



Modello integrato di salute  
per una Montagna inclusiva  
Modèle intégré de santé  
pour une Montagne inclusive

# SALUTE, INCLUSIONE, CURE DI PROSSIMITÀ

**SPUNTI, NARRAZIONI E RIFLESSIONI  
A CURA DEI PARTECIPANTI AGLI ATELIER  
TRANSFRONTALIERI MISMI**



**Interreg**  
**ALCOTRA**  
**MisMi**  
Fonds européen de développement régional  
Fondo europeo di sviluppo regionale



CENTRE HOSPITALIER  
ALBERTVILLE MOUTIERS



# IL PROGETTO MISMI

## GLI ATELIER TRANSFRONTALIERI

### PERCORSI E TEMI

Gli atelier transfrontalieri sono nati come contenitore del percorso di accompagnamento formativo pensato per gli operatori sociosanitari del progetto MisMi (infermieri, assistenti sociali, animatori, medici, volontari del terzo settore ecc.) che lavorano in Valle d'Aosta e nella regione della Tarentaise. Questi due territori condividono molte caratteristiche a livello geografico e culturale, ma rispondono anche a funzionamenti assai differenti sul piano della gestione sociosanitaria, dell'organizzazione delle cure e delle pratiche di lavoro. Di fatto, gli atelier formativi hanno costituito nell'ambito del progetto la principale occasione di conoscenza e incontro degli operatori dei due territori, in grado di facilitare preziosi momenti di scambio sulle esperienze professionali effettuate e sulle riflessioni che sono nate e si sono sviluppate sul campo.

I sei incontri formativi, che si sono svolti nell'arco di un anno (settembre 2018 - settembre 2019), hanno accompagnato i partecipanti in un percorso variegato sia geograficamente (La Thuile e Aosta in Italia, Bourg Saint Maurice, Chamonix e Moûtiers in Francia) sia dal punto di vista dei contenuti e delle discipline attraversate. A partire da stimoli e sollecitazioni forniti dalla formatrice, il gruppo ha riflettuto intorno ai temi fondamentali del lavoro di cura e di comunità e delle sue rappresentazioni (atelier I), dell'analisi dei bisogni dei destinatari (II), della comunicazione all'interno della relazione di cura (III e IV). Infine (incontri V e VI) ci si è interrogati sul valore delle esperienze effettuate e sulla possibilità di trasmetterle ad altri operatori che in futuro si impegneranno in analoghi progetti, creando infine una sorta di *vademecum* pensato per facilitare l'acquisizione di competenze e la mentalizzazione di esperienze di altri operatori impegnati nell'ambito delle cure di prossimità.

La metodologia adottata ha messo al centro l'apprendimento partecipativo e le capacità di rielaborazione dei partecipanti, chiamati a confrontare i propri modelli interpretativi, a connettere idee, emozioni, risorse, sperimentando un lavoro di rete costruttivo all'interno di esercitazioni e momenti di discussione guidati. A partire dalla condivisione di dati, competenze, storie, materiali ed esperienze i partecipanti sono stati coinvolti in un progressivo processo di messa a fuoco e integrazione del loro operato quotidiano sul territorio.

### IL GRUPPO DI LAVORO



**Nathalie Brulard**, animatrice sociale. Attiva, determinata, rumorosa ma delicata, a Nathalie piace aiutare gli altri e incontrare le persone. Si sente arricchita dai piccoli gesti, ad esempio dai sorrisi che riceve ogni giorno che la stimolano a fare sempre di più.



**Guido Cortivo** è animatore sociale e designer, appassionato di progettazione e realizzazione di interventi artistico-animativi. Uno dei suoi aforismi preferiti è la frase di Albert Einstein: "la mente è come un paracadute, funziona solo se si apre".



**Marina Cugnetto** è nata a Ivrea nel 1991 e si è laureata in Scienze Infermieristiche e Ostetriche a Torino. Dopo la laurea ha lavorato come volontaria in Madagascar; al suo rientro in Italia ha iniziato l'esperienza libero professionale in ambito territoriale e nella clinica privata. Ha collaborato al progetto transfrontaliero e-rés@mont e al Progetto MisMi dall'aprile 2018.



**Jean-Marc Klein**, medico di medicina generale, esercita dal 1986 a Peisey Nancroix nella regione della Tarentaise (Savoie). È Medico di montagna e corrispondente SAMU (Servizio Assistenza Medica Urgente), collabora con la Maison de santé multi sites des versants du Soleil - Aime La Plagne. Incaricato del sistema sanitario nazionale per il servizio di prevenzione delle cadute e del mantenimento a domicilio e in buona salute delle persone anziane.



**Aida Ndoja**, mediatrice interculturale e animatrice polivalente. È albanese e vive in Italia da 21 anni. Grintosa e appassionata, ama intervenire attivamente nel dialogo sociale, favorendolo e rafforzandolo. Ama coltivare la mediazione culturale, gli intrecci fra tradizioni, etnie, lingue e religioni e soprattutto favorire l'incontro tra persone provenienti da realtà diverse.



**Federica Obino** è animatrice polivalente, coordinatrice di servizi di prevenzione e di animazione. Lavora da anni sul territorio valdostano per favorire lo sviluppo e il rafforzamento delle comunità territoriali, promuovendo attivamente il lavoro di rete.



**Marco Ranfone** è nato ad Aosta nel 1994. Si è laureato in Scienze Infermieristiche e Ostetriche a Torino. Libero professionista dal gennaio 2017, ha partecipato al progetto transfrontaliero e-rés@mont e successivamente ha lavorato presso i Centri Traumatologici della regione Valle d'Aosta.

Da Aprile 2019 è entrato a far parte del progetto MisMi.



**Milena Veysendaz** lavora nei servizi di prossimità dal 2004, in qualità di ADQ (Adest di quartiere), comunità. Le piace incontrare le persone, mentre passare ore chiusa in ufficio, seduta davanti al computer, non è il suo modo di lavorare ideale!



**Valentina Vittone** è nata a Casale Monferrato nel 1984. Dopo la Laurea in Infermieristica a Novara nel 2014, ha lavorato per tre anni nel nursing del Regno Unito nell'ambito del NHS, sviluppando un'esperienza che le ha permesso di raggiungere un grande arricchimento personale e professionale. All'inizio del 2018 è tornata in Italia per collaborare, in qualità di Infermiera libera professionista, al progetto MisMi.



**Rossella Bo**, psicologa, psicoterapeuta, collaboratrice dello studio APS di Milano (<http://www.studioaps.it>), formatrice e supervisore di équipe in ambito sociosanitario ed educativo. Ama coltivare molteplici interessi, soprattutto all'incrocio tra letteratura e psicoanalisi, con l'obiettivo di sviluppare il più possibile il pensiero divergente, quello che secondo Gianni Rodari permette di "trovare soluzioni là dove gli altri vedono solo problemi".



Nel corso dell'anno hanno partecipato agli atelier formativi anche **Solange Bonin** (Infermiera – Ausl Vda), **Marie Suzanne Groetzing** (infermiera in pensione, oggi eletta al comune di La Plagne Tarentaise), **Karine Legal** (Coordinatrice sportello servizi e polo gerontologico – Communauté de Communes des Versants d'Aime), **Caroline Marchand-Maillet** (Volontaria dell'associazione Petits Frères de Pauvres), **Niccolò Pernechele** (Infermiere - Ausl Vda) e **Carine Pouliquen** (Coordinatrice sportello informativo e servizi per anziani – Communauté de Communes de Haute Tarentaise, Service Etoile).

Li ringraziamo: in queste pagine è sicuramente presente anche il loro contributo al lavoro del gruppo.

**IL PROGETTO MISMI  
ATTRAVERSO LE  
PAROLE CHIAVE  
SELEZIONATE DAGLI  
OPERATORI  
DURANTE IL  
PERCORSO  
FORMATIVO**

Quali sono state le parole che hanno accompagnato il gruppo di lavoro nel corso del viaggio? Grazie a quale alfabeto, intorno a quali rappresentazioni comuni si è lavorato per identificare buone pratiche da condividere, da quali percorsi di senso hanno preso le mosse le proposte metodologiche e operative da sviluppare in futuro?

In questa **mappa concettuale fortemente interconnessa** si possono vedere raccolte alcune **parole chiave** fra le più significative, quelle attorno a cui si è sviluppata la riflessione del gruppo. Sono parole evocative, parole-contenitore che

hanno funzionato da filo rosso nelle esperienze quotidiane a contatto sia con i destinatari delle cure di prossimità, sia con le organizzazioni e gli enti che si propongono di attuarle e che costituiscono il contesto allargato al cui interno l'intera comunità opera.



