sup>14</sup>. Anche da tali linee di indirizzo, fondamentali per le successive Indicazioni nazionali, emergono, quali elementi/opportunità principali a suffragio dello sviluppo dei menzionati strumenti le due dimensioni complementari che si è già avuto modo di porre in evidenza: da un lato, il potenziale riorganizzativo del servizio sanitario, con ripercussioni in termini di sua efficienza così come di economicità<sup>15</sup>; d’altro lato, invece, l’opportunità di garantire un maggiore e più equo accesso all’assistenza sanitaria<sup>16</sup>.

A partire dalle menzionate linee d’indirizzo del 2014 – e sulla scia delle esperienze fatte durante il periodo pandemico<sup>17</sup> – sono state predisposte le Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni di telemedicina adottate con Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (richiamate direttamente dal testo base sullo psicologo di assistenza primaria); e successivamente, nel 2021, sono state adottate le Indicazioni per l’erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie, adottate con Accordo in Conferenza Stato Regioni il 18 novembre 2021, che completano il quadro.

Per quanto concerne le Indicazioni del 2020, il documento fornisce, anche in relazione alle iniziative avviate da alcune Regioni nel periodo dell’emergenza Covid, indicazioni uniformi sull’intero territorio nazionale per l’erogazione delle prestazioni a distanza e – al di là di un parte introduttiva e definitoria nell’ambito della quale sono poste in evidenza sia la differenza sostanziale, rispetto all’appropriatezza erogativa, tra diverse prestazioni di telemedicina<sup>18</sup>, sia la distinzione tra diverse tipologie di prestazione, a

---

<sup>14</sup> Art. 1 delle Linee di indirizzo del 2014.

<sup>15</sup> In sede di introduzione delle menzionate linee di indirizzo si può leggere che «l’innovazione tecnologica può contribuire alla riorganizzazione dell’assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell’assistenza sanitaria dall’ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l’accesso alle prestazioni sul territorio nazionale».

<sup>16</sup> Sempre nell’ambito delle medesime linee di indirizzo, infatti, si afferma che «l’equità di accesso e la disponibilità di una assistenza sanitaria qualificata in aree remote possono essere grandemente aumentate dalla telemedicina. Si pensi al mare, alle piccole isole, alla montagna, ma anche semplicemente alle aree rurali poco collegate alla città di riferimento».

<sup>17</sup> Sul punto si può richiamare il contributo di L. Leondina Campanozzi; G. Nittari; G. Ricci; A. Sirignano, *La telemedicina come una risposta concreta alla pandemia da SARS-CoV-2*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 2020, 2; nonché C. Botrugno, *Telemedicina ed emergenza sanitaria: un grande rimpianto per il nostro Paese*, in *BioLaw Journal*, 2020, 1, 692; M. Campagna, *Linee guida per la Telemedicina: considerazioni alla luce dell’emergenza Covid-19*, in *Corti supreme e salute*, 2020, 3, 603 ss.

<sup>18</sup> Sotto questo punto di vista, le Indicazioni del 2020 distinguono tra «prestazioni che possono essere assimilate a qualunque prestazione sanitaria diagnostica e/o terapeutica tradizionale, rappresentandone un’alternativa di erogazione; in prestazioni che non possono sostituire la prestazione sanitaria tradizionale ma piuttosto la supportano rendendola meglio accessibile e/o aumentandone l’efficienza e l’equità distributiva; in prestazioni che integrano in varia proporzione la prestazione tradizionale rendendola più efficace e più capace di adattarsi in modo dinamico ai cambiamenti delle esigenze di cura dei pazienti; in prestazioni che risultino capaci di sostituire

seconda della finalità e dei soggetti coinvolti<sup>19</sup> – risulta suddiviso in due parti principali: una prima dedicata alle regole che disciplinano gli aspetti basilari dell'erogazione delle prestazioni a distanza; una seconda demandata, invece, all'individuazione degli elementi e *standard* necessari all'adeguatezza di dette prestazioni.

La prima parte, a sua volta, affronta quattro tematiche essenziali: il sistema remunerativo, di prescrizione, di prenotazione e di rendicontazione delle prestazioni a distanza; la questione attinente al consenso informato del destinatario della prestazione; la responsabilità dell'operatore; infine, la comunicazione dell'esito della prestazione da remoto.

Al di là della prima dimensione – che, insieme, ad altri elementi, testimonia principalmente la volontà di assimilare l'attività a distanza a quella in presenza – le ulteriori tre sono particolarmente interessanti, in quanto permettono di individuare alcuni elementi generali rilevanti.

