

Sperimentare la collaborazione in **Amiata grossetana** **Colline metallifere** **Grossetana**

Scheda tecnica realizzata da



Indice del documento

pag 3. ***Progettare un servizio***

pag 4. ***L'analisi del contesto***

pag 5. ***Il bisogno individuato***

pag 6. ***Il perimetro della progettazione partecipata***

pag 7. ***L'intervento progettato I***

pag 10. ***L'intervento progettato II***

pag 14. ***Il prototipo da testare***

pag 16. ***Prototipo I***

pag 18. ***Uscite sul territorio dell'infermiere di comunità: il test e il servizio***

pag 19. ***Prototipo II***

pag 21. ***La formazione per mediatori: il test e il servizio***

Progettare un servizio

Questo documento contiene i risultati del percorso di progettazione partecipata di un nuovo servizio nel territorio della Società della Salute COeSO.

Il percorso di progettazione partecipata è una delle attività previste dal progetto [Cantieri della Salute](#) che nella sua realizzazione ha coinvolto anche [questo territorio](#).

Obiettivo di Cantieri della Salute è di **favorire la partecipazione dei cittadini e del tessuto associativo territoriale rispetto ai temi che riguardano la salute**, potenziando Comitati di Partecipazione Zonale, Consulta Terzo Settore, Società della Salute e Zone Distretto.

Per tale ragione in ogni territorio è stato realizzato **un processo di coinvolgimento progressivo attraverso il quale rendere fattiva la collaborazione tra gli attori locali**.

La progettazione partecipata è stata quindi condotta proprio per rafforzare e migliorare la collaborazione, ma anche per sviluppare nuovi servizi da proporre e testare con i cittadini e le organizzazioni del Terzo Settore.

Il percorso è stato condotto mutuando componenti dell'approccio del **Service design** e del **Design Thinking**. In ragione di ciò è opportuno specificare che:

- 1 -

Possiamo definire servizio un insieme di elementi che aiutano qualcuno a fare qualcosa o a raggiungere uno scopo.

Per tale ragione la formulazione che compare nella sezione *Un servizio per il territorio* può risultare fuori dalla portata di un percorso come quello condotto con Cantieri della Salute. In questa prospettiva è importante ricordare che le soluzioni sviluppate dal gruppo di progettazione sono da considerare come componenti che si aggiungono e integrano l'offerta complessivo che il territorio rivolge al cittadini:

- 2 -

Le componenti del servizio (o "step") sono i singoli passaggi che conducono gli utenti al raggiungimento dello scopo ultimo per cui si interessano ad un servizio.

*tratto da Downe L. 2020, How to design services that work, Bispublishers

L'analisi del contesto

Punto di partenza per la progettazione partecipata è stato il lavoro condotto con il Comitato di Partecipazione per indagare i bisogni percepiti a livello territoriale. Questa indagine è partita prima di tutto dalle attività svolte dalle stesse realtà che ne fanno parte, le quali forniscono una fotografia interessante su cosa sia presente a livello locale in termini sia di bisogni che di servizi.

Dal racconto delle singole esperienze è emerso come il territorio di competenza della Società della Salute COeSO sia caratterizzato al contempo da una grande estensione e da una rarefazione dei centri abitati che, spesso, si accompagna anche ad una rarefazione dei servizi socio-sanitari, non solo quelli specialistici, ma anche quelli di base come l'accesso al medico di medicina generale.

Questa situazione genera difficoltà non solo per i cittadini - in modo particolare quelli che vivono nelle frazioni rurali più lontane dai centri abitati, gli anziani a ridotta mobilità o le persone con disabilità o non autosufficienti - ma anche per quel Terzo settore del territorio attivo nella produzione di servizi socio-sanitari in modo autonomo o in convenzione con la

Società della Salute.

Emerge quindi forte il tema della capacità del sistema socio-sanitario di garantire il diritto ad un accesso adeguato e a condizioni eque per cittadini e cittadine presenti in tutto il territorio, a prescindere dal luogo di residenza.

