

Cette présentation a été effectuée le 12 mars 2010, au cours de la journée « Intervention de proximité : développement des personnes et des communautés » dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2010. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives/>.

Il Programma Microaree di Trieste alla luce delle chiavi analitiche proposte

1. **il territorio come *setting* dei servizi**
2. **la cura dei luoghi**
3. **il territorio come fattore di riflessività
istituzionale**

1. Il territorio come *setting* dei servizi

le peculiarità del contesto triestino

- Trieste **realtà pilota**, precorritrice di fenomeni che negli ultimi anni sempre più stanno emergendo sull'intero territorio nazionale
- la "**rivoluzione demografica**" e lo spiccato aumento di incidenza delle patologie di lungo termine e cronico-degenerative
- elevata presenza di "grandi anziani" in condizioni di fragilità, isolamento, solitudine e/o in condizioni di disagio socio-economico, che concorre a spiegare l'elevato ricorso ai servizi sanitari, spesso in "sostituzione" di mancate relazioni sociali

1. Il territorio come *setting* dei servizi

- in risposta, a Trieste si sta costruendo in pratica una vera e propria **rete di servizi territoriali** che interagiscono tra di loro e con le istanze ospedaliere da un lato e sociali dall'altro
- già all'avvio della sperimentazione microaree (2005) l'ASS1 contava su un bilancio in attivo e su un **buon livello di copertura quantitativa e qualitativa** delle esigenze sanitarie del territorio triestino
- la ASS1 è un'azienda con **funzioni prettamente territoriali** (dal 1996 gli ospedali costituiscono un'entità separata), organizzata in quattro Distretti che coprono il territorio della Provincia di Trieste di 240.000 abitanti, funzionanti in stretta collaborazione e raccordo con tutte le altre articolazioni territoriali, aziendali e non



1. Il territorio come *setting* dei servizi

- **4 Distretti:** regia e di punto di riferimento per la città su tutte le questioni di salute, non solamente attraverso l'erogazione di prestazioni qualificate e di servizi, ma anche di costruzione di percorsi personalizzati
- servizi per anziani, area materno-infantile, cure primarie, riabilitazione, medicina specialistica
- assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare (7 giorni su 7 con reperibilità notturna o raccordo con guardia medica)
- ambulatorio infermieristico aperto 12 ore al giorno
- continuità assistenziale ospedale/territorio
- stretto raccordo con i Dipartimenti e i Centri Specialistici Cardiovascolare e Oncologico, le RSA, le Case di cura, ecc.

1. Il territorio come *setting* dei servizi

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ASS1 | 193,6 | 187,2 | 179,8 | 178,9 | 173,9 | 169,4 |
| Regione | 167,6 | 164,7 | 163,2 | 161,3 | 160,6 | 162,1 |

(fonte Agenzia Regionale della Sanità)

- in funzione dello sviluppo concreto di **reali alternative territoriali ai ricoveri** e all'**azione di filtro** svolta dal sistema, il tasso di ospedalizzazione a Trieste è sceso di oltre 24 punti dal 2003 al 2008
- il dato storico di Trieste è stato sempre alto, ma la diminuzione costante e decisa dei ricoveri è senza dubbio segnale di presenza di **credibili** soluzioni assistenziali territoriali che crescono di anno in anno

1. Il territorio come *setting* dei servizi

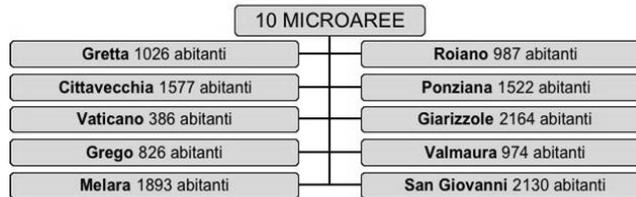
L'iniziativa quindi non si inserisce nel quadro di un sistema sanitario locale particolarmente "sofferente", è al contrario un tentativo di affrontare i LIMITI e le CRITICITA' del sistema stesso, in particolare:

- la sproporzione tra la spesa per l'acuzie e le cure di lunga durata
- il rapporto spesa sanitaria / spesa sociale = 8:1
- la mancata integrazione tra le politiche sociali e quelle sanitarie
- l'enfasi sulle strutture più che su budget personalizzati e di comunità
- l'assenza di investimenti sulla responsabilizzazione dei cittadini, delle comunità locali e di quartiere
- tradizionale schema di "attesa della domanda" e parcellizzazione della risposta