Inevitabilmente centrale, in primo luogo, è la garanzia dell'adesione informata del paziente, al fine di renderlo edotto di tutti gli aspetti che gli permettano di adottare una scelta consapevole circa la peculiare modalità della prestazione: «in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali i vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi; come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente; quali strutture e professionisti saranno coinvolti; quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità; quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscer l'elenco aggiornato dei responsabili; quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile; in quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati»<sup>20</sup>. In altre parole, nel caso della visita a distanza, l'informativa al paziente deve riguardare sia l'attività che concretamente verrà svolta, sia le caratteristiche, i rischi e le facoltà connesse alla particolare modalità di erogazione della stessa; trattandosi di una forma che presuppone uno scambio, dematerializzato e a distanza (attraverso piattaforme terze), di dati estremamente delicati, il focus, come ovvio, è primariamente imperniato sul

---

completamente la prestazione sanitaria tradizionale, rappresentando nuovi metodi e/o tecniche diagnostiche e/o terapeutiche e realizzando nuove prassi assistenziali utili ai pazienti».

<sup>19</sup> Distinguendo, in questo senso, tra televisita, teleconsulto, teleconsulenza medico/sanitaria, teleassistenza e telerefertazione, allo scopo di «ricondurre le attività di telemedicina ai Livelli essenziali di assistenza nell'ambito dei quali vengono erogate e quindi alle regole amministrative che devono essere applicate a tali prestazioni (in termini di tariffa, modalità di rendicontazione, compartecipazione alla spesa)».

<sup>20</sup> Come precisato dalle Indicazioni, inoltre, «l'attivazione del servizio di telemedicina richiede l'adesione preventiva del paziente, al fine di confermare tra l'altro la disponibilità di un contatto telematico per la interazione documentale/informativa con il sanitario ed accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di *privacy* e sicurezza». Emerge, pertanto, una duplice dimensione del consenso: una riguardante il nucleo sostanziale della prestazione a distanza – con annessi rischi e opportunità – ed una concernente la strumentazione a disposizione, che influisce, come si vedrà meglio, sulla valutazione di eleggibilità del paziente.

tema della privacy<sup>21</sup>, tuttavia, come si avrà modo di meglio argomentare, si tratta di una fase fondamentale anche al fine di comprendere, da parte dell'operatore, l'opportunità, anche sotto il profilo delle disponibilità strumentali e delle capacità personali, di procedere con la visita a distanza.

Sotto il secondo profilo, quello della responsabilità, le Indicazioni del 2020 si limitano a confermare che «agire in telemedicina per i sanitari significa assumersi piena responsabilità professionale, esattamente come per ogni atto sanitario condotto nell'esercizio della propria professione, tenendo conto della corretta gestione delle limitazioni dovute alla distanza fisica, nonché il rispetto delle norme sul trattamento dei dati», che «alle attività sanitarie in telemedicina si applicano tutte le norme legislative e deontologiche proprie delle professioni sanitarie, nonché i documenti d'indirizzo di bioetica» e che «resta infine nella responsabilità del sanitario la valutazione, al termine di una prestazione erogata a distanza, sul grado di raggiungimento degli obiettivi che la prestazione stessa si prefiggeva e, ovvero in caso di insufficienza del risultato per qualunque motivo (tecnico, legato alle condizioni riscontrate del paziente o altro) l'obbligo della riprogrammazione della prestazione in presenza». Con ciò, evidentemente, d'un canto si assimila del tutto la televisita a quella in presenza, ma, d'altro canto, viene data prova della consapevolezza dell'ulteriore livello valutativo richiesto all'operatore; livello rispetto al quale ne corrisponde uno ulteriore di responsabilità professionale.

Infine, molto rilevante è pure la fase di comunicazione dell'esito della prestazione a distanza, per la quale, secondo quanto stabilito dalle Indicazioni in parola, si seguono le regole classiche, cui si aggiunge l'obbligo di riprogrammazione in modalità ordinaria in caso di esito insoddisfacente e, quando sia prevista un'attività di refertazione, il dovere di annotare la presenza di altri soggetti alla televisita, la qualità del collegamento, nonché la conferma concernente la sua adeguatezza all'esecuzione della prestazione. Ogni qual volta, poi, la prestazione a distanza non permetta di mantenere inalterato il contenuto sostanziale della prestazione, essa dovrà essere conclusa in modo tradizionale, senza ulteriori oneri.