Le parole chiave qui riportate e selezionate dal gruppo, unitamente ai contenuti che esse generano, non sono in nessun modo esaustive rispetto alla ricchezza e alla complessità del progetto, ma intendono rappresentare i nodi intorno ai quali le riflessioni dei partecipanti hanno trovato punti di ancoraggio e di confronto. Nel percorso che abbiamo compiuto si sono messe da subito in luce le **criticità** che rischiavano di compromettere lo sviluppo delle esperienze: *in primis* quelle connesse al piano della **comunicazione**, sempre da costruire, sempre da ripensare, che si trattasse di integrare il lavoro di operatori appartenenti a contesti geografici, culturali e professionali diversi, di facilitare la traduzione di linguaggi (amministrativo, sanitario, sociale, quotidiano...), di far interagire livelli di funzionamento differenti (orizzontale, verticale, gerarchico...), di definire regole e norme. In altre occasioni, invece, è venuto a galla la **volontà di scoprire analogie e peculiarità delle varie metodologie di lavoro**, che emergevano dalle storie raccolte e dalla progressiva definizione di sistemi di valori significativi. **Un percorso ricco, denso, in cui la fatica principale ha coinciso con la necessità di fare i conti con la grande quantità di cose da dire e da fare e l'esiguità del tempo e delle risorse a disposizione.**

In sintesi, il perfetto rispecchiamento delle condizioni di

lavoro di chi opera in ambito sociosanitario, ma anche un interessante laboratorio protetto per sperimentare le proprie capacità di confronto e ascolto.

### SCOPERTA: UN VIAGGIO TRA BISOGNI E RISORSE

Un progetto che si pone come obiettivo "la sperimentazione di modelli innovativi di servizi di prossimità capaci di apportare un reale miglioramento nel welfare sociale e sanitario del territorio", al fine di provare a rispondere "alle esigenze delle popolazioni transfrontaliere che, per le caratteristiche di frammentazione e dispersione proprie del contesto rurale e montano in cui vivono, hanno difficoltà nell'accesso alla rete di servizi", non può che partire dalla **costruzione di una conoscenza attuale e profonda dei contesti**. Una conoscenza che si declina quotidianamente negli incontri, negli scambi, una conoscenza generativa di modelli operativi, relazioni, reti.

Se **scrivere** il progetto MisMi ha implicato la capacità di raccogliere e organizzare in modo efficace informazioni, risorse e competenze, **viverlo** ha implicato accettare di partire per un viaggio di (ri)scoperta di se stessi e degli altri, dei territori, delle case, degli strumenti, dei linguaggi. Ha implicato la capacità di farsi conoscere e riconoscere, di mettersi costantemente in gioco a più livelli, di saper attivare costantemente la creatività e il pensiero laterale. Realizzare MisMi, nel senso di renderlo reale e tangibile per i destinatari coinvolti, ha implicato un uso organizzato delle risorse, distribuite tra analisi e lettura dei bisogni, azioni, riflessioni condivise, costante individuazione e correzione dei problemi, vissuti come oggetti di ricerca, preziosi indicatori di rotta in un viaggio che ha tre grandi ostacoli da fronteggiare: lo spazio (un territorio – al di qua e al di là delle Alpi - vasto, complesso, articolato, con strade tortuose e lunghe da percorrere), il tempo, che sempre scarseggia e incalza e la continuità (cosa rimane dopo il progetto? quali sono le garanzie di durata dei risultati ottenuti?).

Con linguaggi, obiettivi e competenze diverse, gli operatori hanno sperimentato nuovi approcci e modalità di lavoro, con risultati che sono diventati via via più efficaci e soddisfacenti.

Vediamoli man mano, a cominciare da un affondo sul lavoro di mappatura.

## SUL TERRITORIO: LA MAPPATURA. GLI ANIMATORI DI COMUNITÀ SI FANNO (RI) CONOSCERE

*Gli animatori hanno macinato  
circa 600 km/mese  
su strade di montagna, il che  
coincide con un cospicuo  
investimento di tempo*

**Il lavoro di mappatura del territorio**, per quanto costituisca un prerequisito imprescindibile in questo tipo di progetti (in quanto permette di evidenziare criticità e risorse, bisogni e problemi del territorio stesso) **non è mai facile**. Per realizzarlo occorrono **competenze trasversali di comunicazione** (per fare un esempio, risulta preziosa la conoscenza del patois, in Valle d'Aosta) **e di contatto con le persone, oltre che la disponibilità a essere costantemente in viaggio**.

I numeri civici delle abitazioni che si devono raggiungere alcune volte non sono segnalati, bisogna camminare parecchie ore in salita e discesa prima di trovare la casa o il luogo che si sta cercando. **È molto utile provare a comunicare con le persone che sono già in contatto con l'esterno, per esempio nel giardino, alla finestra o sui balconi**. Molte volte le persone dicono che non hanno tempo o bisogno di niente, in altri casi si dimostrano interessati e socievoli e a volte invitano gli animatori a entrare in casa e a sedersi con loro con calma, per un incontro più lungo ed esauriente.

**Primo obiettivo della fase di mappatura è far conoscere il servizio, gli operatori e i numeri di riferimento da contattare. Secondo obiettivo è la rilevazione dei bisogni e la conoscenza di situazioni che possano richiedere un ulteriore intervento**. La presenza dell'animatore di comunità sul territorio, **riconoscibile anche grazie a una spilla con il logo del progetto e al relativo tesserino di riconoscimento** (indispensabili anche per contrastare la naturale diffidenza delle persone, soprattutto se anziane, nei confronti degli estranei) crea negli abitanti a volte fastidio a volte rassicurazione e felicità. **Alcuni abitanti dicono che già il semplice fatto di lasciare il volantino**



[www.montagnainclusa.it](http://www.montagnainclusa.it)  
011 8111111111 - 01111 8111111111 - 011111 8111111111

MiSM è un progetto di cooperazione transfrontaliera Italia-Francia che integra servizi sociali e sanitari integrati di prossimità con obiettivi di coesione e sviluppo delle zone di montagna e riduce la disuguaglianza di salute.



**vicino al telefono, con indicati i contatti degli animatori, dà loro una maggiore tranquillità e lenisce il loro senso di isolamento**.

In molti casi per queste persone è difficile chiedere aiuto, per ragioni personali e culturali o semplicemente perché si sono già scontrate con mille difficoltà nella vita senza avere supporto da nessuno. Tuttavia, se si riesce a entrare in contatto e a costruire un primo link, l'animatore può lavorare per far diminuire la possibile vergogna, la paura o le resistenze nei confronti dei servizi.

La giornata tipo di un animatore inizia verso le otto, orario in cui ci si reca presso lo sportello sociale o la sede della cooperativa per iniziare la raccolta delle informazioni necessarie alle uscite sul territorio. Con l'auto di servizio e in compagnia di un animatore di supporto si parte alla volta della destinazione prescelta per iniziare il lavoro di mappatura.

*Questa mattina è prevista la visita di alcune frazioni del Comune di \*\*\* nella valle del Grand St. Bernard nella Comunità Montana Grand Combin. Gli animatori hanno in precedenza chiesto al Comune un elenco dei capi famiglia con i rispettivi numeri civici di residenza.*

*Normalmente un operatore, con l'aiuto del volantino MiSMi, suona alla porta dell'abitante e cerca di spiegare in maniera diretta il servizio e i suoi obiettivi principali.*

**Risulta importante in questa fase non essere troppo invasivi, rimanere a una buona distanza nella prima fase del colloquio, specificare che non si è venditori porta a porta, che non si fa parte di gruppi religiosi e con non si richiede denaro, evidenziando invece da subito gli attori principali del progetto, Ausl e Sportello Sociale.**

*Si comunica la collaborazione diretta con il Comune di residenza dell'interessato e con l'avvenuta comunicazione alle forze dell'ordine, anche sul volantino sono specificate le informazioni di base come la gratuità e l'esposizione del tesserino di riconoscimento oltre alla possibilità di richiedere telefonicamente le informazioni in merito al servizio di Sportello Sociale.*

**Questo tipo di approccio è importante per limitare la diffidenza della popolazione rispetto all'estraneo che si reca a domicilio. Nelle aree montane la diffidenza rispetto alle persone che non parlano il dialetto o che non hanno cognomi tipicamente valdostani è anche maggiore che altrove.**

*Dopo il primo approccio di esposizione del servizio e la consegna del volantino a mano l'animatore cerca*

di interagire con l'abitante formulando domande che possano far emergere in maniera esplicita o implicita i possibili bisogni o difficoltà. Il secondo animatore svolge un prezioso ruolo di supporto e di osservazione e al termine del colloquio raccoglie le informazioni ricevute.

Nel pomeriggio si raccolgono i dati raccolti e si compila lo strumento DIM (Diario Interventi Mensili).

**(Federica, Guido, Milena, Nathalie, Aida)**



Nel corso dei primi incontri di formazione è stato dedicato ampio spazio **all'analisi delle rappresentazioni** che i partecipanti avevano del progetto, dei propri contesti di appartenenza e dei bisogni dei destinatari del progetto, oltre che **all'esplicitazione dei loro vissuti** riguardo all'esperienza che stavano vivendo. Il confronto ha evidenziato da un lato la ricchezza insita nell'affrontare un lavoro sperimentale che avrebbe permesso loro di scoprire aspetti nuovi della professionalità di ciascuno e di mettere in gioco le proprie capacità creative e di lettura dei contesti, dall'altro la necessità di non dare nulla per scontato, la fatica correlata alla mancanza di regole univoche ed esplicite nella gestione dei casi e dei contesti, la pressione delle aspettative e il rischio di deluderle e così via.

Gli operatori hanno dovuto fare i conti da un lato con l'idealizzazione (si tratta di un lavoro altamente innovativo, con strumenti efficaci e la volontà di proporre nuovi modelli di intervento ecc.) dall'altro con la tendenza alla svalutazione (non ci sono regole chiare, non funziona nulla, non abbiamo tempo, non abbiamo risorse...). Da qui

l'importanza della creazione di un **gruppo di lavoro** che, con l'obiettivo dello scambio formativo e del confronto metodologico, potesse anche fungere da **contenitore per le tensioni e le criticità generate da un tipo di lavoro sfidante e complesso**.

