



ISSN: 2038-3282

Publicato il: gennaio 2023

©Tutti i diritti riservati. Tutti gli articoli possono essere riprodotti con l'unica condizione di mettere in evidenza che il testo riprodotto è tratto da www.qtimes.it
Registrazione Tribunale di Frosinone N. 564/09 VG

**Educating to active aging through multimodal interventions of social robotics.
Pilot exploratory survey**

**Educare all'invecchiamento attivo attraverso interventi multimodali di robotica
sociale. Studio esplorativo pilota**

di

Stefania Massaro

stefania.massaro@uniba.it

Loredana Perla¹

loredana.perla@uniba.it

Università di Bari

Viviana Vinci

viviana.vinci@unirc.it

Università Mediterranea di Reggio Calabria

Abstract:

Within the framework of a strategy of attention to the life cycle (Pinto Minerva, 2012; WHO, 2011), the pedagogy of the elderly (Musaio, 2020) approaches the theme of care (Mortari, 2006; Iori, 2008) through the promotion of the person in his uniqueness, in consideration of the networks in which he is inserted and the services he can benefit from in the aging process (Mariani, 2013). This contribution

¹ Il contributo è frutto di un lavoro condiviso. Stefania Massaro è autrice dei paragrafi 2, 3, 4. Loredana Perla è autrice dei paragrafi 1, 6. Viviana Vinci è autrice del paragrafo 5. Tutti gli autori hanno contribuito alla revisione del manoscritto nella sua versione finale.

©Anicia Editore

QTimes – webmagazine

Anno XV – vol. 1_n. 1, 2023

www.qtimes.it

Doi: 10.14668/QTimes_15115

reports a transdisciplinary project (Massaro, Perla, 2021) aimed at improving the quality of life of young elderly people through personalized multimodal training mediated by humanoid robots in the life context (Paletta et alii, 2019; Perla, Massaro 2021). The contribution focuses on an exploratory pilot survey of nursing homes workers' representations of technological innovation in social-health facilities and, more specifically, of telemedicine as support in professional routines.

Keywords: healthy ageing; empowerment; professional development; dementia prevention; transdisciplinarity.

Abstract:

Nel framework di una strategia di attenzione al ciclo di vita (Pinto Minerva, 2012; WHO, 2018), la pedagogia dell'anziano (Musaio, 2020) accosta il tema della cura (Mortari, 2006; Iori, 2008) attraverso la promozione della persona nella sua unicità, in considerazione delle reti in cui è inserita e dei servizi di cui può beneficiare nei processi di invecchiamento (Mariani, 2013). Il presente contributo riporta un progetto transdisciplinare (Massaro, Perla, 2021) finalizzato a migliorare la qualità di vita di giovani anziani attraverso training multimodale personalizzato mediato da robot umanoide nel contesto di vita (Paletta et alii, 2019; Perla, Massaro, 2021). Il contributo si sofferma su un'indagine esplorativa pilota sulle rappresentazioni che gli operatori RSA hanno dell'innovazione tecnologica nelle strutture sociosanitarie e, più nello specifico, della telemedicina a supporto nelle routine professionali.

Parole chiave: invecchiamento attivo; partecipazione, sviluppo professionale, prevenzione della demenza; transdisciplinarietà.

1. Introduzione

In un framework caratterizzato dal riconoscimento della rilevanza delle 'fasi chiave' di vita delle persone in relazione allo stato di salute, l'approccio 'lungo il corso di vita' dell'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce e affronta tali fasi in quattro programmi su salute materna, salute infantile, salute sessuale e '*Healthy ageing*' (WHO, 2011).

Il successo relativo al miglioramento della salute richiede in tal senso un continuum di interventi nelle fasi chiave di vita, con sforzi rivolti a rafforzare i sistemi di erogazione della salute e affrontare i più ampi determinanti sociali ed economici.

A partire da una definizione di salute come stato di benessere fisico, mentale e sociale, il *life-course approach* (Levy et al., 2005; Elder & Giele, 2009) si concentra non solo sulla riduzione della mortalità e della morbilità, ma anche sull'impatto dei determinanti della salute, e quindi delle condizioni economiche, ambientali e sociali che incidono su salute e benessere nelle varie fasi di vita (Rashbrook, 2019). Adottare tale prospettiva di prevenzione riveste il significato di ridurre i fattori di rischio e migliorare i fattori protettivi attraverso interventi basati sull'evidenza, ottimizzando le condizioni di nascita, vita e lavoro e intervenendo sulla promozione di salute e benessere nei contesti e nelle fasi critiche.

Se la variazione sistematica dei fattori protettivi e di rischio della salute produce disuguaglianze sociali influenzando l'aspettativa di vita sana o priva di disabilità, intervenire su politiche, ambienti e norme sociali significa ridurre tali disuguaglianze con finalità di equità e giustizia sociale per mezzo di azioni generalmente impostate sulla costruzione di comunità resilienti. Il programma sull'invecchiamento attivo, in particolare, promuove la salute della fascia di età in più rapido aumento, ovvero gli anziani, attraverso nuovi modelli integrati di cura e un migliore coordinamento tra assistenza sanitaria e sociale, con finalità di autonomia e resilienza.