In definitiva, da un punto di vista generale, già da questa prima parte dalle Indicazioni nazionali del 2020 emergono, quantomeno, due elementi: innanzitutto, l'astratta assimilazione, come si è anticipato, tra la prestazione "tradizionale" e quella di telemedicina; poi, la circostanza per cui la decisione circa l'opportunità di procedere a distanza rappresenta una valutazione attribuita al professionista, il quale non deve e non può basarsi esclusivamente su elementi di comodo o di efficientamento dell'attività, ma anche di adeguatezza rispetto alla situazione, personale e strumentale, del singolo paziente.

Già in queste Indicazioni, pertanto, emerge implicitamente l'esigenza, poi successivamente esplicitata, di una vera e propria "valutazione di eleggibilità" del paziente rispetto all'utilizzo della modalità da remoto.

---

<sup>21</sup> Su cui, ad esempio, F.G. Cuttaia, *Lo sviluppo della telemedicina e i profili di tutela della privacy ad essa connessi*, in *Studi parlamentari e di politica costituzionale*, 2018, 201-202, 32.

Questo stato di cose risulta confermato anche da quanto contenuto nella seconda parte delle Indicazioni nazionali, quella riguardante gli *standard* strumentali necessari, che, al di là di alcuni elementi di base – quali l'utilizzo di una rete di collegamento sempre disponibile tra medici e pazienti; la predisposizione di un portale web cui i professionisti possono accedere tramite credenziali al fine di gestire i pazienti, con accesso possibile tramite strumenti diversi (sia per i pazienti che per i professionisti); l'attenzione alla presenza di una funzione di *login* semplice per i pazienti; la compatibilità con il GDPR; la certificazione del sistema utilizzato rispetto al tipo di prestazione da svolgere (oggi solo in alcuni casi specifici) – pone particolare attenzione alla presenza di adeguati strumenti di supporto sia per l'operatore, sia per il paziente. Con riguardo al primo, in particolare, è assolutamente essenziale, fra l'altro, che lo strumento tecnologico utilizzato abbia una complessità tecnologica proporzionale alle necessità cliniche e di valutazione da svolgere e che gli permetta di acquisire telematicamente la documentazione clinica necessaria, senza demandare tale attività al paziente. In altri termini, dal punto di vista dell'operatore, la questione degli standard tecnici rileva nella prospettiva dell'adeguatezza del mezzo rispetto al fine e, di conseguenza, della possibilità di ritenere la visita a distanza una modalità parimenti efficace a quella tradizionale, non potendosi ridurre la questione alle sole istanze efficientistiche. Per quanto riguarda, invece, il paziente, il problema tecnico è connesso principalmente alla concreta accessibilità del servizio online<sup>22</sup>; le Indicazioni stabiliscono, infatti, che, laddove i pazienti non abbiano la possibilità di accedere autonomamente ad un collegamento adeguato, dovrà essere garantita la possibilità di accedere a strutture territoriali dell'ASL oppure dovranno essere disposti opportuni accordi con soggetti prossimi al domicilio del paziente (farmacie, studi medici, etc.).

### 3. La normativa di attuazione del PNRR

Come anticipato, sul contesto così consolidatosi è intervenuta anche la recente normativa di attuazione del PNRR, la cui Missione 6 (“salute”), Componente 1 (“Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”)<sup>23</sup> intende rafforzare le prestazioni erogate sul territorio

---

<sup>22</sup> Il problema, ovviamente, è connesso inoltre a quello del c.d. “*digital divide*” su cui, tra gli altri, si richiamano, P. Zocchi, *Il digital divide globale*, in A. Buongiovanni, F. Marzano, E. Tesi, P. Zocchi (a cura di), *Digital Divide: la nuova frontiera dello sviluppo globale*, Milano 2003; L. Attias, G. Scorza, *La consapevolezza digitale al servizio dell'etica*, in *Dir. inf.*, 2019, 6; M.T.P. Caputi Jambrenghi, *Stato sociale, welfare e nuove fragilità*, in *Dir. amm.*, 2021, 4, ove si afferma che «l'accessibilità dei diritti sociali è oggi profondamente condizionata dal digital divide e questo è ingiusto oltre che incostituzionale. Chi non può pagare un consulente, chi non è dotato di un computer ma solo di un telefonino, chi non capisce bene la lingua italiana o anche solo chi non è avvezzo al linguaggio burocratico e all'utilizzo delle piattaforme on line, non riesce ad accedere alle prestazioni assistenziali a causa di queste barriere informatiche che risultano insuperabili per tutte le persone più fragili dal punto di vista culturale, economico e sociale»; si richiama, inoltre, L. Casini, *Il futuro dello stato (digitale)*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2024, 2.