Potremmo sintetizzare così (in ordine di emergenza, non di importanza) alcuni dei principali *percorsi di scoperta* del gruppo.

**La necessità di imparare a leggere e rintracciare, oltre ai bisogni espliciti dei destinatari, anche quelli impliciti**, sommersi, che risultano spesso enormemente significativi. Oltre alla salute in senso fisico, ad esempio, la solitudine, la paura, la vergogna, l'incapacità di tradurre in conoscenza reale i linguaggi difficili della medicina e della burocrazia ecc.

**Il bisogno di strategie necessarie a intercettare i cosiddetti "invisibili"**, le persone che sfuggono all'attenzione dei vicini, degli operatori, grazie alla creazione di reti, mappature, sollecitando un'attenzione più accurata in potenziali alleati (il postino, il farmacista...), moltiplicatori preziosi per le informazioni e la conoscenza dei territori.

**L'importanza, mai abbastanza sottolineata, di riservarsi un tempo per pensare:** fermarsi a riflettere non è mai tempo perso! Anche scrivere aiuta molto: la scrittura (anche quella "formale", obbligata di report, diari, relazioni...), sia individuale sia condivisa, è un ottimo supporto al pensiero.

**Il potere dell'ascolto:** quanto è importante saper ascoltare le persone, quanto sollievo può offrire un buon ascoltatore, attento e non giudicante? In molti casi gli utenti espongono le proprie difficoltà (in ambito personale, nei rapporti con i familiari ecc...) non per avere una soluzione, ma per condividere un peso che sentono schiacciante. La disponibilità a un buon ascolto, anche silenzioso, può generare cambiamenti significativi nel carico quotidiano delle persone e nel loro futuro.



**L'importanza di un accurata valutazione dei “rischi professionali” degli operatori e delle difese attivate come risposta alla fatica e all'emergere di vissuti negativi.**

Citiamo a titolo di esempio:

**vissuti ricorrenti** ---> sensazione di carico eccessivo, stanchezza, solitudine, rabbia, insoddisfazione, mancanza di riconoscimento...

**difese attivate** ---> onnipotenza, idealizzazione, svalutazione, evitamento...

**rischi** ---> agiti, abbandono, burn out



## **RELAZIONI: COMUNICAZIONI, ESPERIENZE, INCONTRI**

La comunicazione è uno degli ingredienti fondamentali di ogni incontro, ed è alla base della possibilità di instaurarsi di relazioni sufficientemente buone, comprese quelle di cura. Negli atelier si è molto riflettuto su questo tema, approfondendo in particolare la cosiddetta **alfabetizzazione nell'ambito della salute** (*Litteratié en Santé*) con riferimento alla capacità che le persone hanno di reperire, comprendere e utilizzare le informazioni relative alla salute, al fine di migliorare il proprio benessere psicofisico e la propria autonomia nel prendersi cura di sé. Ci sono molti materiali multimediali sul tema a disposizione degli operatori sul web, ma tutti concordano nel sottolineare – in generale, ma soprattutto quando si offrono informazioni di carattere sociosanitario a persone anziane o in difficoltà e in genere con un livello di alfabetizzazione medio basso – l'assoluta necessità di utilizzare **un linguaggio fortemente orientato al destinatario**, corretto ma semplice e pienamente comprensibile.

Alla luce di queste considerazioni sono stati analizzati negli atelier molti dei volantini a tema sociosanitario prodotti nei territori protagonisti del progetto, evidenziandone pregi e difetti, sia sul piano dei contenuti, sia sul piano grafico.

Il principio guida rimane quello dell'**accessibilità**: meglio dire meno cose, più chiare e precise possibili, puntando sulle informazioni principali e sull'offerta di contatti personali ben riconoscibili, in grado di offrire eventuali approfondimenti. Importante associare al linguaggio verbale (orale e/o scritto) immagini gradevoli e facili da memorizzare, senza troppi dettagli ma eloquenti. Utile l'adozione della riformulazione e del cosiddetto metodo *teach-back*, che prevede di chiedere al nostro interlocutore di ripetere con parole sue quanto gli abbiamo detto, per

verificarne la comprensione e il ricordo. Importante anche usare misure di grandezza (dimensioni, tempo...) ben comprensibili, che aiutino gli utenti a rappresentarsi in modo corretto le cose: banalmente, se devo prendere un cucchiaino di sciroppo per la tosse devo esser certo che si tratti di un cucchiaino da minestra e non da tè, o viceversa... Tra le domande fondamentali che gli operatori devono porsi, oltre a quelle relative all'effettiva comprensione delle loro comunicazioni da parte degli utenti, ci sono quelle che riguardano modi, tempi e spazi in cui le comunicazioni stesse avvengono. Soprattutto se si tratta di comunicazioni che possono risultare delicate per i destinatari e per la relazione, è sempre meglio chiedersi **CHI DICE COSA A CHI** (a tu per tu? con la presenza di un familiare?), **QUANDO** (quale può essere il momento più adatto?) **E DOVE** (anche il setting ha la sua importanza), ed esser certi di avere in mente tutte le risposte.

## **CHI BEN COMINCIA (A COMUNICARE) È A METÀ DELL'OPERA. UN ESEMPIO: L'ARRUOLAMENTO DEGLI UTENTI AL PROGETTO**

Usiamo come esempio di riflessione sulla comunicazione le *telefonate di reclutamento* che gli infermieri del progetto MisMi si sono impegnati a effettuare, nei territori di loro competenza, al fine di contattare e “arruolare” il più ampio numero di utenti possibile, ovviamente selezionati in accordo con il medico di base che le ha in carico e in base non all'età (anche se la stragrande maggioranza dei pazienti ha un'età compresa fra i 65 e i 90 anni) ma alle **patologie a rischio definite dal progetto** (scompenso cardiaco, DM2, BPCO, HTA).

Si tratta di un'operazione delicata e strategica, per effettuare la quale sono stati selezionati due **metodi di arruolamento**:

- 1) il medico seleziona i pazienti da arruolare, presenta e spiega loro il progetto e successivamente l'infermiere/a stabilisce l'agenda di incontri (questo metodo, ovviamente, semplifica molto il compito degli infermieri)
- 2) l'infermiere/a scarica una lista di pazienti da un programma in uso dal medico di medicina generale (Millewin) e contatta direttamente i pazienti, spiegando loro il progetto e ottenendo la loro disponibilità a partecipare; il contatto si dovrebbe concludere con la definizione di un incontro.



**È ovvio che in questo secondo caso le telefonate, e quindi la strategia comunicativa adottata dagli infermieri, hanno un ruolo fondamentale.** Lasciare queste comunicazioni al caso può essere rischioso in termini di *redemption* positiva: le persone che non hanno mai visto in faccia gli infermieri (quindi in assenza di un rapporto di fiducia consolidato, come dovrebbero avere ad esempio con il medico) e non sono a conoscenza del progetto MisMi potrebbero non concedere la loro disponibilità. Come limitare quindi la dispersione degli utenti, lo spreco di risorse, la frustrazione degli infermieri? Un buon sistema è quello di creare un **copione condiviso** dai membri dell'équipe (infermieri, medici), un testo di base flessibile ma strutturato nello stesso tempo, che aiuti gli operatori nella conduzione della telefonata. Ecco alcuni esempi di telefonate tratti dall'esperienza degli infermieri del progetto, a partire dai quali, come si vede, è possibile lavorare per elaborare strategie comunicative più efficaci. Potrebbe risultare molto utile, prima di iniziare la fase di reclutamento vera e propria, effettuare alcuni *role playing* in équipe sul tema della telefonata, magari con l'aiuto di un osservatore esterno con funzione di terzo (per esempio un animatore esperto di comunicazione).

#### Legenda

evidenziato in rosso: **da evitare**

evidenziato in verde: **ok, da utilizzare senz'altro**

evidenziato in arancione: **integrazioni o suggerimenti**

1.

- Buongiorno, parlo con il/la signor/ra AB?

Mi chiamo \*\*\* e sono un'infermiera che collabora con il suo Medico di Medicina Generale, il/la Dott./Dott.ssa \*\* nell'ambito di un progetto dell'USL rivolto a coloro che hanno patologie croniche, nello specifico ipertensione, diabete mellito, scompenso cardiaco e **BPCO**. **NB: usare termini comprensibili, BPCO è troppo tecnico. Inoltre: si potrebbe aggiungere: il Dottore mi ha segnalato il suo nominativo perché...**

- In questo progetto organizzo degli incontri nell'ambulatorio di \*\*\* oppure al domicilio con coloro che hanno una o più di queste patologie, per vedere insieme com'è la gestione della patologia a domicilio. **È una spiegazione sufficiente? risulta convincente? Che riscontro avete? Potrebbe essere preferibile parlare di salute invece che di patologia?**

- Lo scopo di questi incontri è fare promozione della salute per prevenire le potenziali complicanze delle malattie.

Durante l'incontro misuro anche i parametri vitali (**meglio dire quali sono**), oltre a peso altezza e circonferenza vita e parliamo un po' anche di corretta alimentazione e attività fisica.