2. Valorizzazione e accompagnamento dell'anziano: quali strategie di cura?

Nell'ottica di una cultura e di una strategia globale di attenzione al ciclo della vita, le prospettive della *life-long education* evidenziano da tempo un'educazione che si protrae anche in età anziana quale età da valorizzare con strategie di cura e di empowerment della persona e con un discorso attento all'intervento educativo quale promozione delle potenzialità residue della persona in considerazione della relativa storia ed esperienza personale. L'attenzione pedagogica è all'accompagnamento della persona anziana nell'ambito di percorsi volti a costruire una relazione di cura intesa come senso di benessere esistenziale e di superamento dell'impostazione sanitaria delle residenze: in tal senso esperienze terapeutiche, riabilitative ed educative in rinnovati contesti di accoglienza possano implementare una promozione olistica e personalizzata della persona (Mariani, Musaio, 2020).

Mortari (2015) rileva l'essenza della cura quale pratica che accade in una relazione, mossa dall'interessamento per l'altro, e orientata a promuovere il suo *ben-esserci*, occupandosi di qualcosa di essenziale per l'altro, e non riconducibile a pratica tesa a soddisfare esclusivamente i bisogni dell'altro.

Gli sviluppi dell'etica della cura (Botti, 2016) di fatti ne articolano i termini guardando alla vulnerabilità dell'altro non tanto sul piano dei bisogni fisici o psicologici, quanto su quello simbolico e sociale, con riferimento alle dinamiche di potere e reti relazionali in cui la possibilità di avere 'voce' diviene vulnerabile. Tali riferimenti si propongono come interessante visione di superamento della morale basata sull'appello a regole universali e astratte, a favore del riconoscimento del valore morale di atteggiamenti, pratiche di cura e attenzione verso gli altri nella loro particolarità e concretezza (Gilligan, 1987; Laugier, 2016). L'etica della cura muove dall'idea che tanto più siamo morali quanto più cogliamo con sollecitudine la connessione con gli altri nella loro particolarità, riconoscendo legami e relazioni secondo una visione relazionale della soggettività e una attenzione alla diversità. In tale prospettiva avere cura significa porre attenzione agli sfondi materiali e simbolici di riferimento in modo che consentano un tessuto connettivo relazionale capace di far fronte alla vulnerabilità e alla fragilità. Tali termini sono proficui per il discorso educativo in relazione al tema della organizzazione di contesti organizzativi e relazionali valorizzanti la partecipazione e l'*agency*, quale capacità e potere di intervenire nel corso degli eventi in cui si è coinvolti.

Nel *framework* internazionale di una lettura della *anzianità* quale convergenza di condizioni fisiche e relazionali che dall'idea di vecchiaia convergono verso l'idea *plurale* di invecchiamenti (Rudnicka, et al., 2020), la pedagogia dell'anziano integra la prospettiva assistenziale centrandosi sulla promozione della persona nella sua unicità ed in considerazione della rete di relazioni e servizi in cui è inserita e sulla promozione della *qualità di vita* (Escuder-Mollon et al., 2013; Musaio, 2022).

Nell'ambito di modelli psicosociali quali il 'Person Centred Care' (Coulter & Oldham, 2016), in cui il comportamento della persona anziana rappresenta una modalità di risposta adattiva all'ambiente e non solo l'esito di condizioni fisiologiche e biochimiche, i servizi e gli interventi di prevenzione, abilitazione e riabilitazione sono al centro di un riorientamento verso un approccio multidisciplinare e integrato, centrato su variabili emotive, affettive e motivazionali e la predisposizione di condizioni di vita globalmente soddisfacenti. La qualità di vita in tal senso diviene oggetto e obiettivo del lavoro di cura con concettualizzazioni variabili da aspetti tangibili a ad aspetti più complessi quali spiritualità, autodeterminazione, benessere ecc. (Aspden et al. 2014; Cantarella et al., 2019)

3. Approcci *empowerment-based*: il ruolo dell'engagement del paziente

Nel corso degli ultimi anni le diverse esperienze attuate dalle organizzazioni sanitarie nazionali ed internazionali stanno contribuendo a creare una "nuova cultura" nei confronti della partecipazione dei cittadini ai processi di salute e ai servizi sanitari attraverso la valorizzazione dell'*empowerment*, con un passaggio da modalità tradizionali di partecipazione del cittadino (carta dei servizi, consenso informato) a processi più ampi e complessi, riconosciuti quali strumenti utili per favorire l'erogazione di cure efficaci ed appropriate sotto il profilo clinico ed etico e, nel contempo, garantire il massimo livello possibile di equità nell'uso delle risorse (Balduzzi, 2010). L'*empowerment* del cittadino, di fatti, implica il potenziamento di una reale capacità sia di conoscenza che di senso elaborativo e critico quale condizione strumentale per l'esercizio di una cittadinanza attiva e responsabile. Nei modelli teorici di approccio umanistico, promuovere *empowerment* e benessere nelle comunità, significa considerare la persona quale sistema integrato di potenzialità in termini di risorse e criticità e la relazione interpersonale quale vettore privilegiato per realizzarle nei diversi ambiti quotidiani e fasi di vita.