<sup>23</sup> In particolare, a p. 229 del PNRR si può leggere che «All'interno di questo intervento si inserisce anche l'investimento rivolto alla telemedicina. I servizi di telemedicina, contribuendo ad affrontare le principali sfide dei Sistemi Sanitari Nazionali, rappresentano un formidabile mezzo per: (i) contribuire a ridurre gli attuali divari

grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

In particolare, nelle attività previste dal PNRR Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", sono stati adottati alcuni decreti di approvazione di linee guida per supportare, dal punto di vista tecnico e organizzativo, le regioni e le province autonome per la definizione e composizione delle iniziative progettuali sui servizi di telemedicina.

Tra questi, innanzitutto, il Decreto Ministeriale 21 settembre 2022, che si rivolge alle Regioni e Province autonome e ha la funzione di stabilire degli standard tecnici e di servizio che gli Enti territoriali dovranno implementare nella progettazione dei propri servizi.

Il documento in parola introduce alcune elementi d'interesse: in primo luogo, anche tale decreto ha confermato la natura complementare della telemedicina rispetto all'esecuzione dell'atto medico in presenza (cosa già evidente nelle precedenti linee di indirizzo e nelle Indicazioni nazionali); in secondo luogo, prevede, esplicitamente questa volta, un requisito di eleggibilità del paziente, posto che «affinché un assistito possa usufruire dei servizi di telemedicina implementati a livello regionale, quest'ultimo deve risultare eleggibile dal punto di vista clinico, tecnologico, culturale e di autonomia o disponibilità di un *caregiver*, qualora necessario, nella fruizione dei servizi di telemedicina»; in terzo luogo, le precedenti Indicazioni sembravano affermare che tutti i *software* utilizzati in prestazioni di telemedicina dovessero essere certificati come dispositivi medici. Il D.M. del 2022, invece, precisa che ciò sarà necessario solo per i casi in cui siano presenti funzionalità tipiche di un dispositivo medico; infine, stranamente, non menziona il tema dell'adesione informata, che però deve ritenersi, a parere di chi scrive, del tutto implicito, posto che, oltre ad essere previsto da norme imperative di legge, ricopre un ruolo relevantissimo ai fini della stessa valutazione di eleggibilità del paziente.

In secondo luogo, è certamente rilevante, sempre in attuazione del PNRR, il D.M. 30 settembre 2022, dedicato alla regolamentazione delle procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché dei meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e all'adozione delle nuove Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina, contenute nel suo Allegato B, le quali stabiliscono le aree cliniche per garantire l'omogeneità a livello nazionale e l'efficienza nell'attuazione dei servizi di telemedicina, individuando per ciascuna area: la

---

geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; (ii) garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti; (iii) migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto».

popolazione interessata; le modalità di erogazione; i parametri da monitorare/controllare; i professionisti e le branche specialistiche coinvolti.

Tali linee di indirizzo dimostrano l'ampiezza di quel concetto contenitore che è la telemedicina, nonché la complessità delle relazioni che vi si possono instaurare. Inoltre, per la prima volta, vi si fa menzione esplicita della figura dello psicologo, coinvolta essenzialmente in tutte le aree cliniche d'intervento.

Deve sottolinearsi, però, un grave refuso inserito nell'Allegato in parola, che fa rientrare la professione di psicologo tra quelle "non sanitarie", configurando un errore dal punto di vista della disciplina normativa applicabile; posto che, come noto, l'art. 9, c. 4, della l. n. 3/2018, integrando l'art. 1 della l. n. 56/1989, stabilisce che «la professione di psicologo di cui alla presente legge è ricompresa tra le professioni sanitarie». Proprio per tale ragione, peraltro, è possibile, come nel menzionato testo base, l'applicazione diretta delle regole previste per la telemedicina alla telepsicologia, la quale, in altre parole, ne costituisce una forma, una delle varie modalità di estrinsecazione.

Con riferimento a tale errore, il Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi ha chiesto i correttivi necessari al fine di rendere il decreto coerente con la normativa vigente ed esplicitare più chiaramente l'implicazione di una funzione psicologica anche nella telemedicina per tutte le patologie individuate dal decreto, sia sul piano diagnostico che terapeutico e riabilitativo.

