

## Il “Progetto Microaree” nei distretti di Trieste. Azioni innovative per una salute globale in una rivisitazione operativa delle cure primarie

*The “Microaree-Project” in the Trieste districts. Innovative actions for global health in primary care reassessment*

Maria Grazia Cogliati Dezza, Paolo Da Col, Monica Ghiretti, Michela Degrassi, Marco Spanò, Emanuela Fragiaco, Angela Pianca, Ofelia Altomare, Flavio Paoletti, Barbara Ianderca, Claudia Rusgnach

Distretti nn. 1 2 3 4, Azienda per i Servizi Sanitari n.1 “Triestina”, Trieste

Franco Rotelli

Presidente Conferenza Internazionale per la salute mentale “Franco Basaglia”, Trieste

*Parole chiave:* distretto, cure primarie, determinanti sociali della salute, interventi intersettoriali, microaree, salute di comunità

### RIASSUNTO

*Obiettivo:* sperimentare in alcuni microcontesti territoriali dei quattro distretti sanitari dell’Azienda Sanitaria di Trieste (60.000 abitanti/cad, 28% >65enni) interventi intersettoriali ad alta integrazione ed azioni innovative delle cure primarie per migliorare la salute globale degli individui e delle comunità.

*Metodologia:* ciascuna Microarea - (ca. 1.000-2.000 ab./cad) - è stata dotata, a seguito di una forte committenza del direttore generale, di un referente a tempo pieno, formato e motivato a realizzare 10 macroobiettivi prioritari, tra cui il miglioramento della conoscenza dei residenti, dell’appropriatezza d’uso dei servizi sanitari, del capitale sociale. Gli strumenti adottati si sono diretti al rafforzamento delle reti di cure primarie in senso proattivo, dell’alta integrazione inter-enti (Comune, edilizia popolare, terzo settore), della promozione della partecipazione comunitaria.

*Risultati:* dopo oltre 5 anni di attività capillare, nelle Microaree, nonostante la più elevata prevalenza di malati gravi, povertà, deprivazione sociale, si osserva un miglioramento di indicatori proxy di salute (es. riduzione dell’ospedalizzazione, della spesa farmaceutica, delle prestazioni sanitarie inappropriate), in misura superiore a quanto osservata nello stesso periodo nell’intera azienda sanitaria, sollecitata verso i medesimi obiettivi. Superate alcune difficoltà iniziali, il modello appare replicabile e si presenta favorevole per

rafforzare il ruolo del distretto nel territorio, anticipare cambiamenti significativi, proteggere meglio le fasce di assistiti fragili, valorizzare gli interventi di comunità, rendere più credibile le istituzioni ed avvicinarle alla popolazione, particolarmente quella più vulnerabile.

*Key words:* primary care, social determinants of health, intersectorial interventions, community care

#### ABSTRACT

*Objective:* the aim of the project is (a) to test the impact on health of integrated care and intersectorial interventions, as well as of a whole life approach; (b) to target the new primary health care networks towards frail subjects living in micro-territories of the four health care districts of Trieste (60.000 inhab./each, 28% >65 y. old people).

*Methodology:* after a strong commitment by the Director General, in each Microarea an ad hoc motivated and trained full time professional acted in order (a) to improve integrated care, inter-institutional interventions and intersectorial health actions (social assistance, social housing, third sector, etc.); (b) to increase the knowledge (needs) of individuals and the community; and (c) to ameliorate the appropriateness of health interventions.

*Results:* in these Microareas (ca. 1.000-2.000 inhab./each) it was observed a higher decrease of hospital admissions and drug prescriptions than in the whole territory, despite the presence of more poverty, deprivation, prevalence of chronic diseases and comorbidity. Specific efforts with preventive and proactive capillary actions placed in a new equilibrium formal and informal care. The relationships within and between Institutions improved, as well as that with subjects of informal care, with a final elevation of social capital. It seems that this model is cost/effective and could be replicated, particularly in multi-problematic areas, where it is necessary to obtain more rapid benefits in the involvement of the local community, the protection of vulnerable subjects at risk of ill health and social exclusion, the progress of the organizations for proactive primary health care.

### La sperimentazione Microaree - MICRO-WIN

A Trieste i distretti (quattro, ciascuno con ca. 60.000 ab., 100 dipendenti, 55 MMG), in un'Azienda Sanitaria priva di propri ospedali, iniziano a svilupparsi nel 1995, in concomitanza con l'avvio dell'aziendalizzazione ed il "lancio delle cure territoriali", operazione fortemente ispirata dalle ultradecennali esperienze dei servizi territoriali di salute mentale attivati con successo quali alternative successive alla chiusura dell'ospedale psichiatrico ("riforma basagliana"). Inoltre, forte punto di riferimento furono i documenti ufficiali internazionali per il rilancio delle cure primarie, dalla dichiarazione di Alma Ata ai successivi documenti sul medesimo tema (1, 2).

Per verificare la fattibilità della costruzione di nuove reti di attenzione primaria (globalmente intesa, fin dall'inizio come globale ed unitaria) già dai primi anni si intraprese la via della sperimentazione di interventi-modello in aree più piccole di quelle di pertinenza dei singoli distretti, ritenendo che "nel piccolo" fosse maggiormente probabile raggiungere in tempi più brevi gli obiettivi istituzionali e risultati più incisivi che "nel grande" (ovvero, nell'intero distretto). E quindi anche: una maggiore conoscenza dei bisogni specifici locali, la loro reale consistenza quali/quantitativa, l'incontro proattivo, l'integrazione dei servizi; l'attenzione per la creazione di alleanze con la comunità locale, in modo da renderla protagonista nella programma-

zione e nella realizzazione di reti integrate di risposte, ampie ben oltre le sole istituzioni pubbliche.

