



La Dichiarazione di Trieste su La comunità che fa salute

Il convegno "La comunità che fa salute. Le microaree di Trieste per l'equità" ha visto a Trieste (14-15 giugno 2018) circa trecentocinquanta professionisti della sanità, del sociale e della casa dibattere sul programma Habitat-Microaree, approfondendone storia, cultura di riferimento, organizzazione dei servizi territoriali, con particolare riferimento agli ambiti sociosanitari e ai distretti ove le Microaree sono incardinate, metodologia valutativa ed esiti di salute. Il programma è in atto a Trieste in 16 **micro-aree della città**, tra le più svantaggiate per problemi sociali, di casa e di salute, corrispondenti a circa 18.000 abitanti, una media di poco più di mille abitanti ciascuna.

Si tratta del risultato di un impegno integrato, regolato da intese istituzionali tra Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS), Comune di TS, Comune di Muggia e Azienda Territoriale per l'edilizia residenziale pubblica (ATER), dove ognuno degli Enti citati condivide e definisce dal 2005 strategie, dispositivi, finalità e risorse per migliorare le capacità di soluzione dei problemi di salute e benessere, per ridurre le disuguaglianze sociali e di salute, per garantire l'accesso ai servizi e il diritto alla salute.

Le Microaree si inscrivono in una organizzazione sociosanitaria territoriale di servizi distrettuali, di salute mentale, delle tossicodipendenze, di servizi sociali, presenti nello stesso territorio, integrati tra loro, di piccola scala (un distretto per circa 60.000 abitanti, 4 distretti nella città), che erogano servizi prevalentemente domiciliari a tutte le fasce di età, con modalità proattive, di presa in carico a tutto campo, nel rispetto del/dei soggetti fruitori e con una stretta alleanza con la comunità

Il programma funziona attraverso i seguenti dispositivi: a) si censiscono attivamente e in modo continuo assistite e assistiti che hanno problemi di salute, di casa, sociali e relazionali che potrebbero aggravare la loro storia di salute; b) vengono attivati gli interventi di competenza dei tre enti, sanitari (ASUITS), sociali (Comuni di TS e di Muggia), della casa e degli spazi (ATER), che sono necessari per risolvere i problemi censiti; c) per la soluzione dei problemi vengono anche attivati e messi in rete gli interventi che tutti gli altri enti pubblici, sociali e di impresa, e le organizzazioni di volontariato del territorio, incluse le risorse che possono essere generate dagli stessi utenti; d) l'ASUITS mette a disposizione una/un professionista sanitaria/o che fa a tempo pieno la regia di queste attività; e) i Comuni mettono a disposizione operatrici/operatori sociali; f) l'Azienda Territoriale per l'edilizia residenziale pubblica mette a disposizione le/i portieri sociali e i locali che diventano la casa della Microarea dove si organizzano le attività spesso proposte e autogestite dai cittadini residenti; g) la sede diventa anche un punto di riferimento e di stimolo alle persone per essere attive, condividere competenze e risorse, sviluppare aiuti reciproci e far crescere la fiducia.

Il programma è stato valutato mettendo a confronto i risultati ottenuti tra i residenti nelle Microaree con quelli esibiti tra i residenti nel resto della città, del tutto simili per ogni altra caratteristica.

I risultati mostrano che il programma è stato in grado di attivare interazioni sociali positive capaci di risolvere meglio e prima i problemi sanitari, sociali, relazionali e di abitazione, che potrebbero compromettere la salute, **è stato quindi in grado di generare capitale sociale che produce salute**. Inoltre, la valutazione a far data dal 2006 - ovvero dal momento in cui il programma, partito nel 1998 come Habitat - Salute e sviluppo di comunità, si è evoluto in Habitat Microaree - ha dimostrato che il programma con i servizi e le attività sui territori bersaglio ha migliorato la presa in carico della persona con malattia, riducendo il ricorso inappropriato all'ospedale (meno ricoveri urgenti e meno ricoveri ripetuti) sia tra anziane/i fragili (per problemi respiratori, cardiaci, urinari, e per fratture) sia tra malate/i mentali (meno ricoveri urgenti).

