



Il programma Habitat Microaree Trieste

Linee di indirizzo progettuali e operative

Documento a cura della Direzione dei Servizi Sociosanitari

Indice

Presentazione	1
Programma Habitat-Microaree (HM)	2
HM - Cos'è	2
HM - Gli obiettivi	4
HM - Obiettivi a livello individuale	4
HM - Obiettivi a livello comunitario	4
HM - Obiettivi specifici dell'Azienda sanitaria.....	5
HM - Le risorse.....	5
HM – perché (il punto di vista dell'Azienda sanitaria)	10
HM - Le metafore	17
Censimento attività	20
HM – A che punto siamo?	24
Efficacia sanitaria	24
Efficacia sociale.....	25
La Dichiarazione di Trieste <i>La comunità che fa salute</i>	26
Orientamenti per il futuro	27
Linee di indirizzo operativo ASUITs.....	27
Allegato 1 – Protocollo di intesa PROGRAMMA HABITAT – MICROAREE TRIESTE.....	30
Allegato 2– La Dichiarazione di Trieste su la Comunità che fa salute	42
Riferimenti	44
Box 1: Ruoli e responsabilità nell'ambito di ASUITs per l'organizzazione delle Microaree	7
Box 2: <i>Job Description Referente di Microarea</i>	8
Box 3: Livelli Essenziali di Assistenza (6).....	11
Box 4: La salute disuguale (9).....	14
Box 5: Le politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute evitabili (9).....	15
Box 6 (14): Coinvolgimento della comunità per contrastare le disuguaglianze di salute	16
Box 7: Indicatori LEA dalle Linee di gestione del SSR Friuli Venezia Giulia - ALLEGATO B- (19).....	29

Figura 1: Distribuzione Microaree sul territorio di Trieste.....	3
Figura 2 (10 p. 18): schema esplicativo dei meccanismi di generazione della disparità nella salute e dei relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto	14
Figura 3: Relazione tra livello di coinvolgimento della comunità e risultati a livello di servizi, esiti sociali ed effetti sulla salute (15 p. 33).....	16
Figura 4: Legenda Tabella 1.....	21
Tabella 1: Censimento attività Microaree.....	22

Presentazione

Nel presentare questo documento non possiamo non ricordare che quest'anno ricorrono i quarant'anni dall'approvazione delle Leggi n. 180 (Riforma Psichiatrica) e n. 833 (Riforma sanitaria). Leggi che hanno segnato una svolta nell'effettiva possibilità di esercizio del diritto alla salute, sancito dalla Costituzione, trasformando radicalmente l'assetto dei servizi.

All'inizio del 2018, gli operatori del Programma Habitat Microarea sono stati coinvolti in un progetto di censimento delle attività, con l'obiettivo di cogliere analogie e peculiarità di ciascun contesto.

Il lavoro successivo, portato avanti con i Responsabili ed i Referenti delle Microaree, ha consentito di tracciare un bilancio e delineare le future linee di sviluppo.

Questo documento - condiviso con gli Enti partner nell'ambito dell'obiettivo locale 11.2 del Piano di Zona 2013-2015, *Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree* - risponde a quanto previsto nel Piano Attuativo Annuale 2018 e relativo documento di programmazione sociosanitaria (ratificato con atto d'intesa prot. gen. 60215 dd 6.11.2018)¹.

Rappresenta, inoltre, il risultato dell'Obiettivo di ASUITs 2018²: *Censimento, analisi e programmazione delle attività realizzate in ciascuna Microarea per area tematica di intervento, anche al fine di individuare il nucleo minimo di azioni a carattere sanitario e sociosanitario da implementare in tutte le Microaree (linee di Indirizzo operativo).*

¹ Azione 4: *Censimento, analisi e programmazione delle attività realizzate in ciascuna Microarea per area tematica di intervento*, con adozione di un documento condiviso relativo alle linee di indirizzo operative.