#### **4. Alcune indicazioni specifiche circa la telepsicologia: il profilo deontologico e le linee guida approvate dal CNOP**

Come si è avuto modo di vedere, anche in ragione della sostanziale ricomprensione della psicologia tra le professioni sanitarie, non sembra che sussistano particolari ostacoli al rimando, per quanto riguarda l'erogazione di prestazioni a distanza, alle regole sino ad ora generalmente delineate in tema di telemedicina. Tuttavia, già allo stato attuale esistono taluni atti che possono e debbono essere tenuti in considerazione con specifico riferimento all'area psicologica: in primo luogo, evidentemente, un ruolo fondamentale è ricoperto dalle previsioni contenute all'interno del codice deontologico della professione (fonte di responsabilità disciplinare dell'iscritto; in seconda istanza, invece, risultano interessanti le linee guida formulate dalla Commissione Atti Tipici del CNOP e da quest'ultimo approvate nel 2020, le quali, peraltro, mostra una netta coerenza con le Indicazioni generali in materia di telemedicina.

Per quanto riguarda il profilo deontologico, l'art. 1, c. 3, del codice stabilisce che tutte le regole ivi previste «si applicano anche nei casi in cui le prestazioni, o parti di esse, vengano effettuate a distanza, via Internet o con qualunque altro mezzo elettronico e/o telematico». Tra queste regole, poi, ve ne sono alcune che, riguardando anche la modalità della prestazione, sono direttamente rilevanti ai presenti fini. Si pensi, ad esempio, all'art. 4 del suddetto codice, in base al quale «la psicologa e lo psicologo, nella fase iniziale del

rapporto professionale, forniscono all'individuo, al gruppo, all'istituzione o alla comunità, siano essi utenti o committenti, informazioni adeguate e comprensibili circa le proprie prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza»; oppure, ancora, all'art. 5, c. 3, ove si legge che gli iscritti «riconoscono i limiti della loro competenza e usano, pertanto solo strumenti teorico-pratici per i quali hanno acquisito adeguata competenza e, ove necessario, formale autorizzazione», il che ovviamente si applica perfettamente all'utilizzo della telematica non solo ai fini della classica "sessione" psicologica, bensì, ad esempio, di innovativi metodi di valutazione e diagnosi.

Ancora, sono certamente rilevanti, tra le altre disposizioni, l'art. 15, in base al quale «nel caso di collaborazione con altre figure professionali parimenti tenute al segreto, la psicologa e lo psicologo, previo consenso della persona destinataria della prestazione, possono condividere soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione» (la disposizione rileva in particolare con riferimento a quella modalità di telemedicina, prevista dalle Indicazioni nazionali del 2020, che prende il nome di teleconsulto) e l'art. 17, ove si statuisce che «la riservatezza delle comunicazioni deve essere protetta e garantita anche attraverso la custodia e il controllo di appunti, note, scritti o registrazioni di qualsiasi genere e sotto qualsiasi forma, che riguardino il rapporto professionale» e che «tale documentazione deve essere conservata per almeno i cinque anni successivi alla conclusione del rapporto professionale, fatto salvo quanto previsto da norme specifiche. La psicologa e lo psicologo che collaborano alla costituzione ed all'uso di sistemi di documentazione si adoperano per la realizzazione di garanzie di tutela delle persone interessate».

Infine, sempre nei limiti del presente studio, devono tenersi in considerazione gli artt. 24 e 25 del codice deontologico. Il primo, riguardante il consenso informato, in quanto vi si stabilisce che «il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni al contesto e alle condizioni della persona, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazione o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. [e che] La psicologa e lo psicologo informano la persona interessata in modo comprensibile, completo e aggiornato sulla finalità e sulla modalità del trattamento sanitario, sull'eventuale diagnosi e prognosi, sui benefici e sugli eventuali rischi, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario». Il secondo poiché riguarda, invece, l'uso degli strumenti e la comunicazione dei risultati, stabilendo che «la psicologa e lo psicologo non usano impropriamente gli strumenti di diagnosi e di valutazione di cui dispongono» e che «nella restituzione e comunicazione dei risultati dei loro interventi diagnostici e valutativi, la psicologa e lo psicologo sono tenuti ad adattare e regolare tale comunicazione anche in relazione alla tutela psicologica delle persone a cui essa è destinata e/o si riferisce».

Come si può notare, pertanto, dalle regole contenute nel codice deontologico degli psicologi emergono chiaramente gran parte degli elementi contenuti nelle stesse Indicazioni nazionali, fornendo, così, ai professionisti che dovessero svolgere la propria attività anche nell'ambito del servizio psicologico di assistenza primaria informazioni precise su come procedere all'erogazione della prestazione a distanza; nonché, in un certo senso, un ulteriore livello di tutela dei pazienti, corrispondente ai profili di responsabilità professionale che potrebbero sussistere in caso di violazione delle summenzionate disposizioni.