I primi interventi ("Progetto Habitat e sviluppo di comunità") sorsero in cinque quartieri della città ad alta problematicità sociale ed elevata richiesta di servizi (sanitari e non solo), ponendo da subito enfasi, non abituale per la sanità, sull'intervento sull'ambiente di vita delle persone. Venivano individuate alcune zone di 1.000/2.000 abitanti con insediamenti di case popolari, in particolare stato di degrado abitativo o sociale. Fin dall'inizio si erano cercate alleanze intersettoriali, in primo luogo con i gestori delle politiche ed interventi sociali e dell'edilizia popolare. Si stipularono quindi accordi, adottati con singoli atti deliberativi dell'Azienda per i Servizi Sanitari (ASS1), del Comune di Trieste e dell'ATER (Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenza) per la gestione congiunta di un programma innovativo di integrazione fra enti che condividevano l'obiettivo di "migliorare la qualità della vita e la tutela della salute degli abitanti, sia in termini di prevenzione del disagio sociale, che dei ricoveri ospedalieri e in strutture residenziali protette, che di cura e assistenza ai gruppi più vulnerabili" (Maggian, 2000).

Questi sono andati poi a precisarsi dieci anni più tardi come azioni metodologicamente più strutturate, globali e plurali sull'ambiente e sulla vita degli abitanti delle Microaree. Il progetto Microaree-Microwin (MA) fu avviato nel 2005, su esplicito mandato e forte committenza del Direttore Generale, con coinvolgimento prevalente dei distretti e partecipazione dell'intera organizzazione aziendale. Ciascuno dei quattro distretti dell'Azienda individuò una-due aree ben delimitate (microaree) nel proprio territorio di pertinenza, ciascuna di ca.1.000-2.500 ab. (quindi includenti qualche decina di caseg-

giati), in cui si iniziò la costruzione di reti locali di servizi tra i vari erogatori istituzionali o meno, che potevano costituire risorsa e strumento per sviluppare innovativi programmi di salute: i Servizi Sociali del Comune, i servizi degli altri Assessorati Comunali (ambiente, istruzione, trasporti, ecc.), l'ATER, le cooperative sociali (in particolare di tipo B), le associazioni di volontariato locali, le rappresentanze dei cittadini, ed anche il vicinato, i negozi, ecc. Un "territorio in movimento" convergente verso la ricerca della salute della comunità locale, cercando di riconoscere ed impiegare sinergicamente tutte le risorse del microcosmo locale.

I dieci obiettivi dell'ASS1 deliberati dal Direttore Generale che lanciò l'iniziativa sono:

1. Realizzare il massimo di conoscenza sui problemi di salute delle persone residenti nelle Microaree
2. Ottimizzare gli interventi per la permanenza nel proprio domicilio ove ottenere tutta l'assistenza necessaria (e contrastare l'istituzionalizzazione).
3. Elevare l'appropriatezza nell'uso dei farmaci.
4. Elevare l'appropriatezza per prestazioni diagnostiche.
5. Elevare l'appropriatezza per prestazioni terapeutiche (curative e riabilitative).
6. Promuovere iniziative di auto-aiuto ed etero-aiuto da parte di non professionali (costruire comunità).
7. Promuovere la collaborazione di enti, associazioni, organismi profit e no profit per elevare il benessere della popolazione di riferimento (mappatura e sviluppo).
8. Realizzare un ottimale coordinamento fra servizi diversi che agiscono sullo stesso individuo singolo o sulla famiglia.
9. Promuovere equità nell'accesso alle prestazioni (più qualità per cittadini più vulnerabili).

10. Elevare il livello di qualità della vita quotidiana delle persone a più alta fragilità (per una vita più attiva e indipendente).

I primi documenti successivi chiarirono progressivamente gli obiettivi operativi specifici per i singoli enti:

- per l'ASS1: conoscenza del territorio, minor ricorso ai ricoveri ospedalieri e all'istituzionalizzazione in casa di riposo (a Trieste ne esistono 100 !! per un totale di oltre 3.000 "ospiti"), sviluppo di azioni interdisciplinari, superamento della compartimentazione tra sanità e assistenza, miglioramento della qualità dei servizi, coinvolgimento della cittadinanza attiva, ricerca della partecipazione di tutti gli Assessorati Comunali (politiche intersettoriali).
- per il Comune di Trieste: coordinamento degli interventi per minori, giovani, anziani, attraverso le Unità Operative Territoriali, valorizzazione del ruolo attivo di associazioni e del volontariato.
- per ATER: miglioramento della manutenzione di aree verdi, delle parti comuni e la sicurezza degli impianti, coordinamento con i servizi sociali e sanitari per la gestione di situazioni problematiche.

Il Protocollo di intesa, sottoscritto nel febbraio 2006 e allegato al Piano di Zona 2006-2008 del Comune di Trieste, riformula il Programma chiamandolo "Habitat-Microaree" (HM).

L'intervento vuole spostare l'attenzione verso territorio e comunità per:

- realizzare buone pratiche di sinergie professionali e aziendali;
- favorire la partecipazione dei cittadini (democrazia partecipata);
- ottimizzare i servizi;
- realizzare equità di accesso e personalizzazione degli interventi;
- sperimentare nuovi modi di fare Salute.