Più capitale sociale che permette una migliore capacità di presa in carico dei problemi e quindi meno effetti indesiderati come i ricoveri inappropriati ed evitabili.

È una delle poche occasioni in cui in Italia un programma impegnativo viene **valutato con metodi quasi-sperimentali** per verificare se l'intervento funziona e può essere raccomandato e trasferito in altre realtà, sempre tenendo nel dovuto conto le particolarità dei territori, degli abitanti e delle comunità. I severi vincoli di sostenibilità dei conti pubblici inclusi quelli del sistema sociosanitario esigono da ogni programmatore ed erogatore di assistenza che si dia conto della efficacia e convenienza del modo con cui si spendono le risorse pubbliche e del fatto che si raggiungano significativi risultati di salute. ASUITS, Comuni di Trieste e di Muggia e ATER hanno mostrato che la loro programmazione congiunta eroga **nuovi livelli di assistenza integrata** che sono capaci di promuovere salute e risparmiare eventi indesiderati.

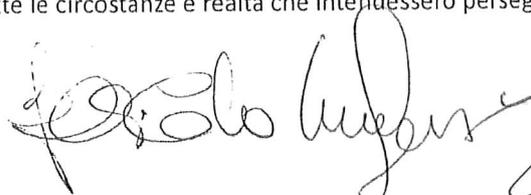
Sempre più frequentemente la finanza pubblica e privata si ingegna a cercare strumenti e dispositivi di investimento sociale (come i "social impact bond") che sono appropriati per finanziare interventi innovativi efficaci, ma solo in presenza di un intervento ben descritto (come meccanismi di generazione di capitale sociale dell'intervento di Microaree) e di dati adeguati a sostegno dei benefici attesi (come quelli che risultano dalla valutazione).

Gli organismi internazionali sostengono la necessità di rinforzare le comunità locali perché possano promuovere e proteggere la salute non solo grazie agli interventi di welfare ma anche grazie all'attivazione delle risorse proprie degli attori della comunità stessa, come mostrato dal programma Habitat Microaree. Questi stessi interventi di comunità sono quelli di maggiore impatto per la riduzione delle disuguaglianze di salute.

Il convegno ha permesso ai partecipanti di discutere criticamente i risultati e di concludere che sono ancora troppo rari, episodici e poco valutati gli interventi di rafforzamento delle comunità e invita quindi **tutti i principali portatori di interesse e i centri di responsabilità delle politiche a considerare i risultati positivi ottenuti nelle Microaree di Trieste per valutarne la trasferibilità nell'agenda della programmazione sociale e sanitaria del futuro.**

Invita inoltre a considerare **gli strumenti della valutazione usati nel progetto come indicatori per misurare la capacità di generare risorse per la salute nelle comunità locali, da utilizzare in tutti gli interventi di investimento e innovazione sociale** che vengono finanziati e promossi dalla programmazione nazionale e locale e dai donatori.

Propone infine di **utilizzare i risultati del progetto per trasferire logiche di azione, capacità e strumenti** in tutte le circostanze e realtà che intendessero perseguire gli stessi obiettivi.



Carlo Grilli
Assessore Servizi e
Politiche Sociali
Comune di Trieste

Luca Gandini
Assessore Politiche
Sociali, Giovanili,
Istruzione e Scuole
Comune di Muggia



Antonio Ius
Direttore Generale
ATER



Adriano Marcolongo
Direttore Generale
Azienda Sanitaria
Universitaria Integrata TS

Il Comitato scientifico: Fabio Barbone, *IRCCS Burlo Garofolo Trieste e Università di Udine*; Maria Grazia Cogliati Dezza, già coordinatore Sociosanitario AAS n.1 Ts; Giuseppe Costa, *Università di Torino*; Roberto Di Monaco, *Sociologo, Università di Torino*.

Il Comitato tecnico-organizzativo: Luigi Castriotta, Cristina Davi, Claudia Ehrenfreund, Anna Galopin, Manuela Giangreco, Romana Majano, Flavio Paoletti, Silvia Pilutti, Marco Spanò.