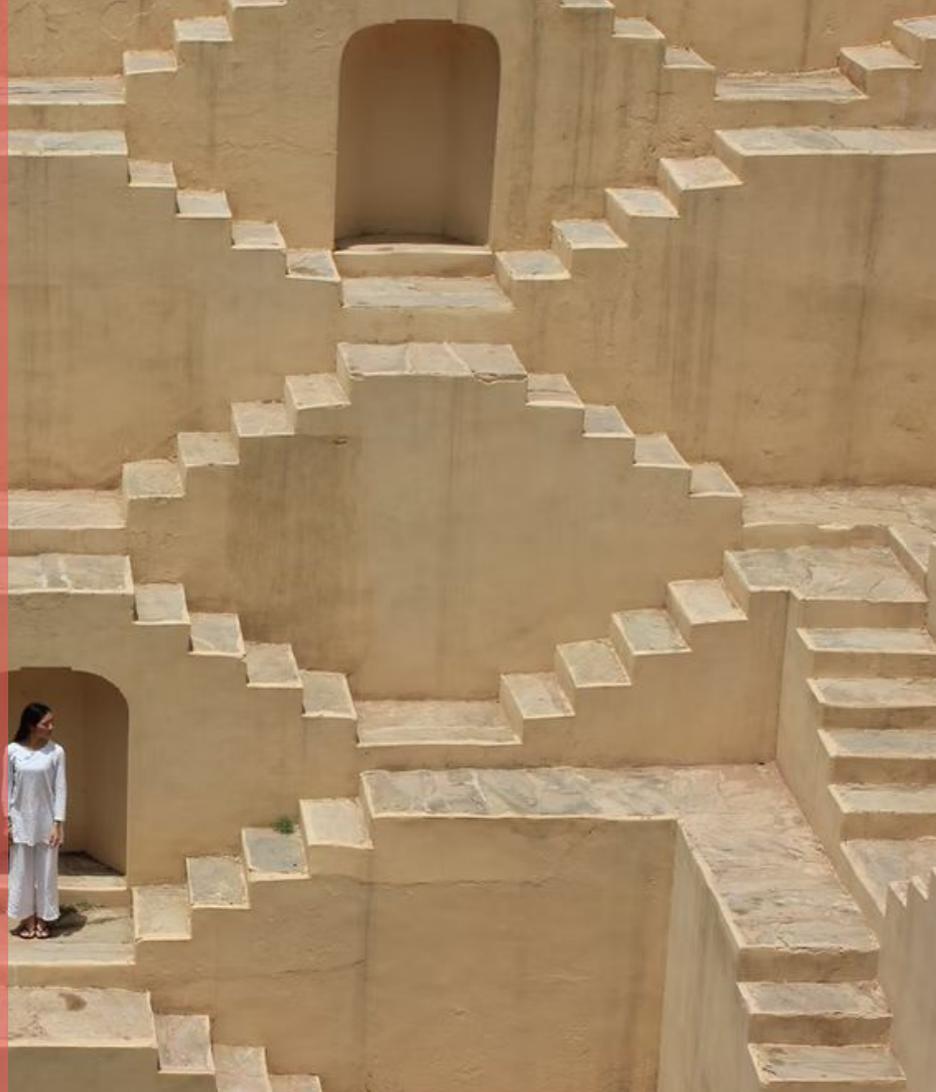
Il confronto tra Comitato di Partecipazione e Società della Salute ha portato quindi a scegliere questo tema come quello da proporre al gruppo di progettazione che si sarebbe venuto a costituire nelle settimane successive con la [manifestazione d'interesse](#). L'obiettivo della progettazione è stato formulato nel modo seguente:

Garantire parità nel diritto di accesso ai servizi socio-sanitari da parte di tutti i cittadini e le cittadine residenti nel territorio di competenza.

Il bisogno individuato

Nella comunità del nostro territorio si sente il bisogno di...

