



*La comunità che
fa salute*

*Storia ed esperienza
di Habitat Microaree
Trieste*



Flavio Paoletti

Direttore Servizi Sociosanitari Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

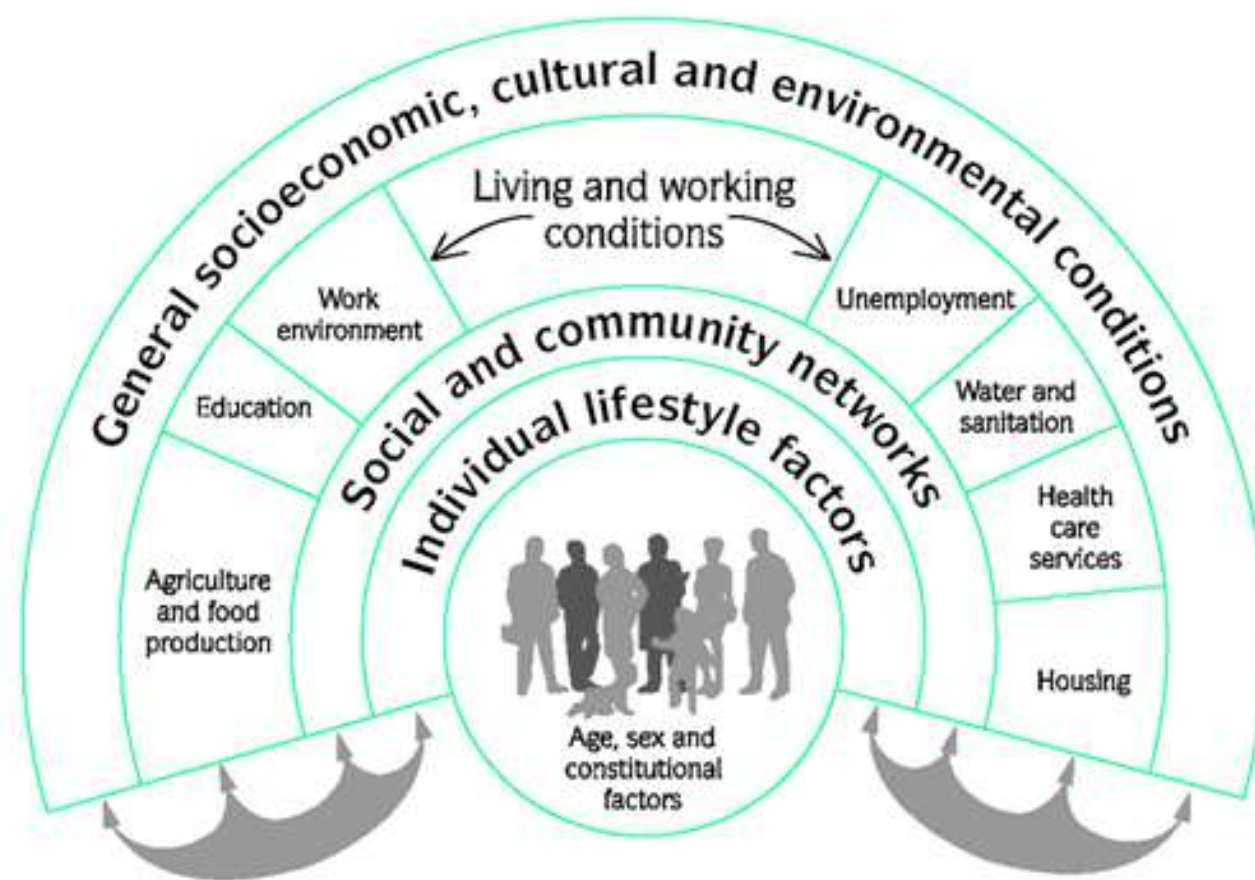
Determinanti di salute

*Tutti quei fattori che influenzano e, appunto, **determinano** la salute e il benessere degli Individui.*



Slide 2. Determinanti della salute (Europa)