- Se le può interessare le offrirei un appuntamento.

**Da condividere in équipe: come rispondono gli utenti?**

2.

-Buongiorno! Parlo con la signora \*\*?

-Mi scusi per il disturbo, sono \*\*\*, l'infermiere che collabora con il Dr. \*\*\*.

-La contatto in quanto stiamo (**con chi?**) **chiamando tutti gli utenti del Dr. \*\*\* per effettuare delle visite di controllo nell'ambito DI UN PROGETTO DI (della) prevenzione sanitaria (spiegherei meglio: mi farebbe piacere spiegarle di che cosa si tratta se lei è d'accordo, sono questioni che possono essere di grande importanza per la sua salute...)**

-Durante le visite, di solito effettuiamo una rilevazione della pressione, un controllo dei battiti del cuore e del respiro. Inoltre, parliamo con le persone di **buoni stili di vita, (non è detto che sia comprensibile, troverei una parafrasi più ampia...), dell'importanza dell'attività fisica e delle condotte alimentari corrette (idem come sopra), in base alle esigenze (condizioni di salute?) delle persone che incontriamo.**

→ **Forse può essere utile che passi l'idea di un incontro taylor made, tagliato su misura rispetto alle esigenze del paziente... come si può suggerire questa cosa?**

-Ricevo gli utenti a \*\*\*\* presso l'ambulatorio del Dr. \*\*\*, **possiamo fissare un colloquio quando le viene più comodo. Possiamo concordare l'orario insieme.**

-Perfetto, allora la segno per giovedì 20 luglio alle ore 14.00 presso l'ambulatorio del Dr.\*\*\*. **Grazie per la disponibilità! Mi farà piacere incontrarla! Buona giornata**

3.

-Buongiorno è possibile parlare con il Sig. \*\*\*?

-Sono un'infermiera dell'AUSL della Valle d'Aosta, collaboro con il Dr. \*\*\*, mi occupo di malattie croniche (**ovvero?**) e con il suo dottore abbiamo deciso di chiamarla per un incontro conoscitivo (**perché mai? un utente potrebbe preoccuparsi molto, se non si dice qualcosa del progetto...).**

-Sarà un incontro veloce dove faremo due parole e per conoscerci meglio le farò alcune domande sulle sue malattie sulla sua salute, le misurerò la pressione e poi la lascerò andare. Aggiorniamo la sua cartella, non la

tratterò moltissimo.

*La sensazione è che si dia per scontato che per gli utenti sia una scocciatura poco significativa... se questa sensazione passa è difficile che siano disponibili... In fondo, la pressione me la misura anche il dottore, il farmacista... che senso ha fare un incontro in più? Qual è il valore aggiunto?*

**(Marina, Valentina e Marco)**

**Importante condividere tra operatori, e rendere il più possibile omogenea, sulla base delle esperienze effettuate, anche la strategia successiva alla telefonata.**

Ad esempio, se l'utente è interessato va tutto bene e si fissa l'appuntamento; se però dice che al momento non ha molto tempo viene richiamato o no? se chiede di essere richiamato perché al momento è occupato lo si richiama; se invece dice che richiama per fissare un appuntamento, ma poi non lo fa, viene ancora richiamato? Anche in questo caso è importante esplicitare e condividere i criteri di scelta.

Veniamo al passo successivo: i primi incontri con gli utenti. Anche qui il testo prodotto dagli infermieri del progetto MisMi funge da spunto di riflessione sulla metodologia adottata per costruire una buona relazione di cura. La legenda è analoga alla precedente.

*Gli incontri possono essere individuali oppure a coppie, in ambulatorio o a domicilio (quali vanno meglio e perché?).*

*Impostazione dell'incontro in generale:*

*- presentazione e accoglienza (di solito come va? quali sono i passaggi critici o le modalità più funzionali?? meglio esplicitarle. Cosa si intende per "accoglienza"?)*

*- in genere chiediamo di raccontarci come hanno scoperto di avere la patologia di cui soffrono e come la gestiscono (che cosa facilita il racconto? le persone parlano volentieri?)*

*- domande mirate, per esempio sull'aderenza terapeutica, sull'automisurazione dei parametri, sulla qualità del sonno, ecc. (come le formulate? che tipo di linguaggio utilizzate?)*

*- indagine sulle abitudini alimentari con supporto della scheda plastificata della piramide alimentare, scheda sull'utilizzo del sale o salini dimostrativi, domande su chi fa la spesa e cucina (che tipo di immagini utilizzate? magari foto fatte da voi ai vostri materiali? al vostro kit portatile?)*

*- indagine attività fisica (come rispondono? che riscontri avete? fate proposte?)*

*Raccolta parametri: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione ossigeno, peso, altezza, circonferenza vita.*

*Glicemia: In alcuni casi vediamo i pazienti troppo vicino alla colazione e non sarebbe appropriato (non vengono date indicazioni prima?), se invece hanno un quaderno preciso (gli dite di portarlo se vengono in ambulatorio?) dopo aver appurato che sanno rilevare il parametro e che hanno la macchinetta prevista collezioniamo quei dati. Per gli altri diabetici facciamo la rilevazione, segnando se hanno mangiato qualcosa nelle ultime ore. Misuriamo la glicemia anche in persone in sovrappeso, con familiarità, con valori degli ematochimici border.*

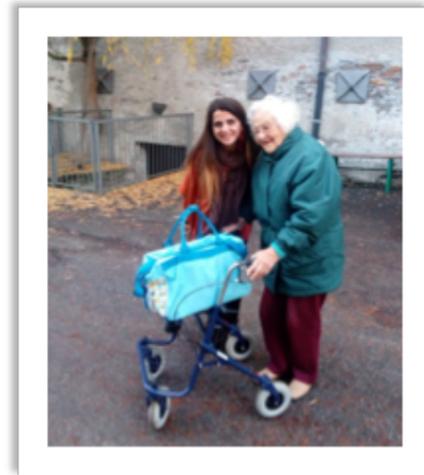
*Abitudine al fumo: Durante l'incontro cerchiamo di rafforzare le abitudini corrette, di spiegare cos'è che fa male e perché, cerchiamo anche di dare qualche alternativa e insieme con il paziente si prova a decidere cosa si potrebbe cambiare per la volta successiva. (come rispondono i pazienti? hanno voglia di parlare? è un tema faticoso?)*

*Strumenti più utilizzati: schede plastificate piramide alimentare, attività fisica, consumo del sale, carta del rischio cardiovascolare, fogli della piramide alimentare da consegnare alla persona, contapassi, brochure MisMi degli animatori di comunità*

COSA CAMBIA	
NEGLI INCONTRI AMBULATORIALI	NEGLI INCONTRI A DOMICILIO
<ul style="list-style-type: none"><li>● ambiente neutro</li><li>● incontri più rapidi</li><li>● confronto diretto con altre figure professionali</li><li>● minor costo per operatori</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● incontri più lunghi</li><li>● possibilità di valutare il contesto di vita del paziente</li><li>● minori risorse (materiali a disposizione)</li><li>● possibilità di definire obiettivi in base alle risorse realmente in possesso dal paziente</li><li>● minor costo per utenti</li></ul>

**Molto importante anche valutare la collaborazione con gli animatori di comunità:** nei casi in cui per i pazienti si rendesse necessario un sostegno sociale oltre che infermieristico, si prova a stabilire un contatto con l'animatrice presente sul territorio (riunioni di presentazione dei casi e dei bisogni eventualmente rilevati). È quello che accade nella storia che segue.

**(Marina, Valentina e Marco)**



### **TANTE STORIE. L'IMPORTANZA DI NON SENTIRSI SOLI**

Contrastare la solitudine delle persone che vivono in contesti geograficamente isolati o che per motivi vari non fanno parte (o non si sentono parte) della comunità che li circonda è uno degli obiettivi del progetto, fra i più delicati e difficili da raggiungere. **Gli animatori di comunità sono le figure deputate a costruire o ricostruire ponti, reti, incontri, a percorrere strade, a tessere o a "rammendare" strappi del tessuto sociale e dei legami familiari**, grazie alla loro presenza sollecita e ai molti progetti educativi e ludico aggregativi proposti a livello locale, anche grazie alla preziosa collaborazione di enti, associazioni, cittadini. Le storie raccolte nel corso delle loro giornate di lavoro sollecitano riflessioni e permettono un'osservazione ravvicinata di ciò che costituisce il delicato, importantissimo ordito delle relazioni intersoggettive.

