



Autori: - Marina Cugnetto, Valentina Vittone e Marco Ranfone Infermieri progetto MisMi
 - Federica Duò Responsabile Personale Infermieristico, Ostetrico, Assistenti Sanitari Area Territoriale AUSL VdA
 - Dr. Massimo Pesenti Campagnoni Direttore Area Territoriale AUSL VdA

INTRODUZIONE: Il progetto MisMi nasce da una cooperazione trans-frontaliera tra Italia e Francia per fronteggiare lo spopolamento delle zone di montagna offrendo servizi integrati e di sanità d'iniziativa ai cittadini con patologie croniche.¹⁻³

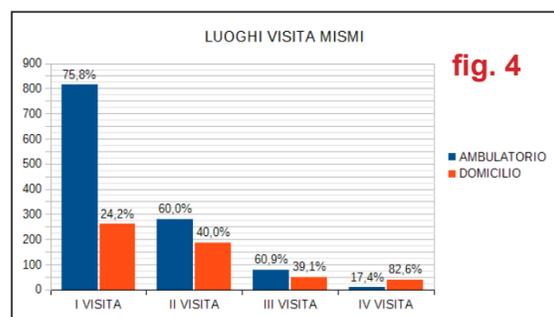
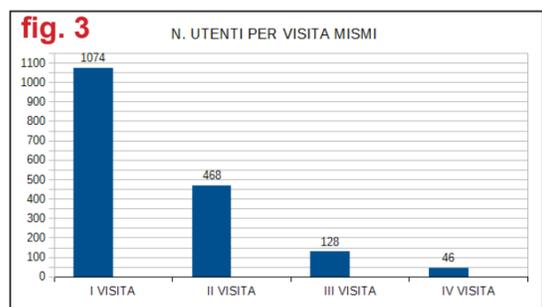
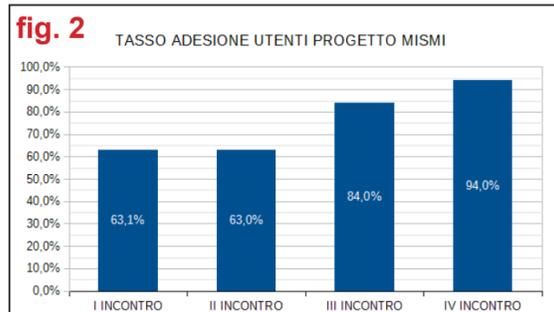
OBIETTIVO: Migliorare gli stili di vita della popolazione residente nelle zone montane della Regione Valle d'Aosta.

MATERIALI E METODI

Il progetto prevede la collaborazione tra infermieri, medici di medicina generale (MMG) e componente sociale. Vengono arruolati pazienti con BPCO, diabete mellito 2, scompenso cardiaco e ipertensione arteriosa. L'arruolamento avviene con un primo contatto telefonico da parte dell'infermiere. Successivamente viene definito il percorso di presa in carico identificando bisogni educativi e obiettivi di salute. Sulla base delle condizioni clinico-assistenziali e secondo criteri definiti nei PDTA viene definito un nuovo incontro dopo 4-6 mesi. I dati raccolti vengono integrati nel software utilizzato in collaborazione coi MMG.

