

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

Master Universitario di I Livello

**Assistenza Infermieristica in Cure Primarie e Sanità
Pubblica – Specialista in Infermieristica di Famiglia e
Comunità**

Project Work

Salute di comunità ed educazione alla digitalizzazione

Sede di svolgimento tirocinio

Microarea Pescaraola

Presentato da:

Dott.ssa Altana Luna

Tutor Aziendale:

Dott.ssa Visani Vanessa

Anno Accademico 2021/2022

Introduzione

A Trieste, in Friuli Venezia Giulia, già dal 1998 si iniziava a parlare di salute di comunità e si cominciava a pensare ad un progetto che stabilisse una stretta connessione fra stato di salute e condizioni abitative: il progetto Habitat, precursore delle Microaree. In questo modo si andava a creare una collaborazione, in alcune aree della città selezionate nella periferia della città, tra il Comune, l'Azienda Sanitaria e l'Ater di Trieste, il corrispettivo friulano del nostro Acer, ovvero l'azienda territoriale per l'edilizia residenziale (1). L'obiettivo del progetto Habitat era quello di accorciare la distanza fra i servizi e le fasce di popolazione più svantaggiate direttamente nel loro contesto di vita, coinvolgendo i responsabili delle politiche abitative e assistenziali ma anche cooperative sociali locali, associazioni di volontariato e parrocchie. Si voleva fare questo attraverso una conoscenza approfondita, una mappatura, dei territori, dei loro problemi specifici e delle loro risorse per raggiungere un'innovazione socio-sanitaria dal basso (1;2). Questo approccio cominciava a rendere più comune l'idea che ogni cittadino abbia diritto di vivere in una casa e in un quartiere decorosi, ben servito dai mezzi pubblici e con spazi di socializzazione e svago. Infatti le condizioni economiche e abitative, le reti familiari e di supporto, che fanno parte dei determinanti di salute, risultano di maggior impatto nello sviluppo di una malattia cronica rispetto ai fattori biologici (1). Successivamente, intorno al 2005, fu istituito il Programma Microaree, Salute e Sviluppo di Comunità, avviato nel febbraio 2006 con un protocollo d'intesa fra Ater, Azienda socio sanitaria triestina e il Comune: bisognava intervenire in maniera integrata su una zona circoscritta promuovendo insieme la prevenzione del disagio sociale e la tutela della salute, oltre al diritto abitativo (2). Furono così individuate nei quattro Distretti una o due aree ben delimitate, microaree appunto, ciascuna di circa mille – duemilacinquecento abitanti, dove iniziare a fare rete fra i servizi e la popolazione. Gli obiettivi erano di promuovere gli interventi al domicilio delle persone, anche per favorire una capillare conoscenza degli abitanti, delle loro condizioni abitative, del territorio e dei loro problemi di salute; Stimolare situazioni di auto-aiuto e mutuo-aiuto fra gli abitanti, favorendo anche l'economia circolare ed elevare così il benessere della popolazione a costo zero, coinvolgendo anche associazioni di volontariato dove possibile. Promuovere equità nell'accesso ai servizi dei singoli individui e delle famiglie coordinando gli stessi nella loro presa in carico globale e olistica (3). Individuate le dieci zone, per ognuna di esse viene nominato un referente di microarea e una sede all'interno delle aree. I referenti vengono scelti in base a specifiche caratteristiche che

contemplano una buona conoscenza del sistema sanitario, capacità di ascolto e di realizzazione, saper lavorare in equipe e a contatto con le persone, oltre che una forte motivazione personale; Egli deve infatti raccogliere informazioni sulla popolazione della microarea e sulle sue condizioni socio sanitarie facendo la conoscenza diretta del maggior numero di persone anche attraverso l'organizzazione di attività comunitarie. Deve inoltre mettere in rete tutti i servizi fra loro, ad esempio il Distretto con la microarea stessa e il Dipartimento, e con i cittadini, guidandoli alla loro fruizione con la finalità di facilitare l'esercizio dei propri diritti. La scelta di porre una sede all'interno delle microaree segue la logica della prossimità: devono infatti essere luoghi della comunità, di facile accesso, da usare come punti di ritrovo, per promuovere tutte le attività organizzate. Ogni sede rispecchia le caratteristiche del luogo in cui si trova e questo serve ad aumentare la fiducia degli abitanti, facilita le buone relazioni fra loro e fra gli operatori che vi si trovano dentro, promuove dunque il senso di comunità (3). La sperimentazione triestina delle microaree ha permesso così di studiare e di creare un modello di presa in carico di un territorio intero, aumentando la qualità di vita e diminuendo il numero dei ricoveri. A questo modello si ispira l'esperienza Bolognese delle due microaree: Piazza dei Colori e Pescarola.