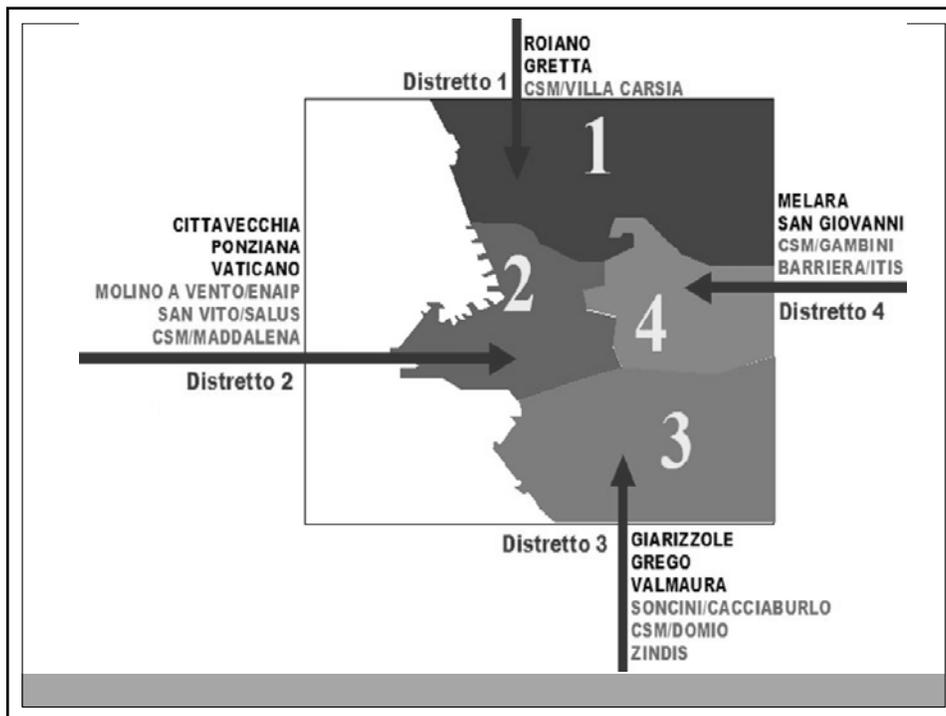
1. Il territorio come *setting* dei servizi

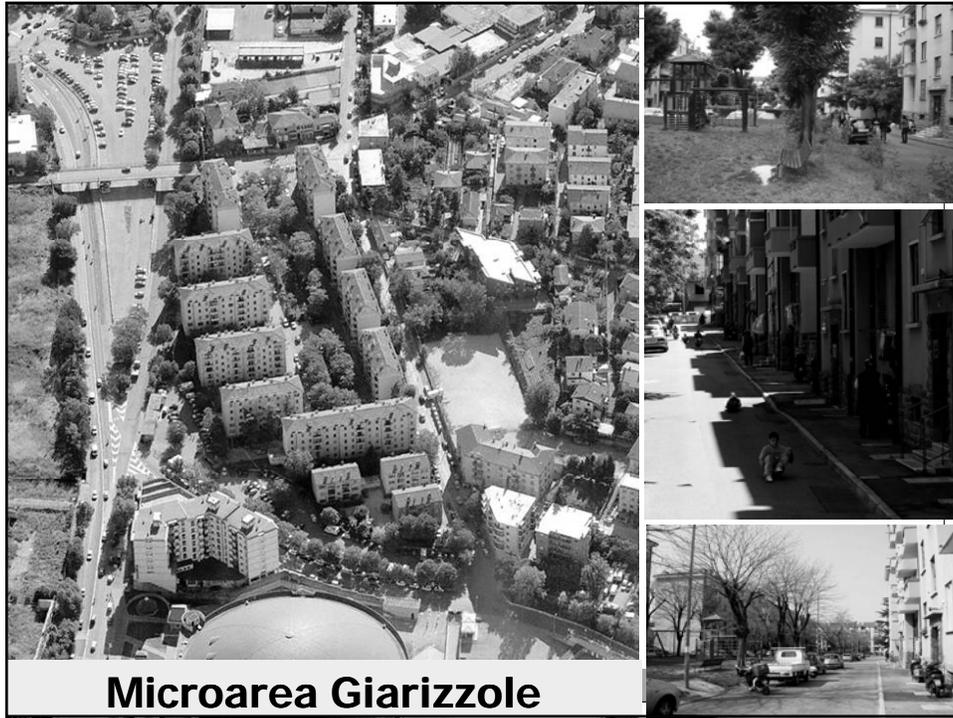
- non solo "ottimizzare" l'offerta ma qualificarla: puntare a una politica e pratiche di alleanze tra attori, istituzionali e non, che a diverso titolo intervengono su determinati territori per ottenere risultati concreti
- la **conoscenza** del territorio (inteso come insieme di possibili risorse e non solo come statistiche epidemiologiche) ed un rapporto di **vicinanza e scambio** tra istituzioni sanitarie e cittadine/i come priorità strategica per realizzare servizi e risposte adeguate alle nuove necessità