L'*empowerment* così definito discende dalle elaborazioni teoriche di Rappaport (1984), quale costruito multilivello riguardante individui, organizzazioni e comunità, e Zimmerman (2000), che ne evidenzia le *skills* da sviluppare in capacità di controllo, consapevolezza critica e partecipazione. Quale mobilitazione pertanto di risorse individuali esempi dei tre livelli possono essere rintracciati in: acquisizione di stili di vita salutari, condivisione della pianificazione/gestione di servizi e istituzione di forum di cittadini/pazienti. Un paziente 'empowered' è un *self-care giver*, protagonista attivo del proprio benessere e coinvolto in servizi che lo valorizzano quale risorsa, in quanto esperto dell'impatto fisico, emotivo e sociale della malattia. Schulz e Nakamoto (2013) ne evidenziano padronanza (*mastery*) e *health literacy* con pazienti attori di 'processi decisionali condivisi', secondo un passaggio dal consenso informato a un processo di scelta informato. Thompson propone una tassonomia che parte dal non coinvolgimento per arrivare alla piena autonomia (Poletti, 2010).

Concetto sviluppato dagli anni Ottanta in ambito politico, medico-psicoterapeutico, pedagogico e organizzativo, in campo educativo l'*empowerment* ha costituito uno dei riferimenti fondamentali per lo sviluppo della pedagogia degli adulti, in cui l'apprendimento rappresenta un processo partecipativo e *life-long*. Il riferimento principale è ad una attualizzazione del pensiero freiriano (Wallerstein & Bernstein, 1988) nell'ambito della promozione della salute. Si evidenziano in letteratura approcci *empowerment-based* come metodologie formative finalizzate allo sviluppo di abilità psicosociali con obiettivi di qualità di vita, autoefficacia e autostima (Aujoulat, d'Hoore, Deccache, 2007).

La chiave per l'*empowerment* dei pazienti è rappresentata dall'*engagement* quale costrutto formulato nell'ambito del paradigma della medicina partecipativa per sottolineare l'importanza di spazi collaborativi all'interno del sistema sanitario (Domecq *et al.*, 2014; Graffigna *et al.*, 2020). Esso è considerato un indicatore chiave della qualità dell'esperienza dei pazienti, fondamentale per migliorare la pratica clinica, valorizzare la *patient voice*, e un fattore predittivo dell'utilizzo delle nuove tecnologie digitali da parte dei pazienti (Risling *et al.*, 2017). La sfida educativa diventa in tal senso la delineazione di forme di partecipazione alle scelte di salute, nell'ambito di percorsi educativi includenti l'*empowerment*, l'*agency*, la salutogenesi, il *self-management*, la *patient education*, il *counselling*, il *coaching*, ecc., per la promozione di equilibri di funzionalità fisica, psichica e sociale della persona. Nel concetto di *agency*² è implicato un cambio di paradigma che del paziente evidenzia i bisogni fisici ed emotivi e lo valorizza come 'persona', al centro di interazioni umane che divengono il *driver* per una cultura organizzativa 'person-centred' ovvero basata sulla comprensione di identità, esperienze e valori dei pazienti (Moreno *et al.*, 2021).

Nei processi in corso di trasformazione digitale dell'assistenza sanitaria nel nuovo ecosistema digitale il rischio è di dispersione della persona, depotenziabile con azioni di coinvolgimento e partecipazione. La digitalizzazione prevista per i sistemi sanitari deve svolgersi a condizione che il ruolo attivo del paziente/cittadino nel sistema sanitario sia ridefinito e generi output di qualità di vita e consolidamento di soddisfazione, benessere e felicità personale (CE, 2012). L'efficacia del sistema *e-health in progress* si basa di fatti sulla capacità di integrare gli attuali processi di innovazione della sanità digitale con una progettazione inclusiva quale investimento formativo utile per guidare la complessità e la rapidità dei processi in corso e lavorare su stili di vita e di pensiero. La prospettiva educativa, in tal senso, è di attenzione agli aspetti di impatto sociale delle nuove tecnologie, e promozione di processi mentali riflessivi personali in vista di comportamenti sempre più improntati a partecipazione e prevenzione nello scenario di riferimento di una società più equa e sostenibile.

4. Dispositivi e tecnologie nelle relazioni d'aiuto

La presa in carico e in cura, in una prospettiva socioculturale che riconosce la valenza educante della comunità, promuove una maggiore integrazione tra servizi educativi, sociali e sanitari e sollecita strategie di intervento di natura partecipata, promuovendo l'idea dell'anziano ospite di residenze sanitarie e assistenziali non solo come *assistito*, ma persona con diritto di poter accedere ad una continua valorizzazione della propria storia e delle proprie potenzialità residue. Il dispositivo è rappresentato da una *mediazione educativa* (Perla, Riva, 2016) che pone al centro il diritto alla relazione d'aiuto quale aspettativa di una costruzione condivisa della vecchiaia e integra una cura di carattere medico con interventi educativi, ludici e ricreativi. Tale mediazione è rivolta a costruire le condizioni ambientali e proposte funzionali alla produzione di autonomia, senso e socialità, con un' enfasi su accompagnamento, personalizzazione e benessere (Marchini, 2022). Il riferimento è ad attività di animazione, di progettazione di terapie non farmacologiche, di raccordo con il territorio, di coinvolgimento dei *caregivers*, ecc. realizzabili con l'intervento di professionisti dell'educazione e

