

Trieste 14 e 15 giugno 2018



La comunità che fa salute
le microaree di Trieste per l'equità

Fare salute nel territorio: culture, modalità di intervento, proposte

1. Una delle ragioni per la quale abbiamo promosso le ricerche e il convegno di oggi deriva da un quadro di incertezze che le microaree hanno attraversato nel tempo: incertezze da riferire non tanto e non solo alla definizione dei programmi di lavoro, ma soprattutto al fatto che i diversi governi tecnici e politici di scala regionale o locale che negli anni si sono succeduti hanno letto e valutato il programma con modalità differenti, creando, per l'appunto, un clima di discontinuità.

Ci auguriamo e riteniamo che le due giornate di convegno possano mettere un punto fermo, ci diano delle certezze sulla validità o meno dell'agire.

2. Siamo a 40 anni dalla nascita della legge 180. Questo convegno, come tante altre manifestazioni oggi in Italia, si iscrive in un continuum con i grandi cambiamenti che quella legge ha promosso.

Da quella storia nasce anche la cultura della medicina di territorio a Trieste e nella regione. I servizi di salute mentale sono stati i primi a muoversi nel territorio guardando alla persona, alla sua capacitazione, al contesto di riferimento, a diritti e opportunità. Da lì noi partiamo.

1 CONFRONTO TRA LA MEDICINA DI TERRITORIO E QUELLA DELL'OSPEDALE

A. IN OSPEDALE

A 1. al centro dell'osservazione e dell'intervento c'è **la malattia**. Ed è giusto che sia così. L'ospedale è deputato a trattare l'urgenza, l'emergenza, la diagnostica complessa, l'interventistica. Tutto in un tempo tendenzialmente breve.

L'intervento medico, chirurgico e assistenziale, per quanto complesso possa essere, è mirato alla soluzione del/dei problemi riconosciuti. E' direzionato.

La persona resta sfumata sullo sfondo; il suo contesto personale, le sue caratteristiche individuali, pesano poco.

L'umanizzazione delle cure, l'etica dell'agire non sono messe in discussione. Sono un'altra cosa.

A 2. L'ospedale appare come **il non luogo, ovvero il luogo della malattia**. Al suo interno ha non solo tutto quello che serve per la cura, ma anche, in una sorta di riproduzione autarchica, tutto quello che serve al suo funzionamento (grava sul FSN): il vestiario, la biancheria, la pulizia, il mangiare, la manutenzione, il trasporto, il riscaldamento... E' un **istituzione totale** che avvolge e risponde a tutti i bisogni della malattia.

B. NEL TERRITORIO invece

B 1 al centro dell'osservazione c'è **il malato**.

A fronte di un intervento sanitario anche semplice, non è possibile non considerare la persona, la sua cultura, le sue credenze e pregiudizi nei confronti della medicina, così come il contesto abitativo, la presenza o meno di familiari, la solitudine, il reddito, l'occupazione ecc...

Di quanto incidano i determinanti sociali sul percorso di salute lo dice la Organizzazione Mondiale della Sanità:

Le disuguaglianze nella salute hanno origine dalle condizioni sociali in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, ossia dai cosiddetti “determinanti sociali della salute”. Siamo convinti che intervenire su tali determinanti, risulti essenziale per creare società eque, e costituisca per tutti i decisori un imperativo etico. (Organizzazione Mondiale della Sanità 2008)

Ma lo dice anche l’esperienza dei servizi territoriali che, spesso, nelle situazioni di fragilità, registrano la presenza di uno iato profondo tra visita medica, diagnosi, prescrizione diagnostico-terapeutica da un lato e dall’altro la realtà nella sua rudezza; in mezzo c’è la persona che interpreta a modo suo la sua malattia e la cura. (armadietti pieni di farmaci, terapie non consumate o impropriamente assunte, esami ripetuti, stili di vita non adeguati...)