Capitolo 1

Microaree a Bologna: Piazza dei Colori e Pescarola

Nell'assistenza territoriale i problemi di natura sanitaria spesso si intrecciano con problematiche di altra natura, come ad esempio difficoltà economiche o condizioni abitative precarie. Sono direttamente correlati gli uni con gli altri, ed è per questo che la peculiarità delle microaree è quella di essere un punto di raccolta di bisogni, qualsiasi essi siano. Anche il solo bisogno di socializzare, in contrasto alla solitudine, diventa rilevante in termini di prevenzione. E' un modello che si basa sui determinanti di salute e che mette in evidenza come per fare promozione di salute sia necessario un lavoro in equipe multidisciplinare di prossimità, ricercando in maniera proattiva i bisogni della popolazione. Oltre alla prossimità, altro criterio seguito dal progetto microaree è la pluralità, poiché negli interventi dell'equipe devono essere coinvolti gli altri servizi territoriali, come medico di medicina generale, servizi sociali e la rete comunitaria, le famiglie e i singoli individui. La conoscenza capillare del territorio infatti è fondamentale per creare reti, sia formali che informali, atte alla risoluzione di problemi e alla creazione di una mentalità per cui tutti sono una risorsa per gli altri. Altro principio è quello della globalità: l'equipe dei promotori di salute della microarea si prefigge di intervenire non soltanto a livello sanitario, ma in maniera olistica sulle persone, favorendo l'empowerment dei singoli e delle famiglie (4). Gli obiettivi generali di un'impostazione come quella delle microaree sono infatti di aumentare la qualità della vita delle persone con un elevato grado di fragilità attraverso il coordinamento dei servizi a cui l'individuo e/o la famiglia afferiscono, promuovere attività di auto aiuto e di mutuo aiuto fra gli abitanti dell'area, attraverso il principio dell'economia circolare. L'equipe dei promotori di salute, composta da un infermiere di famiglia e comunità con il monte ore più alto, assistenti sociali, mediatori culturali e sociali, operatori Acer e volontari del servizio civile devono promuovere la domiciliarità degli interventi e devono porsi come elementi di congiunzione fra i bisogni espressi o rilevati della popolazione e i servizi (4). La microarea si pone come uno spazio di facilitazione per la popolazione, affinché questa possa essere coinvolta per quanto riguarda le questioni che riguardano la propria salute. La promozione della salute infatti prevede la partecipazione attiva della comunità nella definizione delle strategie da attuare per migliorare

il livello di salute (4). Nel contesto Bolognese al momento sono attive due sperimentazioni di microaree, una va avanti dal 2019 e si trova in Piazza dei Colori, nel quartiere San Donato San Vitale. L'altra si trova nel quartiere Navile, nell'area di Pescaraola e comprende i caseggiati Acer di via Agucchi. Per la particolare conformazione urbana, le case popolari di via Agucchi nascono già come isolate e quasi ghettizzate: per arrivarci infatti bisogna percorrere una discesa abbastanza ripida che porta ad un complesso di case con una piazzetta centrale, distaccato dal resto della città. In questa area troviamo varie situazioni di difficoltà economica, debiti, fragilità e tossicodipendenza. Nel 2015 sono stati raccolti alcuni dati demografici che riportano un calo della popolazione giovane nell'area di Pescaraola e un aumento degli anziani. Durante i miei primi giorni alla microarea Pescaraola, gli assistenti sociali hanno inviato un documento dove venivano riportati i nominativi delle persone seguite dal servizio sociale: la maggioranza delle prese in carico riguardano nuclei familiari con minori, che nonostante siano pochi sono quasi tutti seguiti dal servizio. Poche sono invece le persone adulte o anziane prese in carico. La sede della microarea Pescaraola si trova all'interno dei locali dell'associazione di volontariato "Libertà era restare" e si affaccia direttamente sulla piazzetta, di fianco ai locali dove si svolge la distribuzione della spesa il venerdì pomeriggio. E' stata inaugurata in maggio 2022.

E' una posizione di passaggio, capita spesso infatti che gli abitanti si fermino dall'infermiera per fare una pausa mentre vanno a fare altre commissioni. Praticamente di fronte alla sede, si trova un ambulatorio di medici di medicina generale, due ragazzi giovani che si sono mostrati da subito disponibili alla collaborazione. F. è il presidente dell'associazione e da anni promuove varie attività nel quartiere: cinema la sera, castagnata di San Martino (che si pensava di riproporre insieme quest'anno) e ha messo in piedi un orto in uno spazio vicino alla microarea. L'equipe della Pescaraola è composta dall'infermiera, Vanessa, che è presente tutti i giorni fino a pomeriggio inoltrato, due assistenti sociali, due mediatrici e due operatori Acer. Il mercoledì mattina dalle dieci e trenta si tiene il caffè di comunità sotto al portico, molto partecipato e momento di socializzazione fra gli abitanti. Di solito viene messo a disposizione caffè e the, a volte qualcuno porta una torta in occasione del proprio compleanno. Ad esempio A. ha fatto una torta di mele per tutti per festeggiare il suo compleanno, ed è stata molto apprezzata da tutti.

Il venerdì mattina invece c'è la passeggiata di comunità nel parco, anche questa abbastanza partecipata ed occasione di socializzazione. Il giovedì e il martedì mattina un'associazione organizza delle attività di stimolazione cognitiva all'interno della casa di quartiere.

Una mattina abbiamo accompagnato due signori, S. e G., attraverso il parco fino alla casa di quartiere per partecipare a questa attività, e ho potuto notare una vasta partecipazione.