² L'*agency* professionale ha a che fare con il livello di empowerment, voce e autonomia nelle pratiche professionali quotidiane (Nolan & Molla 2017). Tale costrutto considera lo sviluppo umano come obiettivo dell'azione formativa e incoraggia l'azione e la partecipazione per l'espressione della cittadinanza.

della formazione quali risorse professionali irrinunciabili per tutelare inclusione e cittadinanza (Perrillo *et al.*, 2022).

Il contesto attuale si compone di numerosi elementi iscrivibili agli sviluppi dell'eHealth:

- l'incremento della ricerca sulle tecnologie assistive per la qualità del lavoro di cura (*Healthy-Ageing Management*), l'inclusione e l'assistenza compatibili con esigenze/aspettative dell'anziano (Ministero della Salute, 2018): telemedicina tele-consulenza, dispositivi indossabili – *wearables*, robot sociali e assistenziali, intelligenza artificiale in medicina preventiva, realtà virtuale all'interno delle residenze sanitarie sono al centro di nuove forme di "engagement" dedicate a persone anziane, ai caregiver e al personale sanitario;
- la centralità del ruolo degli operatori sociosanitari nei confronti delle tecnologie assistive per la terza età: ad es. in fase di progettazione le relative conoscenze e abilità specifiche possono promuovere servizi innovativi, in fase di esecuzione la loro consapevolezza dei rischi connessi all'impiego di una determinata soluzione incide anche sulla sua efficacia e infine, in fase di monitoraggio, verificano che la soluzione adottata sia realmente appropriata.

Lo scenario si presenta in termini di sfide da cogliere nei termini di una responsabilità attenta ai nuovi dinamismi tecnologici, ovvero:

sviluppare soluzioni tecnologiche per le strutture assistenziali di supporto agli operatori e accettabili per i soggetti beneficiari;

dare evidenza dell'efficienza delle innovazioni sanitarie;

promuovere benessere e qualità del lavoro di cura attraverso un'innovazione dei processi;

promuovere modelli di empowerment del paziente e dell'operatore, di cui si valorizzano capacità di attivazione, collaborazione e resilienza (Perla, Massaro, 2021).

Accogliendo tali sfide, è stato strutturato - all'interno del Centro Interdipartimentale di Ricerca in Tele-medicina Citel dell'Università di Bari - un progetto multi/transdisciplinare (Massaro, Perla, 2021) finalizzato a migliorare la qualità di vita di giovani anziani attraverso training multimodale personalizzato mediato da robot umanoide nel contesto di vita (Paletta et alii, 2019; Perla, Massaro 2021). La costruzione del training guarda ad alcune esperienze già condotte con successo a livello internazionale: fra queste, citiamo il progetto austriaco AMIGO, che, attraverso la modalità del coaching mediato da robot umanoide, prevede attività di training e intrattenimento personalizzato per anziani con demenza, con obiettivi di indipendenza della persona e di supporto del caregiver (Paletta et alii, 2019).

Il paradigma di riferimento del progetto è quello interdisciplinare della telemedicina, che sollecita prospettive di ricerca e approcci olistici basati sull'interazione fra medicina, educazione, biomedicina e informatica, che guardano alla salute come problema complesso (non solo di competenza medica), che ridefiniscono il ruolo attivo del paziente/cittadino e guardano alla capacità di generare output di qualità della vita come soddisfazione, benessere e felicità personale: si tratta di un sistema di e-Health che integra l'innovazione digitale nel sistema sanitario con una formazione inclusiva all'empowerment del paziente (CE, 2008).

Il progetto si compone delle seguenti macro-fasi:

indagine esplorativa pilota – da replicare con un target più ampio – sulle rappresentazioni che gli operatori RSA hanno dell’innovazione tecnologica nelle strutture socio-sanitarie e, più nello specifico, della telemedicina a supporto nelle routine professionali;

studio qualitativo volto a esplorare attitudini, conoscenze e bisogni di potenziali utilizzatori di robot sociali per la prevenzione della demenza (ADI, 2013),

co-progettazione di un training multimodale personalizzato mediato da robot umanoide nel contesto di vita per migliorare la qualità di vita di giovani anziani;

formalizzazione di un modello olistico di educazione all’invecchiamento attivo, che integri dati evidence-based di derivazione medico-clinica con strumenti di medicina narrativa digitale valorizzanti la storia del paziente all’interno di una prospettiva salutogenica (Cenci, 2016).

Il seguente contributo si sofferma sulla prima macro-fase, riguardante le rappresentazioni degli operatori RSA sulla telemedicina.