² Direzione Servizi sociosanitari: Obiettivo n. 7

Distretto 1: Obiettivo n. 8

Distretto 2: Obiettivo n. 9

Distretto 3: Obiettivo n. 10

Distretto 4: Obiettivo n. 11

Programma Habitat-Microaree (HM)

HM - Cos'è

Tra l'Azienda sanitaria³, il Comune di Trieste e l'Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale della Provincia di Trieste (ATER) di Trieste è in atto sin dal 1998 un'intesa, più volte rinnovata ed ampliata, per la realizzazione congiunta, secondo le competenze istituzionali di ciascun Ente, in ambiti territoriali con rilevante presenza di case di edilizia residenziale pubblica, del programma inizialmente denominato *Habitat, salute e sviluppo della comunità* – ora Programma *Habitat-Microaree* – avente finalità di tutela, prevenzione e promozione della salute e della coesione sociale.

L'evidenza dei fattori di rischio che caratterizzavano alcune aree della città (elevata incidenza della popolazione anziana, situazioni di disagio sociale, degrado ambientale, ecc.) aveva sollecitato gli Enti a stringere un accordo di collaborazione continuativa per intraprendere azioni congiunte e di ampio respiro, nell'ottica della prevenzione e dello sviluppo di comunità/*community building*, che inizialmente si concentravano sugli inquilini degli edifici gestiti dall'ATER. Successivamente, l'intervento veniva esteso ai territori limitrofi alle case popolari, sulla base di una sperimentazione, avviata nel 2005 dall'Azienda sanitaria (*Microaree-Microwin*) (1), in base alla quale ogni Distretto sanitario definiva alcune zone, denominandole *Microaree*. Nel 2006 viene siglato un nuovo Protocollo di intesa (inserito nel Piano di zona dell'Ambito 1.2 – Trieste, approvato con Accordo di programma in data 27 febbraio 2006) che riformula e riunisce i programmi. Da quell'anno in poi si parlerà, infatti, di **Programma Habitat-Microaree (HM)**. Il più recente aggiornamento del Protocollo di intesa è stato sottoscritto nel luglio 2018⁴.

Le Microaree sono, dunque, territori fisicamente aggregati (quartiere, frazione, agglomerato di case) che comprendono tra i 500 e i 2.500 abitanti, caratterizzati dalla prevalenza di caseggiati ATER. La finalità del protocollo di intesa HM è di mantenere attiva la collaborazione inter enti nella realizzazione di progetti e interventi integrati in queste parti della città, stimolando il coinvolgimento attivo dei cittadini residenti, delle associazioni locali, di cooperative sociali, organizzazioni di volontariato e altri soggetti privati. Il programma, realizzato in sinergia tra i summenzionati soggetti, si propone di intervenire con azioni coerenti ed organiche nei settori della sanità, dell'educazione, dell'habitat, del lavoro e della democrazia locale, come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalle istituzioni europee (2), perseguendo gli obiettivi generali promozione e tutela della salute, prevenzione del disagio sociale, sviluppo di comunità/*community building*, attraverso il rafforzamento delle comunità locali (1).

Si tratta, dunque, di una strategia di intervento congiunto nei contesti di vita delle persone, che

³ Nel corso degli anni, l'Azienda sanitaria tre denominazioni: Azienda per i servizi sanitari n. 1 Triestina (ASS 1), Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 Triestina (ASS 1), adesso, dopo la fusione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste, Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste (ASUITs).

⁴ Protocollo di intesa Programma Habitat Microaree Trieste, dd 25 luglio 2018 - **Allegato 1**

cerca di agire su più livelli – sanitario, sociale e abitativo – attraverso un cambiamento di paradigma: i servizi non intesi più come un insieme di attività progettate e pensate per rispondere alle necessità di utenti, clienti o pazienti, bensì realtà co-costruite con persone ed aggregazioni sociali che risiedono e insistono su quello specifico territorio per consentire loro di essere soggetti attivi del proprio progetto di salute e coprotagonisti di un progetto di salute della comunità. Le Microaree rappresentano quindi il dispositivo territoriale per lo sviluppo del Distretto come sistema integrato di area. Dopo la fase sperimentale, le Microaree sono aumentate di numero e da sperimentali sono diventate servizi stabili dell'offerta distrettuale.