**La cura non si può fare se non si interviene :
su quel particolare individuo
sul suo particolare contesto**

Noi parliamo di MEDICINA DEL REALE nel territorio

B 2 Alleanza con la comunità. Intorno all’individuo che vive la sua malattia nella propria casa non c’è l’ospedale che risponde a tutti i bisogni della malattia, ma per l’appunto una casa, un contesto familiare, dove esiste, un contesto allargato: dei vicini, un condominio, una strada,un rione, gli abitanti.

La cura non si può fare se non si attiva e non si stringe un’alleanza con quella specifica comunità

Lo dice l’Organizzazione Mondiale della Sanità:

*Le malattie croniche sono malattie che gli interventi medici attuali possono solo controllare e non guarire. Poiché tale forma di patologia diventa la più comune, il sistema medico attuale non può più sopravvivere senza un’alleanza organizzata con la comunità”
R. Bengoa, WHO – 2001*

*Il modello di cura dell’acuzie trascura la comunità; Il modello di assistenza a lungo termina la integra
R. Bengoa. WHO 2000*

Lo dice l’esperienza dei servizi territoriali: se l’individuo è solo, se il contesto non è adeguato a rispondere alle necessità che la cura a casa comporta, è necessario rompere quella solitudine, inserire altri soggetti, attivare relazioni, creare comunità. Sviluppare capitale sociale. Es: l’insulina da ripetere più volte al giorno, una dieta alimentare da osservare e preparare, l’adesione a stili di vita particolari, controlli periodici,la visita dal medico o l’acquisto di farmaci ...tutti momenti nei quali la presenza di altri, di vicini, di volontari ecc.. può fare la differenza, nel senso di rendere praticabile la cura, attivare la persona, restituire dignità .

Soggetto e alleanza con la comunità caratterizzano la medicina del territorio

Riconoscere il soggetto, ha di per sé un valore politico, etico e professionale. **Il percorso di cura appartiene a quel singolo individuo. E’suo.** La soggettività è la

condizione di efficacia della cura stessa: **la persona partecipa ai suo percorso di cura; incontra, si relaziona con chi ha la pazienza di ascoltare e rispettare il suo tempo.**

L'alleanza con il contesto sviluppa capitale sociale °. E' un'azione politico-strategica di allargamento democratico alla partecipazione dei cittadini. E' una ricerca di coesione sociale, di una possibilità di cambiamento e sviluppo. Ma la comunità, può, di fatto, assume su di sé quelle funzioni di cura e accudimento che non necessariamente devono essere ricercate nell'ospedale

2. L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI A TS E IN R. FVG

I Distretti sanitari: articolati sulle 24 ore, con servizi per anziani, bambini, adolescenti, donne e famiglie, ambulatoriali e domiciliari, con assistenza domiciliare infermieristica 7gg/7, sulle 24 ore, servizi integrati tra loro e con la riabilitazione distrettuale, con i servizi specialistici per il diabete, le malattie cardiovascolari, le malattie oncologiche, la salute mentale e la tossicodipendenza, il servizio sociale dei Comuni, l'Ater, con il III settore e quanti operano nei territori.

I Distretti a TS sono 4 ; un Distretto per un'area territoriale di circa 60.000 abitanti. In ognuna delle 4 aree territoriali oltre ai servizi del distretto insistono: 1 CSM, 1 equipe del DdD , gli operatori del SSC, attivi su quel territorio.

Il vantaggio è che gli operatori di servizi diversi si conoscono, lavorano insieme, conoscono il territorio, non solo le persone che stanno male e le aree problematiche, ma anche le risorse presenti; i percorsi di presa in carico avvengono sul campo. Con la finalità di evitare il ricovero in ospedale.

L'organizzazione dei Distretti a TS e in regione è in genere diversa da quella delle altre regioni italiane, dove, per lo più, i Distretti svolgono un ruolo di ordinatori di domanda, ovvero di committenza e controllo, e non, come accade qui, di produzione diretta di servizi e di governo.

Il modello di riferimento non è quello della medicina ambulatoriale che accoglie e risponde a quella specifica domanda di salute per quella determinata patologia, senza preoccuparsi di contrastare la cultura del ricovero in ospedale o in istituto, senza guardare ai contesti di vita. La medicina di territorio si fonda su un modello di intervento proattivo, prevalentemente domiciliare, fortemente integrato, di presa in carico a tutto campo, che si relaziona con il territorio di pertinenza, che alle risorse di quel territorio può attingere, che sta nel quotidiano della vita reale .