5. Rappresentazioni degli operatori RSA sulla telemedicina: un’indagine esplorativa pilota

Si descrivono gli esiti parziali di un’indagine condotta, nel 2022, con 30 operatori di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di Taranto. È stato costruito un protocollo di indagine a partire dalle seguenti domande di ricerca: che rappresentazioni hanno gli operatori dell’innovazione tecnologica nelle strutture socio-sanitarie e, nello specifico, della telemedicina a supporto nelle routine dell’operatore? Quali bisogni di formazione esprimono maggiormente?

La finalità dell’indagine è di natura esplorativa, ossia funzionale a “testare” il questionario in forma pilota attraverso il punto di vista di testimoni privilegiati (pertanto il target group è composto da un numero esiguo di persone e gli esiti non hanno alcun intento di generalizzazione), ma si prevede di estendere la somministrazione dello strumento - integrato e/o modificato sulla base dei primi stimoli emergenti - ad una popolazione più ampia.

Il principale obiettivo dell’indagine è comprendere il punto di vista degli operatori sull’adozione di strumenti tecnologici applicati all’ambito della cura e assistenza, anche al fine di individuare traiettorie su cui direzionare gli interventi di formazione per le strutture socio-sanitarie. L’indagine si iscrive all’interno di un framework metodologico che riconosce il valore euristico del sapere pratico e della conoscenza professionale (Schön, 1993).

L’indagine si è svolta attraverso la somministrazione di un questionario a domande a risposta multipla. Per quanto riguarda lo strumento per la rilevazione dei dati, è stato proposto un questionario Computer Assisted Web Interviewing (CAWI), realizzato tramite Moduli Google, composto da 12 domande a risposta chiusa. Il questionario è stato inviato a tutti gli operatori della RSA.

La ricerca è stata condotta in accordo con le norme etiche e di anonimato nel rispetto del Regolamento generale UE sulla protezione dei dati n. 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” (modificato dal D.Lgs. n. 101 del 10.08.2018).

Agli operatori è stato chiesto il consenso alla raccolta e uso anonimo dei dati di ricerca.

Hanno risposto al questionario 30 operatori, di sesso prevalentemente maschile (N=21); la fascia di età prevalente è compresa fra 41-50; la quasi totalità dei rispondenti (N=29) ha ricevuto esperienze pregresse di formazione, prevalentemente nelle seguenti aree: a) Area operativa di cura e riabilitazione (N=9; 37,5%); b) Area psicoeducativa e relazionale (N=1; 4,2%); c) Area igiene e sicurezza (N=13; 54,2%).

©Anicia Editore

QTimes – webmagazine

Anno XV – vol. 1_n. 1, 2023

www.qtimes.it

Doi: 10.14668/QTimes_15115

<i>Cosa ti interesserebbe approfondire con un'esperienza di formazione professionale?</i>	N
Conoscenza di sintomi cognitivi, psichici e comportamentali di patologie	14
Comportamenti e interventi di assistenza e cura della persona	1
Competenze comunicative per migliorare la relazione con l'ospite e familiari	1
Trattamenti non farmacologici	2
Benessere dell'operatore	1
Innovazione tecnologica nelle strutture socio-sanitarie	11

Tab. 1 Bisogni formativi degli operatori

I bisogni formativi riguardano prevalentemente la conoscenza di sintomi cognitivi, psichici e comportamentali di patologie (14) e l'innovazione tecnologica nelle strutture socio-sanitarie (11). Oltre il 70% dei rispondenti (N=22) preferisce la formazione in presenza rispetto a quella erogata a distanza (N=8); la maggioranza ritiene che la formazione debba svolgersi durante le ore lavorative (N=19). La domanda successiva mostra le rappresentazioni relative alle dimensioni considerate prioritarie nella professionalità dell'operatore, da cui si evince la centralità della 'cura della propria formazione' (N=13), seguita da 'assunzione di responsabilità' (N = 6) e 'gestione di una pratica collaborativa con il paziente' (N = 6).

<i>Quale dimensione secondo te connota maggiormente la professionalità dell'operatore?</i>	N
Assunzione di responsabilità	6
Cura della propria formazione	13
Condivisione del proprio operato	3
Disponibilità alla verifica	1
Gestione di una pratica collaborativa con il paziente	6

Tab. 2 Dimensioni professionali dell'operatore RSA considerate prioritarie

Alla domanda 'Sei propenso all'adozione di strumenti tecnologici applicati all'ambito della cura e assistenza?' oltre l'80% dei rispondenti (N = 26) ha risposto favorevolmente. Più specificamente, la domanda successiva focalizza quale innovazione tecnologica possa essere considerata più utile al lavoro dell'operatore nelle strutture socio-sanitarie: emergono, fra tutte, le app e i dispositivi mobili (N = 20).

<i>Quale innovazione tecnologica nelle strutture socio-sanitarie ritieni sia più utile al lavoro dell'operatore?</i>	N
App e dispositivi mobili	20
Robotica	4
Dispositivi indossabili	2
Stampa 3D	-
Realtà aumentata/virtuale	3

Tab. 3 Utilità dell'innovazione tecnologica nelle strutture socio-sanitarie

Le ultime domande si incentrano sulla Telemedicina. Per quanto riguarda la prima - ‘Hai mai sentito parlare di Telemedicina?’ – è interessante notare una divisione quasi equamente distribuita fra chi ha risposto positivamente (N = 16) e chi ha risposto negativamente (N = 13).