Non sempre le persone che vivono nel nostro territorio si vedono garantita la parità nell'accesso ai servizi socio-sanitari, in particolare quando sono portatori di esigenze specifiche legate a luogo di residenza, patologie, disabilità o identità di genere.



Il perimetro della progettazione partecipata

Il gruppo di progettazione che si è costituito a seguito della manifestazione d'interesse è stato caratterizzato da anime e sensibilità molto diversificate.

Se infatti nella fase di analisi del contesto sono state presenti realtà caratterizzate da un forte radicamento nel territorio e che, di conseguenza, avevano un punto di vista privilegiato sui problemi di accesso generati dalla non uniforme distribuzione dei servizi nel territorio; la progettazione partecipata si è arricchita anche dei contributi di persone e realtà in grado di riportare esperienze dirette di difficoltà di accesso generate da condizioni soggettive specifiche non tenute in sufficiente considerazione nella progettazione concreta dei servizi.

Le considerazioni sul diritto di accesso si sono così estese anche agli aspetti che hanno a che fare con le caratteristiche dei servizi stessi e sulla capacità degli operatori di gestire esigenze specifiche di cui possono essere portatori alcuni

utenti come, ad esempio, le persone provenienti da contesti linguistici e culturali diversi, persone neurodivergenti con differenze sensoriali fisiche, relazionali, comunicative, persone con disabilità sensoriale o cognitiva, persone con identità di genere non binaria o che hanno intrapreso un percorso di transizione.

Questo ampliamento di prospettiva ha consentito di guardare al tema dell'accesso ai servizi non solo con la lente dell'*equità* nel riconoscimento di un diritto garantito a tutte le cittadine e i cittadini a prescindere dalla loro condizione oggettiva, ma anche con quella dell'*efficacia* della risposta in ragione non solo di bisogni oggettivi - come, ad esempio, quello di essere curati - ma anche di condizioni soggettive.

In questo modo il perimetro della progettazione si è notevolmente ampliato approfondendo anche il fronte dell'esperienza dell'utente all'interno dei servizi socio-sanitari. Alla domanda iniziale *"Come garantire parità nel diritto di accesso ai servizi socio-sanitari da parte di tutti i cittadini e le cittadine residenti nel territorio?"* si è quindi aggiunta la seconda domanda *"Come migliorare i servizi socio-sanitari per quelle persone che hanno esigenze specifiche in ragione di una particolare condizione soggettiva?"*.

L'intervento progettato l

Un servizio di infermiere di comunità in grado di presidiare anche i bisogni provenienti dalle zone più lontane dai centri maggiori.



L'intervento progettato I: l'infermiere di comunità

Nella riflessione su quali servizi siano prioritari da riportare nei territori, il gruppo di progettazione è stato concorde nel concentrarsi sui servizi socio-sanitari non specialistici, come l'assistenza medica di base per la quale è stata rilevata una grande difficoltà, anche in ragione di una carenza di medici di medicina generale nel territorio.

Nonostante i grandi sforzi fatti dal Terzo settore nel supportare la comunità locale, sono ancora molte le difficoltà sperimentate da alcune persone nell'incontrare il proprio medico di famiglia, o nel far ricorso a prestazioni come prelievi ematici e medicazioni. Questa difficoltà sono sentite in modo particolare dalle persone a mobilità ridotta (anziani, persone con disabilità, persone che non dispongono di mezzi di trasporto privati) che risiedono nelle frazioni più lontane dai maggiori centri abitati.

Alla luce di queste considerazioni il gruppo di progettazione ha immaginato che un possibile intervento da sperimentare potesse avere ad oggetto il rafforzamento del presidio

territoriale da parte dei servizi socio-sanitari non tramite l'intensificazione di punti di accesso fissi che, anche se più numerosi, non risolvono comunque le difficoltà di accesso da parte delle persone a mobilità ridotta; ma tramite **una risposta flessibile in grado da una parte di entrare meglio in contatto con il territorio e le necessità specifiche, dall'altra di portare le prestazioni quanto più vicino possibile agli utenti.**

Dopo una riflessione sulla figura del medico di medicina generale e sulle difficoltà di poter coinvolgere nella sperimentazione questa categoria di professionisti, il gruppo ha identificato nell'infermiere una professionalità adeguata a svolgere questo ruolo di presidio territoriale e di collegamento diretto tra il territorio e le istituzioni, prime fra tutte la Società della salute.