1. Il territorio come *setting* dei servizi



- **2006** firma del **protocollo di intesa** tra il Comune di Trieste, l'ASS n. 1 Triestina e l'Ater di Trieste, con validità triennale, che entra a far parte dei Piani di Zona del Comune, e approvazione del Programma regionale di sviluppo Micro-Win (Welfare innovation)
- **2007** l'ASS n. 1 ratifica la nomina dei 10 **referenti** di microarea (prevalentemente infermiere/i dipendenti, con una buona conoscenza del lavoro territoriale e una forte motivazione personale alla sperimentazione)
- **2008** l'ASS1 dopo aver consolidato le realtà esistenti stimola l'apertura di altri laboratori territoriali in collaborazione (convenzioni) con altri soggetti presenti sul territorio (associazioni, enti pubblici, enti di formazione, ecc.)
- **2009** rinnovo del Protocollo d'Intesa fra Comune, ASS n. 1 e ATER





Microarea Giarizzole



e simili...

Microarea Valmaura



Microarea Melara



SITUAZIONE ALLOGGIATIVA ATER

| Dati censimento | Anno 2005 | Anno 2009 |
|------------------------------|-----------|-----------|
| N° alloggi gestiti dall'ATER | 3309 | 2767 |

| N. persone nucleo familiare | n° alloggi | n° alloggi | % | % |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2005 | 2009 | 2005 | 2009 |
| 1 | 1354 | 1329 | 40,9 | 48,0 |
| 2 | 1013 | 891 | 30,6 | 32,2 |
| 3 | 410 | 348 | 12,39 | 12,57 |
| 4 | 187 | 147 | 5,65 | 5,32 |
| 5 | 54 | 45 | 1,63 | 1,62 |
| 6 | 18 | 24 | 0,54 | 0,86 |
| 7 | 12 | 9 | 0,36 | 0,32 |
| > 7 | 3 | 2 | 0,09 | 0,07 |

REDDITO NUCLEI IN ALLOGGIO ATER

| Reddito annuo | % anno 2005 | % anno 2009 |
|--|--------------|--------------|
| FASCIA A (da 0 a 13.395,00 €) | 47,31 | 58,59 |
| FASCIA B (da 13.395,01 a 33.334,00 €) | 43 | 40,58 |
| FASCIA C (oltre 33.334,00 €) | 5 | 0,82 |
| Totale | 3145 | 3753 |

Adulti e anziani in carico al Servizio Sociale del Comune di Trieste
dati 31 settembre 2009

| Area | N° residenti (al 2007) | N° Utenti PAI 2009 | % utenti su pop. residente | di cui utenti SAD | di cui assist. economica | di cui FAP |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------------|--------------------------------|------------------|
| Gretta | 1.026 | 87 | 8,5 % | 23 | 30 | 1 |
| Ponziana | 1.522 | 175 | 11,5 % | 20 | 91 | 7 |
| Vaticano | 386 | 73 | 18,9 % | 15 | 44 | 5 |
| Grego | 826 | 119 | 14,4 % | 17 | 63 | 4 |
| Valmaura | 974 | 109 | 11,2 % | 15 | 49 | 5 |
| Melara | 1.839 | 130 | 7,1 % | 9 | 52 | 8 |
| S.Giovanni | 2.130 | 160 | 7,5 % | 22 | 63 | 7 |
| tot. microaree | 8.703 | 853 | 9,8 % | 121 | 382 | 37 |
| Trieste | 208.000 | 7.788 | 2,8 % | 729 | 2.811 | 362 |

