

La comunidad de la salud: las Microareas de Trieste

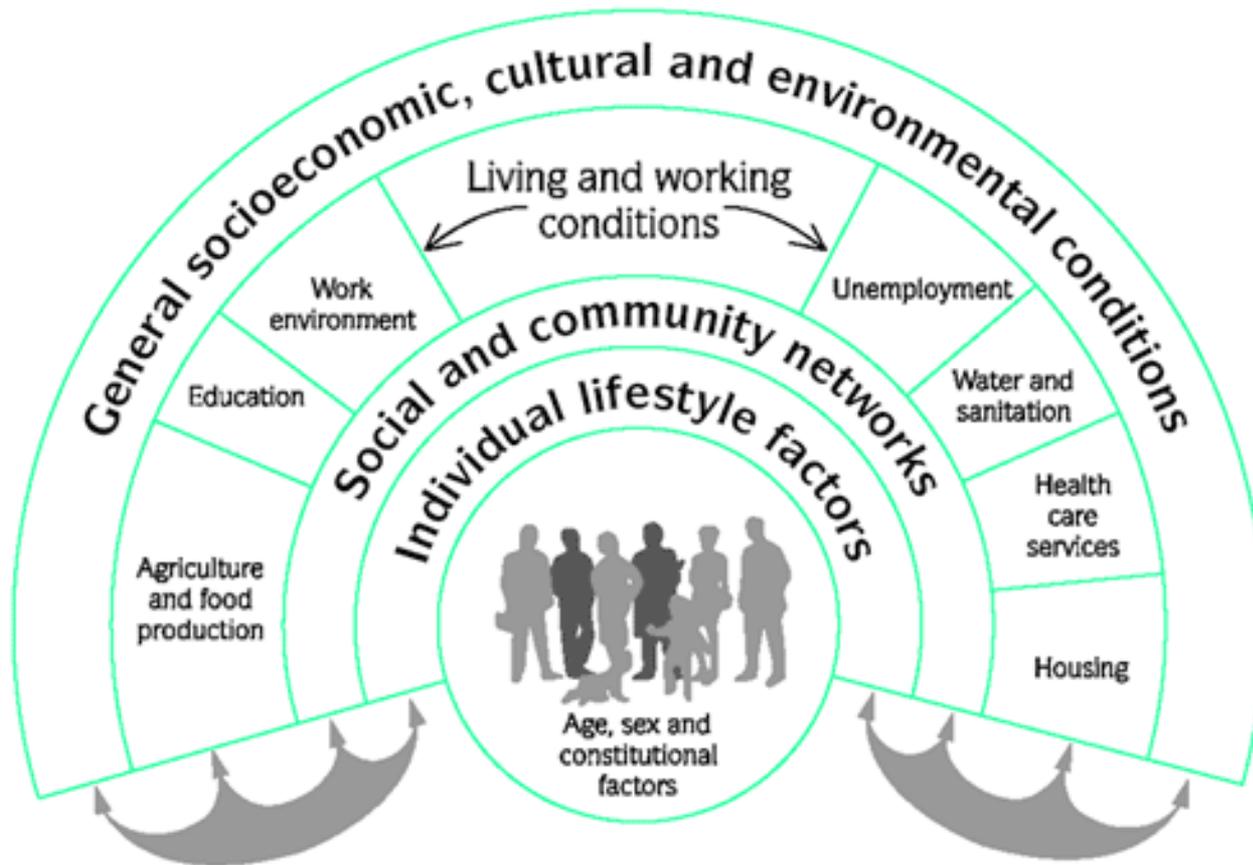


Flavio Paoletti

Director de Servicios Sociosanitarios Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata Trieste (ASUITs)