The Main Determinants of Health



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

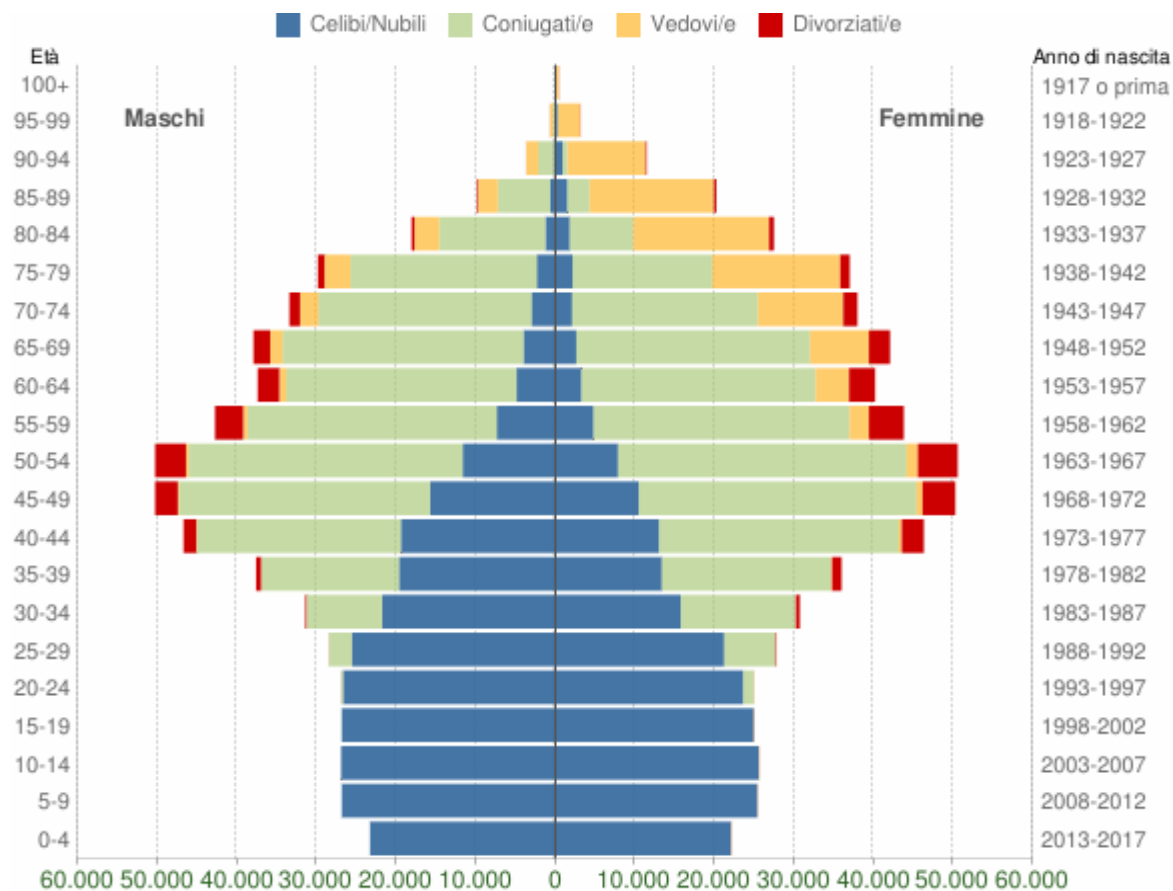
Il contesto



Variabili incidenti

- > malattia cronico-degenerative
- > esiti malattie invalidanti anche tra i giovani
- > povertà
- > stranieri UE e non UE
- > esclusione sociale
- > famiglie monocomponenti
- > di accessi ai contributi e ai servizi sociali
- < di accesso ai servizi sanitari pubblici
- < delle risorse economiche (PIL sanità)
- > risorse assegnate per acuzie rispetto alla cronicità
- “contenitori” sbagliati per persone con bisogni/diritti diversi
- modalità organizzative tarate esclusivamente sulla patologia e non sul *case mix* di risorse assorbite e *case mix* professionale