1. Il territorio come *setting* dei servizi

- “territorializzare” i servizi non significa semplicemente aprire strutture decentrate o sportelli: significa *spostare i servizi*, cioè spostare il fare, le pratiche, le azioni dei servizi, *dalla cura della persona alla cura del contesto della persona*
- si è posto lo scopo ancora più esplicito di transitare da obiettivi di persona ad obiettivi di comunità cercando risposta alla domanda: assieme alla comunità possiamo raggiungere obiettivi più alti e complessi che non agendo da soli?

1. Il territorio come *setting* dei servizi

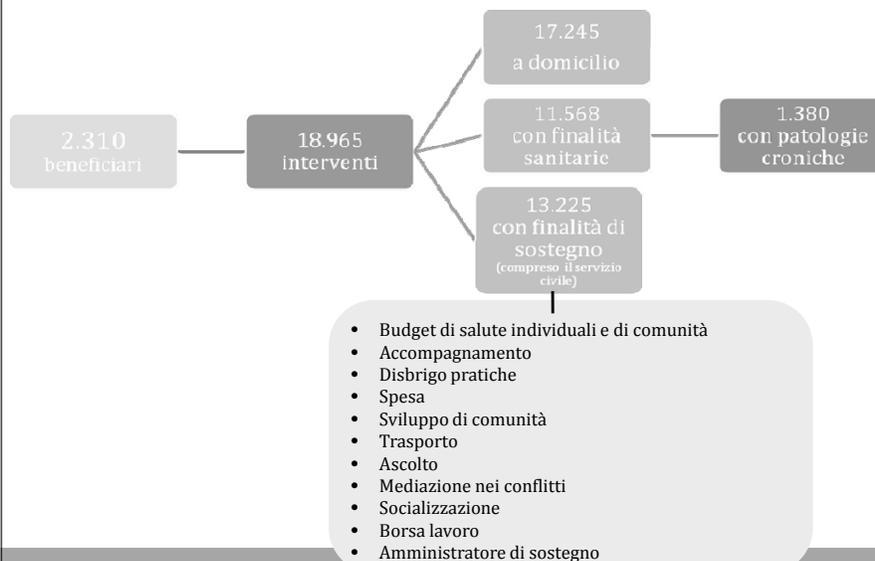
- 10 appartamenti (mediamente di 40 mq) come sedi
- 10 operatrici ed operatori pubblici (di cui 8 infermiere/i) come “referente” di microaree, “tutore attivo della salute” di tutti gli abitanti di microarea + gruppo di giovani volontari, che “**abitano**” nel quartiere
- finalità principale della sperimentazione è la promozione della salute, con priorità per chi ne ha più bisogno (ridurre le disuguaglianze di salute), incidendo sui determinanti governati direttamente dall'ASS e su quelli con responsabilità dei terzi di competenza

1. Il territorio come *setting* dei servizi

LE ASSUNZIONI DI RESPONSABILITA' ASS1

- realizzare il massimo di conoscenza sui problemi di salute delle persone residenti nelle microaree
- ottimizzare gli interventi per la permanenza nel proprio domicilio ove ottenere tutta l'assistenza necessaria (e contrastare l'istituzionalizzazione)
- elevare l'appropriatezza nell'uso di farmaci; per prestazioni diagnostiche; per prestazioni terapeutiche (curative e riabilitative)
- promuovere iniziative di auto-aiuto ed etero-aiuto da parte di non professionali (costruire comunità)
- promuovere la collaborazione di enti, associazioni e organismi profit e no profit per elevare il ben-essere della popolazione di riferimento (mappatura e sviluppo)
- realizzare un ottimale coordinamento fra servizi diversi che agiscono sullo stesso individuo singolo o sulla famiglia
- promuovere equità nell'accesso alle prestazioni
- elevare il livello di qualità della vita quotidiana di persone a più alta fragilità (per una vita attiva ed indipendente)

Stima degli interventi nelle 9 microaree durante 2009 (referenti + volontari)