*Elda (86 anni) arriva ad aprire la porta, ci accoglie con disponibilità ma ci fa capire che ha problemi di udito e chiama il marito. Luigi (84 anni) è un signore di una certa stazza che con fare amichevole ricambia il nostro sorriso*

*e si appresta ad ascoltarci.*

*Luigi è palesemente contento della nostra visita*

*- In questa frazione- dice – non capita spesso che arrivi qualcuno a trovarci, una volta vivevano qui una quarantina di famiglie, ora siamo rimasti in otto residenti.*

*- Falli entrare – lo sprona Elda in patois- non lasciare gente sull'uscio!*

*Il marito prontamente esegue.*

*- Venite, se non avete fretta, entrate un momento così parliamo con calma da seduti.*

*- Noi abbiamo tempo, ma non vorremmo disturbare, avete già apparecchiato la tavola!*

*Elda passa velocemente dai fornelli alla tavola e sposta i piatti.*

*- Nessun disturbo – sottolinea Luigi – vi ho detto ci fa piacere, non viene mai nessuno...*

*Ringraziamo dell'accoglienza ed entriamo. Ci sediamo intorno al tavolo.*

*Luigi nota il cognome dell'animatore sul tesserino e immediatamente gli chiede:*

*- Sei parente di \*\*\*? Lo conoscevo bene andavamo a caccia insieme.*

*Si parla della vita di tutti i giorni, dei legami familiari, delle possibili reti di supporto, delle difficoltà quotidiane della vita in ambiente montano di una coppia anziana in cui anche la semplice spesa o il pagamento di una bolletta richiedono spostamenti in auto significativi. La vita a contatto con la montagna favorisce la calma, la tranquillità e la possibilità di coltivare l'orto o i fiori. La natura fornisce sia cibo che bellezza e un tempo da impiegare all'aperto.*

*- Siamo ben contenti di avervi conosciuti – ci assicura Luigi al momento di salutarci – per ora ci arrangiamo ma è utile sapere che possiamo chiamarvi, mi raccomando tornate a trovarci!*

**(Federica, Guido, Milena, Nathalie, Aida)**

I bisogni rilevati nel corso degli incontri vengono poi suddivisi in sette categorie (sanitari, compagnia/relazionali, aiuto pratico, informativi, economici, disbrigo pratiche burocratiche/segnalazione), mentre gli interventi correlati sono suddivisi in tredici categorie (accompagnamento sanitario, compagnia/ascolto, accompagnamento generico, informativo/promozione, informativo aiuti

economici, accompagnamento burocratico, commissione senza utente, pratico domiciliare, monitoraggio, visita domiciliare con altre figure professionali, invio ai servizi, riunioni/incontri/aggiornamenti, mappatura).

### **ACCOMPAGNARE ALLA MORTE: UN'ESPERIENZA DI PRESA IN CARICO PLURIPROFESSIONALE IN MONTAGNA**

Com'è noto, il lavoro di équipe è fondamentale in ambito sociosanitario. Il **bisogno di contrastare l'isolamento sperimentato dai destinatari del progetto è speculare, per così dire, al bisogno degli operatori di fronteggiare in modo integrato situazioni complesse, che richiedono spesso competenze professionali diversificate.** Trattandosi di una popolazione target di persone anziane, fra i vari compiti che gli operatori si trovano ad affrontare c'è anche quello, delicatissimo, dell'accompagnamento a fine vita di persone per cui è preferibile – per vari motivi, anche di natura logistica – rimanere fino all'ultimo nel conforto della propria abitazione. Si tratta di un intervento complesso, che richiede l'attivazione di molti professionisti e la presenza di una regia attenta, come leggiamo nel testo proposto dal Dr. Jean-Marc Klein, uno dei membri del gruppo di lavoro.

*Nell'ottobre 2019, nella zona di Peisey Nancroix, abbiamo effettuato un accompagnamento a fine vita per una paziente che da anni era seguita per una patologia cardiaca che era andata scompensandosi progressivamente, senza che vi fosse una soluzione terapeutica efficace.*

*La paziente era in carico a un medico di medicina generale (libero professionista) di primo intervento, che collaborava con un'équipe di infermiere, sempre del settore privato. La famiglia e la paziente vivevano in una piccola baita isolata a 1500 metri di altitudine; l'ospedale più vicino si trova a 20 km.*

*Gli assistenti sociali, su richiesta del medico, avevano eseguito un bilancio sociale a domicilio, in cui prevedevano un'assistenza personalizzata gestita dall'associazione ADMR, un servizio pasti a domicilio e qualche ora di pulizie a cura della previdenza sociale: questa opzione non viene accettata dalla paziente e dalla famiglia.*

*La paziente rifiuta sia di andare all'ospedale sia la maggior parte dei trattamenti che le vengono proposti: vuole assolutamente restare a casa fino alla fine dei*

*suoi giorni. In assenza di altre direttive, considerata la situazione, il medico sarebbe obbligato a prevedere un'ospedalizzazione e il ricorso alle cure d'urgenza (SAMU) in caso di aggravamento. Per evitare questa soluzione, si è deciso di convocare una riunione a casa della signora, con lei, con tutti componenti della famiglia, le infermiere e il medico, per stabilire una strategia condivisa. In questa occasione si è deciso di comune accordo di non ospedalizzare la paziente.*

*La signora era assistita nel quotidiano da una delle sue figlie, un'assistenza che risultava molto faticosa sul piano psicologico e che richiedeva alla figlia una grande dose di pazienza. Il medico curante prende allora contatto con una psicologa libera professionista che conosce bene la situazione delle cure palliative e delle problematiche di fine vita (per queste cure non si prevede un rimborso). Il sostegno psicologico è proposto sia alla paziente, sia all'équipe dei curanti e agli aiutanti. Le infermiere effettuano un passaggio giornaliero per l'assistenza, le cure preventive relative al decubito e il controllo clinico, nonché la somministrazione dei farmaci. Un'équipe di fisioterapisti di prossimità (liberi professionisti) prende in carico le cure per effettuare terapie di mobilizzazione dolce e drenaggio e massaggi di conforto. Le cure palliative orientate a una progressiva sedazione permettono di accompagnare la paziente alla morte con dolcezza.*

*Gli elementi più significativi del caso qui presentato sono:*

- l'esistenza di un tessuto medicosociale organizzato e di un coordinamento di qualità*
- l'esistenza di un legame pluriprofessionale forte, basato sulla comunicazione e interconnessione fra i singoli attori e sulle riunioni di concertazione*
- l'ascolto del paziente e dei suoi familiari, la capacità di stabilire direttive condivise, le risorse economiche e umane che consentono di assicurare la continuità dei servizi trasformandoli in vere e proprie reti operative.*

**(Dr Jean-Marc Klein, MMG a Peisey Nancroix)**

### **LA STORIA DI F. UN ESEMPIO DI COLLABORAZIONE TRA INFERMIERA E ANIMATORE DI COMUNITÀ**

Sempre a proposito di integrazione virtuosa fra ambito sociale e sanitario, vediamo un caso in cui si è presentata la necessità di una presa in carico pluriprofessionale, a

partire da una segnalazione reciproca fra animatori e infermieri di un caso critico.

*F. ha circa 40 anni e risiede con la madre in un piccolo comune della Valle d'Aosta lontano dai servizi territoriali e poco servito dai trasporti. La donna vive con la madre in una condizione di isolamento relazionale. È una persona fragile che necessita di un sostegno psicosociale di media intensità. Non è in grado di valutare le proprie condizioni sociosanitarie e su questo fronte la madre non è un sostegno, tanto che gestisce le cure farmacologiche definite dal medico in modo inappropriato. Dopo un lungo periodo di malessere, F. viene ricoverata in ospedale a seguito di una grave difficoltà respiratoria con conseguente scompenso cardiaco. Dopo le dimissioni, visto il background socioculturale, si è considerata la necessità di attivare delle figure di sostegno per F.*

*L'animatrice di comunità che era già in contatto con la donna ha individuato nell'infermiera del progetto MisMi un valido supporto post ricovero. Gli incontri avvengono presso il domicilio di F. alla presenza di entrambe le figure professionali (infermiera e animatrice) che hanno definito bisogni e obiettivi in collaborazione con F. e la madre. Sono state affrontate problematiche sia sociali sia sanitarie.*

*Da un punto di vista sociale è importante che F. sviluppi relazioni significative nel suo contesto di appartenenza, cercando di uscire dall'isolamento grazie alla partecipazione ad attività ricreative sul territorio propiziate dall'animatrice. Si delinea anche la necessità di monitorare la relazione madre/figlia che appare invischiante e soffocante, affinché gli operatori si relazionino con F. senza l'intromissione della madre. Una strategia adottata è stata quella di condividere con lei gli obiettivi alla presenza congiunta degli operatori al domicilio, in modo tale che la donna, non sentendosi esclusa, possa rivelarsi un valido alleato nel percorso rieducativo di F. L'intervento dell'animatrice ha favorito lo sviluppo di una buona relazione tra l'infermiera e la paziente, in modo da consentire l'attuazione di un intervento pensato e cucito sulle esigenze di F.*

*Il percorso sanitario ha preso le mosse dalla comprensione e accettazione da parte di F. delle sue condizioni cliniche. In seguito sono stati individuati i bisogni e concordati con la paziente gli obiettivi, relativi agli stili di vita, alle modalità di assunzione della terapia, alla relazione con la madre, alla gestione di eventuali riacutizzazioni. Il lavoro ha integrato un progetto precedentemente iniziato*

*dall'UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale della Disabilità), in cui il percorso sanitario ha rivestito una parte fondamentale. In accordo con il gruppo di lavoro si è stabilito di garantire il sostegno a F. sul fronte sanitario oltre i termini previsti da progetto, individuando figure che possano proseguire con lei le attività iniziate. Durante i colloqui periodici con F. vengono rivalutati gli obiettivi precedentemente fissati (monitoraggio del peso, controllo pressorio, ecc.) e ad oggi la compliance risulta buona.*