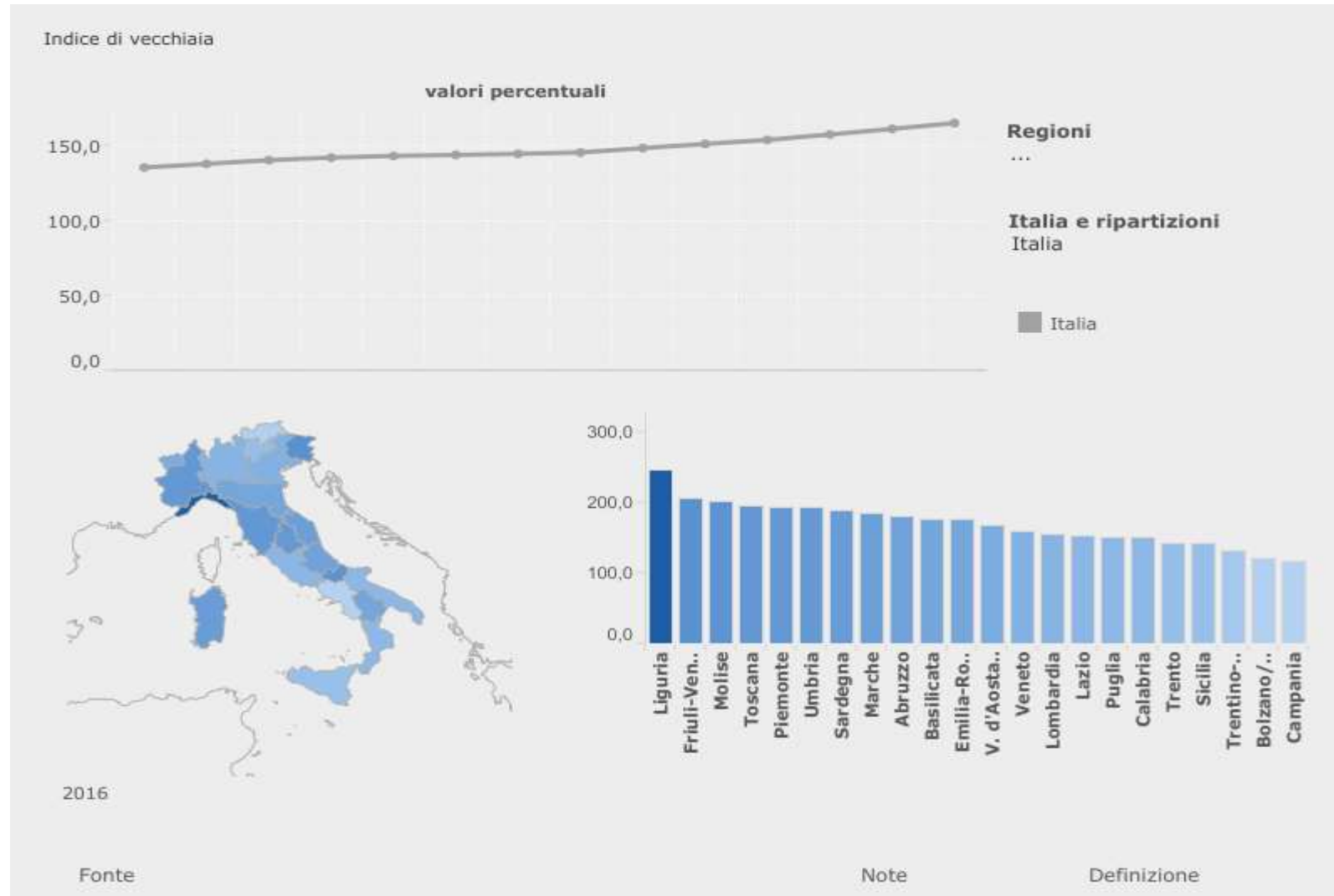
Piramide d'età della popolazione residente del Friuli Venezia Giulia