Le due domande successive approfondiscono le rappresentazioni in merito all’utilità della Telemedicina nello sviluppo professionale e nelle pratiche lavorative degli operatori.

<i>In cosa pensi la Telemedicina (ovvero l'erogazione di servizi sanitari a distanza) potrebbe aiutarti nella crescita della tua professionalità?</i>	N
Visione globale del paziente attraverso la digitalizzazione della cartella sociosanitaria	18
Riduzione del rischio clinico attraverso l'automatizzazione del processo di terapia	2
Facilitazione delle comunicazioni con i familiari/caregivers	3
Partecipazione dei familiari alla cura dell'ospite (ad es. condivisione di foto, storie, ecc)	1
Miglioramento dei processi organizzativi	5
Documentazione del lavoro svolto	1
Formazione a distanza	-

Tab. 4 - Utilità della Telemedicina nello sviluppo professionale

<i>Quali pratiche di Telemedicina potrebbero essere utili nella routine dell'operatore?</i>	N
Televisita (il medico interagisce a distanza con paziente e caregiver)	3
Teleconsulto (consulto tra medici)	-
Telecooperazione (assistenza fornita da un medico o da un operatore a un collega)	4
Cartella sanitaria informatizzata (informazioni di carattere assistenziale e sanitario degli ospiti)	20
Telemonitoraggio (osservazione a distanza dello stato di salute dei pazienti)	3
Robotica	-

Tab. 5 - Utilità della Telemedicina nelle routine professionali

Dall’analisi dei dati emerge che l’utilità percepita dagli operatori riguarda in particolare la possibilità di avere una ‘visione globale del paziente attraverso la digitalizzazione della cartella sociosanitaria (N = 18), seguita dal ‘miglioramento dei processi organizzativi’ (N = 5); bassi i valori riguardanti la ‘riduzione del rischio clinico attraverso l’automatizzazione del processo di terapia’ (N = 2), la ‘facilitazione delle comunicazioni con i familiari/caregivers’ (N = 3), la ‘partecipazione dei familiari alla cura dell’ospite (ad es. condivisione di foto, storie, ecc.) (N = 1) e la ‘documentazione del lavoro svolto’ (N = 1).

Fra le pratiche di Telemedicina percepite come potenzialmente più utili nelle routine professionali degli operatori emerge, per numero di risposte, la possibilità di una ‘cartella sanitaria informatizzata’, ossia avere informazioni di carattere assistenziale e sanitario degli ospiti in forme informatizzate (N = 20). Colpisce la totale assenza di risposte per l’item ‘Robotica’.

L’indagine esplorativa condotta, senza alcun intento di generalizzazione, consente di tratteggiare alcuni spunti di riflessione e prospettive formative nell’ambito dell’e-Health.

Un primo dato meritevole di attenzione emergente dall’indagine pilota riguarda la centralità della ‘cura della propria formazione’ e dall’‘assunzione di responsabilità’ da parte degli operatori: una

formazione che è percepita come centrale e necessaria, ma che sembra attestarsi più su dimensioni professionali ‘tecniche’ – es. la conoscenza di sintomi cognitivi, psichici e comportamentali di patologie – che su dimensioni relazionali.

I bisogni formativi espressi dagli operatori mostrano inoltre la necessità di una formazione per lo sviluppo di competenze tecnologiche e di gestione dell’innovazione digitale nelle strutture sociosanitarie. Un secondo dato meritevole di approfondimenti è rappresentato, infatti, da una forte propensione all’adozione di strumenti tecnologici applicati all’ambito della cura e assistenza, in particolare app e dispositivi mobili. Per quanto riguarda l’utilità percepita della Telemedicina (di cui – dato rilevante ai fini della strutturazione di ipotetici interventi formativi – circa metà dei rispondenti non ha conoscenza), emerge una centratura su aspetti tecnici e organizzativi (es. digitalizzazione della cartella sociosanitaria e miglioramento dei processi organizzativi), rispetto ai processi di supporto alla comunicazione e alla partecipazione (es. dei familiari/caregivers).

6. Discussione e conclusioni

Gli esiti dell’indagine esplorativa pilota sollecitano lo studio dei modi per far avanzare la conoscenza professionale degli operatori nei processi di assistenza e cura attraverso la formazione: modellistiche – come avviene già per il modello di formazione insegnanti (cfr. DidaSco; Vinci, 2020; Perla, Vinci 2021) – con prospettive di crescita professionale ed empowerment degli operatori nei nuovi contesti digitalizzati.

Per apprendere ad agire con competenza nei processi di assistenza e cura *occorrono un metodo* e una *teoria della formazione specificatamente orientati a tale scopo*: modelli e pratiche di formazione (iniziale e in servizio) con approcci sia teorici sia empirici. La pratica dell’operatore diviene il contesto in cui si generano e si trasmettono conoscenze e come il “luogo” in cui si avvia l’apprendimento professionale (Martini & Perla, 2019).