A volte servizi definiti territoriali perché ubicati in un'area geografica rionale extra-ospedaliera, in realtà non costruiscono un rapporto interattivo con quell'area, non la conoscono né per le persone malate o sane che la abitano, né per le sue caratteristiche e le potenziali risorse da attivare. Che stiano in quel rione o in un altro di fatto non fa differenza.

Abbiamo definito Forti i Distretti

- **per la cultura sottesa**
- **per le competenze professionali**
- **per le risorse** di personale, di diagnostica di investimenti.....

- da un punto di vista **della responsabilità gestionale** che assumono i servizi, distribuiti e attivi capillarmente nel territorio di competenza di ogni distretto. Responsabilità di struttura, semplice o complessa, ma anche responsabilità individuale di ogni operatore. Responsabilità dislocate, che penetrano il territorio in tutti i suoi angoli, di prossimità, a garanzia di conoscenza e relazione con il reale. Responsabilità perché serve decidere caso per caso, strada per strada. A tutto campo. E questa responsabilità non è condizionata soltanto dalla complessità della malattia, anche, ma -e a volte soprattutto-, dalla necessità di scegliere individualmente, l'operatore presente in quello specifico momento, cosa come e quando fare, cosa come quando attivare. Ovvero metterci "del suo". Ma per farsi carico di questa responsabilità è necessario che l'operatore conosca, condivida, contribuisca a definire il progetto comune, che avverta l'appartenenza ad un gruppo, sia coinvolto nelle scelte. Le possa discutere. Operazione delicata! ma io credo che partecipazione al progetto e al governo della salute sia lo strumento più forte del lavoro territoriale. Da curare e preservare.

FORTE GOVERNANCE della SANITA' PUBBLICA LOCALE

3. LE MICROAREE

Le microaree si inscrivono nella organizzazione distrettuale e nella cultura descritta . Di cui sono degli avamposti, in aree periferiche urbane o extra urbane. Oggi sono 16 per un numero complessivo di 18.000 abitanti circa.

Molto si è detto. Aggiungo qualche considerazione

1. A proposito del governo della salute di un territorio e della garanzia del diritto alla salute dei cittadini che lo abitano

Dal 2005 al 2009 gli uffici dell'azienda sanitaria hanno periodicamente messo a disposizione per ogni MA **elenchi di persone residenti, grandi consumatori di sanità**, per ricoveri, farmaci, specialistica, diagnostica..., e **di persone che, per l'esenzione riportata risultavano affette da patologie di lunga durata**, (*quali diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatie, problematiche di salute mentale e dipendenze*).

La visita della microarea a domicilio avveniva previo contatto con il MMG sia per raccogliere ulteriori elementi conoscitivi sulla situazione clinica e di contesto, sia perché il malato potesse essere informato dal curante.

Il percorso di presa in carico a tutto campo che ha fatto seguito ai contatti, si è rivelato molto efficace, in specie nei casi in cui, non pochi, si evidenziava una profonda distanza tra la prescrizione terapeutica ricevuta e la risposta della persona a quanto prescritto.

Spesso prescrizioni del tutto disattese, stili di vita assolutamente non adeguati.

Sono stati anni, (dal 2005 al 2009/10), di esiti positivi e di miglioramento sensibile degli indicatori di salute in quei micro territori.

Tornerò sulla questione.

2. A proposito dello sviluppo di capitale sociale °

In ogni MA è attiva una sede aperta a tutti, ove puo' arrivare ogni tipo di domanda; è uno spazio multifunzionale spesso dotato di punto ristoro e aperto alla sperimentazione di forme di parziale autogestione da parte degli abitanti: pranzi condivisi, orto sociale, biblioteche diffuse, distribuzione di frutta e verdura con il progetto Trieste recupera e l'alimentare invenduto dei commercianti di zona. E' ricco di calore e di vita, si intrecciano relazioni. Le persone si attivano e promuovono a loro volta la capacitazione di altre.

