

Paolo Da Col, Maria Grazia Cogliati, Emanuela Fragiacomò, Angela Pianca e Franco Rotelli



La novità di questa esperienza consiste nella costante ricerca di soluzioni tempestive ai problemi emergenti sanitari, ma soprattutto sociali, come casa, ambiente, reddito.

Per chi, come noi, lavora nelle cure primarie, **i principi fondanti enunciati quaranta anni fa nella Conferenza di Alma Ata** rappresentano valori e punti di riferimento essenziali, seppure di provata difficoltà di realizzazione. **Essi appaiono ancora del tutto attuali:**

- equità dei servizi offerti;
- centralità dei bisogni delle popolazioni (comunità);
- uso limitato di tecnologie (di bassa complessità/costo);
- integrazione dei livelli di assistenza e collaborazione intersettoriale;
- coinvolgimento e partecipazione dell'assistito e della comunità nei processi di cura e nelle decisioni.

La presente nota riferisce di un'esperienza sviluppatasi in questa cornice di idee in micro-contesti urbani.

A Trieste i nuovi distretti (quattro, ciascuno con 60.000 ab.) iniziano a svilupparsi nel 1995, in concomitanza con l'avvio dell'aziendalizzazione ed il "lancio delle cure territoriali" - operazione fortemente ispirata dalle esperienze dei servizi territoriali di salute mentale attivati con successo come alternative alla chiusura dell'ospedale psichiatrico ("riforma basagliana"), così come dai contenuti della dichiarazione di Alma Ata (e successivi documenti della WHO in tema di cure primarie).

Per verificare la fattibilità della costruzione di nuove reti di cure primarie, fin dai primi anni è stata intrapresa la via della sperimentazione di interventi-modello in aree più piccole di quelle di pertinenza dei singoli distretti, ritenendo che "nel piccolo" fosse maggiormente probabile raggiungere in tempi più brevi risultati più incisivi che "nel grande" (ovvero,

l'intero distretto). E quindi:

1. una maggiore conoscenza dei bisogni specifici locali, la loro reale consistenza quali/quantitativa, l'incontro proattivo, l'integrazione dei servizi;
2. l'attenzione per la creazione di alleanze con la comunità locale, in modo da renderla protagonista nella programmazione e nella realizzazione di reti integrate di risposte, ampie ben oltre le sole istituzioni pubbliche.

I primi interventi sono sorti in una decina di quartieri della città ad alta problematicità sociale ed elevata richiesta sanitaria, ponendo da subito enfasi - non abituale per la sanità - sull'intervento sull'ambiente di vita delle persone. Questi sono andati poi a precisarsi dieci anni più tardi come azioni metodologicamente più strutturate, globali e plurali sull'ambiente e sulla vita degli abitanti delle Microaree. Il progetto Microaree (MA) è stato avviato nel 2005, su esplicito mandato del Direttore Generale (Franco Rotelli), con coinvolgimento prevalente dei distretti e partecipazione dell'intera organizzazione aziendale. Ciascuno dei quattro distretti dell'Azienda ha individuato una-due aree delimitate (microaree) nel proprio territorio di pertinenza, ciascuna di circa 1-2.000 ab. (quindi, includenti qualche decina di caseggiati), in cui ha iniziato a costruire reti locali di servizi tra i vari soggetti (istituzionali e non) che potevano costituire risorsa e strumento per innovativi programmi di salute: i Servizi Sociali del Comune, i servizi degli altri Assessorati Comunali (ambiente, istruzione, trasporti, ecc.), l'ATER (ex IACP-Istituto Autonomo Case Popolari), le cooperative sociali (in particolare di tipo B), le associazioni di volontariato locali, le rappresentanze dei cittadini, ed anche il vicinato, i negozi, ecc. Un "territorio in movimento" convergente verso la ricerca della salute della comunità locale.