L'infermiere di comunità ha quindi il compito di accorciare le distanze tra cittadini e servizi portando prestazioni di base nei territori rurali più lontani dai principali centri abitati, contribuendo così a ridurre le disparità nell'accesso al sistema socio-sanitario e svolgendo inoltre una funzione di ponte con il Terzo settore presente nel territorio e che ha già una importante ruolo di presidio locale.

L'intervento progettato I: l'infermiere di comunità

Pur essendo già in parte presente nel territorio (*infermiere di distretto*) la designazione di infermieri di comunità come punto di riferimento per la sanità territoriale all'interno delle future *Case della comunità*, è stata già preannunciata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e dovrebbe quindi diventare una realtà nei prossimi anni.

Nel volgere della sperimentazione prevista da Cantieri della Salute si è pensato di anticipare l'attuazione di questa misura immaginando però una figura itinerante la cui presenza nel territorio sia svincolata da un luogo fisico definito.

Tra le prestazioni che sono state identificate per l'infermiere di comunità ci sono:

- misurazioni biomediche (es. pressione arteriosa)
- prelievi di materiale biologico (es. prelievi ematici)
- supporto in convalescenze e decorsi post-operatori (es. medicazioni)

- supporto all prenotazione di visite specialistiche
- supporto ai medici di medicina generale nell'assistenza ad alcuni pazienti tramite la telemedicina
- ascolto dei bisogni della comunità locale (sia direttamente che per il tramite di altre realtà presenti nel territorio)
- raccordo e coordinamento con il Terzo settore



L'intervento progettato Il

**Un servizio di mediazione
per permettere la piena
fruizione dei servizi
socio-sanitari a tutte le
persone**

L'intervento progettato II: la mediazione

A chi serve la mediazione?

Secondo il gruppo di lavoro, **a trovare ostacoli nella piena fruizione dei servizi socio-sanitari sono tutte le persone che in un modo o nell'altro si discostano da uno standard di "normalità" socialmente e culturalmente dato** e quindi hanno funzionamenti diversi da quelli stereotipici attesi e compresi dai servizi generalisti.

L'approccio da assumere in questo frangente è quello della **neurodiversità**: un paradigma e uno strumento analitico che guarda alla **variabilità illimitata della cognizione umana e all'unicità di ogni mente umana** - aggiungendo al concetto di diversità neurologica anche le **intersezioni di classe, disabilità, etnia e genere** e permettendo così di andare oltre le poche e spesso semplicistiche categorie di disabilità riconosciute dagli strumenti governativi, sanitari e assistenziali.

Con queste lenti è possibile riconoscere nella categoria dei potenziali beneficiari del servizio di mediazione non alcune

specifiche categorie ma una **pluralità di soggettività**, che arriva a comprendere tutte le **persone che riportano differenze sensoriali fisiche, relazionali, e comunicative** (verbali e non verbali).

A scopo esemplificativo, il gruppo di lavoro si è cimentato in un **elenco non esaustivo** delle persone che potrebbero beneficiare del servizio. Tra queste troviamo: **persone nello spettro autistico, persone con Alzheimer, persone con DSA, persone tourettiche, persone anziane, pazienti psichiatrici - ma anche persone LGBTQI+, persone straniere, persone con un basso livello di scolarizzazione.**

Non ultimo, è importante considerare come beneficiari a tutti gli effetti **gli stessi operatori socio-sanitari**. La figura di mediazione infatti agisce anche nel loro interesse: facilitando il rapporto con l'utenza e agevolando la comunicazione in entrambe le direzioni, **un servizio di mediazione ha il potenziale di snellire le procedure e garantire appropriatezza delle cure - evitando errori nelle diagnosi o trattamenti inappropriati.** Un valore aggiunto al servizio pubblico che, come già per altre figure di mediazione inter-culturale, talvolta rischia di non essere riconosciuto come tale dagli operatori nel lavoro quotidiano. Per una buona riuscita del servizio sarà quindi fondamentale **promuovere occasioni di contatto diretto e collaborazione tra mediatore e operatore socio-sanitario**, e comunicare con efficacia i pregi e le modalità di attivazione del servizio di mediazione.