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2017

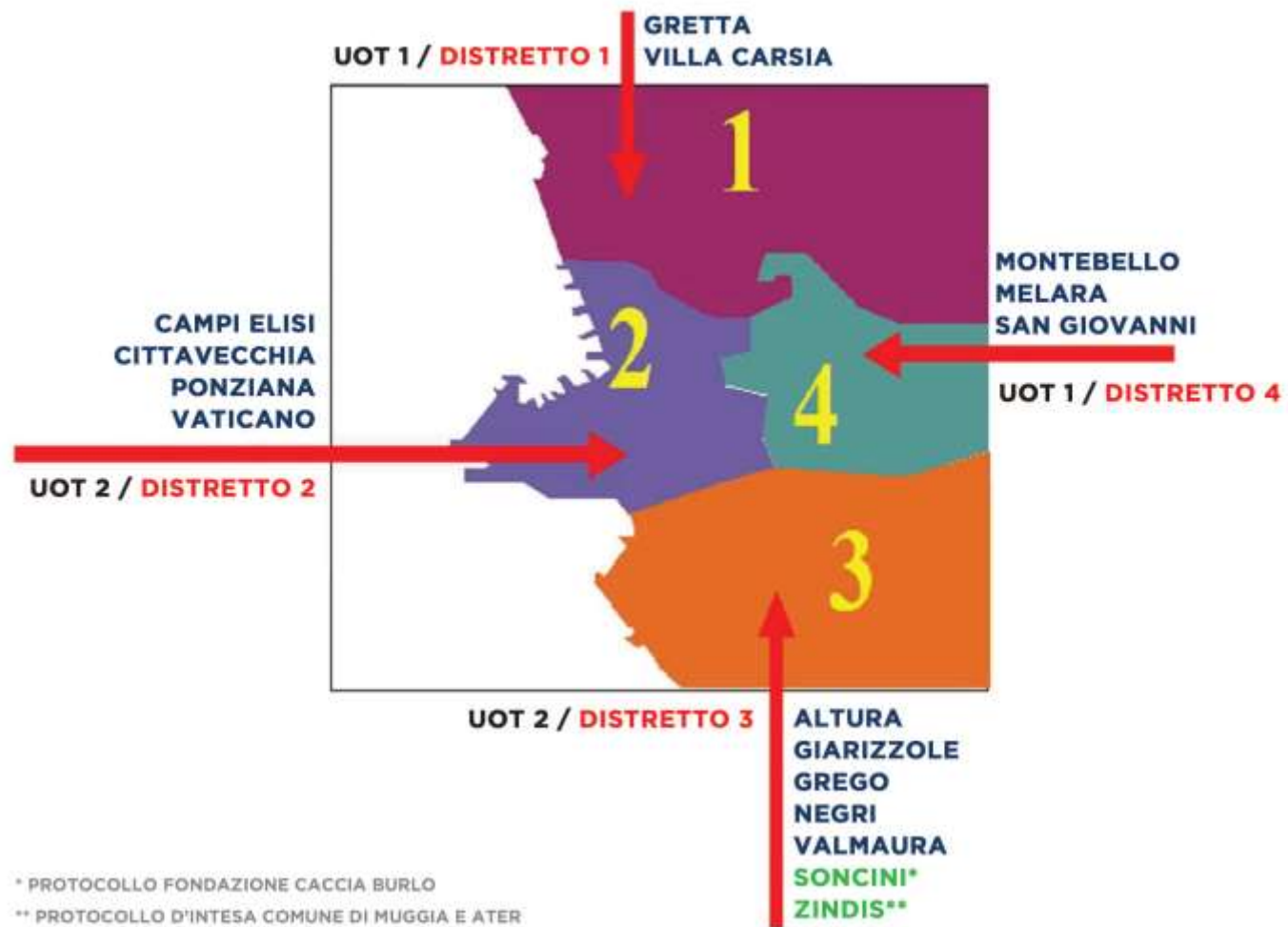
FRIULI VENEZIA GIULIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2017 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Indice di vecchiaia per regione – fonte ISTAT, noitalia 2016



La sfida delle Microaree





Le microaree

- Il progetto «*microwin*-microaree», che viene concepito nell'ambito del **laboratorio internazionale *win-welfare innovations*** per sviluppare un welfare di comunità e le cui prime sperimentazioni sono promosse nel 2005 dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 «Triestina» attraverso l'individuazione delle microaree, vede, sin dall'inizio, la collaborazione **dell'ambito comunale, dell'Azienda territoriale per l'edilizia residenziale (Ater)** e di altre realtà di intervento a carattere sociale e sanitario.
- Coinvolge, inoltre, le **imprese e gli esercizi commerciali, le associazioni di volontariato e i cittadini** attivi del territorio.