Ad ogni modo, come si è anticipato, il CNOP, nel 2020, ha inoltre approvato le “Linee guida per le prestazioni psicologiche via internet e a distanza”, formulate dalla Commissione Atti Tipici, le quali, peraltro, sono a loro volta connesse alla dimensione deontologica in ragione dell'art. 22 del medesimo codice, al cui c. 1 si afferma che «la psicologa e lo psicologo adottano condotte non lesive per le persone di cui si occupano professionalmente, e nelle attività sanitarie si attengono alle linee guida e alle buone pratiche clinico-assistenziali».

Dette linee guida, una volta ribadita l'applicazione dei principi etici e delle norme del codice deontologico si applicano anche nei casi in cui le prestazioni vengono effettuate con il supporto di tecnologie di comunicazione a distanza, riflettono su alcune dimensioni fondamentali che, essenzialmente, rispecchiano quanto sino ad ora ripercorso: l'adeguatezza della prestazione, l'autovalutazione delle competenze da parte dell'operatore<sup>24</sup>, gli aspetti legali da rispettare<sup>25</sup>, la riservatezza<sup>26</sup>, il consenso informato e, infine, la gestione delle crisi.

---

<sup>24</sup> In base alle linee guida, infatti, «3) gli psicologi dovranno fornire servizi on line entro i limiti della loro competenza derivata dalla loro formazione, istruzione, esperienza di tirocinio, o altre esperienze professionali, e dovrebbero comprendere i limiti e le applicazioni delle diverse tecnologie. 4) lo sviluppo delle tecnologie di comunicazione a distanza consente interventi di e-health di carattere psicologico. tali contesti applicativi, per la complessità e la specificità che li caratterizza, richiedono al professionista la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso di particolari competenze nel loro uso. 5) gli psicologi dovranno rendere identificabili le loro competenze ai clienti, dichiarando la loro identità (ad esempio, specificando una posizione geografica) e fornendo prove della loro identità, comprese le qualifiche, l'esperienza in materia (tra cui esperienza nella fornitura di servizi on line) e l'appartenenza a qualsiasi registro/albo ed eventuali organi sociali competenti, e guidare il cliente su come/dove possono verificare queste informazioni; i siti web degli psicologi dovrebbero anche trasmettere queste informazioni in modo professionale, grammaticalmente corretto e privo di gergo. 6) gli psicologi dovranno assumersi la responsabilità di valutare continuamente le loro competenze in questo settore. 7) lo psicologo che offre prestazioni via internet comunica al proprio ordine l'indirizzo web presso il quale svolge tale attività, la tipologia di strumentazione software e la tipologia di media utilizzati».

<sup>25</sup> In particolare, «8) gli psicologi dovranno conoscere e rispettare tutte le leggi e i regolamenti, quando la fornitura di servizi on line ai clienti attraversa i confini giurisdizionali e/o internazionali, incluso il determinare se l'intervento psicologico on line è consentito in tale giurisdizione o se si applicano restrizioni. 9) Per la custodia dei dati e delle informazioni si applicano le norme previste dalla normativa vigente. 10) gli psicologi dovranno esplicitare all'utenza che la propria abilitazione consente la prestazione di servizi on line».

<sup>26</sup> In quanto «11) gli psicologi devono (aggiornandosi costantemente) prendere tutte le precauzioni (ad esempio, le misure di sicurezza informatica) per proteggere e mantenere la riservatezza dei dati e delle informazioni relative ai propri clienti, oltre a doverli informare riguardo le precauzioni prese, anche riguardo il potenziale aumento dei

Particolarmente interessanti sono le dimensioni dell'adeguatezza della prestazione, cui soggiace una valutazione di "eleggibilità" del paziente – posto che, in base alle linee guida in parola, «è responsabilità di ogni psicologo, prima di iniziare un intervento on line, valutare l'adeguatezza di tale strumento in base alle caratteristiche dell'intervento e dei soggetti coinvolti» – e dell'adesione informata del paziente, in cui si specifica che il consenso informato per i servizi di *e-mental health* deve chiarire diversi aspetti fondamentali, tra cui: la tutela della privacy del paziente, la durata e la struttura delle sessioni online, i potenziali rischi legati all'utilizzo delle tecnologie, le modalità di comunicazione e le eventuali limitazioni, la gestione dei dati personali, le procedure di emergenza, le modalità di pagamento e le condizioni di recesso. Infine, è d'interesse anche la previsione riguardante la "gestione delle crisi", peraltro non riscontrabile nell'ambito delle Indicazioni nazionali sulla telemedicina, in cui si afferma che «gli psicologi dovrebbero fornire riferimenti a strutture cliniche nella posizione geografica del cliente in caso di emergenza, prima di iniziare l'intervento on line».