L'intervento progettato II: la mediazione

Perché un servizio di mediazione?

Sono molti gli ostacoli materiali e immateriali che impediscono alle persone neurodivergenti di accedere e fruire pienamente dei servizi sanitari. Il modo diverso in cui ciascuno/a vive l'ambiente circostante può **arrecare stati di disagio o dolore che possono inficiare diagnosi e cure, o anche giocare un ruolo di deterrente nell'accesso al servizio pubblico.**

Un esempio di questo fenomeno è l'**ipersensorialità di alcune persone nello spettro dell'autismo**, che se accolte in studi medici troppo luminosi possono arrivare a provare un forte dolore fisico. In questi casi, laddove manchi una adeguata preparazione da parte del personale sanitario, **è l'utente stesso a dover dare spiegazione** della propria condizione o giustificare il proprio comportamento - rischiando spesso di **non essere compreso del tutto, o addirittura di non essere preso sul serio.**

A questo scenario si aggiunge il **problema della “diagnosi prevalente”**: laddove l'autismo o un'altra condizione sono pienamente riconosciuti, il professionista sanitario **rischia di attribuire a quella stessa condizione così saliente anche altre evidenze** o sintomi che un'osservazione più attenta mostrerebbe come legati ad altre patologie o problematiche.

Il mancato riconoscimento e la scarsa comunicazione con la persona neurodivergente pone quindi rischi molto seri, che possono essere evitati in un modo relativamente semplice: **ascoltando proattivamente la persona, mettendola nelle condizioni di esprimersi pienamente, e riconoscendola come competente della propria condizione.** Una sfida difficile per cui **la sola formazione del personale sanitario rischia di non bastare**, riguardando in modo trasversale tutti i dipartimenti e tutto il personale.

Il servizio di mediazione immaginato servirà soprattutto a questo: a **raggiungere l'utenza ovunque ci sia bisogno, a facilitare la comunicazione tra persona e operatore del servizio pubblico**, a mettere l'operatore socio-sanitario nella condizione di poter interpretare correttamente la richiesta dell'utenza, e a sollevare l'utenza stessa dall'incombenza di dover auto-certificare la propria condizione.

L'intervento progettato II: la mediazione

La figura del mediatore neuro-culturale

L'intervento in oggetto mira a consolidare nel lungo periodo **una nuova figura professionale: il mediatore neuro-culturale**. Questa nuova figura viene individuata al di fuori del personale sanitario e formata da professionisti della mediazione e dalle stesse persone neurodivergenti, ed è in grado di **interpretare correttamente la richiesta dell'utenza e di rappresentarla** in modo chiaro al personale sanitario.

Nella forma finale del servizio, il mediatore potrebbe essere una **figura retribuita che può essere trovata e attivata in numerosi presidi sanitari**, come:

- Servizi ospedalieri e territoriali
- Equipe multidisciplinari di presa in carico
- Case di comunità
- Studio medico di medicina generale
- Servizi privatistici

Il percorso di formazione

Data l'estrema varietà dell'utenza a cui si rivolge e l'approccio orientato alla neurodiversità di questo intervento, necessariamente **la formazione del mediatore non può essere concentrata sulla categorizzazione delle persone neurodivergenti** o sullo studio delle caratteristiche che ci si può aspettare da persone con una o più diagnosi. **Il mediatore non è l'esperto delle categorie, ma piuttosto l'esperto dell'ascolto e della mediazione** tra due o più prospettive: quelle dell'utente, dell'operatore socio-sanitario, dell'eventuale figura di caregiver.