Le microaree

- Si tratta di un'azione locale di contesti socio-demografici definiti quantitativamente, delimitati territorialmente, in cui si **interviene in modo proattivo su tutta la popolazione residente e non solo su quella parte di cittadinanza che presenta specifiche problematiche sanitarie.**
- La microarea è un territorio fisicamente aggregato (quartiere, piccolo comune, agglomerato di case) che comprende tra i **500 e i 2.300 abitanti.**
- Dal punto di vista dell'analisi organizzativa si può anche definire una “**lente d'ingrandimento**” focalizzata su circa il 5% della popolazione triestina.

Caratteristiche dei residenti

Attraverso l'analisi degli **indici di struttura demografica** e delle **esenzioni**, si evidenzia:

- il peso in termini sanitari, sociosanitari, economici e sociali
- la complessità degli interventi necessari nell'ottica di voler intervenire sui **determinanti non sanitari di salute**, sia in una logica di **inclusione, di equità di accesso** e di **risposta ai bisogni di salute**.

Popolazione residente per microarea

| MICROAREA | 2005 | 2014 |
|-----------------------|---------|---------|
| CITTAVECCHIA | 1.656 | 1.483 |
| GIARIZZOLE | 2.286 | 1.943 |
| GREGO | 894 | 715 |
| GRETTA | 1.032 | 804 |
| MELARA | 2.060 | 1.648 |
| PONZIANA | 1.482 | 1.600 |
| SAN GIOVANNI | 2.197 | 2.101 |
| VALMAURA | 1.068 | 843 |
| VATICANO | 361 | 335 |
| TOTALE MICORAREA | 13.036 | 11.472 |
| Totale residenti AAS1 | 241.326 | 235.793 |

Dal punto di vista demografico se è vero che la popolazione triestina si è ridotta in 10 anni del **2,3%**, la popolazione di microarea si è ridotta maggiormente, del **12%**.

Indici di Struttura demografica microaree

ASUITs vs FVG

I principali indicatori demografici tracciano un profilo segnatamente fosco per le microaree, partendo già dallo svantaggio di ASUITs nel confronto con i valori di riferimento regionali e nazionali. L' **indice di vecchiaia in microarea, infatti, è più del doppio di quello del FVG.**

| INDICI DI STRUTTURA DEMOGRAFICA - 2013 | Microarea | ASUITs | FVG |
|--|-----------|--------|--------|
| indice di dipendenza giovanile | 14,24 | 18,96 | 20,14 |
| Ind. dip. senile (%) | 58,14 | 46,2 | 38,63 |
| Indice di dipendenza (%) | 72,38 | 65,16 | 58,77 |
| Indice di vecchiaia (%) | 408,32 | 243,6 | 191,81 |

Tasso per 10.000 abitanti calcolato sulla popolazione pesata

Oltre alla descrizione per valori assoluti delle esenzioni è calcolato **anche il tasso per 10.000 abitanti** ed evidenziato il confronto tra ASUITs e microaree.

I tassi sono calcolati utilizzando la **popolazione pesata secondo i criteri di finanziamento, utilizzando cioè i pesi ministeriali**, al fine di rendere il confronto più corretto possibile.

| TIPOLOGIA ESENZIONE | ASUITs | TOTALE MICROAREE |
|---------------------|--------------|------------------|
| Patologia | 3.501 | 4.670 |
| Età | 1.900 | 2.527 |
| Invalidità | 617 | 1.065 |
| Reddito | 356 | 857 |
| Gravidanza | 104 | 108 |
| Malattie rare | 81 | 84 |
| TOTALE | 6.560 | 9.311 |

Rapporto tasso per tipologia di esenzione

Il risultato principale è che il totale delle esenzioni delle microaree risulta in **rapporto di 1,42 rispetto al totale per 10.000 abitanti** di ASUITs, quindi, il numero di esenzioni complessivo a parità di popolazione è di **42% maggiore**

| DESCRIZIONE ESENZIONE | ASUITs | TOTALE MICROAREE |
|-----------------------|--------|------------------|
| Patologia | 1 | 1,33 |
| Età | 1 | 1,33 |
| Invalità | 1 | 1,73 |
| Reddito | 1 | 2,40 |
| Gravidanza | 1 | 1,04 |
| Malattie rare | 1 | 1,03 |
| TOTALE | 1 | 1,42 |