La realizzazione richiede attenzione alla cura

dei soggetti più vulnerabili, interventi di prevenzione, continuità assistenziale, riduzione dei ricoveri (in ospedale ed in strutture residenziali), sostegno a forme di socializzazione e associazionismo fra gli abitanti, valorizzazione delle risorse esistenti, sostegno ai percorsi di auto-aiuto, valorizzazione del ruolo del terzo settore.

Nel 2005 l'ASS1 dà dunque l'avvio al Progetto Microaree, individuando dieci zone. Per ognuna di esse il distretto nomina un proprio referente a tempo pieno di Microarea.

La prima realizzazione concreta fu l'individuazione di una sede in ogni complesso abitativo/territorio scelto, aperta alle persone della zona, luogo di incontro e di riunione delle persone coinvolte, spazio di presenza di associazioni e volontariato, luogo di realizzazione di alcune attività, "tenda sul campo" a disposizione di tutti più che sede istituzionale.

La scelta di aprire nell'ambito della sperimentazione sedi distaccate da quelle dei Distretti ai quali le Microaree appartengono può essere ricondotta a due obiettivi principali: il primo è quello di contribuire al decentramento degli operatori (servizi) dell'Azienda sanitaria, per realizzare un reale consolidamento del rapporto cittadino-istituzione; il secondo è quello di avere uno spazio fisico (visibile e vivibile) fortemente radicato nei territori, dove realizzare azioni volte a produrre solidarietà, coesione sociale e sviluppo di comunità.

Ciascuna sede di Microarea ha caratteristiche differenti a seconda del contesto locale in cui è inserita: alcune (Giarizzole, Valmaura, Grego, Ponziana, Vaticano, San Giovanni e Greta) sono dei veri e propri appartamenti/locali situati all'interno di caseggiati di edilizia popolare; altre (Melara e Roiano) sono ospitate all'interno di alcuni spazi delle sedi distrettuali; una (Cittavecchia) è un locale precedentemente destinato ad usi commerciali situato al

piano terra di un alloggio di edilizia pubblica nel centro storico della città.

Tutte le sedi sono utilizzate dal Referente di Microarea, dai volontari del servizio civile e dai portieri sociali dell'ATER e del Comune (laddove presenti), e vengono vissute sempre più come spazi autogestiti dagli abitanti per tutte quelle attività che rientrano nella costruzione di una "comunità attiva e partecipata". Le attività possono essere di carattere socio-sanitario (ascolto, incontri di prevenzione, gruppi di ginnastica dolce per gli anziani, gruppi di auto-aiuto), culturale (corsi di scrittura o gruppi di lettura), ricreativo-educativo (doposcuola e aggregazione giovanile), ludiche e di convivialità (incontri di socializzazione e feste).

I referenti di Microarea sono dieci operatori di diversa professionalità scelti per questo ruolo dai direttori di Distretto in base ad alcuni criteri riassumibili in: capacità di ascolto, di sintesi, di realizzazione; spirito imprenditoriale, buona conoscenza del sistema sanitario e dei servizi esistenti; attitudine ad un approccio globale e articolato con l'utenza; capacità di attivare percorsi e risposte adeguate e consolidata esperienza di un approccio territoriale attraverso le visite domiciliari. Tutto questo accompagnato da una palese motivazione personale a rendersi protagonisti della sperimentazione.

I compiti del referente di Microarea, indicati dal Direttore Generale, sono riconducibili a due ambiti generali. Il primo, strettamente connesso alla realtà locale in cui il referente opera e nel quale ha il ruolo di tutore attivo della salute di tutti gli abitanti di Microarea; il secondo, collegato alla realtà istituzionale in cui diviene chi assicura il raccordo tra il Distretto e la Microarea, assicurando lo scambio di informazioni e la partecipazione degli operatori delle diverse Unità Operative del distretto alle azioni sperimentali.

A livello locale, il referente di Microarea ha come compito principale quello di raccogliere il maggior numero di informazioni riguardanti il territorio della Microarea e le sue risorse, di adoperarsi per l'empowerment della popolazione della Microarea attraverso la conoscenza diretta di tutti i residenti e la realizzazione di azioni che favoriscano la partecipazione attiva delle persone, a tutti i livelli di intervento, anche quello decisionale e programmatico, rispetto ai propri programmi/obiettivi di salute.

A livello istituzionale, il referente di Microarea, deve fare in modo che vi sia un collegamento tra la Microarea, il Distretto, i Dipartimenti aziendali e la struttura tecnico-amministrativa, attraverso la messa in rete e la diffusione dei risultati raggiunti e delle attività svolte. Inoltre, deve coordinare le azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi di Microarea, i quali richiedono un'integrazione forte tra tutti gli attori, istituzionali e non, coinvolti nella sperimentazione. Le funzioni principali del referente non vanno a descrivere una specifica figura professionale, ma sono finalizzate alla realizzazione di una nuova metodologia di lavoro, che sottintende una possibile riorganizzazione dei servizi e delle modalità di comunicazione tra servizi.

I cittadini possono rivolgersi ai referenti di Microarea che hanno il compito di facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari e di promuovere l'utilizzo delle risorse presenti sul territorio. Il referente coordina un gruppo di volontari del servizio civile, che svolgono attività di sostegno alle persone (accompagnamenti, trasporti, disbrigo pratiche, commissioni varie).

Le azioni intraprese nelle Microaree rispondono ai seguenti criteri:

- LOCALI, in quanto misurate specificatamente su uno specifico micro-contesto ter-

- ritoriale puntualmente individuato;
- PLURALI, perché chiamanti a raccolta più soggetti, né solo la ASS né solo altre istituzioni;
  - GLOBALI, perché volte a raggiungere tutti i determinanti dello stato di salute generale della popolazione e di conseguenza rigorosamente intersettoriali con indirizzo lungo tre assi principali: 1. casa (priorità agli interventi domiciliari); 2. lavoro (nel senso di attività di vita); 3. socialità (nel senso più ampio del termine, non meramente socio-assistenziale).