Capitolo 3

Esperienza e persone della microarea

W. e B.

La prima persona che ho incontrato la mattina che ho iniziato il tirocinio a Pescarola è stato W., che ci aspettava fumando fuori dalla sede, sulla carrozzina elettrica. Ci ferma per raccontare all'infermiera, Vanessa, che ha cambiato la terapia del dolore: è passato dal Palexia all'Oxicontin, ma sta notte non è stato tanto bene e non ha dormito molto. Neanche sua moglie, B., ha riposato molto, anche lei soffre di dolore cronico, causato dalla neurofibromatosi, la carrozzina elettrica infatti sarebbe la sua, e la usa soprattutto quando non riesce a muoversi. I due abitano in una casa Acer in via Zanardi, poco distante dalla sede della microarea e vivono con cinque cani e una gatta. La presenza di animali domestici in questa zona è una costante: tutti ne hanno almeno uno e non sono disposti a rinunciarvi, anzi, spesso ne adottano altri pur trovandosi in condizioni economiche precarie, come se pensassero ad una pet therapy casalinga. Qualche settimana più tardi, durante un caffè di comunità fuori dalla sede, W. mi racconta del suo passato come infermiere al Rizzoli quando era giovane: licenziato dopo la morte di una bambina per complicanze dovute all'intervento. Non è riuscito a tollerare l'accaduto e ha preferito smettere di lavorare. Vengo anche a sapere che nel '73 W. ha avuto un incidente d'auto, un frontale con un camion, per cui è stato ricoverato molto tempo e ha subito moltissimi interventi. Stava tornando da un concerto, al quale partecipava come chitarrista e alla guida c'era suo cugino, che fortunatamente non ha riportato danni. Durante il ricovero ha avuto anche un ictus, per cui ha perso l'uso del braccio sinistro. Ha un figlio e una nipote, la ex moglie lo ha lasciato mentre era ricoverato dopo l'incidente. Conosco meglio sua moglie, B., un pomeriggio in cui viene in sede per attivare il fascicolo sanitario elettronico: ha fatto il primo passaggio in farmacia ed ora le serve una mano per fare

il primo accesso. Lo facciamo insieme dal computer della microarea e nel frattempo mi spiega che deve fare alcuni controlli prescritti dalla specialista che la segue per via di un dolore al braccio che ha da mesi: tre risonanze magnetiche e un eco addome. Io e l'infermiera le consigliamo di chiedere l'urgenza breve alla sua dottoressa, altrimenti potrebbe non trovare posto. Lei è molto più riservata rispetto a W, suo marito, non parla molto di sé. Rimaniamo d'accordo che ci rivedremo per attivare il fascicolo sanitario anche a suo marito: gli servono infatti tutti i suoi vecchi referti per chiedere l'aggravamento dell'invalidità civile. In quei giorni W. si è fatto vedere poco, cosa insolita perché durante i primi giorni di tirocinio passava anche due o tre volte al giorno per chiacchierare. B. ci dice che non sta per niente bene, sta avendo delle giornate no e ha sbalzi d'umore: ci spiega che succede molto spesso, alza le mani e fa una faccia come per dire “ quando è così, va lasciato stare”. B. torna la settimana successiva con il tablet e, dal momento che dentro la sede prende poco internet, ci mettiamo su una panchina lì fuori. Il tablet però non è configurato per collegarsi ad una rete che non sia il wifi di casa, per cui in accordo con Vanessa, il giorno dopo, un venerdì, vado al domicilio per fare l'attivazione. B. mi passa a prendere per mostrarmi dove abitano dopo che ha preso le buste dalla distribuzione della spesa del venerdì, andiamo verso casa e la aiuto a portare dentro le buste. Il venerdì pomeriggio intorno alle 16:00, nei locali di fianco alla microarea, un'associazione distribuisce buste della spesa con cibo donato dai supermercati. Per accedere a questo servizio è necessario essere segnalati dal proprio assistente sociale.

La casa è molto piccola, come tutte le case Acer, ed è al piano terra. Mi accolgono cinque cani saltellanti e scodinzolanti e W con la sigaretta accesa: la casa è ben tenuta e pulita ma regna un po' di confusione fra gli animali, la televisione a tutto volume e i due coniugi che comunicano urlando. Mentre faccio l'attivazione del fascicolo a W, mi racconta di quando da giovane suonava la chitarra e faceva concerti in giro per l'Italia. Parliamo di chitarre, essendo che anche mio padre suona, e di come io purtroppo non sia in grado di far produrre note musicali a nessuno strumento, non riesco a seguire lo spartito, faccio fatica. Lui allora mi racconta che darà lezioni a sua nipote, la figlia del figlio, perché ci tiene molto che sappia suonare, e le regalerà una chitarra. Dopo l'ictus suonare è la cosa gli manca di più, riusciva a suonare la pianola, ma la chitarra continua a suonarla nella testa. Rimango in casa loro un'oretta e mezza, B. sembra essersi tranquillizzata nei miei confronti, forse anche perché sembro piacere a tutti gli animali della casa. Qualche settimana più tardi W. Mi dice che ha fatto richiesta per l'aggravamento dell'invalidità civile dopo aver scaricato tutti i referti e B.

che ha avuto il risultato della sua risonanza magnetica: ha il tendine della spalla rotto, forse dovrà essere operata.

M.

Conosco M. i primi di Settembre, viene in sede per parlare con l'infermiera di sua sorella C., disabile da molti anni che accudisce lei in casa. C. ha avuto un ictus molti anni fa e al momento le sue condizioni di salute stanno progressivamente peggiorando, rendendo sempre più difficoltosa l'assistenza da parte di M., che in generale è molto affaticata dalla situazione. Viene già portata al centro diurno, ma non sembra essere più sufficiente: Vanessa e la sua assistente sociale stanno cercando di avviare e sistemare le pratiche per farla entrare in struttura. L'ultimo punteggio Bina di C. risale al 2009, è vecchio e non rispecchia più la condizione della signora, va assolutamente rinnovato per permettere alla sua posizione nella lista unica comunale di salire e per questo serve tornare a controllo dalla geriatra.