Cittadini che utilizzano la sede per il corso di ballo, di inglese, di computer, restituiscono ore di volontariato in aiuto a chi sta peggio. Un vù cumprà che chiede l'elemosina davanti al market diventa l'assistente familiare di alcuni anziani che lo pagano con il FAP. Il tossicodipendente in misura alternativa alla detenzione si occupa del punto ristoro. I rifugiati, mal accolti dal rione, imbiancano corridoi e sottopassaggi di Valmaura e sono così apprezzati... una ricchezza di rapporti, occasioni, iniziative che trasforma un luogo anomico e di degrado in uno pieno di vita.

C'è stato anche un notevole coinvolgimento dell'apparato amministrativo dell'azienda nei progetti di salute con l'attivazione di risorse a poco o pochissimo costo, da destinare ai servizi e in specie ai territori delle microaree. Partecipazioni a bandi europei, a bandi regionali per LSU, LPU, volontari del servizio civile e del servizio civile solidale regionale, la convenzione con il Centro Italiano di Solidarietà per i rifugiati, tirocini formativi, borse di lavoro anche per detenuti in misura alternativa ecc....risorse che hanno assunto una funzione di volano. Hanno attivato altre risorse. A dimostrazione che quando lo strumento amministrativo si flette nel rispetto dei bisogni, si crea una cornice normativa e pratica di ulteriori possibilità. Molto in tal senso è stato fatto anche da Comune e Ater

3. A proposito del ruolo dell'operatore sanitario

Guadagnare la fiducia del soggetto al percorso di cura, ovvero guadagnare salute è la finalità che ci guida. L'operatore sanitario, quando è necessario, non può non occuparsi di questioni che attengono alla dignità di una vita umana e che, se non trovano risposta, rendono impraticabile la cura. **L'asse casa lavoro reddito e socialità** va indagato e, se appaiono delle falle, ci si deve attivare in prima persona per quello che si può fare e attraverso i servizi competenti. **Una sorta di sconfinamento da un ruolo sanitario altrimenti giocato a maglie troppo strette, reso obbligatorio dalla realtà. In alternativa resta solo il ricovero** che risulterebbe **inappropriato** per quella specifica patologia, ma necessario e coerente se il parametro di riferimento è la possibilità di effettuare la cura a domicilio.

Ad avvalorare quanto detto 2 norme di riferimento.

- 1. Il DPCM 12.01.2017 Livelli essenziali di assistenza.** °E' un importante intervento che ha riempito un vuoto normativo; **sembra emanato proprio per includere le attività delle microaree nei Livelli essenziali di assistenza** e chiarire quei chiaroscuri sulla competenza e proprietà dell'intervento cui ho accennato.
- 2. L'Accordo di Programma Istituzionale siglato con gli altri Enti sul programma habitat microaree.** E'la cornice di riferimento all'interno della quale tutti possono/devono concorrere allo sviluppo di capitale sociale.

Ed è importante al riguardo sottolineare **la partecipazione di singoli cittadini o gruppi, oltre a quella delle organizzazioni di stakeholder e di cittadinanza**, come anche richiamata dal DPCM. Mi pare che cittadini e organizzazioni abbiano funzioni sinergiche ma non sovrapponibili: i primi si attivano e sviluppano relazioni solidali, ovvero possono produrre capitale sociale; i secondi in maniera peculiare sono deputati alla rappresentazione dei problemi vissuti ed esplicitati dai cittadini e a negoziare le possibili soluzioni interfacciandosi con gli interlocutori politici o decisionali. Dell'una e dell'altra funzione c'è assoluto bisogno.

4.ALCUNI NODI SUI QUALI SAREBBE OPPORTUNO DIBATTERE

Cito alcuni nodi problematici dell'area sanitaria sui quali sarebbe utile aprire una riflessione.