Per facilitare l'attuazione dei programmi, ciascun distretto è stato autorizzato a distaccare a tempo pieno, su base volontaria, un proprio operatore (infermiere, fisioterapista, ecc.), con funzione di facilitatore e "regista delle operazioni", affidandogli la responsabilità di ricercare, all'interno ed all'esterno, le vie migliori possibili per realizzare i 10 obiettivi-chiave assegnati:

1. realizzare il massimo di conoscenza sui problemi di salute delle persone residenti nelle microaree (ovvero: con azioni proattive, capillari, di grande prossimità, svolte "porta a porta" ed individuando le persone fragili nelle banche dati sanitarie).
2. Ottimizzare gli interventi per la permanenza nel proprio domicilio ove ottenere tutta l'assistenza necessaria (ovvero: con iniziative volte a contrastare ulteriori incrementi del numero di posti in residenza. Nota: a Trieste esistono 100 case di riposo con oltre 3.200 ospiti anziani !).

3. Elevare l'appropriatezza nell'uso di farmaci (ovvero: ridurre i fenomeni di consumismo).
4. Elevare l'appropriatezza per prestazioni diagnostiche (ovvero: ridurre l'accanimento/dispersione diagnostica).
5. Elevare l'appropriatezza per prestazioni terapeutiche (ovvero: evitare/ridurre quelle che non servono, che generano spreco, false attese).
6. Promuovere iniziative di auto-aiuto ed etero-aiuto da parte di non professionali (ovvero: costruire comunità, elevare il capitale sociale).
7. Promuovere la collaborazione di enti, associazioni e organismi profit e no profit per elevare il ben-essere della popolazione di riferimento (ovvero: gestire i problemi in co-responsabilità).
8. Realizzare un ottimale coordinamento fra servizi diversi che agiscono sullo stesso individuo singolo o sulla famiglia (ovvero: (pre)occuparsi più delle ottimizzazioni che delle espansioni).
9. Promuovere equità nell'accesso alle prestazioni, dando più qualità per cittadini più vulnerabili (ovvero: ridurre le disuguaglianze, per dare in modo diseguale ai diseguali).
10. Elevare il livello di qualità della vita quotidiana di persone a più alta fragilità (ovvero: consentire di più e meglio una vita attiva ed indipendente, particolarmente a chi parte svantaggiato).

Questi referenti di Microarea (nominati con atto deliberativo aziendale) si sono distinti da subito per grande motivazione, capacità innovativa relazionale realizzativa. Le azioni intraprese rispondevano ai seguenti criteri:

- **Locali**, in quanto misurate specificatamente su uno specifico micro-contesto territoriale puntualmente individuato.
- **Plurali**, perché chiamanti a raccolta più soggetti, né solo la ASS né solo altre istituzioni.
- **Globali**, perché volte a raggiungere tutti i determinanti dello stato di salute generale della popolazione e di conseguenza rigorosamente intersettoriali.

Indirizzandosi lungo tre assi principali: 1. casa (priorità agli interventi domiciliari); 2. lavoro (nel senso di attività di vita); 3. socialità (nel senso più ampio del termine, non meramente socio-assistenziale).

La novità di questo lavoro consiste nella costante ricerca di soluzioni tempestive (spesso immediate) ai problemi riscontrati, sia sanitari, ma soprattutto anche di altra natura (di contesto) a forte impatto sulla salute: casa, ambiente, reddito.

Le azioni e la presenza fisica del referente testimoniano concretamente la volontà di

rendere palese e più credibile l'istituzione (sanitaria ed altra), realmente vicina alla comunità locale. Tale prossimità consente di elevare il livello di fiducia dei residenti verso di essa, mira a facilitare le buone relazioni tra i residenti, le azioni di solidarietà e sussidiarietà, il senso di appartenenza alla comunità. In sintesi, per rispondere alle domande complesse, si è pensato di ricercare più l'aumento del capitale sociale che di quello economico-finanziario, tradizionalmente (ma sempre più incompletamente) considerato strumento per ampliare le risposte e l'offerta.