M. ha anche avuto un altro fratello di cui si è presa cura, ora deceduto. Al momento lei a volte fa fatica a ricordarsi le cose: anche lei deve fare una visita geriatrica, c'è un sospetto di iniziale demenza. Parlando la signora M. ci racconta di un episodio avvenuto di recente ad un'altra signora, sua amica, che abita sempre negli appartamenti Acer di via Agucchi, vicino a lei. D. si è addormentata dopo aver messo una pentola d'olio sul fuoco e ha quasi incendiato l'appartamento, sembra avesse preso il Tavor della sera senza ricordarsi della pentola. Il figlio della signora l'ha dovuta tirare fuori di casa, lei non si era accorta di nulla. M. ci spiega che D. al momento non è seguita da nessuno, che ha avuto problemi col marito in passato, dai quali non si è più ripresa e che va al CSM solo per rifornirsi di farmaci. Ci racconta che anni fa è stata ricoverata per qualche mese poiché aveva tentato il suicidio: è andata in una casa vuota isolata, ha preso una certa quantità di compresse e si è messa un sacchetto in testa. E' stato sempre il figlio a trovarla. Vanesse chiede a M. se può iniziare a parlare con D. della microarea e del servizio, di sondare un po' il terreno per lei. All'inizio di ottobre, quindi un mese più tardi, Vanessa riesce ad andare al domicilio di D., la signora racconta tutto con molta onestà e in effetti manifesta la volontà di migliorare. Io ho conosciuto D. l'ultimo giorno di tirocinio, durante il caffè di comunità del mercoledì, il primo al quale D. ha partecipato dopo la visita domiciliare con Vanessa. Non chiede nulla, non prende né caffè né the, prende solo dell'acqua, ma interagisce attivamente con le altre persone presenti.

M. sembra abbastanza attiva nella comunità, aiuta altre signore della zona e viene alla maggior parte delle attività organizzate: la vedo al caffè, viene con noi alla passeggiata del venerdì. Durante una di queste mi racconta della nipotina, figlia della figlia, che sembra avere un'intolleranza al lattosio e deve fare degli accertamenti per eventuali allergie. E' molto legata alla bambina e le piacerebbe passare più tempo con lei, sembra che il padre a volte non sia molto d'accordo.

Mentre camminiamo capisco che c'è un po' di confusione con i nomi dei test che dovrebbe fare la nipote, così le spiego la differenza fra Rast test, prick e patch test, avendo io lavorato in libera professione in un poliambulatorio dove eseguivo spesso questi test. Tornati in sede mi chiede di scriverle tutto: "sai com'è, la memoria".

Quel giorno alla passeggiata c'era anche la mediatrice culturale e A., un altro signore che però abita nelle case private di via Zanardi, Vanessa e la ragazza del servizio civile. Dovrebbe esserci una foto di quella mattina.

A.B.

Un pomeriggio si presenta un signore originario del Marocco chiedendo aiuto per la stesura di un curriculum vitae per la ricerca di un lavoro. E' un utente nuovo, abita in una casa Acer con la moglie, i tre figli e la moglie di uno dei figli. Solo uno dei figli al momento lavora come facchino, lui ha sempre lavorato nel campo edile facendo la spola fra l'Italia e il Marocco.

E' asmatico, dice che da quando è rimasto senza lavoro ha perso molti chili. Prendiamo un appuntamento per A. con la mediatrice culturale il venerdì della settimana stessa per redigere il curriculum sia in italiano che in francese, infatti vorrebbe cercare lavoro anche in Francia, dove ha già lavorato in passato. Nella stessa giornata in cui è presente la mediatrice, A. chiede aiuto anche per alcune bollette. Non riusciamo a capire bene quale sia il problema, così verso metà settembre riesce ad avere un colloquio con un operatrice Acer presente in sede per capire meglio la situazione. Dopo varie telefonate, emerge che A. ha un debito di affitto nei confronti di Acer e dovrà tenersi in contatto con l'operatrice per sistemare la cosa.