**(Nathalie e Marina)**

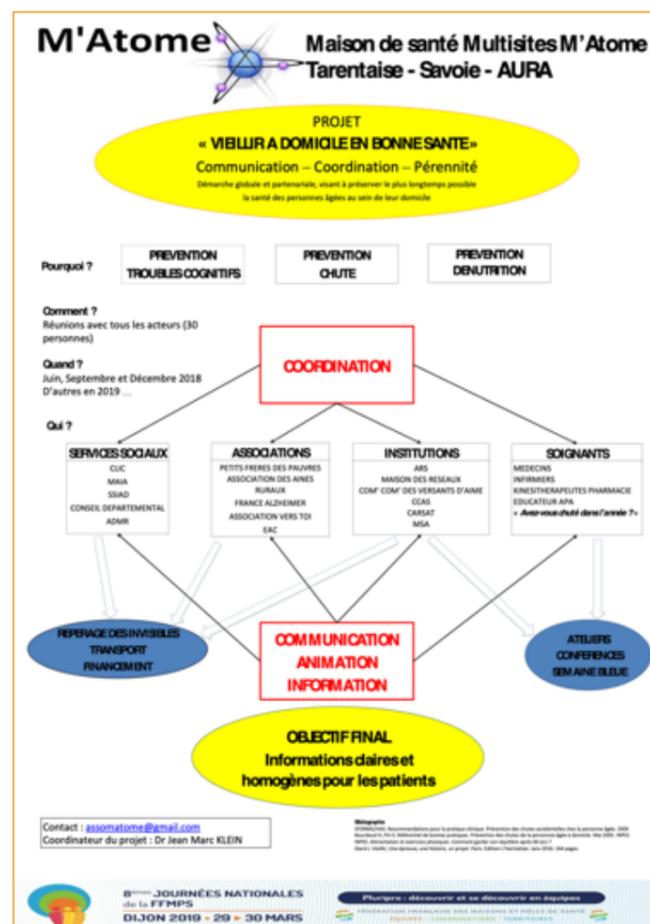
### **LEGAMI, RETI: PROGETTI CHE UNISCONO**

**Condividere progetti e buone pratiche** è un passaggio (anche formativo) fondamentale all'interno di un progetto ampio come MisMi. Per gli operatori potersi confrontare con le esperienze di altri colleghi rappresenta la possibilità di utilizzare uno sguardo terzo, competente e allenato a cogliere aspetti diversi delle varie azioni intraprese: dalla gestione delle risorse (umane, economiche), alla valutazione delle azioni e degli strumenti, dalla riflessione sulle relazioni (a più livelli e rispetto a piani differenti, da quello istituzionale a quello intersoggettivo) all'analisi delle ricadute del progetto e alla sue possibilità di continuare a incidere sul territorio anche oltre le scadenze formali che lo caratterizzano. Di seguito riportiamo alcune riflessioni degli operatori relative ai progetti più significativi presenti all'interno del contenitore MisMi.

### **M'ATOME, PER INVECCHIARE IN SALUTE A CASA PROPRIA**

M'Atome, inserito nella più ampia progettazione MisMi, nasce in territorio francese (Tarentaise, Savoie, Aura) per volontà di diversi partner con l'obiettivo di permettere alle persone anziane di "invecchiare in salute" per un tempo il più possibile lungo a domicilio. Le azioni sono eminentemente di tipo preventivo e riguardano tre ambiti centrali per il benessere degli anziani: le **problematiche cognitive**, le **cadute** (M'atome in francese assomiglia con il termine ematoma, conseguenza della caduta; esso inoltre ricorda l'espressione inglese *I'm at home*, sono a casa) e la **denutrizione**. Per realizzare queste azioni è necessario coordinare in modo efficace e con una cadenza periodica bi-trimestrale una vera e propria **task force di**

**30 operatori** (provenienti da servizi sociali, associazioni, enti pubblici, curanti e operatori sociosanitari). Il progetto può essere considerato un buon modello di intervento sia per la capacità di **integrare attori e saperi diversi per il raggiungimento di un obiettivo condiviso**, sia per la decisione di **agire su più piani** (comunicazione, informazione, formazione e animazione), sia per la **volontà di dare continuità e durata alle azioni stesse**, attraverso il coinvolgimento di istituzioni e terzo settore, lo sviluppo di legami sociali, l'ottimizzazione delle risorse disponibili, la messa in opera e la valutazione di risorse e interventi. Il poster qui riprodotto, a cura del coordinatore del progetto, Dr. J-M.Klein, lo rappresenta in modo sintetico ed efficace.



## PROGETTARE PER CREARE COMUNITÀ E SALUTE: PORTARE IL MONDO TRA LE MONTAGNE

Gli animatori di comunità hanno proposto nei territori di loro competenza, oltre agli eventi informativi (in collaborazione con gli infermieri del progetto MisMi)

destinati a far conoscere alla popolazione obiettivi e risorse del progetto, una grande quantità di atelier, laboratori, iniziative e progetti che avevano come obiettivo generale quello di trasmettere una rappresentazione positiva della salute attraverso l'adozione di stili di vita sani, il potenziamento della capacità di prendersi cura di sé e così via. Obiettivi indiretto ma non meno importante per il benessere delle persone è stato quello di contribuire a costruire o a ri-costruire una comunità attiva, solidale, creativa, in cui fosse possibile lo scambio intergenerazionale e la condivisione di valori, esperienze, tradizioni. Se la montagna non può muoversi, per sua stessa definizione e fatica ad andare incontro al mondo, allora sarà il mondo, con le sue fiabe, le sue creature, i suoi cibi e i suoi profumi ad andare incontro alla montagna, a invaderla pacificamente e a contaminarla in modo proattivo ed evolutivo.

I progetti degli animatori, tutti pensati in collaborazione con associazioni, scuole, enti locali, ecc. hanno in comune l'adozione di una prospettiva prosociale, che prevede di considerare gli anziani, gli stranieri, le persone in qualche modo svantaggiate non come portatori di problemi ma come custodi di valori e saperi che non devono andare perduti, anzi devono essere valorizzati e diventare patrimonio della collettività.

Nascono così i progetti dedicati alle fiabe nel mondo, alla cucina, all'origami, in cui le storie, i manufatti, i cibi diventano pretesti di incontro e conoscenza, di condivisione e di costruzione comune, trasformandosi in facilitatori, catalizzatori di relazioni. L'animatore, come un giardiniere attento, cura le relazioni (ai diversi livelli, da quelle individuali a quelle istituzionali) come piantine appena nate, con la consapevolezza chiara che esse vadano costantemente alimentate e nutrite, che la difficoltà non sta tanto nel farle germogliare quanto nel mantenerle, nell'aver cura che il sole non le prosciughi o la pioggia non le sommerga. Ogni microcomunità va letta e analizzata con attenzione, bisogna sapere che cosa seminare a partire dai bisogni e dalle risorse individuate: sul terreno asciutto non vanno piantati semi bisognosi di molta acqua, e viceversa. Solo in questo modo si può ipotizzare l'istituirsi di una tradizione che superi i limiti temporali di un progetto diventando autentico valore per la comunità.

Di seguito, a titolo esemplificativo, la descrizione dettagliata del progetto **Il giorno più bello della mia vita**, dedicato in particolare al rapporto tra le generazioni, che ha coinvolto in particolare la Comunità Montana Valdigne

Mont Blanc e che ha avuto come partner, oltre al Servizio MisMi, il gruppo Mercoledì Insieme (volontari della Croce Rossa, Caritas Inter parrocchiale Valdigne Mont Blanc, Suore di Saint Giuseppe, Sportello sociale, Comune di Courmayeur e altri Comuni della Comunità Montana) e gli alunni dell'Istituto linguistico di Courmayeur.

Il presente progetto trae spunto dall'**approccio autobiografico** come intervento sulle persone anziane. In tutte le civiltà è presente il rituale di tramandare i propri ricordi e ascoltare quelli degli altri. Il narrare e quindi il narrarsi rende possibile l'instaurarsi delle relazioni umane e sociali. L'(auto)biografia è un metodo con cui l'individuo parla di sé, sia tramite la scrittura, ma anche con il racconto relativo alla propria storia di vita: attraverso la memoria ricostruisce il significato della propria esperienza. Con questo progetto si intende utilizzare l'approccio autobiografico per aiutare gli anziani a conservare e rielaborare la conoscenza di sé, evidenziando il potere curativo e formativo connesso ai processi introspettivi, mnestici, riflessivi e narrativi. In quest'ottica i volontari e gli operatori partecipanti al progetto rappresenteranno il livello importantissimo dell'*ascolto*: la narrazione di sé per essere efficace necessita dell'incontro con un ascoltatore che sia in grado di creare il dialogo e un sentimento di comunione con l'ascoltato, dovrà essere "... uno scrivano intelligente, in grado di cogliere l'essenziale di ogni storia di vita per trasformare, quanto annotato in racconto e donarlo ai legittimi proprietari...". I colloqui con ognuno degli utenti coinvolti nel progetto, saranno audio-registrati, poi trascritti e infine riscritti sotto forma di racconto. A corredo del racconto verrà realizzato, da un fotografo volontario, un racconto per immagini di una storia di vita. Quindi scritti e immagini andranno a comporre un prodotto che verrà "restituito" al legittimo proprietario, ma anche alla collettività in quanto rappresentazione della stretta relazione tra la storia individuale e quella collettiva. Riteniamo pertanto importante sottolineare che, per la realizzazione del progetto, la pubblicazione composta da scritti ed immagini, venga considerata elemento essenziale per la buona riuscita dello stesso. Ciò detto al fine di trasmettere e far conoscere al territorio, il prodotto ottenuto, con particolare attenzione alle nuove generazioni nella consapevolezza che gli anziani, che sono detentori di una storia personale connotata in un tempo, possono rappresentare un prezioso anello di continuità intergenerazionale. L'obiettivo del progetto è quello di riattivare le risorse presenti, di contrastare l'isolamento, di rivalutare i patrimoni individuali, di inserirsi nell'esperienza

quotidiana raccogliendo le diverse rappresentazioni del mondo e il bisogno di socialità. Narrare ciò che è stato, esplorare il passato, esaminare il presente, riscoprendosi protagonisti e produttori di sapere e di inestimabile cultura. Un'opportunità per sperimentare la capacità di ascolto, di fiducia, di collaborazione e condivisione.