In questi anni, i servizi sociali e sanitari hanno sviluppato un'operatività integrata, incentrata sull'impegno per lo sviluppo di comunità, diventando setting in cui non si interviene più solo sul caso, talvolta anche separatamente, ma si investe sulle proprie capacità di cambiamento, autoriflessività, adattamento alla specificità delle domande dei cittadini.

Il rapporto che gli operatori sociali e sanitari riescono a costruire nelle Microaree con i cittadini risulta decisivo: chi lavora **sul** e soprattutto **nel** e **con** il territorio, si trova immerso in una fitta rete di relazioni e scambi con la comunità.

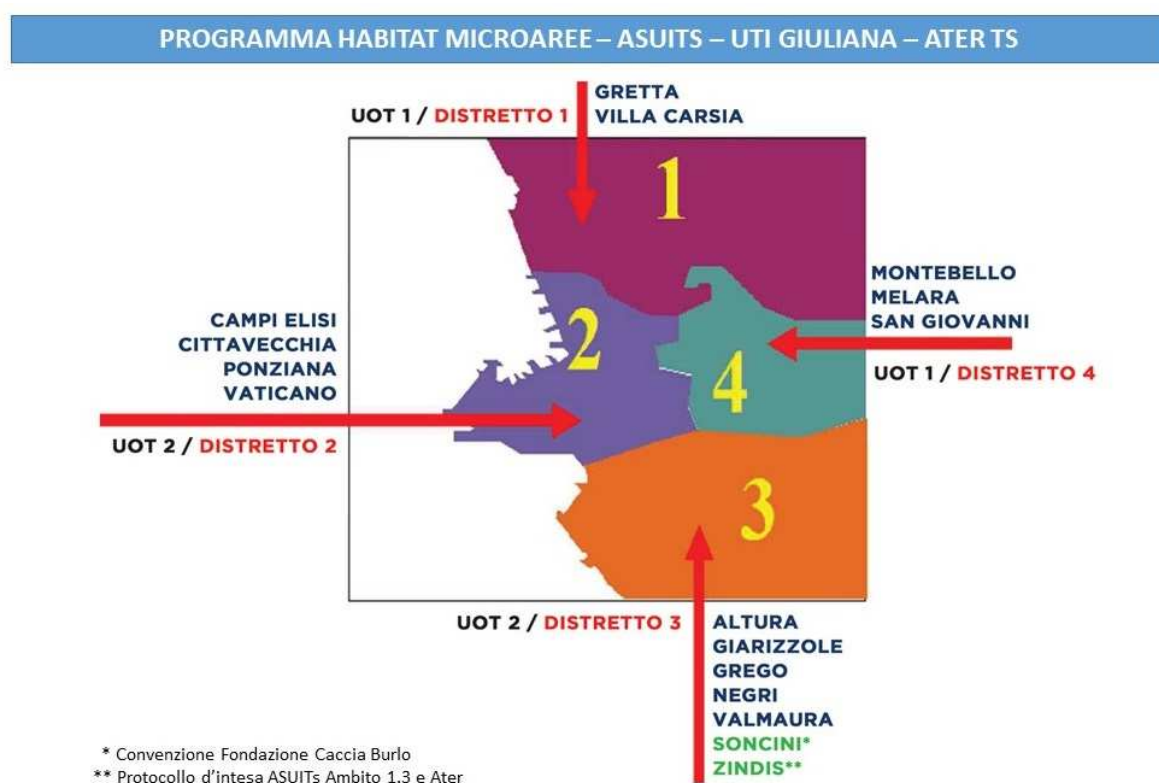


Figura 1: Distribuzione Microaree sul territorio di Trieste

Attualmente il Programma Habitat Microaree si sviluppa in 14 aree della città di Trieste (Gretta, Villa Carsia, Campi Elisi, Cittàvecchia, Ponziana, Vaticano, Altura, Giarizzole, Grego/Borgo San Sergio, Ne-