Rapporto del tasso di esenzione delle microaree rispetto ad ASUITs delle esenzioni maggiormente diffuse

| Codice | Esenzione | Indice di frequenza rispetto al contesto cittadino |
|--------|--|--|
| 014 | Dipendenza da stupefacenti e alcool | 3,32 |
| E03 | Titolare pensione sociale | 2,26 |
| E02 | Disoccupato | 2,13 |
| S57 | Invalidi civili al 100% | 2,03 |
| L04 | Infortunio sul lavoro o malattia professionali | 1,92 |
| 013 | diabete mellito | 1,47 |
| P15 | ipertensione arteriosa | 1,39 |
| 031A | ipertensione arteriosa senza danno d'organo | 1,16 |
| 031 | Ipertensione arteriosa con danno d'organo | 1,15 |
| 024 | Insufficienza respiratoria cronica | 2,39 |

Andapiccolostaveconglindiani



1. Uguaglianza: è dare alle persone le stesse cose.
2. Equità: è dare a tutti le stesse possibilità.

Perché ASUITs deve intervenire?

Normativa di riferimento

- **Legge 328/2000** Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- **L.R. 23/2004** Partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione
- **L.R. 6/2006** Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale
- **DGR 458/2012** Linee guida per la predisposizione del PDZ

Perché ASUITs deve intervenire?

Normativa di riferimento

- **L.R. 17/2014** art.18 e 19 Riordino dell' assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria
- **DPCM 12/01/2017** Definizione e aggiornamento dei LEA – **area F** Cooperazione dei sistemi sanitari 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)
- **DGR 1783/2017** Aggiornamento LEA e prestazioni regionali extra LEA

Finalità della sperimentazione

- Finalità principale della sperimentazione è la **promozione della salute e l'aumento del benessere** all'interno di queste aree delimitate, spesso degradate, scelte sulla base di criteri eterogenei, con prevalenza per le zone con edilizia popolare e un minimo d'identità storica e "rionale".
- Attraverso questo progetto si cerca di coniugare il **mandato istituzionale di un' Azienda sanitaria con la persona quale protagonista attiva nel proprio progetto di salute**, capace di generare nuove risorse anche a ricaduta sociale.
- Questa dimensione è considerata adeguata per una reale sperimentazione di **welfare integrato e generativo**, soprattutto per un'effettiva partecipazione dei diversi soggetti che insistono sul territorio individuato: abitanti, rappresentanze della cittadinanza attiva, operatori, ma anche istanze amministrative e politiche.

Le tipologie di azioni

Le zone coinvolte nella sperimentazione sono ripartite tra i quattro distretti sanitari e questa metodologia organizzativa e gestionale si centra su:

- un' **azione locale**, in quanto misurata su uno specifico contesto territoriale;
- un' **azione plurale**, in quanto sono coinvolti tutti i soggetti attivi in quel determinato territorio e perché l'insieme dell'azienda partecipa e contribuisce alla sperimentazione;
- un' **azione globale**, perché attraverso la rigorosa intersettorialità degli interventi si desidera raggiungere tutti i determinanti dello stato di salute della popolazione (sociali e sanitari).

Il valore della comunità

- Il lavoro di microarea deve **rafforzare e valorizzare la comunità** generando nuove potenzialità di salute anche **riducendo l'impegno istituzionale di risorse economiche** (*welfare generativo*).
- Obiettivo peculiare è sicuramente quello relativo alla **conoscenza diretta degli abitanti da parte del referente di microarea**, specialmente di quelli più a rischio e non noti ai servizi, evidenziando la **funzione proattiva** delle istituzioni e in particolar modo della sanità che passa da una medicina di attesa ad una d'iniziativa e generativa di risorsa sociale.