2. La cura dei luoghi

- tema delle periferie come emblema e come occasione di lavoro integrato (anche su temi di tradizionale competenza fortemente tecnica e settoriale)
- verso un **approccio più sistemico** all'intervento sui quartieri pubblici da parte dei soggetti istituzionali già coinvolti
- verso l'**estensione** in prospettiva **su altre porzioni di città**
- verso una maggiore attenzione per la **qualità dei contesti dell'abitare** e, in particolare, degli spazi di uso pubblico
- la cura dei luoghi come strategia di salute e benessere sociale: cittadini non come destinatari passivi di progetti e interventi ma chiamati a farne parte
- cambiamento di postura degli operatori e delle istituzioni: imparare a riconoscere e valorizzare i soggetti (anziché "inquilini" o "casi") e a **rischiare l'imprevedibile**, evitando le retoriche della partecipazione

2. La cura dei luoghi

Le iniziative orientate allo sviluppo di comunità promosse dal progetto Habitat-Microaree (Ater della Provincia di Trieste, Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", Comune di Trieste) hanno fornito il contesto d'azione del workshop, al quale hanno partecipato studenti afferenti ai corsi di laurea in Architettura (Università di Trieste), Architettura e Pianificazione urbana (Politecnico di Milano), Interculturalità e cittadinanza sociale (Università di Ca Foscari di Venezia).

Integrare conoscenze e azione, immergersi nel contesto per accogliere i saperi locali, allenare uno sguardo itinerante tra pratiche, usi e progetto sono gli atteggiamenti proposti dal workshop.
Un Laboratorio progettuale teso a tradurre le domande di trasformazione emergenti dal territorio in proposte concrete per il ridisegno degli spazi aperti collettivi del complesso di edilizia pubblica prospiciente piazzale Giarizolle a Trieste.

contatti
Massimo Brivoli
Politecnico di Milano
massimo.brivoli@polimi.it
Elisa Manfugali
Università di Faenza
emman@unife.it
Susi Maggioni
Ufficio di coordinamento
sociosanitario Distretto 3,
susi.maggioni@sanita.fvg.it



ABITARE PIAZZALE GIARIZZOLE

Workshop di progettazione

Studenti e abitanti ripensano lo spazio

luglio-settembre 2008

collaborazione di:



| | | | |
|---|--|---|---|
|  | | <p>nome: <u>PIATI MAURIZIO</u></p> <p>sess: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>età: <u>46</u></p> <p>progetto: <input type="checkbox"/> tappeto <input checked="" type="checkbox"/> salotto</p> <p>note: <u>MANCA LA FONTANA BELLO E UTILE IL PONTE PER IL PARCHEGGIO IN VIA FLAVIA</u></p> | <p>nome: <u>ISABELLA</u></p> <p>sess: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F</p> <p>età: <u>27</u></p> <p>progetto: <input type="checkbox"/> tappeto <input checked="" type="checkbox"/> salotto</p> <p>note: <u>BELLO LO SPAZIO CENTRALE. COMPRESA LA PAVIMENTAZIONE. INTERESSANTE LA FUNZIONALITÀ NEGLI SPAZI CENTRALI E NEI CUBI</u></p> |
| <p>nome: <u>GIORDANA</u></p> <p>sess: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F</p> <p>età: <u>57</u></p> <p>progetto: <input checked="" type="checkbox"/> tappeto <input type="checkbox"/> salotto</p> <p>note: <u>MANCA VISIBILITÀ DALL'ESTERNO PER ANDARE LA GENTE DI TUTTO IL RIONE. RIMANE ISOLATO IN SE STESSO. PIACE LA STRADA FUORI E IL GIARDINO TUTTO PEDONALE</u></p> | <p>nome: <u>ZANI ELEONORA</u></p> <p>sess: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F</p> <p>età: <u>68</u></p> <p>progetto: <input checked="" type="checkbox"/> tappeto <input type="checkbox"/> salotto</p> <p>note: <u>BENE GLI SPAZI PER ANZIANI E ANCHE BAMBINI. LE PIACE</u></p> | <p>nome: <u>LIVIO</u></p> <p>sess: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>età: <u>82</u></p> <p>progetto: <input type="checkbox"/> tappeto <input checked="" type="checkbox"/> salotto</p> <p>note: <u>AMBIENTE TRAFFICO MOLTO POSITIVO. OTTIMO ANCHE IL PENICOLO PEDONALE PIÙ FATIBILE IN TERMINI ECONOMICI</u></p> | <p>nome: <u>LIVIO</u></p> <p>sess: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>età: <u>82</u></p> <p>progetto: <input type="checkbox"/> tappeto <input checked="" type="checkbox"/> salotto</p> <p>note: <u>BELLO LO SPAZIO CENTRALE. BELLO LO SPAZIO DI USO E INCONTRO PER TUTTI</u></p> |