Questi tre assi d'intervento sottolineano la necessità di utilizzare nell'ambito della sperimentazione, un metodo di lavoro che prediliga gli interventi domiciliari. Questi ultimi, permettono un reale contatto con la persona, inserita nel suo ambiente e nelle sue attività di vita e nella sua rete affettiva, e garantiscono la realizzazione, ove necessario, di programmi costruiti attorno ai singoli individui, i quali mantengono un ruolo attivo nella realizzazione dei loro percorsi di salute. La novità di questo lavoro consiste nella costante ricerca di soluzioni tempestive (spesso immediate, in tempo reale) ai problemi riscontrati, sia sanitari, ma soprattutto anche di altra natura (di contesto) a forte impatto sulla salute: casa, ambiente, reddito. Le azioni e la presenza fisica del referente testimoniano concretamente la volontà di rendere palese e più credibile l'istituzione (sanitaria ed altra), realmente vicina alla comunità locale. Tale prossimità consente di elevare il livello di fiducia dei residenti verso di essa, mira a facilitare le buone relazioni tra i residenti, le azioni di solidarietà e sussidiarietà, il senso di appartenenza alla comunità. In sintesi, per rispondere alle domande complesse, si è pensato di ricercare più l'aumento del capitale sociale che non di quello economico-finanziario, tradizionalmente (ma sempre

più incompletamente) considerato strumento per ampliare le risposte e l'offerta.

Affermava il Direttore Generale Franco Rotelli nel 2007: "noi non possiamo immaginarci il lavoro di Microaree a Trieste se non come un lavoro eminentemente critico e non come un modello positivo di comportamento né come un modello positivo di operatività ma, al contrario, come un'azione pratica di denuncia costante, pratica, non ideologica, di denuncia operativa di una quantità significativa di inadempienze, di inefficienze, di mancata efficacia nell'insieme delle politiche sociosanitarie di questa città".

Quindi non riflessioni, confronti, ricerca di mediazioni che avvengono fra gli "esperti" delle pratiche o delle politiche, comunicati solo negli esiti finali per raccogliere consensi, nella convinzione, da lui esplicitata, che il "vero valore del servizio pubblico sta in questa possibilità di trasparenza, in questa possibilità di democrazia". Una forte riaffermazione del ruolo del servizio pubblico e della responsabilità pubblica di azioni tese a "fare società", a costruire processi per portare a sintesi interessi e bisogni diversi, esplicitando gli elementi di equità sociale in gioco. Una riproposizione di molti dei contenuti delle dichiarazioni di Alma Ata e delle linee di indirizzo successive sulla realizzazione di cure primarie. Si rende necessaria quindi la capacità di riprogettare, di adottare visioni strategiche, di recuperare risorse da reinvestire, sia economiche che di energia/lavoro degli operatori, di individuare nuove modalità di lettura degli esiti, di regia di un processo complesso, che riporta alle responsabilità dei diversi livelli di governo delle politiche locali.

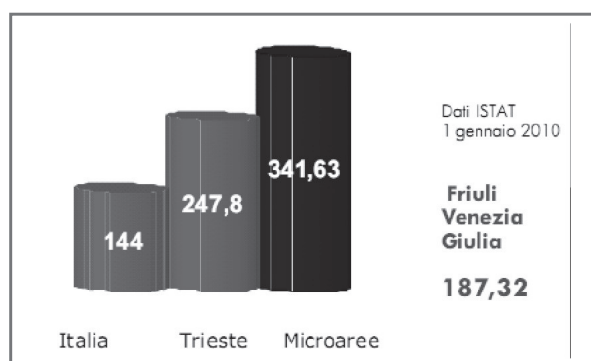
### **Quadro demografico e socio economico delle Microaree**

Complessivamente il quadro demografico

delle Microaree (fig. 1) è segnato da una popolazione decisamente più anziana della media. Trieste è da anni la provincia tra le più anziane d'Italia, in cui si contano ogni 100

giovani con meno di 14 anni due volte e mezzo il numero di anziani con più di 65 anni (in Italia sono 144); nelle Microaree si registra un valore dell'indice di vecchiaia an-

Fig. 1 - Comparazione tra l'indice di invecchiamento in Italia, a Trieste e nelle Microaree



cora superiore, poco meno di due volte quello dell'intera Regione Friuli Venezia Giulia e molto più del doppio rispetto al valore medio italiano. In Microarea il 30,1% ha più di 65 anni, il 14,3 % supera i 75 anni; il 4,5% oltre 85. Interessa segnalare che il dato italiano sulla vecchiaia rappresenta il valore osservabile a Trieste nel 1951. Si può quindi giustamente considerare Trieste come lo spec-

chio demografico dell'Italia del futuro.

Nella tabella successiva (tab. 1) sono riportati i dati del censimento dell'ATER del 2009: si osserva che gli abitanti di Microarea vivono nella metà dei casi da soli. Va precisato inoltre che oltre il 30% vivono in alloggi di edilizia pubblica ed in alcune Microaree tali alloggi rappresentano la totalità dell'offerta abitativa.

Tab. 1 - Censimento dei residenti nelle abitazioni dell'ATER (edilizia popolare).

componenti nucleo familiare Fonte: censimento ATER 2009	numero	%
1	1.328	48,0
2	889	32,1
3	345	12,5
4	143	5,2
5 e +	62	2,2
TOTALE	2.767	100

Un nucleo familiare su due si dichiara costituito da una sola persona e la percentuale sale all'80% se si contano due componenti. Dalla medesima rilevazione in questo con-

testo si riscontra che la maggior parte vive con un reddito al di sotto o al limite della soglia di povertà (tab. 2).