gri, Valmaura, Cumano/Montebello, Melara, San Giovanni), corrispondenti, in gran parte, a comprensori di edilizia popolare ad alta densità abitativa in cui risiedono complessivamente circa 18.000 abitanti.

Con apposito Protocollo con il Comune di Muggia⁵ sono inoltre attive le aree di Borgo Zindis e di Fonderia (attivata nell'autunno 2018).

A latere del Protocollo inter enti è inoltre attiva l'area di Soncini (in Convenzione con la Fondazione Caccia Burlo).

HM - Gli obiettivi

Il target del programma HM è **la comunità locale residente in 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 socio-sanitarie.

In quest'ottica, gli obiettivi di HM riguardano una complessità di aspetti legati sia all'organizzazione e all'erogazione dei servizi, sia più in generale all'attivazione di processi di *empowerment* e inclusione, che impattano sul singolo o sulla comunità.

HM - Obiettivi a livello individuale

- supportare le persone nell'accesso alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, prestando particolare attenzione ai soggetti maggiormente vulnerabili (monitoraggio delle situazioni a rischio);
- rafforzare la tutela della salute attraverso la prossimità di servizi socio-sanitari, a cui le persone residenti possono accedere con facilità e che vedono la presenza di diversi professionisti del settore (monitoraggio e presidio sanitario individualizzato);
- consolidare il coordinamento tra servizi diversi che agiscono sullo stesso individuo o nucleo familiare.

HM - Obiettivi a livello comunitario

- rafforzare la domiciliarità e la riduzione dei ricoveri ospedalieri e in strutture protette attraverso l'implementazione di servizi preventivi anziché curativi;
- prevenire il disagio attraverso la cura e l'assistenza dei gruppi sociali maggiormente vulnerabili (minori in età scolare, giovani e anziani);

⁵ Protocollo d'Intesa "Programma Habitat-Microaree Muggia", rinnovato ad ultimatum in data 7.8.2018. Nel Comune di Muggia è prevista una formula di co-progettazione, che coinvolge i tre Enti partner ed il soggetto del terzo settore incaricato dal Comune (attualmente la Cooperativa sociale La Collina).

- promuovere la coesione sociale e lo sviluppo di capitale sociale e di solidarietà reciproca attraverso l'adozione di strategie e l'attivazione di iniziative di mutuo-aiuto tra attori non professionali, in modo da rafforzare le capacità dei singoli nell'affrontare e superare le problematiche personali e familiari ;
- favorire lo sviluppo di forme di associazionismo e la partecipazione attiva della cittadinanza attraverso, ad esempio, il supporto ad iniziative quali i comitati di quartiere o la collaborazione con associazioni o altri soggetti del terzo settore già operanti nel tessuto cittadino;
- migliorare la qualità degli insediamenti a livello di manutenzione e arredo urbano.

Nel complesso, l'approccio adottato è quello dello sviluppo di comunità/*community building*, che per rafforzare il *welfare* locale punta a far incontrare a livello *micro* la domanda di servizi e le risorse pubbliche e/o private a disposizione.

HM - Obiettivi specifici dell'Azienda sanitaria

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 di farmaci.
4. Elevare l'appropriatezza per prestazioni diagnostiche.
5. Elevare l'appropriatezza per prestazioni terapeutiche (curative e riabilitative).
6. Promuovere iniziative di auto-aiuto ed etero-aiuto da parte di non professionali (costruire comunità).
7. Promuovere la collaborazione di enti, associazioni e organismi profit e no profit per elevare il ben-essere della popolazione di riferimento (mappatura e sviluppo).
8. Realizzare un ottimale coordinamento fra 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 ed indipendente).