## 5. Telepsicologia e Fascicolo Sanitario Elettronico (cenni)

Vi è poi un'ulteriore questione che deve essere trattata, per quanto brevemente, con riferimento all'utilizzo delle nuove tecnologie al fine di erogare prestazioni psicologiche a distanza, rientranti nella nozione di telemedicina, nell'ambito del servizio di assistenza primaria: ossia il rapporto con il Fascicolo Sanitario Elettronico, strumento introdotto per la prima volta su scala nazionale dall'art. 12, c. 1, del D.L. n. 179/2012<sup>27</sup>.

Infatti, i due pilastri fondamentali della menzionata Missione 6 del PNRR sono, appunto, la telemedicina e il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico, al quale sono affidate, oggi, le funzioni di punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; di base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente; e di strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari<sup>28</sup>. Inoltre, secondo quanto

---

rischi sulla riservatezza, inerente le differenti tecnologie utilizzate (per esempio, email vs videoconferenze) nonché i limiti che ciascuna modalità offre alla riservatezza. 12) lo psicologo che si serve di tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza è tenuto a utilizzare sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati».

<sup>27</sup> D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla Legge 17 dicembre 2012, n. 221.

<sup>28</sup> Inoltre, come si può leggere a p. 234 del PNRR, «il progetto prevede: (i) la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire; (ii) l'integrazione dei documenti da parte delle Regioni all'interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma FSE, il supporto in termini di capitale umano e competenze per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l'adozione del FSE».



stabilito dal PNRR, al fine di ottenere i finanziamenti, tuttavia, i progetti in materia di telemedicina dovranno innanzitutto potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico.

In particolare, il Fascicolo Sanitario Elettronico, ai sensi della normativa vigente, è concepito come un archivio digitale destinato a raccogliere, in modo continuativo e completo, l'intera storia clinica di un individuo. Tale raccolta è garantita dal contributo di tutti i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e dei servizi regionali, al fine di assicurare la tracciabilità completa del percorso assistenziale del paziente.

Tra questi soggetti, posto che si tratta di operatori sanitari incardinati nel SSN, al pari dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), dovrebbero figurare anche gli psicologi di assistenza primaria, i quali, per la parte di loro competenza, dovrebbero essere chiamati a svolgere le attività demandate alle suddette categorie professionali o, quantomeno, ad integrarne l'azione.

Ad esempio, si può fare riferimento alla redazione del Profilo Sanitario Sintetico, ossia, ai sensi della normativa vigente, un atto amministrativo digitale redatto e aggiornato dal MMG o dal PLS, avente lo scopo di fornire una sintesi concisa e aggiornata della storia clinica di un paziente, in cui dovrebbero rientrare anche le prestazioni sanitarie a distanza, erogate dagli psicologi che svolgano l'attività nell'ambito del SSN.

Con riferimento alle prestazioni di telepsicologia – al di là delle ovvie questioni inerenti all'opportunità di far sì che gli strumenti utilizzati per erogare le prestazioni a distanza, quando necessario, siano interoperabili con il FSE – il tema è inoltre legato al problema della conservazione degli eventuali materiali, test, prove somministrate dallo psicologo al paziente. La questione è già stata affrontata con parere, ad esempio, dall'Ordine degli psicologi della Lombardia.

In questo caso, opportunamente, l'Ordine ha ricordato come «i test psicologici o le valutazioni neuropsicologiche sono classificati giuridicamente “documentazione sanitaria amministrativa”, vale a dire atti che [bisogna] custodire e conservare [...] perché costituiscono parte integrante del referto ovvero degli strumenti d'indagine ad esso sottesi. Non vi è dubbio che tali documenti possano essere dematerializzati e possano essere trasferiti nelle cartelle cliniche elettroniche» (oggi, anche nel FSE).

Ciò significa, ovviamente, che laddove queste attività vengano svolte, nell'ambito del settore pubblico, tramite strumenti informatici e a distanza, posto il rispetto di tutte le regole e le condizioni di cui *supra*, tali strumenti dovranno essere tali da permettere la conservazione – questa volta senza che sia necessario dematerializzarli, posto che si tratterebbe di documenti nativamente digitali – dei materiali rilevanti a provare l'adeguatezza e la correttezza della prestazione svolta, nonché il loro confluire all'interno del FSE.