Tab. 2 - Reddito annuale dei residenti delle Microaree in abitazioni di proprietà dell'ATER.

reddito micro area Fonte censimento ATER 2009	numero	%
<b>FASCIA A</b> da 0 a 13.395 €	2.199	58,59
<b>FASCIA B</b> da 13.3951 a 33.334 €	1523	40,58
<b>FASCIA C</b> oltre 33.334,00 €	31	0,83
<b>totale</b>	3753	100

Dai dati delle esenzioni per patologia riportati nella tabella successiva (tab. 3) si nota che in Microarea vive un'alta percentuale di persone riconosciute portatrici di malattie rilevanti. Inoltre, il 30% della popolazione presenta un'invalidità grave con indennità di accompagnamento (per cui è riconosciuta necessitante di assistenza continua).

Tab. 3 - Percentuale di persone esenti per patologia nei residenti in Microarea e nella popolazione generale triestina.

esenti per patologia	% su popolazione
microaree	32,34
ASS1	27,68

### Interventi nelle Microaree - Anno 2011

Nel corso del 2011 i referenti di Microarea, affiancati dai volontari del Servizio civile e dai borsisti, si sono resi protagonisti di una vasta serie di interventi ed azioni censite in un data base ad hoc di recente implementato. I risultati sono riassunti nella figura succes-

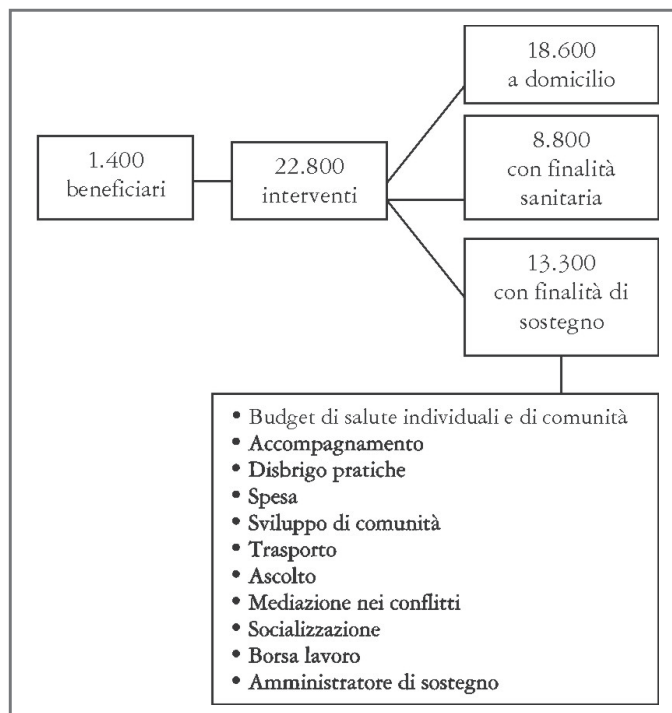
siva (fig. 2 v. pagina successiva).

In totale, nel corso dell'anno, sono stati raggiunti 1.400 soggetti, a favore dei quali si sono svolti oltre 22.000 interventi, di varia intensità, tipo, natura. La maggior parte delle prestazioni (81%), in coerenza con le premesse e gli obiettivi della sperimentazione, è stata erogata a domicilio, a testimoniare l'innovazione di un approccio volto ad inserirsi nei luoghi di vita delle persone in difficoltà. Oltre un terzo ha avuto finalità sanitarie ed in oltre la metà dei casi si è riscontrata una necessità di sostegno. L'elenco sintetico delle prestazioni erogate ben evidenzia l'azione concreta di approccio globale alla persona e la volontà di agire non solamente sulla malattia ma contestualmente anche sui determinanti sociali della salute.

A completamento, per comprendere la rilevanza assunta in Azienda dai servizi domiciliari, si precisa che dal 2006 al 2011 tale attività è molto cresciuta, ed in particolare la percentuale di assistiti presi in carico con piano assistenziale individuale (PAI). Rispetto all'incremento del 6,5% dal 2009 al 2011



Figura 2 - Sintesi delle tipologie di intervento nelle Microaree



osservato in tutto il territorio della provincia di Trieste, si pone il 12,3% delle Microaree. Ogni 1.000 abitanti a Trieste, 30 sono seguiti dal servizio infermieristico domiciliare, mentre nelle Microaree il numero sale a più di 50. Analogamente, nelle Microaree la percentuale degli utenti presi in carico dal Dipartimento delle Dipendenze è più alta rispetto al resto della città e per gli utenti del Dipartimento di Salute mentale è più che doppia.

La personalizzazione degli interventi, con metodologie esplicite di presa in carico globale è una delle azioni più impegnative e tipiche del lavoro in queste aree ad alto indice di deprivazione e complessità, e si è rivelata favorevole per incidere efficacemente, adottando la strategia di porre in equilibrio gli interventi sul singolo e contestualmente sulla comunità (a conferma di precedenti esperienze: "la comunità che cura").

### Metodologia operativa

Per capire esattamente ciò che in Microarea viene quotidianamente portato avanti dai referenti e dagli altri operatori che lì lavorano è necessario ricordare che ogni Microarea ha un'operatività fortemente influenzata dal contesto territoriale in cui agisce. A partire da questa diversità si possono individuare alcune azioni esemplificative, strettamente collegate tra loro, sovrapponibili per tutte le Microaree, e riconducibili ai dieci obiettivi del progetto.