## **Obiettivi**

**Gli anziani** saranno aiutati a rileggere e ri-significare il percorso della propria vita, e saranno stimolati ad aprire spazi di relazioni significative fondate sull'ascolto e sull'attenzione alla vita. I loro racconti contribuiranno ad arricchire la memoria collettiva non solo dei macro-fenomeni ed eventi, ma anche dei 'frammenti' di storie individuali. Essi saranno aiutati a integrarsi tra di loro mediante l'attenzione alle diverse storie di vita

**Gli alunni del Liceo Linguistico Courmayeur** sperimenteranno una positiva interazione tra le generazioni, rafforzandone i legami. I ragazzi, nel profondo rispetto delle diversità, potranno sperimentare la loro capacità di ascolto, in un clima di fiducia, collaborazione e condivisione.

## **GRUPPI DI CAMMINO MISMI**

Nell'ambito del progetto MisMi sono stati organizzati dei **gruppi di cammino a cadenza settimanale**, che si sono sviluppati in due periodi differenti dell'anno. Nella tranche prevista nel periodo estate/autunno sono stati definiti dei percorsi con la presenza di un accompagnatore (un esperto che affrontava differenti tematiche collegate alla salute) degli animatori di comunità e degli infermieri del progetto MisMi. Le camminate prevedevano un percorso studiato a partire dalle esigenze dei partecipanti, e si sono sempre concluse con un momento conviviale nel corso del quale si sono raccolti i feedback dei partecipanti. Nel periodo invernale, gli organizzatori hanno stimolato gli utenti all'autogestione, con l'obiettivo di consentire loro di proseguire quest'iniziativa in totale autonomia, in vista anche della prossima chiusura del progetto. Su richiesta dei partecipanti, è stato creato un gruppo whatsapp, ideale per facilitare la comunicazione fra loro e la ripetizione, durante tutto il corso dell'anno e anche in futuro, dell'esperienza positiva delle passeggiate. Il gradimento degli utenti è stato elevatissimo, e l'ampia adesione rispecchia la buona riuscita dell'attività.

*Emblematica la storia di un "monsieur", ex sciatore di fondo agonista, che tutta la vita ha praticato sport sulle sue amate montagne. Quest'uomo ci ha colpito molto positivamente, in quanto, dopo aver avuto gravi problematiche di salute che l'hanno costretto a letto per un lungo periodo di tempo, e dopo aver gestito la sua patologia tra ospedale, territorio e riabilitazione, ha accolto molto positivamente la possibilità di aderire al progetto MisMi affidandosi ai consigli del suo medico e dell'infermiere di riferimento. Si è lasciato coinvolgere con entusiasmo nei gruppi di cammino dove ha avuto la possibilità di godere di buone sensazioni a livello fisico e psicologico, potendo nuovamente praticare l'esercizio fisico che aveva trascurato da anni.*

*Con passo lento, forza e determinazione, sempre col sorriso e con una buona parola per gli altri, ha portato a termine tutte le escursioni programmate. Durante le passeggiate è riuscito a condividere con noi la sua storia, trasmettendoci le sue emozioni e la sua voglia irrefrenabile di rimettersi in gioco.*

Le camminate sono state per molte persone uno stimolo per raccontare se stessi, grazie all'accoglienza dei compagni di viaggio e delle figure professionali presenti. Grazie ai gruppi di cammino è stato possibile riscoprire itinerari e percorsi che hanno permesso a tutti i partecipanti di apprezzare la bellezza del loro territorio, stimolando in modo positivo il loro desiderio di ripercorrerli in autonomia.

**(infermieri e animatori di comunità)**



## **INNOVAZIONE: TECNOLOGIA E NUOVI PROTAGONISTI**

Il progetto MisMi ha anche l'obiettivo di **facilitare l'incontro tra le nuove tecnologie applicate alla salute, i professionisti e le persone che, per ragioni di età o di difficoltà logistiche (per esempio assenza di copertura di rete per quanto riguarda internet) o personali (soggetti allettati o con disabilità complesse) non hanno particolare dimestichezza con esse e/o non riescono a goderne.**

In particolare, l'utilizzo della tecnologia applicata alle cure sanitarie ha riguardato la sperimentazione della telefisioterapia in Italia e, in Tarentaise, la possibilità di effettuare, da parte di persone anziane che non possono essere trasportate, teleconsultazioni con medici specialisti che operano fuori regione.

Al di là dei dati, che verranno diffusi alla conclusione del progetto, sembra importante sottolineare che l'impatto di queste metodologie innovative è stato in generale positivo, considerato che il vantaggio in termini di spostamenti evitati, velocità di erogazione delle visite e comfort dei pazienti è molto elevato. Per facilitare l'incontro delle persone anziane con la teleconsultazione in Francia è stato realizzato un breve video informativo (video da inserire??) volto a sensibilizzare le famiglie e a minimizzare l'impatto della novità tecnologica sulle persone.

In Francia ad esempio sono state installate 3 postazioni in altrettante EHPAD (equivalenti delle RSA in Italia) coinvolte nel progetto (Moutiers, Bozel e Aime), dove hanno avuto luogo circa 30 teleconsultazioni. Il numero relativamente basso è dovuto in parte al fatto che i medici di base che seguono i pazienti istituzionalizzati hanno smesso di prescrivere loro visite specialistiche, proprio a causa delle difficoltà di spostamento (gli specialisti in Francia sono pochi e radunati nei centri abitati più popolosi). Si tratta quindi di ripristinare l'abitudine a ricorrere a questo importante tipo di supporto.

Pazienti e familiari hanno accolto favorevolmente la proposta innovativa e i medici coinvolti sono assai motivati ed entusiasti: l'ostacolo principale è spesso costituito da eventuali malfunzionamenti dalla tecnologia (ancora in fase sperimentale) o dalla possibilità di trovare contesti adeguati e stabili da equipaggiare all'interno delle strutture.

Quanto alla diffusione degli strumenti, una telepostazione per struttura sarebbe eccessiva, in particolare per le case di riposo di piccole dimensioni: un'installazione richiederebbe canoni di affitto troppo elevati (p. es ad Aime, la struttura ha 40 posti e potrebbero effettuarsi non più di 2-3 teleconsultazioni l'anno).

Il gruppo di lavoro sta valutando la redazione di un nuovo progetto che preveda la condivisione degli strumenti o la realizzazione di strumenti mobili che potrebbero essere utilizzati anche a domicilio (per esempio per i pazienti che usufruiscono di cure infermieristiche a domicilio).

**CONFRONTI** Per comodità riproduciamo in una tabella le considerazioni più rilevanti in termini di successi, insuccessi sperimentati nel corso del progetto, unitamente alle possibili indicazioni di lavoro per il futuro.

## INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE SUL/DEL PROGETTO

COSA HA FUNZIONATO	COSA HA CREATO DIFFICOLTA'	SUGGERIMENTI E INDICAZIONI
<p><b>Incontri pubblici di promozione del progetto</b> (in collaborazione con comuni, associazioni...) --&gt; hanno permesso alle persone di usufruire al meglio delle risorse disponibili</p> <p><b>"Metterci la faccia"</b> --&gt; divulgare materiali informativi con la riproduzione del viso degli operatori facilita riconoscimento e relazione</p> <p><b>"Porta a porta"</b>: incontrare direttamente le persone serve a costruire un buon rapporto di fiducia</p> <p><b>In Tarentaise: territorio relativamente piccolo facilita comunicazione</b></p>	<p>- <b>In VdA: rapporto inadeguato ampiezza del territorio/ numero di operatori</b> (troppi chilometri da percorrere ogni giorno --&gt; ogni animatore ha percorso ca 600 km/mese)</p> <p>- <b>Comunicazione telefonica non preceduta da altre info sul progetto</b> --&gt; per gli infermieri ad es.: tantissime persone a cui telefonare, nessuna formazione specifica a questo tipo di comunicazione, scarsa <i>redemption</i> (2 h di chiamate = 40 persone contattate = 5 risposte positive --&gt; frustrazione, perdita di tempo, stress)</p> <p>- Molte zone senza copertura cellulare</p> <p>- Eccessiva complessità della burocrazia (p. es. gestione della privacy)</p> <p>- Collaborazione da parte degli enti locali e dei media locali insufficiente</p>	<p>Maggior numero di operatori sul territorio</p> <p>- Maggiore coinvolgimento enti locali nella costruzione e promozione del progetto --&gt; p. es. distribuzione dei materiali informativi presso comuni, biblioteche, farmacie durante manifestazioni, feste ecc.</p> <p>- Maggior coinvolgimento dei media nella comunicazione del progetto: radio, tv, giornali locali che forniscono le informazioni di base per far decrescere il rischio diffidenza negli utenti</p> <p>- Miglior coinvolgimento dei medici di base nel progetto</p> <p>- Realizzare una <b>comunicazione accessibile</b> (grafica e contenuti)</p>