## 6. Considerazioni a carattere conclusivo

In sede di conclusioni pare utile rimarcare gli aspetti più rilevanti dell'argomento in discussione, ossia quelli che giocano un ruolo essenziale rispetto all'effettività del servizio di assistenza psicologica primaria. Come si è avuto modo di dire, infatti, l'introduzione a livello nazionale di detto servizio pubblico, ad ulteriore integrazione del pacchetto complessivo di prestazioni sanitarie messe a disposizione dal SSN, pone o potrebbe porre – per ragioni sia inerenti alla configurazione del medesimo (ai numeri previsti e alle risorse messe in campo), sia concernenti la fisionomia sociale e territoriale italiane – un importante problema di accessibilità, che, ragionevolmente, viene e verrà affrontato anche attraverso lo sfruttamento degli ormai ben più che rodati mezzi di comunicazione disponibili. La telepsicologia, pertanto, avrà certamente un ruolo essenziale nel garantire l'equità del servizio di assistenza psicologica primaria.

Tuttavia, come sempre accade in ragione di quella “riflessività” che gli studiosi hanno individuato come caratteristica strutturale della contemporaneità e che si manifesta nell'emersione di nuovi livelli di complessità e di rischio ogni qual volta la tecnica venga utilizzata per la risoluzione di determinati problemi, anche in questo caso è importante che lo sfruttamento delle tecnologie ICT a fini di capillarizzazione del servizio avvenga nell'alveo di regole ben precise che rendano lo strumento sicuro e rispettoso dei diritti della persona.

Tali regole – al di là di quanto previsto, come ovvio, sul piano della normativa sulla protezione dei dati personali – sono contenute a diversi livelli e, in particolare, all'interno di documenti di indirizzo facilmente integrabili dal regolatore all'evolversi del contesto reale.

In primo luogo, da un punto di vista generale, debbono prendersi in considerazione – posto che, ai sensi della l. n. 3/2018, la professione di psicologo è una professione sanitaria – le linee di indirizzo (2014) e le Indicazioni nazionali (2020 e 2022, in attuazione del PNRR) in tema di telemedicina.

In secondo luogo, per quanto concerne l'ambito prettamente psicologico, un ruolo di primaria importanza è ricoperto dalle disposizioni del codice deontologico di riferimento, a partire dalle quali sono facilmente derivabili tutte le regole basilari affinché la prestazione a distanza sia proficua e rispettosa dei diritti individuali. Ancora, anche in ragione di espressa norma deontologica, gli psicologi sono tenuti al rispetto delle Linee guida per le prestazioni psicologiche via internet e a distanza approvate dal CNOP, che adattano, nel limite del necessario, le previsioni più generali che già si sono viste.

Dall'insieme di tutti questi documenti e delle disposizioni ivi contenute emerge un elemento – molto importante nella logica di fondo del presente scritto, volta a evidenziare la duplicità (opportunità/rischio) insita nell'utilizzo delle nuove tecnologie per l'erogazione di un servizio pubblico come quello in parola – che spicca sugli altri per rilevanza: ossia la centralità del professionista nella valutazione di eleggibilità

del paziente rispetto alla modalità remota, con inevitabili ripercussioni anche sotto il profilo della responsabilità.

In altri termini, la decisione di procedere con la visita a distanza non deve basarsi sulla comodità dell'operatore sanitario o, tantomeno, su una più ampia esigenza di efficientamento ed economicità del sistema, eventualmente perseguita dalle figure che si trovino a coordinarlo e nemmeno sulle sole necessità di comodo del paziente, bensì sull'adeguatezza (tenuto conto degli strumenti a disposizione, delle conoscenze e delle capacità tecniche del paziente, della specifica prestazione da eseguire e dalla sua compatibilità con la modalità telematica, della situazione personale e familiare del destinatario) di detta modalità rispetto all'erogazione della prestazione, di modo che la visita così effettuata possa effettivamente sostituirsi a quella tradizionale, senza degradarne la qualità complessiva. Quando ciò non sia possibile, spetterà all'operatore stabilire se la modalità a distanza possa comunque essere utilizzata a parziale integrazione di quella tradizionale o se, invece, si debba procedere necessariamente in presenza. Complementarmente, come ovvio, alla centralità della valutazione di eleggibilità del paziente corrisponde anche quella dell'adesione informata del medesimo, sede in cui, peraltro, lo stesso operatore deve, al contempo, informare e raccogliere informazioni ai fini della prima valutazione, sempre in quell'ottica di transizione verso un consenso informato inteso come dialogo e collaborazione con il paziente<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Sul punto, si richiama N. Posteraro, *Il "problema" del consenso informato: dai diritti del malato alla spersonalizzazione del rapporto medico-paziente*, in *Medicina e Morale*, 2017, 3, 375 ss.