1. Conoscenza di tutte le persone residenti in Microarea a partire da quelle con problematiche sanitarie più rilevanti; a titolo di esempio, mediante:
  - visite domiciliari ai residenti di Microarea che presentano patologie ad alto impatto sociale (quali diabete, cardiopatie, broncopneumopatie, demenza) e causa di ricoveri frequenti; l'utilizzo di

- prestazioni specialistiche o di politerapie; visite alle persone di età elevata (quindi a rischio di fragilità e problemi complessi) per un'eventuale presa in carico anticipata e proattiva;
- visite domiciliari attraverso la ricognizione "porta a porta" di possibili bisogni, quindi per conoscere le persone, le loro esigenze ed attivare i servizi di competenza prima che insorgano o si aggravino eventuali difficoltà;
  - individuazione e presa in carico di soggetti anziani fragili riconosciuti attraverso uno screening sistematico (ovvero su residenti non noti ai Servizi) negli ultra75enni, con l'utilizzo della scheda Prisma 7 (3), e successivo perfezionamento con la valutazione multidimensionale "Val.graf." (4) adottata dalla Regione Friuli Venezia Giulia quale strumento obbligatorio delle UVD.
2. Ottimizzazione degli interventi per la permanenza delle persone nel proprio domicilio per contrastare l'istituzionalizzazione e i ricoveri impropri; ad esempio, con:
- l'identificazione dei soggetti a rischio, a partire dalle problematiche sanitarie più rilevanti, valutazioni sanitarie e sociali della persona e del suo contesto abitativo, definizione di un programma d'intervento personalizzato da parte del referente di Microarea e dei Servizi interessati;
  - l'attivazione di budget di salute (BdS) personalizzati. I budget di salute attivati dall'ASS1 mirano a far convergere risorse di tipo istituzionale e tutte quelle provenienti dal soggetto/famiglia e dal territorio. Per la parte istituzionale, uno degli scopi principali è la riconversione della spesa (ad es. da residenziale a domiciliare), ovvero la sua ottimizzazione (ad es. puntando, come pos-

sibile, ad azioni realmente sussidiarie e di assistenza informale vicaria di quella formale). Il BdS deve finalizzare le risorse impiegate per evitare/ridurre i ricoveri impropri in strutture sanitarie e/o assistenziali; favorire il rientro/permanenza al domicilio; evitare trattamenti terapeutici inappropriati o non efficaci. Riguardo alla tempestività e durata dell'intervento, il BdS deve configurarsi, di norma, come estemporaneo e coerente con le necessità contingenti, nonché misura temporanea, aperta in attesa di espletare altri interventi/servizi più definitivi a sostegno di una domiciliarità consolidata, sempre in accordo con le normative vigenti (es. Fondo regionale per l'autonomia possibile, Indennità di accompagnamento, misure di sostegno al reddito, ecc.). Rispetto alla partecipazione e consenso, il BdS deve promuovere e sostenere il coinvolgimento e la partecipazione diretta della persona e del suo primo entourage alla costruzione del proprio progetto terapeutico, che assume valore e senso di "contratto-alleanza" terapeutica ed assistenziale.

Le tipologie di BdS attivabili sono:

A. attivazione di servizi sanitari e sociosanitari: per la realizzazione di progetti che prevedono l'espletamento di interventi specifici e mirati (ad es. interventi infermieristici e riabilitativi integrativi rispetto a quelli forniti dal distretto; educativi; di sostegno alla cura igienico sanitaria dell'ambiente; di sostegno alla cura della persona; per la mobilità, con trasporti semplici o protetti, ovvero con accompagnamento, per garantire l'accesso alle cure, ecc.). Ancora, in caso di realizzazione di progetti complessi, di durata signi-

ficativa, in cui è necessario privilegiare particolari e/o multiple competenze che garantiscano continuità assistenziale e professionale.

B. Contributo economico diretto: è erogato dall'ASS1 nei confronti di una persona per perseguire gli obiettivi previsti nel BdS, che sono sempre obiettivi di salute globale (incidono sulla malattia e sui determinanti sociali). In particolare, per persone con situazione sanitaria fortemente compromessa ove la salubrità dell'ambiente e la cura della persona diventano determinanti per il miglioramento dello stato di salute; quando l'intervento riveste carattere d'urgenza o indifferibile, non risultano praticabili interventi sanitari e/o sociosanitari di altri Enti nei tempi necessari; il contributo ha caratteristica di "straordinarietà" e rientra nelle finalità e nei target previsti dal regolamento aziendale dei BdS.

C. Azioni ed interventi per una comunità attiva e partecipata; ad esempio:

- organizzazione di riunioni periodiche con i residenti per affrontare e cercare di affrontare/risolvere congiuntamente elementi critici di vita nel rione, anche individuando risorse del territorio disponibili e attive;
- promozione della conoscenza reciproca per costruire relazioni di fiducia e promuovere azioni di scambio e valorizzare l'appartenenza a quel luogo;
- organizzazione di incontri periodici con scopo informativo-educativo su problematiche di salute diffuse, al fine di aumentare la consapevolezza delle persone e sostenere la parteci-

pazione attiva e responsabile dei residenti per promuovere il benessere della comunità locale.