K. e B.

K. è una signora che ha conosciuto la microarea e vi si è rivolta tramite un'altra signora, V., la quale l'ha indirizzata qui poiché voleva fare richiesta per avere un assistente sociale. Dopo averla indirizzata allo sportello sociale per la richiesta, Vanessa è riuscita ad organizzare una visita domiciliare: K. ha parlato molto del marito, B., il quale ha varie problematiche, fra cui depressione e diabete. Ci rechiamo da loro un pomeriggio, dopo aver incontrato in mattinata K. in piazza di ritorno da alcune commissioni: ci siamo fermate a parlare delle elezioni e ci siamo accordate per l'orario. La coppia vive in un appartamento Acer al piano terra, entrando si notano le pareti dipinte dal marito, che ha sempre lavorato in campo edile e ha decorato lui così la casa. Ricevono il reddito di cittadinanza. Una volta seduti al tavolo, B. inizia subito a spiegarci le sue patologie: sinusite cronica che vive come molto invalidante per via dei presidi che deve pagare (come ad esempio lo schizzettone per i lavaggi nasali e la fisiologica), il diabete e la depressione. Prende molti farmaci, tra cui il Tavor: ne prende parecchie compresse al giorno e riferisce di non riuscire a fare senza, è l'unico farmaco che lo aiuta quando sopraggiungono brutti pensieri ed ansia. Ha provato ad andare al CSM ma non si è trovato bene con gli operatori e non vuole cambiare farmaci, ne ha provati alcuni che però non funzionano o gli hanno dato troppo effetti collaterali. Il fatto è che gli manca lavorare, dice, gli manca uno scopo nella vita: ha sempre lavorato come muratore, marmista, carpentiere ma ad un certo punto ha perso il lavoro e non ne ha più trovato uno. Al momento si dedica ad un orto non lontano da qui. Vanessa propone di organizzare un'altra visita al CSM per vedere cosa si può fare con i farmaci per la depressione, lui sarebbe disposto a tornarci. Proponiamo a B. anche di iniziare a raccogliere i documenti per avviare le pratiche per richiedere l'invalidità civile, e lui accetta. Iniziando a parlare e a guardare tutti i documenti di K, invece, scopriamo che ha un meningioma benigno dell'olfattivo, è seguita per i follow up al Bellaria. B. dice che sua moglie ha dei problemi di memoria e a volte di equilibrio, noto che il marito parla spesso al posto della moglie. Dovendo fare molte risonanze magnetiche per il meningioma e altrettante visite neurologiche, se ci fosse qualche problema organico sarebbe già stato evidenziato, ma per B. lei ha sicuramente qualcosa. Prima di andare via ci portano all'attenzione un problema con la caldaia: ha più di vent'anni e per questo le bollette sono altissime. Sarebbe quindi da sistemare a norma di legge. Dopo aver fatto segnalazione all'Acer, alla coppia viene risposto che finché la caldaia funziona dovranno tenerla, potranno richiederne una nuova solo in caso di guasto. Qualche settimana dopo la nostra visita

domiciliare, veniamo a sapere che anche K. Ha ricevuto diagnosi di Diabete Mellito. A fine ottobre ha iniziato la terapia e ha iniziato ad eseguire i vari accertamenti come la visita cardiologica. Sta iniziando a modificare lo stile di vita, mangia meno e va spesso a camminare: la vedo uno degli ultimi giorni di tirocinio, porta a Vanessa il referto della visita cardiologica, e la trovo dimagrita. In questi giorni è anche riuscita ad avere un assistente sociale assegnato, dopo circa quattro accessi allo sportello e vari solleciti telefonici.

AAA Come posso aiutarti?

A fine ottobre abbiamo creato il raccoglitore “AAA Come ti posso aiutare?”, su idea di Vanessa: le persone possono scrivere sull’apposito foglio cosa sanno fare e cosa sono disponibili a fare per gli altri. L’idea era creare così una rubrica di persone da poter contattare in base a ciò di cui si ha bisogno. Ad esempio: alla signora M. serve aiuto con un rubinetto rotto? Può rivolgersi a Vanesse per cercare se c’è qualcuno in grado di aiutarla fra gli altri abitanti del quartiere.

La signora S., nuova utente conosciuta il giorno prima, si iscrive subito, dando disponibilità per cucinare, pulire, portare fuori i cani e fare massaggi shatsu.

W. invece, nonostante spesso si sia impegnato per aiutare altri vicini di casa per imbiancare o sistemare librerie o altri lavoretti di casa, rifiuta, perché preferisce decidere lui chi aiutare.

L’obiettivo di questa iniziativa è individuare le risorse della comunità e svilupparle mettendo in relazione fra loro le persone che abitano qui, favorendo il mutuo aiuto. L’infermiera della microarea si pone così come facilitatrice delle relazioni di aiuto e dello scambio di competenze fra le persone, mettendo le persone in contatto in base a quello di cui hanno bisogno e a quello che altri offrono.

G.

Mentre parliamo della sua nuova diagnosi di diabete, K. segnala a Vanessa una famiglia con abita vicino a lei: hanno un bambino autistico e hanno problemi con muffa e umidità in casa.

Dopo essere stati messi in contatto tramite K., un pomeriggio di fine ottobre andiamo a fare una visita domiciliare in casa di G. dove conosciamo anche il figlio M.

Appena entrati il bambino sembra abbastanza contento di vederci e ci abbraccia tutti, portandoci i suoi giochi e parlando molto con noi. La casa è un piccolo appartamento Acer con una parete completamente coperta di muffa nera, l'intonaco del soffitto e del battiscopa completamente scrostati dall'umidità. G. infatti di racconta che tutti e tre si ammalano spesso di bronchite o comunque hanno problemi respiratori. In più il bambino non ha una stanza per sé, dorme con loro nell'unica camera da letto. M. è eguito dalla neuropsichiatria infantile per l'autismo e frequenta le scuole elementari, dove ha un'insegnante di sostegno ed un educatore.

Dopo aver fatto le foto allo stato dei muri, Vanessa segnalerà il caso all'assistente sociale e gli operatori Acer, consiglia intanto a G. di farsi fare un certificato medico per sottolineare la condizione del piccolo M. .

Bibliografia

1. La città che cura, Microaree e periferie della salute – Giovanni Gallio e Maria Grazia Cogliati Dezza – 2018
2. l'innovazione per l'apprendimento istituzionale. Il programma microaree della Regione Friuli Venezia Giulia – Ota de Leonardi, Lorenzo De Vidovich - [Urb@nit](#) Background papers, Rapporto sulle città 2017, Ottobre 2017
3. Il “Progetto microaree” nei distretti di Trieste. Azioni innovative per una salute globale in una rivisitazione operativa delle cure primarie – Maria Grazia Cogliati Dezza, Paolo Da Col, Monica Ghiretti, Michela Degrassi, Marco Spanò, Emanuela Frangiacomo, Angela Pianca, Ofelia Altomare, Flavio Paoletti, Barbara Ianderca, Claudia Rusgnach, Franco Rotelli – Sistema Salute, 56,3, 2012 pp 374 – 387.