1. La norma sulla privacy o forse le relative modalità interpretative e soprattutto il ritardo nel raccogliere e utilizzare il consenso informato al trattamento dei dati, hanno reso impossibile la messa a disposizione di dati conoscitivi dello stato di salute di singole persone. **Con l'effetto che proprio le situazioni più fragili, che con maggior difficoltà accedono spontaneamente ai servizi, hanno rischiato o rischiano di rimanere esclusi da tutti quegli interventi sanitari e di supporto essenziali perché la cura possa andare a buon fine.**

I risultati di salute raggiunti nelle MA dopo il 2010, meno soddisfacenti di quelli perseguiti negli anni precedenti, credo debbano essere addebitati a 3 fattori:

1. **la crisi economica, la povertà conseguente e la sofferenza esasperata esplosiva nelle MA,** che ha incentivato il ricorso all'ospedale e in genere al consumo di risorse sanitarie e sociali
2. **La mancanza, che purtroppo si è registrata in quegli anni, di investimenti complessivi della azienda sanitaria** sulle MA non tanto di risorse economiche o di personale, ma soprattutto progettuali, di attenzione specifica, di dibattito allargato. Investimenti ripresi dopo il 2013 con contestuale miglioramento degli esiti di salute.
3. **L'impossibilità di fruire di dati di salute individuali in parte supplita dalla conoscenza porta a porta, prodotta dalle MA, e dalle segnalazione dei servizi.**

I dati conoscitivi di salute e benessere dei singoli sono importanti per organizzare un intervento ad personam a partire da quelle più bisognose. Solo così si può garantire il diritto alla salute e maggiore equità.

Urge, in proposito, **l'attivazione del fascicolo elettronico integrato,** di cui si parla da tempo. O, nelle more, l'attivazione di **un accordo con i Medici di medicina generale** per definire se e con quali modalità sia possibile trasferire, previo consenso del soggetto e collaborazione del MMG, informazioni sanitarie di singoli, --affetti da patologie di lunga durata, alti consumatori di sanità, persone che non hanno risposto alle chiamate per vaccinazioni o screening ...—per permettere ai servizi territoriali e alle MA di intervenire a supporto.

2. Organizzazione dei servizi sanitari

Negli ultimi anni, a fronte dei costi del sistema sanitario e dei bilanci in rosso, si è cercato di rispondere al problema della sostenibilità economica aggregando strutture e funzioni. In Italia hanno cominciato a svilupparsi grandi organizzazioni per grandi territori. **Non so se il risparmio conseguito abbia soddisfatto le attese!!**

Per quanto riguarda l'ospedale: una macro struttura, nata dalla aggregazione di più piccole, al di là della difficoltà gestionale che aumenta con l'ingrandirsi della struttura, **si dice** che può comportare dei vantaggi: si cita il contenimento della spesa, un maggior know how, maggiori sinergie, maggiore casistica e sicurezza nelle cure, con il risultato di garantire una maggiore competenza complessiva ed una maggiore capacità produttiva. **Non so se questa valutazione corrisponda alla realtà.**

Per quanto riguarda il territorio, l'abolizione di distretti di piccola scala e delle strutture intradistrettuali finalizzate a penetrare capillarmente nel territorio di competenza, cancellati dalla macrostruttura, rischia di oscurare i particolari, di non renderli più evidenti. Particolari legati alla sofferenza, particolari legati alle risorse della comunità. Con la conseguenza di rendere l'organizzazione sanitaria territoriale e i professionisti meno abili a districarsi nelle maglie della medicina del reale.

3. indicatori di performances delle aziende sanitarie, costi standards e finanziamento del sistema sanitario

Gli indicatori di performances quali: numero di accessi al Pronto Soccorso, tasso di ospedalizzazione, numero dei ricoveri ripetuti, giornate di degenza ecc.... , **così come i costi standards** °°, oggi corretti/pesati solo dal fattore età e poco altro, dovrebbero includere nel meccanismo di definizione del peso quei determinanti sociali che la scienza ci dice essere condizionanti in un percorso di salute: il reddito, la casa, il lavoro, la socialità.

Di norma non è così.

Ne risulta una valutazione delle performances e un'attribuzione dei finanziamenti secondo il costo standard che rischiano di risultare non solo non adeguate alla specifica realtà, ma in particolare, se riferite a periferie urbane o extraurbane, anche inique.