3. Attivazione di budget di comunità: all'interno di una Microarea molto piccola e particolarmente deprivata (Ponziana) è stato avviato il progetto "Nanoarea Battara" (dal nome del vicolo su cui si affacciano una serie di vecchi caseggiati popolari) con l'obiettivo di perfezionare l'analisi dei bisogni degli abitanti e definire gli interventi necessari per migliorare la qualità di vita nella corte di questa via, ad alto indice di deprivazione sociale. L'ASS1 ha messo a disposizione un budget ad hoc, volto ad incoraggiare gli abitanti della corte ad esprimere competenze, idee, progetti e iniziative, avviando processi di partecipazione e sviluppando il ruolo di soggetti che si prendono cura della propria comunità. Il bando per l'utilizzo dei fondi prevedeva due principali filoni di intervento: la riqualificazione dell'area coinvolta attraverso opere di abbellimento; il miglioramento qualitativo degli stabili e delle aree comuni attraverso la conservazione, il recupero, il riuso e la valorizzazione; la promozione della partecipazione e dell'aggregazione dei residenti al fine di prendersi cura della propria comunità.

### **Qualche risultato...**

Il programma Microaree in questi anni ha permesso di sperimentare sul campo e senza modelli precostituiti la conoscenza e la presa in carico di un territorio e dei suoi abitanti nel suo complesso, con uno sguardo di riguardo a problemi connessi non solamente con la malattia (in genere di lunga-lunghissima durata) ma anche con la solitudine, la povertà, la deprivazione sociale in generale presenti in un territorio di ridotte dimensio-

ni, in cui comunque si esprime (o si può esprimere) una comunità di persone, ricercando e riconoscendo anche contemporaneamente non solamente i profili di bisogno, ma anche delle risorse e delle peculiarità che il medesimo territorio è in grado di volta in volta di offrire.

Microaree ha permesso di “piegare” i servizi istituzionali ad esigenze, bisogni e specificità che proprio in un contesto concreto e reale sono in grado di emergere ed essere accolte.

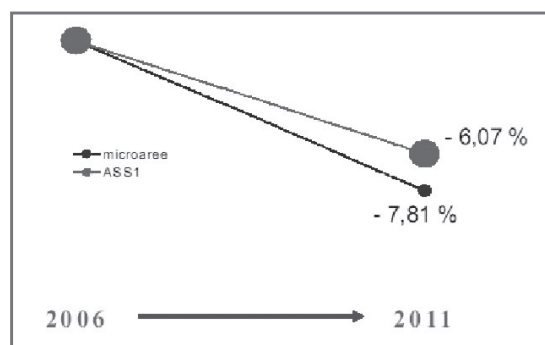
In questa intensa attività, un elemento di debolezza è rappresentato dagli imperfetti strumenti di censimento e rilevazione delle attività e dei loro esiti.

Globalmente, quindi, nell’analisi retrospettiva siamo spesso costretti a fare affermazioni non “oggettive”, tra cui quella fondamentale che è opinione unanime, di operatori dei vari Enti e dei cittadini, che nelle Microarea è cresciuto il livello di salute, globalmente intesa, migliorato il “clima” ambientale e la vivibilità, le relazioni interpersonali e tra residenti ed Istituzioni.

Nelle Microaree, oltre a questi positivi risultati qualitativi (che impattano la salute globale), si sono seguiti nel tempo alcuni indicatori quantitativi: si registra una riduzione del numero di persone ricoverate, calata dal 2005 al 2009 di quasi il 20% con valore maggiore rispetto all’Azienda sanitaria nel suo complesso (fig. 3).

L’analisi della riduzione del tasso di ospedalizzazione negli anni di sperimentazione, in relazione a quello in rilevante discesa registrato dall’ASS1 Triestina, può essere un metro di giudizio e un punto di partenza per successive valutazioni. In particolare, i ricoveri medici sono calati: dal 2006 al 2011 le persone residenti in Microarea ricoverate sono diminuite dell’8% vs -6% nel resto della provincia. Nel 2010 la differenza in termini di riduzione del numero di dimissioni

Figura 3 - Riduzione percentuale dei ricoveri nelle Microaree e nella popolazione generale nell’ultimo quinquennio.



era di 15,4% contro 9%; nel 2009 in Microarea la riduzione del tasso di ricovero di tipo medico è stata del 20% rispetto al 2006 vs -9% di ASS1.

Nelle Microaree si è verificata una riduzione sia delle persone ricoverate che dei ricoveri, in grado superiore che nella popolazione generale (7,8% vs 6,1%). Il dato è di rilievo, perché ci era noto che tra i residenti di Microaree era più alta la prevalenza di patologie croniche e di problematicità sociali (si sono ridotti infatti anche i ricoveri ripetuti di natura cosiddetta “sociale” in alcune persone note per la loro particolare vulnerabilità).

Per completezza, citiamo alcuni altri dati sul miglioramento di utilizzo delle risorse, con performances superiori in queste aree svantaggiate, in cui in partenza si registravano spese sanitarie più alte che altrove, ad esempio per i farmaci. Infatti, la spesa farmaceutica territoriale convenzionata è passata da 417 a 371 euro/pro capite in microarea vs da 335 a 303 in ASS1. Quella per prestazioni ambulatoriali è aumentata meno in Microarea rispetto al trend generale in ASS1 (14,7% contro 12%). Questi risultati sono ancora più incoraggianti in un’ottica di rivisitazione della spesa pubblica e sanitaria e testimoniamo dei margini di evitabilità di spese che incidono

impropriamente sul versante sanitario e che verosimilmente spesso ricoprono funzione vicaria di copertura di bisogni "sociali". Questi, se confermati in futuro, fanno delle Microaree un terreno di ricerca ancora più stimolante.

### **Qualche ulteriore riflessione: gli attori della sperimentazione**

Il tema cruciale del coinvolgimento in queste attività e cambiamenti dei diversi professionisti del distretto può essere solo accennato, per esigenze di spazio, con tre riflessioni principali.