## INCONTRI E RELAZIONE CON UTENTI

COSA HA FUNZIONATO	COSA HA CREATO DIFFICOLTA'	SUGGERIMENTI E INDICAZIONI
<p>- <b>Competenze relazionali</b>: saper ascoltare e saper individuare la "buona distanza"; rispettare i tempi dell'altro</p> <p>- <b>Uso di un linguaggio orientato al destinatario</b> --&gt; anche: saper parlare dialetto, patois</p> <p>- <b>Incontri a domicilio</b>: miglior conoscenza del contesto dell'utente, dei suoi fattori ambientali</p> <p>- <b>Effettuare visite domiciliari in coppia</b> (un animatore si relaziona con l'utente, l'altro effettua osservazione accurata del contesto; possibile debriefing successivo con scambio di punti di vista)</p> <p>- <b>L'alta motivazione dei professionisti e degli operatori coinvolti</b></p> <p>- <b>Feedback positivi degli utenti</b>: le persone prese in carico si sono dichiarate soddisfatte del servizio</p>	<p>- Resistenze ai nuovi incontri e al cambiamento</p> <p>- Utilizzo di linguaggi tecnici</p> <p>- In VdA: impossibile stabilire un circuito ottimale di incontri --&gt; 70-100 km/giorno da percorrere per effettuare incontri domiciliari --&gt; 2 h di tragitto = perdita di tempo e risorse economiche</p> <p>- gli infermieri dedicano un'ora di tempo a ogni incontro, ma non possono erogare alcun tipo di cura al paziente</p> <p>- Solitudine dell'operatore</p>	<p>- Potenziare formazione alla relazione e all'osservazione</p> <p>- Lavoro con comunità più piccole per poter conoscere meglio le persone e creare legami forti e più stabili</p> <p>- Favorire il più possibile incontro diretto operatore/utente per stabilire legame di fiducia</p> <p>- In entrambi i territori è molto difficile individuare i cosiddetti "invisibili"</p> <p>- Molte persone non fanno ricorso agli aiuti perché non conoscono i propri diritti e le risorse esistenti per gli anziani e i soggetti svantaggiati</p>

## RETE

<p>- <b>Avere punti di vista diversi (pluriprofessionali) su oggetti di lavoro e tematiche complesse</b> (territori/ambiti/bisogni/persone) --&gt; fonte di grande ricchezza e creatività</p> <p>- <b>Molti operatori appartenenti a enti o istituzioni diverse hanno avuto la possibilità di incontrarsi, collaborare e condividere obiettivi e risultati per la prima volta</b></p> <p>- <b>Buona conoscenza di partenza dei territori e dei contesti sociali e sanitari di appartenenza</b> (la maggior parte degli operatori reclutati erano già inseriti nei servizi)</p> <p>- <b>In Tarentaise: creazione di una MSP (Maison de Santé Pluri-professionnelle) e del progetto di prevenzione "M'Atome"</b></p>	<p>- Barriere organizzative e amministrative che interrompono il flusso delle info o dei servizi</p> <p>- Difficoltà nella lettura delle dinamiche organizzative e dei rapporti di potere</p> <p>- Frequente cambiamento delle figure di riferimento nelle organizzazioni</p> <p>- Complessa collaborazione con istituzioni religiose</p> <p>- Distanza logistica tra infermieri e medico di base</p> <p>- In Tarentaise: trasporti inesistenti, mobilità molto difficile</p> <p>- Lavoro di équipe insufficiente</p>	<p>- Implementare e sostenere il lavoro di équipe e le azioni di coordinamento</p> <p>- Esplicitare e definire meglio le regole di funzionamento delle reti</p>
--	---	---

## STRUMENTI E RISORSE

COSA HA FUNZIONATO	COSA HA CREATO DIFFICOLTA'	SUGGERIMENTI E INDICAZIONI
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Badge, tesserini</li> <li>- Volantini, brochure di presentazione progetto; video informativi su nuove tecnologie</li> <li>- Materiali sanitari e informativi in dotazione (p. es. apparecchio per misurare la pressione, schede su piramide alimentare)</li> <li>- Automobili in dotazione</li> <li>- Cellulari in dotazione</li> <li>- Software regionale Millewin</li> <li>- DIM (diario interventi mensili)</li> <li>- Diario di bordo</li> <li>- Strumenti telemedicina (telefisioterapia, teleconsultazione di medici specialisti)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chiamare un utente da un cellulare può indurre il destinatario a non rispondere (troppa esposizione ai call center)</li> <li>- Il linguaggio utilizzato nel volantini non sempre è orientato ai destinatari</li> <li>- DIM e diario di bordo richiedono agli animatori molto tempo per la compilazione</li> <li>- Costi elevati degli strumenti di teleconsultazione</li> <li>- Gestione strumenti teleconsultazione in caso di urgenze durante le ore notturne, per evitare ricorso a Pronto Soccorso</li> <li>- Carenza di medici di base e specialisti</li> <li>- Carenza di servizi per anziani (cure infermieristiche a domicilio, centri diurni)</li> <li>- Carenza di ricettività nelle residenze per anziani (liste di attesa ecc.)</li> <li>- In Tarentaise: mancanza di personale per cure domiciliari per carenza di formazione e di risorse economiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condivisione spese strumenti teleconsultazione tra diverse strutture</li> <li>- Realizzazione di strumenti di teleconsultazione mobili per facilitare utilizzo in più strutture</li> </ul>

## BUONE PRATICHE

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visite domiciliari in coppia degli educatori</li> <li>- Approccio indiretto ai destinatari</li> <li>- Realizzazione di interventi modello (p. es. collaborazioni fra infermieri e animatori di comunità): molto utile per far partire collaborazioni stabili</li> <li>- Le riunioni di coordinamento che mettono insieme de concertation rassemblant gli attori sociali, i professionisti della salute, le associazioni del terzo settore, gli organismi di tutela, permettono una migliore conoscenza interpersonale, la condivisione di idee e risorse economiche, oltre a favorire l'individuazione e l'inquadramento dei casi concreti</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uno strumento per facilitare la condivisione delle informazioni (realizzazione di un'App, di un portale di comunicazione sociale ecc.) da utilizzare anche per la formazione multidisciplinare dei futuri operatori</li> <li>- Condivisione spese strumenti teleconsultazione tra diverse strutture</li> <li>- Realizzazione di strumenti di teleconsultazione mobili per facilitare utilizzo in più strutture</li> </ul>
--	--	--

## OLTRE I CONFINI

In definitiva il progetto MisMi ha permesso un positivo scambio di buone pratiche professionali e di esperienze, ha facilitato il confronto tra gli operatori rispetto ai problemi incontrati nel lavoro quotidiano e agli strumenti/risorse messe in atto rispettivamente nei due territori transfrontalieri coinvolti, consentendo anche di effettuare valutazioni reciproche sull'efficacia degli interventi.

Le domande che rimangono aperte sono le stesse che si ripresentano alla conclusione di ogni progetto, specialmente se la complessità delle azioni messe in campo è rilevante, come in questo caso. Cosa succede quando il progetto si chiude? Che cosa rimane nei territori interessati? Cosa ne è delle reti intessute, degli incontri realizzati, delle storie raccolte, delle risorse condivise? Se il modello integrato sperimentato grazie a MisMi funziona, se il lavoro capillare sul territorio si affina sempre di più, come potrà essere gestito un aumento di casi segnalati? Come sarà gestita la presa in carico sia in ambito sociale sia sanitario? Come si potranno attivare risorse per la continuazione?

Non è compito degli atelier formativi trovare risposte a queste domande, ma è importante rilevare quanto materiale e quante riflessioni gli operatori hanno messo a disposizione di una futura prosecuzione del progetto.

Crediamo inoltre che il successo di MisMi possa risiedere anche nel desiderio, condiviso da tutti i partecipanti agli atelier, di far proseguire oltre la conclusione del progetto la collaborazione transfrontaliera che hanno contribuito a realizzare. Si auspica infatti che la collaborazione si mantenga e si allarghi anche ad altre figure professionali, fino a dar vita a due équipes stabili (una ad Aosta e una in Tarentaise) capaci di proseguire il dialogo e il confronto sui modelli di intervento e sulla ricerca di metodologie di lavoro sempre più efficaci nell'ambito delle cure di prossimità, magari con l'aiuto di un'app o di un portale di comunicazione dedicato, che supporti e faciliti gli scambi a distanza.

Sicuramente la partecipazione agli atelier ha favorito in ciascuno un percorso di crescita e di significativa valorizzazione del proprio lavoro, sostenendo nel contempo la capacità creativa del gruppo e l'importanza della condivisione di strategie di fronteggiamento delle difficoltà. Essere parte di un gruppo di pensiero in

costante evoluzione, sentirsi pensati da altri, condividere un oggetto di lavoro innovativo e sfidante ha ancora una volta dimostrato il valore di un approccio metodologico che può oltrepassare i limiti temporali del progetto.