Approfondimento:

Sostegno all'utilizzazione dei mezzi informatici

Introduzione

La Missione 1 del PNRR riguarda la digitalizzazione, l'innovazione, la competitività, la cultura e il turismo e considera l'informatizzazione una necessità trasversale alle altre missioni per la ripresa del paese dopo la pandemia. La connettività per i cittadini, le imprese e le pubbliche amministrazioni viene considerata obiettivo centrale della missione, in un'ottica in cui le pubbliche amministrazioni diventino alleate dei cittadini, offrendo servizi facilmente accessibili anche da casa e semplificando le procedure burocratiche. Il PNRR però non si pone solo l'obiettivo di implementare la digitalizzazione dei servizi ma si pone anche il problema di supportare l'acquisizione delle competenze informatiche di base e l'approfondimento delle stesse. Infatti la Missione 4, dedicata all'istruzione e alla ricerca, prevede un sostegno ai processi di innovazione e trasferimento tecnologico (1). In questo modo l'informatizzazione diviene substrato per lo sviluppo di tutte le missioni, rendendosi imprescindibile per il raggiungimento di tutti gli altri obiettivi in quanto necessaria per uno sviluppo economico al passo coi tempi. Ma in un paese come l'Italia, dove l'età media della popolazione al 1 Gennaio 2022 è di 46,2 anni, si può andare verso una digitalizzazione massiccia dei servizi senza correre il pericolo di escludere dal progresso tecnologico alcune fasce di popolazione? Nell'era digitale infatti non è più sufficiente possedere uno smartphone, oggetto ormai facilmente accessibile, o avere delle competenze tecniche di base per utilizzare un computer, ma si rende necessaria una capacità critica di pensiero per potersi rapportare in maniera sicura al web, bisogna avere l'abilità di utilizzare in maniera interattiva gli strumenti informatici (2;3). Gli "immigrati digitali", definiti come coloro che hanno fatto entrare le tecnologie digitali nel loro quotidiano in una fase avanzata del loro sviluppo, necessitano di diventare cittadini digitali competenti (4;5). Diventa così necessaria l'educazione alla cittadinanza digitale: non si tratta semplicemente di insegnare ad utilizzare un dispositivo, ma l'obiettivo è rendere in grado la persona di esercitare i propri diritti in maniera consapevole in rete (2). E' qui che si può inserire l'infermieristica di famiglia e di comunità, fornendo un supporto al cittadino attraverso attività di educazione digitale sia al domicilio della persona che in contesti di comunità come una microarea.

Capitolo 1: Cittadinanza Digitale

In Italia il 23.2% della popolazione appartiene alla fascia degli over 65, e l'11,8 % a quella degli over 75. Questi dati risalgono al 2020, la previsione è che per il 2030 gli over 65 saranno circa 17 milioni. Sappiamo inoltre che il 24,7% delle donne over 75 ha gravi limitazioni nelle attività quotidiane e il 48,1 %, quindi quasi la metà, hanno più di tre malattie croniche, fra gli uomini invece il numero riguardante la cronicità è circa il 33%. Molti di questi anziani vivono soli, secondo i dati ISTAT questa condizione è maggiormente riscontrabile nelle donne (49.2%) e riguarda in generale i residenti nelle aree metropolitane (6). Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'incidenza della malattie croniche, che per definizione richiedono una gestione organizzata nell'arco di tutta la vita, generano sempre più situazioni di fragilità nella popolazione italiana, dove con "fragilità" si intendono anche difficoltà di tipo socio-economiche. E' in questo contesto che si inserisce la Missione uno del PNRR e la digitalizzazione, rendendo così necessaria una informatizzazione inclusiva, che non lasci indietro nessuno e che avvicini le persone alle pubbliche amministrazioni e al Sistema Sanitario Nazionale (1;2). In passato la capacità tecnica, ovvero il saper utilizzare un software o un dispositivo, veniva considerata adeguata per potersi interfacciare con l'informatizzazione, ma al giorno d'oggi non è sufficiente. Basti solo pensare al rapporto che abbiamo con l'informazione e i media: non dobbiamo solo saper accedere ad internet e cercare una notizia, bisogna essere in grado di capire se sia affidabile o meno, se il sito sul quale stiamo navigando sia sicuro. Inoltre le competenze informatiche sono ormai richieste per risolvere questioni della vita di tutti i giorni: se desidero recuperare un vecchio referto, devo poter aver accesso al mio Fascicolo Sanitario Elettronico e dunque devo saper utilizzare lo SPID ed interfacciarmi correttamente con il provider che certifica la mia identità digitale. Viene richiesta quindi la capacità di utilizzare la tecnologia in maniera interattiva, andando oltre le abilità tecniche, e in maniera critica, consapevole. La Commissione Europea nel 2006 definisce la competenza digitale come " il saper utilizzare con dimestichezza e spirito critico le tecnologie della società dell'informazione per il lavoro, il tempo libero e l'educazione. Essa è supportata dalle abilità di base nelle TIC (Tecnologie dell'Informazione e Comunicazione) : l'uso del computer per reperire, valutare, conservare,