Microarea Grego

IL PICCOLO

- "Cimiteri d'auto"
- "Spaccio di droga"
- "Gang di rom"
- "Ma non è il BRONX"





“Via Grego diventa un giardino grazie ai suoi abitanti”
 Un gruppo spontaneo ha dato vita a “Pollice verde”, sostenuto dal progetto microaree e ora anche dall’Ater

Un gruppo spontaneo ha dato vita a «Pollice verde», sostenuto dai progetti Habitat-Microaree e ora anche dall’Ater

Via Grego diventa un giardino grazie ai suoi abitanti



Un'aiuola a Borgo

“Venerdì appuntamento in via Grego per il pranzo insieme”
 Protagonisti dell’iniziativa sono i residenti che sconfiggono l’isolamento con la solidarietà

ASS / MICROAREE

Venerdì appuntamento in via Grego per il pranzo insieme

Protagonisti dell’iniziativa sono i residenti che sconfiggono l’isolamento con la solidarietà



Preparativi iniziano una settimana prima. La signora Lina compone il menù con un occhio alla fantasia e un altro al portafoglio, un viaggio in bus al mercato coperto e una puntata nella bottega sotto casa. Poi il venerdì di buon'ora inizia a cucinare. È in un soffritto e uno stufato il piccolo appartamento al pianoterra di via Grego dove ha sede la Microarea più piano si anima di chiacchiere e risate. Finché a mezzogiorno il pranzo è servito, con tanto di primo, secondo, contorni, frutta e caffè.

A tavola sono in 14, quasi tutti oltre i 60 con una netta prevalenza di signore. Sono i protagonisti di una delle tante storie di solidarietà fiorite in questi anni nelle Microaree che, meglio di tante teorie, mostrano quali traguardi si possono raggiungere quando il supporto degli enti e l'energia dei cittadini riescono a incontrarsi nel modo giusto. “Da oltre un anno il pasto del venerdì è diventato per noi

un piacevole appuntamento fisso” spiega Lidia Minen, nella foto, che negli ultimi tempi si è assunta l'incarico di cuoca (prima i pranzi erano infatti realizzati con il sostegno della cooperativa Cia e la frequentazione dei fornelli da parte dei residenti aveva visto la luce come scuola di cucina). “Per me – continua – quest'impiego è stato un modo di uscire dalla solitudine in cui mi trovavo a vivere dopo una serie di malattie. Ricominciate a occuparmi degli altri è stato meglio di una medicina. Per gli altri ospiti è stata invece un'alternativa ai pranzi solitari consumati nel proprio appartamento”.

In questi pasti del venerdì tutti assieme, settimana dopo settimana hanno visto la luce amicizie e rapporti di buon vicinato. Si è spezzato così l'isolamento che spesso circondava persone che condividevano il caseggiato o addirittura il pianerottolo. E insieme è diventato più facile trascorrere le giornate e

gestire gli acciacchi dovuti all'età o una malattia. Adesso quando ci s'incontra sulle scale si scambiano quattro chiacchiere, si organizza qualche uscita, ci si dà appuntamento in Microarea per la ginnastica o la tombola. Il tempo libero ha ripreso gusto e colore, gli imprevisti del quotidiano fanno meno paura.

“Le persone hanno molte risorse – commenta Martina Goica, referente di Microarea – Ma devono essere aiutate a proporre e a dare il meglio di sé. In questo senso la Microarea funge da moltiplicatore di situazioni e di relazioni attraverso cui riusciamo a stare vicini alle persone facendo davvero prevenzione”. Senza il supporto logistico e umano degli operatori i pranzi – come altre iniziative della Microarea – non sarebbero infatti possibili. Ma tutti questi appuntamenti sarebbero privi di senso senza l'energia e il calore dei residenti i quali, vale la pena sottolinearlo, ogni mese si fanno carico dei pasti di tasca propria.