Gli obiettivi dal 6 al 10 sono condivisi con il **Comune di Trieste**.

HM - Le risorse

Ruoli e responsabilità di ASUITs per quanto concerne l'organizzazione delle Microaree sono declinati nel **Box 1**.

Il programma si è dotato - per ogni Microarea di:

- **Referenti di Microarea⁶**, operatori dell'Azienda sanitaria, non appartenenti ad un'unica famiglia professionale, che garantiscono funzioni localizzate di **regia delle risorse e dei percorsi**. Sono **tutori attivi della salute** di tutti gli abitanti della Microarea, in raccordo con i servizi sanitari e sociosanitari del territorio la cui presenza a tempo pieno permette il monitoraggio della salute delle persone. Le azioni messe in campo mirano all'implementazione di azioni di proattività sanitaria, al miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria nei percorsi di cura, alla promozione del coordinamento tra servizi diversi, al rinforzo della domiciliarità e concorrono alla riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri;
- **Operatori Habitat Microarea (HM)**, operatori di comunità - garantiti dal Comune di Trieste mediante appalto alla cooperazione sociale⁷ - nella maggioranza dei casi educatori, che svolgono le seguenti azioni:
 - ✓ di **promozione dello sviluppo delle comunità** e socializzazione di gruppi territoriali (supporto a persone e gruppi di residenti delle aree HM per la costituzioni di soggetti collettivi, associazioni, comitati, etc., che vogliono impegnarsi nel miglioramento della propria condizione di vita e di quella degli spazi pubblici dei quartieri e dei rioni in cui vivono, trascorrono il proprio tempo libero, lavorano; organizzazione e cogestione di attività sociali, culturali, educative, per persone di tutte le età e scarse condizioni culturali, sociali ed economiche);
 - ✓ di **sviluppo di interventi di sostegno, individuale e di gruppo**, tese a favorire il *self empowerment* delle persone, per una condizione di vita dignitosa, libera ed autodeterminata.

Entrambe le linee di azione sviluppate dagli operatori HM, sono portate avanti con un approccio professionale a rete, secondo il quale la garanzia del buon esito del lavoro non è dato dall'ordine sequenziale di un insieme di azioni, ma dal costante e circolare confronto con le attese, i desiderata e le disponibilità a partecipare delle persone, gli impianti istituzionali ed organizzativi degli Enti promotori, le attribuzioni e competenze degli operatori dei diversi soggetti attivi in HM. Da questo processo relazionale scaturiscono le azioni da mettere in campo.

- **Operatori di Portierato sociale**, figure professionali con diversa formazione (psicologi, educatori, Operatori sociosanitari,) - garantiti da ATER mediante appalto alla cooperazione sociale⁸ - che si sono "specializzate" nel lavoro di accoglienza/ascolto ed orientamento, che **svolgono funzioni di:**
 - ✓ **Front Office** (ascolto e ricezione delle necessità abitative e manutentive di persone residenti in case di proprietà ATER; contatto con le persone residenti in case ATER per informare sullo stato di avanzamento delle segnalazioni fatte; mediazioni di primo livello, con le persone che contattano il Portierato Sociale, su particolari problematiche di convivenza civile, e messa in rete delle informazioni ricevute tra i servizi competenti, presenti sul territorio,

⁶ Vedi **Box 2** Job Description.