In generale, queste **azioni di promozione e protezione della salute si indirizzano prioritariamente verso chi più ha bisogno** (per ridurre le disuguaglianze di salute), **incidendo sui determinanti di salute governati dalla ASS così come su quelli NON governati direttamente da noi** (con responsabilità dei terzi di competenza).

Alcuni risultati

Nel 2009, in 10 microaree (MA) urbane (totale 14.000 ab.) sono state raggiunte circa 2.500 persone, in modo proattivo, con erogazione di circa 20.000 "prestazioni", al 90% di tipo domiciliare (non solo di tipo sanitario). Sono stati individualmente valutati la quasi totalità dei soggetti c.d. "grandi consumatori" di servizi sanitari (es. > 5 ricoveri/anno in ospedale; al vertice dei consumi di farmaci o prestazioni ambulatoriali, ecc.) e con ciascuno di essi (e con la famiglia, ove presente) è stato definito un percorso/programma personalizzato "*whole-life-approach*".

L'attenzione è stata prioritaria verso il sostegno alla rimozione di ostacoli nell'ambiente (ad es. condizioni abitative inadeguate) e di elementi condizionanti in senso negativo la vita indipendente; alla convivenza attiva con patologie croniche (tipicamente: insufficienza cardiaca, respiratoria, diabete, malattie neurologiche, patologie osteoarticolari cronico-degenerative), all'autogestione della malattia e della propria vita.

Il referente di MA ha sostanzialmente operato con funzione sia di care sia di case management, ricercando di ottenere (la fatica maggiore !) la cooperazione degli altri operatori del distretto e dell'Azienda, le alleanze inter-enti (in primis con i SSC, l'ATER, le cooperative sociali di tipo B ed altri soggetti del terzo settore, la cittadinanza attiva). Merita citazione, sia per le procedure amministrative seguite sia per la realizzazione ed i contenuti sostanziali, il fatto che in ogni MA è stata aperta una sede (in affitto) in uno dei caseggiati ATER della zona e sono stati immessi i volontari del servizio civile (ad hoc reclutati da ASS 1). Originale è stato anche lo sforzo nei primi anni per farci conoscere, far aprire porte chiuse, far cadere muri di diffidenza e scetticismo, rinforzare i legami con la comunità

locale, anche attraverso eventi socializzanti coinvolgenti gli abitanti e le istituzioni “altre”.

Una delle maggiori criticità del progetto permane la carenza del sistema informatico con cui monitorare azioni e risultati. Tuttavia, alcuni indicatori “hard” sono già disponibili. Tra il 2005 ed il 2008, a fronte di una documentata maggior complessità delle condizioni sociosanitarie nelle MA - e precisamente: incremento maggiore che nel resto della provincia del numero di grandi anziani (> 75 e 85 aa), delle persone non-autosufficienti (invalidi certificati), dei portatori di patologie croniche ad alto impatto sociale (esenti ticket per patologia), dei soggetti fragili e con redditi al di sotto della soglia di povertà (banca dati ATER) - si è osservata una riduzione più marcata che nell'intero contesto aziendale del tasso di ospedalizzazione (-9% nelle MA vs -5% nell'intera Azienda). Il vantaggio si mantiene anche nelle fasce di età più avanzate (> 75 oppure > 85 anni -nb: l'indice di invecchiamento nei quattro distretti oscilla tra 180 e 140; il 50% di questi anziani sono soli).

Il Progetto è tuttora in corso; per il suo ampliamento in altre zone della città si avvale - per la referenza delle attività nelle nuove microaree (una decina) - dei centri di salute mentale e di altre soggetti esterni all'azienda, a testimoniare della “contagiosità” delle buone pratiche.

Paolo Da Col, Maria Grazia Cogliati, Emanuela Fragiacomò, Angela Pianca. Distretti nn. 1 2 3 4 - Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina” - Trieste.

Franco Rotelli. Presidente Conferenza Internazionale per la salute mentale “Franco Basaglia”, Trieste