produrre, presentare e scambiare informazioni nonché per comunicare e partecipare a reti collaborative tramite internet” (3). Si parla così di cittadinanza digitale, che la Commissione Europea definisce come “ la capacità di partecipare attivamente, in maniera continuativa e responsabilmente alla vita della comunità (locale, nazionale, globale, online e offline) [...]”. Essere cittadini digitali significa conoscere l’esistenza di strumenti e possedere le capacità per usarli al fine di migliorare e semplificare la propria vita, privata, lavorativa e politica, senza cadere negli insidie di internet (truffe, plagio, adescamento etc) (2). La spinta che la pandemia Covid-19 ha dato alla digitalizzazione, causata soprattutto dall’imperativo di ridurre al minimo i contatti umani per ridurre i contagi, da una parte porterà alla semplificazione e velocizzazione di alcuni aspetti della vita del cittadino, soprattutto per quanto riguarda procedure burocratiche, ma dall’altra rischia di essere motivo di esclusione per una parte di popolazione. Rendere le persone capaci di “abitare” lo spazio digitale in un’era in cui le tecnologie saranno sempre più presenti e indispensabili nelle nostre vite, permetterà di arginare questa nuova possibile causa di emarginazione (2). Nel luglio 2022 la Commissione Europea ha pubblicato i risultati del DESI 2022: sebbene gli stati membri UE stiano migliorando progressivamente il loro livello di digitalizzazione, solo il 54% dei cittadini europei di età compresa fra i 16 e i 74 anni ha competenze informatiche di base. Nel documento viene dichiarato che colmare queste lacune, arrivando nel 2030 ad avere l’80% della popolazione con capacità digitali di base, è necessario per sfruttare pienamente i nuovi servizi come sistemi energetici intelligenti, la mobilità automatizzata e l’ e-Health, ovvero l’uso delle tecnologie, della comunicazione e dell’informazione per l’assistenza sanitaria (7). L’alfabetizzazione digitale diventa così un fenomeno socio-culturale che sta alla base della ripresa e crescita economica del paese e che risulta essere una combinazione di più elementi: competenze puramente tecniche, capacità intellettuali e responsabilità. La competenza digitale riguarda infatti il saper scegliere le giuste applicazioni per svolgere un determinato compito, saper cercare informazioni e saperle condividere nel rispetto della privacy, costruire nuove conoscenze e comunicare con gli altri partecipando alla vita di comunità (3). Essa è sempre più centrale per una cittadinanza attiva e consapevole (8).

Capitolo 2: Perché è importante l'educazione al digitale?

Negli ultimi vent'anni le tecnologie si sono evolute molto velocemente, portando l'analogico e il digitale ad integrarsi fra loro e con le attività quotidiane: abbiamo sviluppato così abitudini nuove e nuovi bisogni. Quasi tutti hanno uno smartphone e abbiamo a disposizione quasi sempre un accesso ad internet, ma quanti sanno sfruttare queste possibilità? Nasce così un nuovo bisogno per i cittadini, ovvero quello di poter usufruire dei vantaggi derivanti dalla tecnologia: si parla infatti di inclusione digitale, che non avviene solo grazie al possesso di dispositivi. L'inclusione digitale pone attenzione sulle necessità che il progresso informatico genera nelle persone e su come i bisogni preesistenti siano cambiati in relazione ad esso: il bisogno di interagire, di informazioni, di esprimersi e di protezione. E' a questi bisogni che guarda il DIGCOMP, il modello europeo per le competenze digitali che costituisce un punto di riferimento per gli stati membri. Questo modello si propone di dare una definizione dinamica di competenza digitale e cerca di dare una descrizione condivisa delle competenze digitali dei cittadini. Si articola in cinque aree di competenza digitale, ventuno competenze e tre livelli, questo modello è stato utilizzato in Europa per la formazione degli insegnanti, per la creazione di piani educativi nelle scuole e in corsi per adulti. Infatti potrebbe essere utile per nuove iniziative atte a migliorare le competenze digitali (8). La transizione digitale non deve essere di ostacolo alla tutela dei diritti dei cittadini, per questo l'educazione e il supporto digitale assumono un ruolo fondamentale nel rendere autonome le persone nella gestione della loro vita e della loro salute. I modelli di cura che prevedono la centralità della persona nel processo di cura, come il Cronic Care Model ad esempio, si fondano sulla proattività della sanità e sulla promozione dell'autocura da parte della persona. Infatti prevedono la partecipazione attiva degli assistiti ma anche degli operatori, che devono essere in grado di individuare i bisogni delle persone e le loro capacità. Un'interazione efficace tra assistiti e operatori è la chiave del Cronic Care Model ed è necessaria per il raggiungimento dei risultati di salute. Questo modello infatti, già consolidato, prevede sei componenti chiave tra cui troviamo le risorse della comunità e il supporto all'autogestione (10). Gli strumenti di e-Health e Telemedicina possono inserirsi in questi due componenti in quanto è stato dimostrato che aiutano l'interazione con il personale sanitario e migliorano il percorso di cura (10.) In questa ottica, un sistema digitale come ad esempio il Fascicolo Sanitario Elettronico può