L'aspirante mediatore acquisisce nozioni sulle principali **teorie e tecniche della mediazione** e della comunicazione interpersonale; accede a dati specifici sul **funzionamento del sistema sanitario** e sulle diverse figure professionali con cui può arrivare ad interfacciarsi; apprende la **differenza tra paradigma medico e paradigma sociale**; e **formandosi sul campo** arriva ad esplorare il significato profondo di cosa voglia dire per una persona neurodivergente **fruire di un servizio** e relazionarsi con gli operatori. Anche per questo, è importante che i contenuti della formazione siano definiti a partire dall'ascolto diretto dei potenziali beneficiari del servizio - in setting sviluppati ad hoc per rispettarne la privacy e facilitare il racconto di eventuali vissuti dolorosi.

Dato il suo posizionamento tra utenza e servizi, l'aspirante mediatore non può essere individuato nello staff delle strutture sanitarie - ma piuttosto all'interno di organizzazioni di volontariato ed enti del Terzo settore. In futuro, è **ipotizzabile una differenziazione in percorsi di specializzazione** in base ai contesti medici o socio-sanitari in cui si trova ad operare.



I prototipi da testare

I prototipi da testare

Sulla base di questi elementi verranno quindi sviluppati **2 prototipi da realizzare e testare nei prossimi mesi.**

- I -

Un servizio di infermiere di comunità in grado di presidiare anche i bisogni provenienti dalle zone più lontane dai centri maggiori.

Un calendario di uscite sperimentali per l'infermiere di comunità

Grazie ad un mezzo di trasporto attrezzato messo a disposizione dalla Società della Salute COeSo alcuni infermieri appositamente formati erogheranno prestazioni socio-sanitarie di base in modalità itinerante secondo un

calendario di uscite predefinite - eventualmente anche su appuntamento a domicilio - anche grazie al coinvolgimento ed al supporto del Terzo settore locale.

- II -

Un servizio di mediazione per permettere la piena fruizione dei servizi socio-sanitari a tutte le persone

Una formazione per mediatori neuro-culturali

Un primo percorso sperimentale di formazione per mediatori neuro-culturali improntato allo scambio di strumenti, competenze, esperienze.

Prototipo I:

Un calendario di uscite sul territorio per l'infermiere di comunità

SPS GROSSETO



Il prototipo I: uscite sul territorio dell'infermiere di comunità

In breve

Grazie alla disponibilità di un camper attrezzato in dotazione alla Società della Salute CoeSo verranno testati

- la realizzabilità di un servizio di infermiere di comunità itinerante
- la capacità di questo servizio di rispondere a bisogni reali delle persone che vivono nel territorio
- la capacità di questo servizio di fungere da ponte e coordinamento tra comunità locale, Terzo settore e istituzioni socio-sanitarie

1) Coinvolgimento degli infermieri

Il CdP entra in contatto con l'Ordine delle professioni infermieristiche di Grosseto - con il quale ha già avuto modo di collaborare - per presentare il progetto e chiedere un supporto nell'individuazione e ingaggio di alcune persone da

impiegare nella sperimentazione con il ruolo di infermieri di comunità. Sarà necessario individuare persone disponibili a dedicare tempo alle attività previste, ma anche in possesso delle competenze minime richieste dal ruolo (si pensa, indicativamente, a studenti di scienze infermieristiche in tirocinio o infermieri in pensione).

2) Coinvolgimento del Terzo settore

CdP e Società della Salute convocano il Terzo settore del territorio per presentare il progetto e proporre collaborazioni, da una parte per definire il calendario delle uscite, dall'altra le modalità di erogazione del servizio nei vari territori e il contributo che il Terzo settore può dare all'iniziativa, ad esempio supportando gli aspetti organizzativi o mettendo a disposizione mezzi/attrezzature, spazi fisici o personale/volontari.