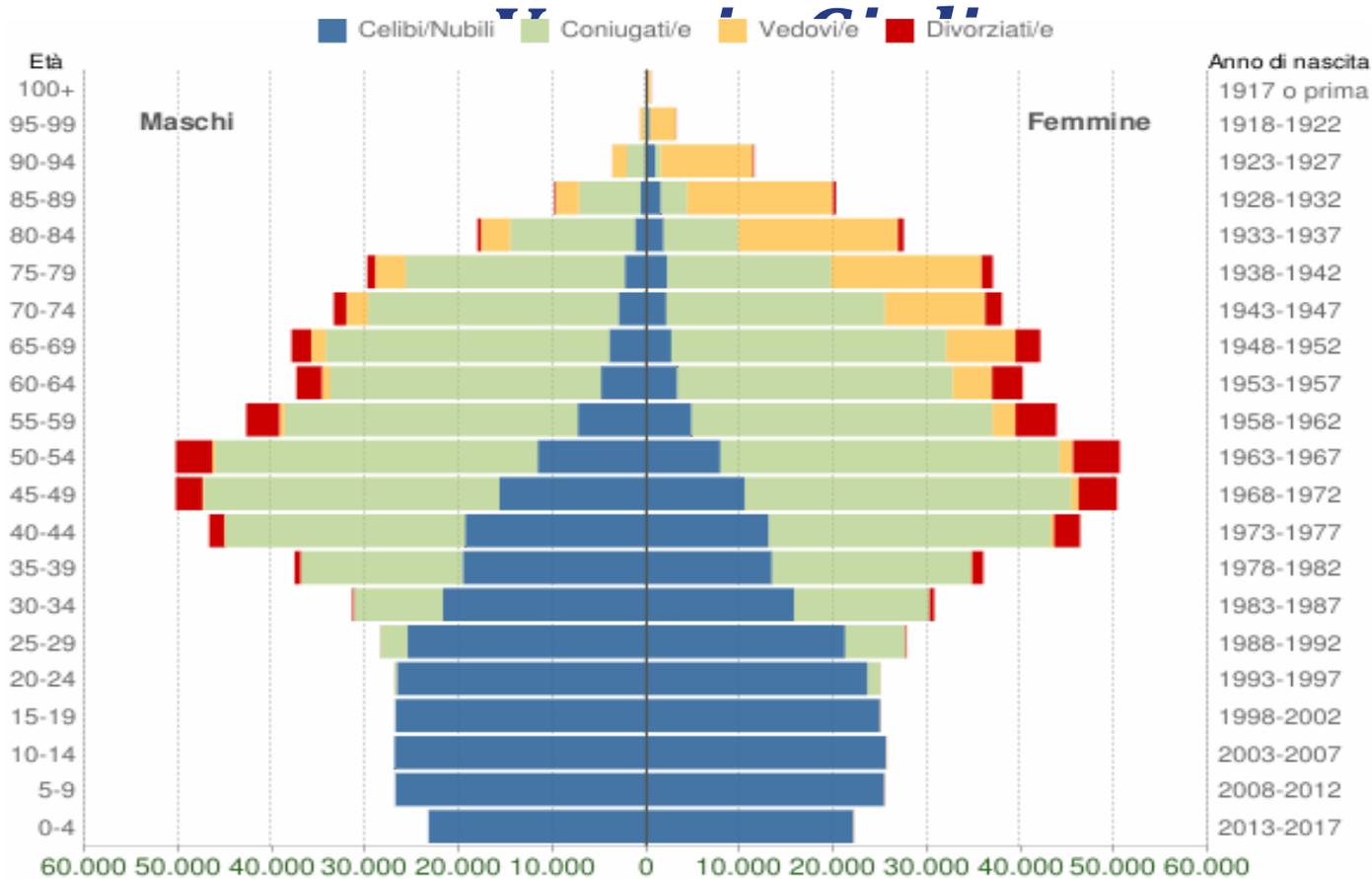
Slide 2. Determinanti della salute (Europa)

The Main Determinants of Health



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

Piramide d'età della popolazione residente del Friuli



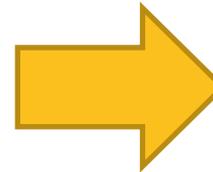
Popolazione per età, sesso e stato civile - 2017