Inoltre, se il percorso di cura può essere complesso in ragione della particolarità della persona e del contesto, sarebbe opportuno interrogarsi sugli **attuali criteri di**

finanziamento del sistema sanitario, e valutare la possibilità di passare da un finanziamento per prestazioni, come l'attuale, ad un finanziamento per complessità del progetto di cura.

Esempi che vanno in questa direzione, come la valorizzazione economica di percorsi di cura personalizzati, integrati, sanitari e sociali, sono stati varati dalla regione FVG: il FAP o il B.D.S. Sono strumenti tecnici, importanti, che prevedono a monte una valutazione multiprofessionale.

Nulla a che vedere però con un cambiamento dei criteri di finanziamento.

Cito, ad arricchimento della discussione, Franco Rotelli, ideatore e sostenitore del progetto MA, che, a proposito delle risorse disponibili nei percorsi di cura integrati, dice: *“Serve una sanità capace di affrontare la crisi finanziaria mettendo insieme tutte le risorse disponibili....Ciò che colpisce non è la loro scarsità, come di solito si pensa, ma la loro dispersione tra ospedale e territorio, pubblico e privato, privato lucrativo e privato sociale, tra risorse di aiuto e cure formali e informali.”*

Questa osservazione stimolerebbe anche un serio approfondimento relativo all'eventuale maggiore efficacia di **Aziende SOCIO-SANITARIE, rispetto ad aziende sanitarie.**

4. La valutazione

Deve entrare nel nostro vocabolario la valutazione degli esiti di salute non solo in termini miglioramento dello stato di salute, ma anche in termini di qualità di relazioni che il percorso di cura ha attivato o di qualità e quantità di risorse, formali ed informali, che sono state attivate e utilizzate nel contesto.

Una modalità significativa è la valutazione sullo sviluppo di capitale sociale nelle MA di TS presentata oggi dalla UNITO che sarebbe interessante applicare anche in altri contesti e ulteriormente approfondire.

Per concludere

Tutto concorre a dire che abilitare i contesti e sviluppare la capacitazione delle persone produce effetti sui determinanti sociali di salute, riducendo le disuguaglianze e migliorando la salute stessa. Habitat-Microaree si colloca in questa cornice. Nel tempo ha prodotto risultati di salute e benessere.

Può avere un significato simbolico chiudere gli interventi mattutini sul tema delle disuguaglianze di salute e le microaree qui, nel teatrino Franco e Franca Basaglia di San Giovanni, che è stato il luogo dell'avvio della riforma della salute mentale. L'augurio per noi tutti è che il dibattito di oggi si possa allargare e approfondire fino

a divenire fautore di un grande cambiamento sulla scia di quello che c'è stato. Chiediamo a tutti e intanto agli ospiti della tavola rotonda un impegno in tal senso.

Dott.ssa Maria Grazia Cogliati Dezza

Note

° **Capitale sociale** ovvero un insieme di risorse strutturali e organizzative, ma anche “una rete di relazioni solidali, capace di mobilitare l'azione collettiva, e in particolare di promuovere l'agire cooperativo” Carlo Donolo

°° **in specie all'allegato 1 Prevenzione collettiva e Sanità pubblica** , interviene includendo nei LEA al punto F1, programmi e attività di “ cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del programma nazionale “guadagnare salute” –DPCM 4.5.2007

°°° **costi standards:** analisi di quanto speso da regioni virtuose parametrato alla popolazione di riferimento. Ne deriva un costo per abitante che le aziende sanitarie devono rispettare

L'azione che gli Enti sviluppano ha le seguenti caratteristiche:

Locale plurale globale : **locale**: si lavora in aree micro per raggiungere tutte le persone; **plurale** perché prevede il coinvolgimento dei 3 enti, di tutti i soggetti attivi in quel territorio, la partecipazione dei servizi sanitari, sociali, abitativi e delle altre istituzioni; **globale** perché si propone di affrontare tutti gli aspetti che determinano lo stato di salute generale della popolazione , attraverso modalità intersettoriali