Spetta alla ricerca educativa riuscire a governare il nesso fra teoria e pratica dando ‘voce’ ai pratici attraverso la costruzione di paradigmi e strumenti appropriati. La formazione in servizio diviene, pertanto, oggetto prezioso di studio ed anche, sul piano della operatività, utile agli operatori in quanto spazio di sperimentazione di ‘risposte’ urgenti ai problemi dei contesti professionali. Uno spazio-tempo nel quale i metodi di formazione hanno un ruolo fondamentale: dalla narrazione all’*active learning*, essi mettono al centro la persona e il suo protagonismo epistemico. Uno spazio - tempo che necessita di basarsi sulla ricerca e sulla comunità di apprendimento come contesto per la promozione della competenza.

Nuovi paradigmi di sviluppo professionale in via di affermazione si basano su modelli *research-oriented* per cui i pratici rappresentano partner attivi della formazione e vengono impegnati in compiti di co-costruzione di dispositivi di osservazione, valutazione, riflessione (Darling-Hammond & McLaughlin, 1995; Orland-Barak & Maskit, 2017; Aubusson & Schuck, 2008; Pinnegar e Hamilton, 2009, cit. in Perla, 2019). E ancora: lo sviluppo professionale viene considerato come un processo *long-life* e, di conseguenza, insiste su esperienze che mettono in relazione le conoscenze pregresse con le nuove; trova più efficace realizzazione quando è “situato” nelle stesse strutture intese come comunità professionali e comunità di pratiche (Lave & Wenger, 1991), ed è concepito come un processo collaborativo (Perla, 2019).

©Anicia Editore

QTimes – webmagazine

Anno XV – vol. 1_n. 1, 2023

www.qtimes.it

Doi: 10.14668/QTimes_15115

Gli operatori diventano partner attivi della formazione, impegnati in strategie di apprendimento *attivo* nella progettazione (video o casi studio ad es.), e lo sviluppo professionale trova più efficace realizzazione quando è ‘situato’ nelle stesse strutture intese come comunità professionali. Esso deve inoltre fornire *coaching* e supporto tecnico di esperti e deve offrire opportunità di *feedback* e di riflessione (ad es. attraverso video-diari).

Lo sviluppo professionale può rappresentare in tal senso un processo attraverso il quale gli operatori utilizzano il loro impegno per divenire agenti di cambiamento allo scopo morale dell'assistenza e cura, e attraverso il quale acquisiscono e sviluppano criticamente conoscenze e competenze essenziali per la pratica professionale. Da una separazione tra formazione formale e apprendimento sul lavoro lo sviluppo professionale può divenire leva strategica e opportunità di empowerment individuale e organizzativo rispettivamente per l'operatore e l'intera rete assistenziale.

Riferimenti bibliografici:

- ADI (2013). *World Alzheimer Report 2013: Journey of caring: an analysis of long-term care for dementia*. London: ADI.
- Aspden, T., et al. (2014). Quality-of-life measures for use within care homes: a systematic review of their measurement properties. *Age and ageing*, 43(5), 596–603.
- Aujoulat, I., d'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13-20.
- Balduzzi, R. (2010). Presentazione. Monitor. *Il Sistema Sanitario e l'empowerment*, IX(25), 4-7.
- Botti, C. (2018). *Cura e differenza. Ripensare l'etica*. Milano: Edizioni universitarie di Lettere Economia Diritto.
- Cenci, C. (2016). Narrative medicine and the personalisation of treatment for elderly patients. *European journal of internal medicine*, 32, 22–25.
- Comunicazione della Commissione al parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società, COM (2008) 689.
- Comunicazione della Commissione al parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale Europeo e al Comitato delle Regioni Piano d'azione "Sanità elettronica" 2012-2020 COM (2012) 736
- Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: what is it and how do we get there? *Future hospital journal*, 3(2), 114–116.
- Di Nuovo, S. (2019). Presentazione. In A. Cantarella, E. Borella, & R. De Beni, *Valutare la qualità di vita nelle residenze per anziani*. Milano: FrancoAngeli.
- Domecq, J.P., et alii (2014). Patient engagement in research: a systematic review. *BMC health services research*, 14, 89.
- Elder, G.H.Jr & Giele, J.Z. (2009). Life Course Studies. An Evolving Field. In G.H.Jr Elder & J.Z. Giele (eds.), *The Craft of Life Course Research* (pp. 1–28). New-York, London: The Guilford Press.
- Escuder-Mollon, P., et al. (2013). Pedagogical Proposal to Increase Senior Citizens' Quality of Life. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116, 3152 – 3159.
- Freire, P. (1971). *La pedagogia degli oppressi*. Milano: Mondadori.