⁷ Attualmente le Cooperative sociali La Quercia e Duemilauno Agenzia sociale

⁸ Attualmente Consorzio Interland di Trieste

servizio sociale e Microarea *in primis*; supporto nell'organizzazione di incontri con la comunità territoriale, in merito alla condizione abitativa/manutentiva ed a quella degli spazi comuni/pubblici);

- ✓ **Back Office** (sistematizzazione delle segnalazioni ricevute ed invio ai competenti uffici dell'Ater; monitoraggio dello stato di avanzamento della segnalazione; redazione verbali e report; supporto convocazione, conduzione e verbalizzazione degli incontri tematici e dei gruppi tecnici territoriali – meglio descritti nel prosieguo);
- **sede**, che si configura come uno spazio multifunzione in cui vengono svolte le diverse attività e, al contempo, base operativa, luogo di aggregazione e di scambio. Questi spazi si configurano come veri e propri *laboratori territoriali* in cui le esigenze espresse dal cittadino vengono coniugate con l'intervento integrato degli operatori e dei professionisti del Comune di Trieste, di ASUITs, dell'ATER e del privato sociale. Volontari e cittadini residenti sono non solo coinvolti, ma diventano i diretti protagonisti e fautori di molteplici attività. La sede svolge dunque molteplici funzioni, favorisce il decentramento dei servizi socio sanitari e l'organizzazione di risposte di prossimità e contribuisce alla produzione di coesione sociale;
- **stradario/mappa della Microarea** con la definizione dell'area di intervento e l'individuazione delle risorse interne e limitrofe del territorio.

Per l'attuazione del Programma sono stati istituiti i seguenti organismi a finalità gestionale:

- **Gruppo tecnico territoriale (GTT)** per ciascuna area di intervento, composto da personale dipendente/soggetti appaltatori dei servizi dei tre enti pubblici presenti nel territorio ed è aperto alla partecipazione di rappresentanti della società civile e del terzo settore. Il Gruppo tecnico territoriale raccoglie le proposte che vengono presentate dall'area territoriale oggetto del Programma, per progettare, organizzare, documentare e verificare gli interventi di competenza di ciascun Ente e soggetto, favorendo il raccordo tra i vari servizi che si occupano della popolazione residente nel territorio;
- **Comitato di coordinamento inter enti**, composto da un rappresentante per ciascuno dei tre Enti che individua gli indirizzi generali, gli obiettivi da perseguire annualmente.

Box 1: Ruoli e responsabilità nell'ambito di ASUITs per l'organizzazione delle Microaree

Le Microaree sono articolazioni distrettuali incardinate **nella struttura semplice dipartimentale Servizio infermieristico distrettuale**, diretta da un dirigente infermieristico, la quale definisce, programma e coordina le azioni con la cittadinanza di riferimento, mettendo a disposizione le risorse distrettuali necessarie.

Alla **Direzione dei Servizi sociosanitari**, tra le altre, competono funzioni di: " (...)

- (...) **indirizzo, pianificazione, coordinamento e controllo** nei confronti dei responsabili delle strutture aziendali con riferimento agli aspetti organizzativi **dei servizi socio-sanitari** e dei programmi di intervento a **tutela della salute nelle aree dei LEA socio-sanitari**;
- elaborazione di **linee guida** sulle materie ad alta **integrazione sociosanitaria** (...);
- **promozione, programmazione e indirizzo** per la formulazione dei **Piani di Zona** nonché per la programmazione delle attività socio-sanitarie integrate nei PAT e nei Programmi attuativi annuali (PAA) (...);
- **coordinamento** dell'attività **socio-assistenziale** e di **integrazione inter istituzionale** delle **Microaree** in raccordo con i Distretti;
- gestione dei **rapporti istituzionali** (...) e con le **Amministrazioni locali**;
- (...) **promozione di un welfare di prossimità**, (...) anche al fine di assicurare una gestione sempre più efficace ed efficiente dell'utilizzo delle risorse pubbliche". (3 p. 25)