“Bisognerebbe vivere senza paura...”

3. Il territorio come fattore di riflessività istituzionale

il monitoraggio degli indicatori sanitari comincia a fornire indicazioni interessanti su cosa l'intervento sta producendo

Confronto 2005-2008

- generale fenomeno di invecchiamento della popolazione :
 - la percentuale di over 65 aumenta dal 26,3% al 27,3%
 - la sola classe di età over 85 aumenta addirittura del 33,7%
- invecchiamento **ancor più rilevante nelle microaree**, dove la percentuale di over 65 passa dal **27,7% al 29,3%**
- aumento di persone con patologie a lungo termine e cronico-degenerative

Confronto 2005-2008

nonostante l'invecchiamento progressivo della popolazione:

- il tasso di mortalità nelle microaree tende a scendere, sia pure di poco, mentre nella popolazione generale rimane sostanzialmente invariato

indicativo di un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione nelle microaree

- anche il tasso di ospedalizzazione continua a ridursi
 - meno 5% a livello aziendale
 - meno 9% a livello di microarea**

nelle microaree in particolare si sono drasticamente ridotti i tassi di ospedalizzazione nelle classi di età **più anziane**:

età 65-74: meno 16,2%

età 75-84: meno 16%

over 85: meno 29,6%

ipotesi: drastico calo dei ricoveri "sociali" degli anziani per l'attivazione di cure alternative a domicilio

Confronto 2005-2008

- inoltre le giornate di degenza sono diminuite circa del 4% del totale nelle microaree, mentre restano sostanzialmente invariate nella popolazione generale: in media, ogni giorno dell'anno 2-3 pazienti "complessi" in più sono stati trattati a domicilio (nelle microaree), anziché in ospedale
- il tasso di invalidità (riconoscimento di cecità, sordità, handicap e invalidità civile) per 1000 abitanti è aumentato:
 - nella popolazione generale: + 25%
 - nelle microaree: + 43%**
- il numero di persone disabili gravi (invalidi con indennità di accompagnamento) e il tasso di disabilità grave per 1000 abitanti è aumentato:
 - nella popolazione generale: + 39%
 - nelle microaree: + 76%**

*aumento efficienza operativa dell'Ufficio Invalidi
capillare politica proattiva e di accompagnamento dei cittadini
nel percorso del riconoscimento medico legale*

3. Il territorio come fattore di riflessività istituzionale

A cinque anni dall'inizio della sperimentazione e a fronte di una "messa a regime" delle microaree, l'iniziativa ha influenzato l'insieme dell'operatività dell'Azienda rendendo palesi alcuni elementi strategici:

1. divario esistente tra la rilevazione di prestazioni (n. di prestazioni o accessi, misurati quantitativamente dal sistema regionale) e lo stato reale di salute e di ben essere della popolazione (e lo scarto diagnosi/prognosi)
2. disponibilità della popolazione (inizialmente refrattaria e sospettosa) a farsi coinvolgere nei progetti individuali di salute e nelle iniziative di salute di comunità che riguardano i micro territori
3. evidenza dell'impatto positivo di interventi a supporto dell'emancipazione e dell'autonomia delle persone in contrasto all'istituzionalizzazione ed in alternativa a misure assistenzialistiche
4. evidenza delle carenze (di approccio, di metodo, di cooperazione e professionali) degli enti coinvolti e identificazione di possibili miglioramenti organizzativi, di comunicazione e di approccio
5. identificazione di alcuni strumenti utili a promuovere la partecipazione - dei servizi e dei cittadini - ai progetti individuali di cura e presa in carico

3. Il territorio come fattore di riflessività istituzionale

- ad oggi appare evidente che le microaree continuano a trovare una forte ragione d'essere nella messa in cantiere e nella sperimentazione sul campo di **pratiche e stili innovativi di intervento e di lavoro**
- non a caso nel contesto delle microaree sono promosse e prodotte ogni anno **nuove sperimentazioni** di carattere sanitario, socio-sanitario, abitativo
e permane una forte tensione ad alimentare forme partecipate di intervento del servizio pubblico
- per chi ancora si chiede “cosa tutto ciò abbia a che fare con la sanità”: come evidenziato dal rapporto *WHO, “Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health” (2008)*, riteniamo di non stare facendo altro che il nostro dovere