2) Uscite sul campo e raccolta feedback

Dopo una adeguata campagna di comunicazione e promozione del nuovo servizio sperimentale nei confronti di cittadini ed operatori socio-sanitari del territorio, gli infermieri di comunità escono con il camper attrezzato come da calendario stabilito insieme al Terzo settore per erogare le prestazioni previste e raccogliere informazioni e riscontri da parte degli utenti sull'utilità del servizio.

Uscite sul territorio dell'infermiere di comunità: il test e il servizio



Partenariato con l'Ordine delle professioni infermieristiche

Individuazione e ingaggio degli **infermieri**

Definizione di **contenuti formativi** per gli infermieri di comunità



Coinvolgimento del **Terzo settore locale**

Definizione del **calendario delle uscite** e delle **modalità di erogazione del servizio**



Erogazione della formazione agli infermieri di comunità

Eventuale campagna di **comunicazione e promozione** nel territorio



Erogazione del servizio tramite **uscite sul campo e raccolta feedback degli utenti**



Individuazione di risorse (finanziarie, ed organizzative) necessarie per dare continuità al servizio



Attivazione di un numero crescente di infermieri di comunità itineranti nel territorio



Coinvolgimento sistematico del Terzo settore locale nell'implementazione del servizio

IL PROTOTIPO

LA MODELLIZZAZIONE

Prototipo II:

Una formazione per mediatori neuro-culturali

Prototipo II: la formazione per mediatori

In breve

Il gruppo di lavoro progetterà e sperimenterà in prima persona un primo percorso di formazione per mediatori neuro-culturali. La formazione, alla presenza di figure professioniste della mediazione e aperta a persone neurodivergenti, persone con stigma sociale e/o parenti/caregiver di persone con disabilità, sarà improntata sullo scambio di competenze, esperienze, strumenti di mediazione. Questa esperienza di auto-formazione sarà funzionale a identificare contenuti e strumenti didattici utili alla formazione della figura professionale.

1) Ingaggio di aspiranti mediatori e altri partecipanti

Il gruppo di lavoro identifica persone potenzialmente interessate a prestare servizio volontario come mediatori neuro-culturali o a contribuire a strutturare la formazione di queste figure, e le invita a prendere parte al percorso di formazione.

In questa prima fase, i partecipanti vengono individuati per passaparola tra organizzazioni e associazioni di volontariato che condividono i valori del percorso. Sono partecipanti ideali: persone che hanno vissuto/vivono in prima persona difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari; parenti o caregiver di persone con patologie o difficoltà nell'accesso ai servizi, volontari di associazioni dedicate alla promozione della salute o alla tutela dei diritti del malato.

2) La (auto)formazione

I partecipanti prendono parte a un ciclo di incontri online e/o in presenza, tenuti da **uno o più mediatori professionisti in ambito socio-sanitario**. Gli incontri alternano **tecniche di formazione formale e informale, e prevedono momenti di condivisione di esperienze** in un setting rispettoso delle sensibilità di tutti/e le soggettività. **Obiettivo della formazione è anche quello di favorire l'emersione del bisogno** di un servizio di mediazione, e orientare così i passi successivi del percorso in termini di progettazione della formazione per mediatori e di eventuale attivazione del servizio di mediazione sul campo.

3) Debriefing

In questa fase, i partecipanti si confrontano sul percorso di formazione appena avvenuto, identificando punti di forza e di debolezza ed elementi da trasferire/mutuare nella formazione per mediatori.

La formazione per mediatori: il test e il servizio



Progettazione della formazione

Individuazione e contatto dei **docenti**

Preparazione del **materiale informativo** (programma, locandina)



Coinvolgimento di nuovi partecipanti (per passaparola)



Erogazione della formazione in forma sperimentale



Incontro di debriefing con analisi dell'esperienza di formazione e *lesson learned*



Formazione on-the job?



Erogazione sperimentale del servizio nei presidi socio-sanitari?



Bando aperto con stage retribuito?

IL PROTOTIPO

LA MODELLIZZAZIONE?