Box 2: Job Description Referente di Microarea

Afferenza	Struttura Semplice Dipartimentale Servizio Infermieristico
Posizione di lavoro	Responsabile di progetto – progetto Microarea
Qualifica	Operatore professionale collaboratore
Area funzionale	Progetti innovativi – Assistenza distrettuale
Principali Funzioni/ Responsabilità	Il Referente di Microarea è responsabile del coordinamento e dell'integrazione delle attività di promozione e tutela della salute delle persone residenti in un'area di progetto definita Microarea. Partecipa alla <i>mission</i> aziendale contribuendo al raggiungimento degli obiettivi attraverso interventi proattivi atti a prevenire e risolvere fenomeni di emarginazione e di esclusione delle persone residenti nella MA di riferimento, con particolare attenzione ai soggetti vulnerabili: anziani, donne, minori. Promuove l'integrazione e lo sviluppo di comunità.
Dipendenza Gerarchica (riporta a)	Dipende gerarchicamente dal Responsabile del Servizio Infermieristico di Distretto
Dipendenza funzionale	Dipende funzionalmente dal Direttore di Distretto
Si relaziona con (servizi aziendali e partner di progetto)	Servizi Aziendali Coordinatore Socio-Sanitario; Direttori e Responsabili di Distretto e Dipartimento e loro strutture; Responsabili Infermieristici e della Riabilitazione; Responsabile Prevenzione e Protezione aziendale; Responsabile della Formazione Aziendale; Responsabile della Qualità Aziendale; Servizi dei Comuni Responsabili e operatori del servizio Sociale di competenza; ATER Responsabile dell'area sociale e assegnazione alloggi; responsabili di zona; referenti habitat dell'area di competenza Tribunale: Giudice Tutelare e Amministratori di sostegno Cooperative, Istituzioni scolastiche, Associazioni di volontariato e rappresentanza dei cittadini
Competenze attese	Area dell'organizzazione del lavoro, capacità di - attuare efficaci ed adeguate modalità di comunicazione e ascolto; - applicare regolamenti e procedure aziendali; - leggere il contesto e di visione sistemica; - attuare il processo di <i>problem solving</i>; - pianificare e programmare; - lavorare in equipe; - mediare e di negoziare; - documentare; - decidere; - utilizzare la leva dell' integrazione; - attuare progetti creativi e innovativi; - convocare e gestire la riunione di lavoro; - raccogliere e analizzare dati; - utilizzare sistemi informativi/informatici; - gestire le risorse economiche assegnate. Gestione e sviluppo dei collaboratori e del gruppo di lavoro e capacità di: - attuare efficaci ed adeguate modalità di comunicazione e ascolto; - instaurare adeguate relazioni con i collaboratori; - motivare; - delegare; - favorire l'autonomia; - leggere il contesto e visione sistemica; - attuare il processo di <i>problem solving</i>; - pianificare e programmare; - lavorare in equipe; - mediare e negoziare; - documentare; - decidere; - utilizzare la leva dell' integrazione; - convocare e gestire la riunione di lavoro; - gestire l'area economico-amministrativa del collaboratore; - attuare progetti creativi e innovativi; - gestire le risorse economiche