Oltre a quanto già illustrato sui referenti di Microarea, in generale merita ricordare che certamente il cambiamento di modalità di lavoro e di operatività ha positivamente influenzato non solamente i distretti ed i servizi sanitari, ma l'azienda nel suo insieme, incluse le sue componenti tecnico-amministrative (oggi ancor più patient/client oriented). Questo evento è stato possibile grazie alla forte e determinante committenza della Direzione Generale, sia alla nascita del Progetto (il Direttore Generale fu egli stesso primo ideatore e convincente sollecitatore della sua realizzazione), che nel prosieguo (la Direzione successiva coraggiosamente mantenne forte convinzione del valore delle azioni di Microarea). La scelta di distaccare una decina di professionisti di valore del distretto al nuovo lavoro di referente di Microarea non è stata né semplice né indolore, in uno scenario che stava (sta) andando in direzione opposta, ovvero verso l'enfasi sulla produzione prestazionale e sull'efficienza. Aver sottratto documentabile capacità produttiva del distretto a favore di quella relazionale si è accompagnata a complesse dialettiche e mediazioni, all'interno dello stesso distretto e dell'Azienda, anche perché disporre di dati oggettivi su cui poggiare la convinzione del

valore dell'impresa ha richiesto tempi più lunghi dell'atteso ed ancora oggi questo aspetto è in progress.

La seconda riflessione riguarda i percorsi formativi cui si sono sottoposti praticamente tutti gli operatori dei distretti, per avvicinarsi a questo nuovo ordine di idee e di pratiche, ed infine per applicarsi a realizzarle. La fusione del lavoro del referente, che per mandato opera per integrazioni a tutto campo e per approcci/visioni globali e profondamente intersettoriali, con quello degli altri operatori del distretto, in genere vincolati ad espressioni più parziali, presenta ancora margini di miglioramento e richiede costante supporto da parte della direzione di distretto. Si osservano comunque riverberi positivi generali, in quanto i concetti e le pratiche dell'accoglienza, del progetto personalizzato, della presa in carico globale sono sicuramente progrediti più rapidamente ed intensamente grazie alla "palestra sperimentale" di Microarea.

La terza riflessione concerne il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG). Anche qui, come sempre, abbiamo assistito ad una gamma di partecipazione e coinvolgimento estremamente variabile. In generale (in media) l'adesione dei MMG a questo nuovo approccio fondamentalmente integrato e proattivo non è stato del tutto soddisfacente, e non possiamo negare che, soprattutto superata la prima fase di sperimentazione, ci attendevamo divenisse maggiore (mediamente) la sua disponibilità ad affiancarsi al referente di Microarea per valutare e progettare interventi sia individuali che di comunità. Esistono naturalmente delle incoraggianti eccezioni ed esperienze, in cui alcuni MMG hanno ben colto il valore dell'innovazione, in termini di vantaggio per l'assistito, di successo del lavoro in team, di vantaggio per tutti nelle azioni preventive e proattive, del beneficio

di un approccio “whole life” ai casi complessi-multiproblematici, fino ad allora ritenuti “irrisolvibili”. Porgiamo qui, a motivo di stimolante provocazione, la suggestione di provare ad immaginare pro futuro non solamente la realizzazione di nuove case della salute, ma di nuovi modi di portare a casa la salute, magari grazie alla presenza (nelle grandi città) di un unico Medico di famiglia che si assume la responsabilità di cura su tutta una micro-comunità, con estensione delle sue attenzioni da una medicina dall’individuo ad una di comunità. Quindi un MMG che si adopera per una forte integrazione e cooperazione con gli altri professionisti del distretto (nuovo protagonista della medicina di comunità) e del territorio. Non possiamo non auspicare per questo ritocchi alla Convenzione della Medicina Generale ed aperture per accordi aziendali in grado di favorire questi riequilibri e cambiamenti.

### Per non concludere...

Microaree vuole oggi continuare ad essere un laboratorio di pratiche di lavoro innova-

tive e, grazie anche al nuovo protocollo Habitat-Microaree sottoscritto da Azienda Sanitaria e Comune di Trieste, vogliamo proseguire la sperimentazione, allargando il campo d’azione ad altre aree del territorio, del resto già estese con la presenza di altri soggetti pubblici privati che hanno assunto in carico altre Microaree, con promettenti sviluppi. Nel nuovo protocollo di intesa si dichiara di voler ampliare il senso e il ruolo del Programma “Habitat-Microaree” attraverso un suo sviluppo sia in senso intensivo (in riferimento alle aree già oggetto delle azioni del Programma con lo studio di azioni integrate innovative), sia in senso estensivo (allargamento ad altre aree della città). L’obiettivo è rafforzare ed affiancare alla dimensione “micro” – che continua ad essere riconosciuta come un aspetto strategico e connotante le azioni del Programma, in quanto garanzia di conoscenza e interazione ravvicinata con i contesti e le persone – una dimensione “macro”, auspicabilmente interamente distrettuale, ovvero estesa a spazi territoriali più ampi.

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI e SITOGRAFIA

1. WHO Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005; 365(9464):1099-104
3. Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A, and the PRISMA Group PRISMA: A new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care* March 2003; 18:3. Available from <http://www.ijic.org>.
4. Gigantesco A. et al. Validazione di un nuovo strumento di valutazione multidimensionale degli anziani. *Giornale di Gerontologia* 1995; 43:379-385.
5. Maggiani R. Il sistema integrato dell’assistenza. Guida alla legge 328/2000. Roma: Carocci; 2001.