essere utile per promuovere autonomia, autoefficacia e centralità, ma non deve sostituire il contatto umano con il professionista sanitario. I miglioramenti che la digitalizzazione potrebbe apportare ai sistemi sanitari non dovrebbero avere come obiettivo di eliminare il contatto fra sanitari e assistiti, ma dovrebbero servire a facilitare e velocizzare appunto il processo decisionale e di cura da entrambe le parti. Per questo è necessario che sia i cittadini che i professionisti sviluppino capacità informatiche interattive che promuovano coinvolgimento attivo per entrambi. (9). La sanità digitale quindi non deve servire solo a semplificare il lavoro degli operatori sanitari, rendendo alcuni documenti accessibili e visionabili in maniera più semplice, dematerializzando le ricette o inviando referti ad altri professionisti senza spostarsi dal proprio ambulatorio, ma deve essere un percorso fatto insieme agli assistiti educandoli a non subire passivamente questi cambiamenti, ma a cercare di farne parte. La ricerca infatti dimostra che sì gli strumenti di e-Health (Fascicolo Sanitario Elettronico, Telemedicina, dispositivi indossabili o anche solo l'utilizzo di un social network per confrontarsi con altre persone affette dalla stessa malattia cronica) aumentano l'autoefficacia e la gestione consapevole del processo di cura ma è stato anche dimostrato che la formazione e l'alfabetizzazione digitale aumentano la fiducia nei riguardi degli strumenti, e così anche il loro utilizzo (10). In Italia, ad ottobre 2021 erano quasi 374 milioni gli accessi ai servizi pubblici online tramite SPID. Rispetto ad ottobre 2020 è cresciuto del 70% il numero di amministrazioni che utilizzano l'identità digitale. Entro il 2026 oltre il 70% della popolazione dovrà utilizzare lo SPID, secondo gli obiettivi prioritari del PNRR.

Conclusioni

Nella mia esperienza nella microarea Pescaraola, mi è capitato molto spesso di dare supporto informatico ad alcune persone, soprattutto per l'apertura del Fascicolo Sanitario Elettronico o per la consultazione della propria area riservata sul sito INPS. Ho potuto così notare da vicino quanto sia importante accompagnare e sostenere le persone all'apprendimento dell'utilizzo del digitale per essere in grado di esercitare i propri diritti in autonomia. Quando abbiamo aperto il Fascicolo Sanitario a W. lui è riuscito a stampare tutti i referti necessari per richiedere l'aggravamento della sua invalidità civile. Il paziente informato, consapevole e abile, ovvero il paziente attivo, è il cuore centrale del Chronic Care Model e della medicina di iniziativa. Inserire strumenti di e-Health nel modello come il Fascicolo Sanitario Elettronico aiuterà nella promozione dell'autocura e dell'autoefficacia, rendendo coinvolti nel processo di cura delle malattie croniche sia gli operatori sanitari che gli assistiti. Anche la Telemedicina e l'utilizzo di dispositivi indossabili collegati con centrali operative vengono considerati dalla letteratura strumenti in grado di aumentare l'autoefficacia degli assistiti (10). L'introduzione dei sistemi digitali nella sanità deve però andare di pari passo con l'educazione e l'alfabetizzazione digitale, che non significa solo possedere un dispositivo: si rende necessaria la capacità critica di utilizzare la tecnologia in maniera sicura e interattiva. L'educazione alla digitalizzazione quindi riguarda gli operatori sanitari, che devono essere formati sia all'utilizzo dei sistemi di e-Health sia devono essere preparati nel dare supporto ai cittadini all'utilizzazione degli stessi. Riguarda anche i cittadini, con particolare attenzione alla fascia più anziana della popolazione, al fine di evitare l'esclusione di questa dal progresso digitale (9;10). In una realtà come una microarea potrebbe diventare interessante sviluppare dei corsi di informatica per gli abitanti, utilizzando ad esempio le indicazioni del DIGCOMP, in modo da favorire anche l'auto aiuto e la condivisione delle conoscenze fra le persone. L'alfabetizzazione digitale è un processo fondamentale per la ripresa del Paese, poiché incoraggia l'utilizzo consapevole delle tecnologie di e-Health nei sistemi sanitari per coinvolgere e supportare maggiormente le persone nel loro percorso di cura. Tale progresso informatico è raccomandato inoltre dall'Unione Europea, sia all'interno del PNRR che in modelli come il DIGCOMP. Gli anziani costituiscono la maggioranza della popolazione e solitamente sono portatori di una o più malattie croniche, rendendoli i maggiori fruitori del sistema sanitario. L'obiettivo del supporto informatico e dell'educazione alla digitalizzazione

è quindi l'inclusione, è evitare di lasciare indietro la fetta più grande della popolazione, destinata peraltro ad aumentare.

Bibliografia

1. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
2. Cittadinanza digitale, perché sarà sempre più importante: scenari possibili – Giovanni Pascuzzi 2021
3. Valutare la competenza digitale. Modello teorici e strumenti applicativi pp 39-46 – Calvani A., Fini A., Ranieri M. 2009
4. <https://www.cittadinanzadigitale.eu/cittadinanzadigitale/>
5. On the Horizon (MCB University Press, Vol. 9 No. 5), Digital Natives Digital Immigrants – Mark Prensky 2001)
6. Aspetti di vita degli over 75: condizioni di salute, vicinanza ai figli, disponibilità di spazi esterni all’abitazione, cani in casa – www.istat.it Aprile 2020.
7. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_4560
8. Digcomp, le competenze digitali per la cittadinanza – Anusca >ferrari, Sandra Troia Settembre 2015
9. Health Professional Digital Capabilities Frameworks: A Scoping Review. J Multidiscip Healthc. 2020 Nov Brice S, Almond H.
10. The eHealth Enhanced Chronic Care Model: A Theory Derivation Approach
J Med Internet Res Gee PM, Greenwood DA, Paterniti DA, Ward D, Miller LMS 2015