©Anicia Editore

QTimes – webmagazine

Anno XV – vol. 1_n. 1, 2023

www.qtimes.it

Doi: 10.14668/QTimes_15115

- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard: Harvard University Press.
- Graffigna, G., et al. (2020). *From a patient-centered care model to an engagement ecosystem: the ASUGI model*. Da un modello assistenziale “centrato sul paziente” ad un “ecosistema di engagement”: il modello ASUGI. *AboutOpen*, 7(1), 24–26.
- Iori, V. (2008). Il tempo del caring nella vulnerabilità. In V. Iori & M. Rampazi, *Nuove fragilità e lavoro di cura*. Milano: Unicopli.
- Laugier, S. (2016). Care, responsibility, and coexistence. *Ethics & Politics*, XVIII, 3, 91-107.
- Levy, R., et al. (2005) (Eds.). *Towards an Interdisciplinary Perspective on the Life Course*. Oxford: Elsevier.
- Lindström, B. & Eriksson M. (2022). *Salutogenesi. Una guida per promuovere la salute*. Perugia: Cultura e Salute.
- Marchini, M. (2020) Personalizzazione con sguardo pedagogico e tonalità educativa in residenza per anziani. In V. Mariani & M. Musaiò (eds.), *Pedagogia, relazione d'aiuto e persona anziana* (pp. 37-54). Roma: Studium.
- Mariani, V., & Musaiò, M. (2020). Introduzione. In V. Mariani & M. Musaiò (eds.), *Pedagogia, relazione d'aiuto e persona anziana* (pp. 9-13). Roma: Studium.
- Mariani, V. (2013). *Lavorare in team. Manuale per i servizi alla persona*. Torino: Elledici.
- Martini, B., & Perla, L. (2019). Introduzione. In B. Martini & L. Perla, *Professione Insegnante. Idee e modelli di formazione* (pp.11-14). Milano: FrancoAngeli.
- Massaro, S. & Perla, L. (2021). A Competency Model for Obesity Prevention and Healthy Lifestyles Education through the Interdisciplinary and Sustainable Paradigm of Telemedicine. In *Proceedings of the 2nd International Conference of the Journal Scuola Democratica “Reinventing Education”*, 3, Pandemic and Post- Pandemic Space and Time, 309-317.
- Ministero della Salute (2018). Piano operativo salute In <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&datagu=20/09/2018&redaz=18A05947&artp=1&art=4&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=001>
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell' avere cura*. Milano: Mondadori.
- Mortari, L. (2015). *Filosofia della cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Musaiò, M. (2020). La relazione di aiuto con le persone anziane. In V. Mariani, M. Musaiò (eds.), *Pedagogia, relazione d'aiuto e persona anziana* (pp. 15-36). Roma: Studium.
- Nolan, A., & Molla, T. (2017). Teacher confidence and professional capital. *Teaching and Teacher Education: An International Journal of Research and Studies*, 62(1), 10-18. Elsevier Ltd.
- Paletta, L. et alii, (2019). AMIGO—A Socially Assistive Robot for Coaching Multimodal Training of Persons with Dementia. In: *Social Robots: Technological, Societal and Ethical Aspects of Human-Robot Interaction* (pp. 265-284).
- Perla, L., & Riva, M.G. (eds.) (2016). *L'agire educativo: manuale per educatori e operatori socio-assistenziali*. Brescia: La Scuola.
- Perla, L., & Massaro, S. (2022) Virtual Patient Education Scenarios: Exploratory Step in the Study of Obesity Prevention Through Telemedicine. In: Casalino G. et al. (eds), *Higher Education*

- Learning Methodologies and Technologies Online*. HELMeTO 2021. CCIS, 1542. Cham: Springer.
- Perla, L., & Vinci, V. (2021). La formazione dell'insegnante attraverso la ricerca. Un modello interpretativo a partire dalla didattica dell'implicito. *Annali online della Didattica e della Formazione Docente*, 13 (21), 38-67.
- Perillo, P., et al. (2022). *Editoriale. Pedagogia oggi*, 20(2), 9-17.
- Pinto Minerva, F. (2012). Vecchiaia. Un'età ancora in divenire. In M. Corsi & S. Ulivieri (eds.), *Bambini e Anziani: due stagioni della vita a confronto*. Pisa: ETS.
- Rappaport J., (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3, 1-7.
- Rashbrook, E. (2019). *Health Matters: Prevention - A Life Course Approach*. In <https://ukhsa.blog.gov.uk/2019/05/23/health-matters-prevention-a-life-course-approach/>
- Risling, T., Martinez, J., Young, J., & Thorp-Froslic, & N. (2017). Evaluating Patient Empowerment in Association With eHealth Technology: *Scoping Review*. *J med Internet Res.*, 19(9), e329.
- Rudnicka, E. et al. (2020). *The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing*. *Maturitas*, 139, 6–11.
- Schön, D. (1993). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale* (tr. it.). Bari: Dedalo.
- Vinci, V. (2020). Quale didattica per i docenti in servizio? Il modello di sviluppo professionale DiDasco. In L. Perla (Ed.), *Testimoni di sapere didattico* (pp.153-168). Milano: FrancoAngeli.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*, 15(4), 379-94.
- World Health Organization. Regional Office for Europe (2011). Health at key stages of life: the life-course approach to public health. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349932>
- Zelinsky, S. et alii (2019). Understanding patient engagement in health system decision-making: a co-designed scoping review. *Systematic reviews*, 8(1), 97.
- Zimmerman, M.A. (2000). Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In Rappaport J., & Seidman E. (eds.), *Handbook of community psychology* (43-63). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.