Le azioni progettuali

- **nominati i referenti** di microarea, dedicati a tempo pieno;
- individuati gli **appartamenti Ater** quali sedi fisiche di microarea;
- disegnate le **mappe, i percorsi, i locali e i punti di aggregazione** delle singole microaree;
- create le **schede e la documentazione**, condivisa da tutti i referenti di microarea e dai vari professionisti dell'Azienda sanitaria coinvolti, quale strumento utile alla raccolta delle informazioni derivanti dalla conoscenza diretta degli abitanti;
- definiti gli **incontri di coordinamento** a livello distrettuale e direzionale e approvazione di un **protocollo d'intesa inter-enti**

Obiettivi

Al fine di **misurare gli esiti**, sono stati individuati dieci azioni da monitorare nei tre anni di sperimentazione:

- 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 delle prestazioni diagnostiche**;
- 5) elevare l'**appropriatezza per prestazioni terapeutiche** (curative e riabilitative);

Obiettivi

- 6) promuovere **iniziative di auto-aiuto ed etero-aiuto** da parte di non professionali (costruire comunità);
- 7) promuovere la **collaborazione di enti, associazioni e organizzazioni profit e no profit** per migliorare il ben-essere della popolazione di riferimento (mappatura e sviluppo);
- 8) realizzare un **ottimale coordinamento** tra 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** di persone a più alta fragilità (per una vita attiva e indipendente).

Da sperimentali a servizi

- Dopo questa **prima fase sperimentale**, le microaree sono aumentate di numero, da sperimentali sono diventate servizi stabili dell'offerta distrettuale e nel 2010 sono state **incardinate alla struttura semplice dipartimentale servizio infermieristico distrettuale**, diretta da un dirigente infermieristico.
- Ogni microarea è gestita da un **referente** con tempo di lavoro **a tempo pieno** che deve possedere competenze adeguate.

Ruolo del referente di microarea

- Il ruolo del referente **solo raramente è di tipo clinico-assistenziale**, cioè solo in alcuni casi eroga prestazioni sanitarie in senso stretto (prelievi, medicazioni ecc.).
- Il suo ruolo principale è analizzare il contesto di vita della persona, fare **un'assessment generale** della persona e della sua famiglia, individuare i diritti e i **bisogni non soddisfatti**, individuare le **priorità** di intervento, le **risorse** istituzionali e innovative necessarie, i diversi **attori** da coinvolgere nel processo di presa in carico sociosanitaria e individuare gli indicatori più appropriati per poter poi misurare gli esiti degli interventi fatti.

Ruolo del referente di microarea

- Il referente gioca un ruolo molto diverso dall'infermiere o da altri professionisti dedicati all'assistenza domiciliare che si muovono in un contesto di *Chronic Care Model* tarato più sui settori alti della piramide attraverso modelli di *disease management e case management*.
- Proprio perché sono richieste *competenze, attitudini e atteggiamenti “non convenzionali”* che non tutti possono aver sviluppato, è stata adottata una specifica *job description* per il referente della microarea.

Conclusioni

- Attivazione di **quattro nuove microaree**: Altura, Villa Carsia, Campi Elisi e Negri
- Progettazione di **altre microaree**: Fonderia, Cittavecchia,
- Avvio di un **progetto di ricerca quali-quantitativa con l'Università degli Studi di Torino e l'Università degli Studi di Udine** per definire il profilo di salute e le aree di intervento

ma
.....

Privacy o.....

- Difficoltà ad avere **profili socio-sanitari individuali** e talvolta anche di macrocelle
- Difficoltà a creare i **registri per patologia**
- Difficoltà ad avere gli elenchi dei **grandi consumatori di farmaci e prestazioni sanitarie**



- Necessità di integrare i **dati sanitari con quelli sociali e reddituali e centro per l'impiego**
- Necessità del **Fascicolo Sanitario Elettronico** integrato

Alcuni ringraziamenti

Assessori dei Comune di Trieste - Comune di Muggia

Direttore Ater

Direttori Generali ASUITs

Referenti di microarea

Operatori di ASUITs, dei Comuni e di Ater

Operatori e portieri sociali

Volontari del servizio civile

Studenti del CdL tecnici della riabilitazione psichiatrica

Cooperative sociali

Associazioni di volontariato e di Promozione sociale

Ricercatori

Tutto lo staff della DSS in particolare Claudia Ehrenfreund

.....

Maria Grazia Cogliati Dezza

Grazie dell'attenzione



Flavio Paoletti

flavio.paoletti@asuits.sanita.fvg.it