RISULTATI

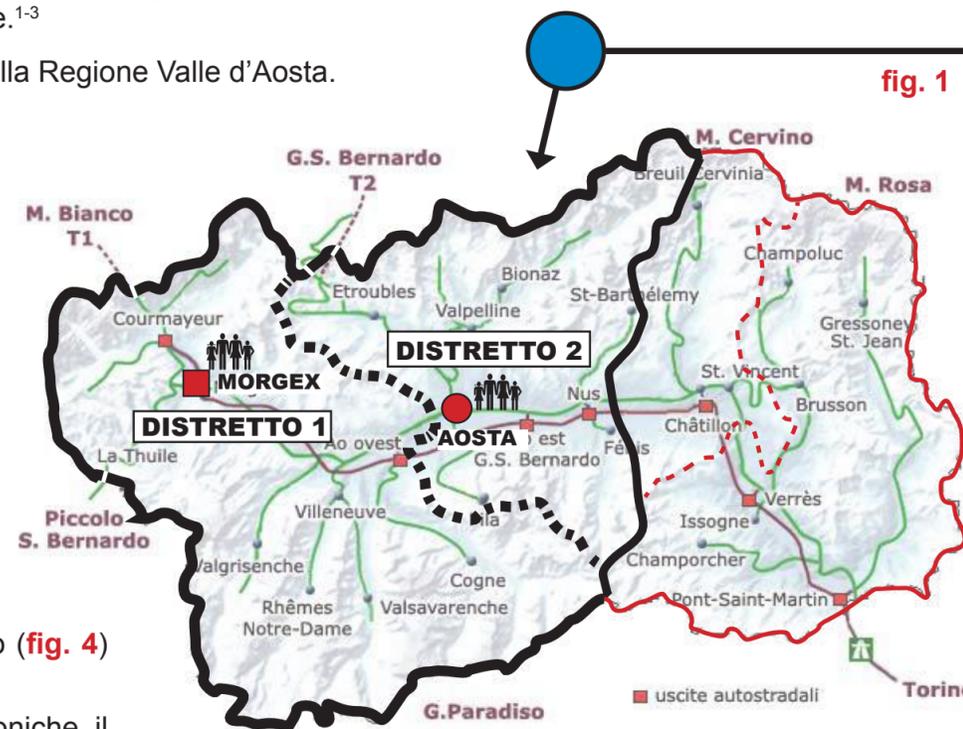
Hanno preso parte al progetto 4 infermieri e 18 MMG suddivisi sul territorio montano del Distretto 1 e 2 della Regione Valle d'Aosta (fig. 1). Sono stati contattati 2.688 utenti con un tasso di adesione del 63,4% (fig. 2) per un totale di 1716 visite (fig. 3). Gli utenti avevano un'età media di 70,3 (±11,7) anni, il 74,7% (1.282) over 65 anni ed il 50,9% (874) di genere femminile.



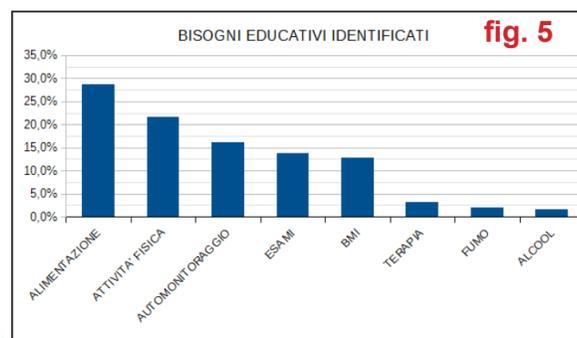
Il 68,8% (1181) degli incontri sono avvenuti in ambulatorio (fig. 4) con una durata media di 48,5' (±13').

Gli utenti avevano mediamente 1,6 [range 1-4] patologie croniche, il 52,6% (1.474) con ipertensione arteriosa, il 26% (728) con diabete mellito 2, l'11,8% (331) con scompenso cardiaco ed il 9,6% (268) con BPCO. Il 28,8% (630) dei bisogni educativi erano relativi all'alimentazione, il 21,6% (473) all'attività fisica ed il 16,2% (355) all'automonitoraggio (fig. 5).

Gli obiettivi concordati sono stati raggiunti totalmente nel 38% (768) dei casi, parzialmente nel 29,9% (603) e non raggiunti nel 32,1% (649).



Altitudine media: 2.100 m
Superficie distretti 1 e 2: 2.125 Km²
 Circa il **60% dei comuni** ha **meno di 1.000** abitanti
Distretti 1 e 2: oltre 88.000 abitanti, 16.000 over 65 anni dei quali 2/3 con almeno 1 patologia cronica causa di circa 3.400 ricoveri



I risultati emersi da questo progetto sperimentale serviranno a supportare lo sviluppo di un modello regionale di sanità d'iniziativa, caratterizzato dalla collaborazione infermiere-MMG e basato sulla condivisione di strumenti e percorsi di cura.

CONCLUSIONI



BIBLIOGRAFIA

- Istat, La popolazione, le reti e le relazioni sociali, in "Rapporto annuale 2018", 2018.
- Piano Nazionale della Cronicità, Ministero della Salute, 2017
- Interreg-Alcotra, MisMi, Modello integrati di salute per una montagna inclusiva, 2014.