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

Trieste

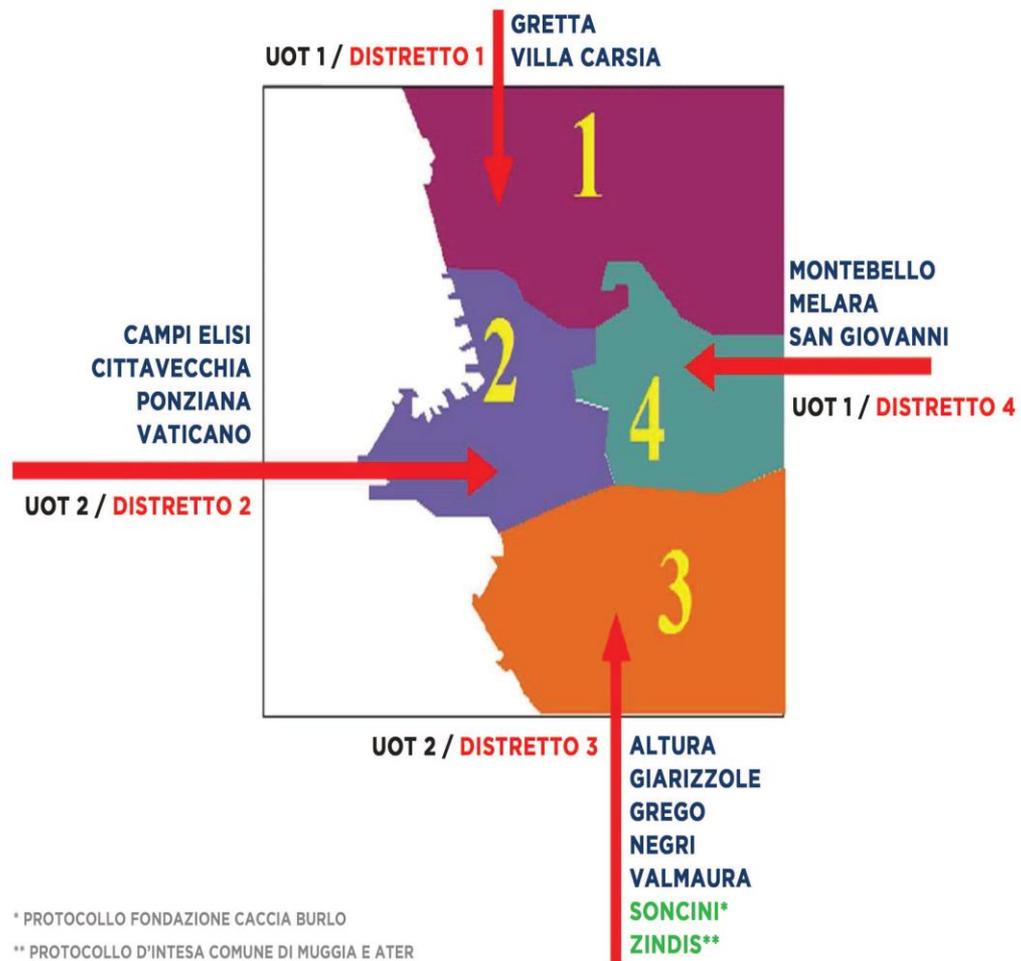


- ❖ forte presenza di persone *over* 65 (indice di invecchiamento pari al 28,6%)
- ❖ le famiglie sono bi o mono componenti
- ❖ entrambi i coniugi spesso lavorano
- ❖ l'educazione e la ripartizione dei ruoli familiari si sono modificati
- ❖ aumentano le separazioni e i divorzi
- ❖ subentrano condizioni di devianza giovanile e dell'età adulta
- ❖ aumentano la dispersione scolastica soprattutto nelle zone periferiche della città
- ❖ aumentano gli abusi di sostanze nelle fasce adolescenziali e giovanili



- ❖ ricentrarsi su **obiettivi** molto più vicini ai bisogni di una popolazione più vasta
- ❖ ricostruire i tessuti di **solidarietà**
- ❖ sviluppare il concetto di **sussidiarietà** non solo verticale, ma soprattutto orizzontale
- ❖ allargare la **governance** e la progettualità dei soggetti del terzo settore, dell'associazionismo, della cooperazione sociale, l'auto-aiuto e le risorse delle famiglie

PROGRAMMA HABITAT MICROAREE / ASUITS / COMUNE TS / ATER TS



Le microaree

- Il progetto *microwin*-microaree, del 2005, viene concepito nell'ambito del **laboratorio internazionale *win-welfare innovations*** per sviluppare un **welfare di comunità**.
- Sino dall'inizio c'è 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 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.

Indici di Struttura demografica ed esenzione

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

DESCRIZIONE ESENZIONE	ASUITs	TOTALE MICROAREE
Patologia	1	1,33
Età	1	1,33
Invaldità	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

di Lapiceno stavocongliindiani



UGUAGLIANZA

EQUITA'

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

Il valore della comunità

- Il lavoro di microarea deve **rafforzare e valorizzare la comunità** generando nuove potenzialità di salute, **riducendo le diseguaglianze sociali** e **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.

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).

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**

Da sperimentali a servizi

- Dopo questa **prima fase sperimentale**, le microaree sono aumentate di numero, da sperimentali sono diventate servizi stabili dell'offerta distrettuale.
- Ogni microarea è gestita da un **referente** con tempo di lavoro **a tempo pieno** che solo raramente ha funzioni clinico-assistenziali.
- Il ruolo principale del referente è fare **un 'assessment generale** della persona, della sua famiglia e del contesto di vita; individuare i diritti e i **bisogni non soddisfatti**, individuare le **priorità** di intervento, le **risorse** istituzionali e innovative, i diversi **attori** da coinvolgere nel processo di presa in carico sociosanitaria e individuare gli **indicatori** per poter poi **misurare gli esiti** degli interventi fatti.

Le ricerche

- La ricerca si proponeva di esplorare gli **effetti sulla salute generati dall'intervento sulle micro-aree**, condotto nella città di Trieste dall'azione concertata di ASUITs, Comune e ATER.
- In particolare la ricerca si è concentrata sull'identificazione del meccanismo causale attraverso cui **l'intervento intendeva migliorare la salute** e di rintracciarne **evidenze empiriche teoricamente e socialmente rilevanti e statisticamente significative**.
- A partire da un campione al 1 gennaio 2006 di 21.176, sono stati selezionati **18.142 residenti** per tutto il periodo. Tra questi 7.804 in micro-area e 10.238 fuori.

Le tre fasi di valutazione

La **prima fase** della valutazione è stata svolta attraverso un approfondimento con **focus group di operatori** e ha analizzato i processi di lavoro messi in atto nell'intervento.

La **seconda fase** della valutazione è consistita nella realizzazione, da parte degli stessi operatori, di **600 interviste a tre campioni di soggetti**, disegnati in modo da creare due gruppi di controllo rispetto al gruppo destinatario dell'intervento.

La **terza fase** della valutazione è consistita nella discussione dei risultati ottenuti dal gruppo di lavoro dell'Università di Udine, che ha condotto **un'analisi longitudinale** sulle medesime popolazioni

Risultati sanitari

- Le analisi dell'Università di Udine mostrano nell'area trattata una **riduzione significativa dei ricoveri urgenti** ed un aumento di quelli programmati (per tutte le cause), la **diminuzione degli accessi non prioritari al pronto soccorso** e una **riduzione dei ricoveri multipli**.
- Le donne hanno un aumento del 50% degli interventi programmati per psicosi e una **speculare diminuzione (-50%) dei ricoveri urgenti per psicosi**; nel caso di ricoveri per patologie respiratorie, tra le donne, **diminuiscono i ricoveri programmati** e rimangono stabili quelli urgenti.

Risultati sanitari

Per quanto riguarda gli uomini si osserva:

- una riduzione dei ricoveri urgenti e un incremento di quelli programmati per malattie cardiache e vascolari;
- nel caso di problemi urologici nel decennio diminuiscono sia i ricoveri urgenti sia i ricoveri programmati;
- per problemi osteo-articolari si osserva una diminuzione sia dei ricoveri urgenti che di quelli programmati.

Risultati generali

- Le persone del campione complessivo (600), mostrano, come atteso, una **capacità di controllo sulla propria salute direttamente proporzionale alle loro risorse e capacità individuali.**
- La **salute mentale** è più influenzata dalle condizioni di **breve periodo**, dalle carenze di risorse del momento.
- La **salute fisica** è più esposta all'effetto delle **carenze nel lungo periodo**, ed in particolare di istruzione, che caratterizzano il corso di vita.

Risultati capitale sociale

- A parità di risorse e capacità individuali, le persone che hanno relazioni prossime che si attivano, che hanno maggiore capitale sociale (qualcuno è al loro fianco e li aiuta), riescono a controllare meglio i problemi che gli si presentano e attenuano le conseguenze sulla salute mentale.
- L'intervento micro-aree ha aumentato il livello e la qualità del capitale sociale utile alla salute. Ciò riguarda sia gli aiuti ricevuti per affrontare i problemi, anche nei casi di assenza della famiglia, sia l'attivazione per aiutare altri, assumendo un ruolo attivo di prestatori di aiuti.

Risultati capitale sociale

- Se si stima con **strumenti econometrici** la **salute che avrebbero avuto i trattati**, qualora avessero avuto le medesime risorse e capacità dei sosia (quindi migliori) ma **senza l'intervento degli operatori di Microarea**, si ottiene che la loro **salute sarebbe stata peggiore** di quella effettivamente riscontrata.

Conclusioni

- Attivazione di **cinque nuove microaree**:
Altura, Villa Carsia, Campi Elisi, Negri e
Cittavecchia
- Progettazione di **altre microaree**:
Fonderia
- Diffusione **nuove sperimentazioni** del
modello in altri contesti nazionali ed
internazionali

Grazie dell'attenzione



Flavio Paoletti

flavio.paoletti@asuits.sanita.fvg.it