Competenze attese	Area sviluppo di comunità e inclusione, capacità di: - attuare efficaci ed adeguate modalità di comunicazione e ascolto; - instaurare adeguate relazioni con i collaboratori; - instaurare adeguate relazioni con gli abitanti della comunità; - motivare; - delegare; - favorire l'autonomia; - leggere il contesto e visione sistemica; - attuare il processo di <i>problem solving</i>; - pianificare e programmare; - lavorare in equipe; - mediare e negoziare; - documentare; - decidere; - utilizzare la leva dell'integrazione; - convocare e gestire le riunioni di lavoro; - attuare progetti creativi e innovativi.
Descrizione attività chiave	Area dell'organizzazione 1. individuazione delle modalità organizzative per rispondere ai bisogni di salute della comunità in modo proattivo e integrato; 2. attività di programmazione e pianificazione; 3. coordinamento organizzativo delle attività; 4. coordinamento e raccordo con i servizi distrettuali ed extradistrettuali per l'integrazione e l'avvicinamento delle istituzioni ai bisogni della popolazione; 5. gestione delle risorse economiche, strutturali e strumentali assegnate; 6. gestione del processo di approvvigionamento e di manutenzione dei beni; 7. promozione di interventi finalizzati allo sviluppo e mantenimento del decoro dell'habitat anche urbano del contesto di riferimento; 8. organizzazione degli spazi e della logistica; 9. promozione di interventi per garantire la sicurezza degli ambienti di vita, di lavoro, di socialità; 10. elaborazione di reportistica di monitoraggio e verifica dei risultati. Gestione e sviluppo dei collaboratori e del gruppo di lavoro 1. valutazione delle competenze e attitudini dei collaboratori della Microarea (volontari del servizio civile nazionale e solidale; volontari dell'associazionismo; volontari della comunità; persone in borsa lavoro; lavoratori di pubblica utilità; operatori del terzo settore, coop. di tipo B e A); 2. coordinamento organizzativo delle attività dei collaboratori della Microarea; 3. assegnazione di obiettivi e attività correlata alle abilità e potenzialità del collaboratore; 4. monitoraggio e valutazione delle attività svolte; 5. sviluppo di un buon clima organizzativo; 6. promozione del lavoro d'equipe; 7. gestione amministrativo-burocratica relativa all'area economica del collaboratore/volontario/tirocinante; 8. promozione della formazione e aggiornamento dei collaboratori. Area sviluppo di comunità e inclusione 1. pianificazione di interventi domiciliari e nei contesti di vita; 2. attivazione della rete dei servizi e convocazione delle equipe multidisciplinari per situazioni di svantaggio; 3. definizione di progetti personalizzati e valutazione domiciliare nelle situazioni di fragilità; 4. attuazione periodica di progetti per la conoscenza dei residenti della comunità; 5. sviluppo delle abilità del cittadino nella gestione del suo progetto di salute orientando i processi assistenziali secondo criteri di qualità, efficienza ed efficacia; 6. contrasto all'istituzionalizzazione delle persone anziane, con disabilità, e dei minori; 7. attivazione di reti integrate e di comunità per sostenere le persone più fragili, 8. utilizzo dello strumento del Budget di Salute a favore dei residenti fragili, 9. promozione della continuità assistenziale, 10. organizzazione di iniziative ed eventi di promozione della salute e inclusione sociale.
Abilità	— utilizzo tecnologia informatica e audiovisiva; — utilizzo tecniche comunicative e di relazione; — utilizzo di tecniche e strumenti per lo sviluppo del lavoro di gruppo.

Conoscenze attese specifiche	- teorie di gestione del gruppo, lavoro in equipe, leadership, motivazione; - modelli organizzativi e degli strumenti di organizzazione innovativi nel campo della salute di comunità; - teorie di progettazione del processo formativo; - modalità di rendicontazione economica; - teorie e tecniche di comunicazione; - teorie e tecniche di gestione e sviluppo delle risorse umane; - elementi di epidemiologia di comunità.
Titoli e qualifiche	- tutte le professioni presenti in Azienda, previa valutazione del curriculum e formazione post-base in progettazione e gestione di salute della comunità

La Job distingue tre aree di competenza correlate ai tre processi di lavoro individuati, in modo da rendere esplicite le peculiarità di intervento richieste.

HM – perché (il punto di vista dell’Azienda sanitaria)

Il programma si propone di intervenire con un insieme di attività finalizzate a promuovere la salute, che, come indicato nella Carta di Ottawa (4), comprendono sia interventi rivolti a rafforzare le capacità e le abilità dei singoli individui sia azioni volte a modificarne le condizioni sociali, ambientali ed economiche. Il Programma mira quindi a sviluppare un insieme di azioni coerenti e tra loro organiche in settori determinanti per la salute: sanità, educazione, habitat, lavoro e democrazia locale, con l’intento di tradurre in esperienze concrete le dichiarazioni di principio contenute nelle leggi e nelle politiche nazionali ed internazionali.

Dal punto di vista dell’Azienda sanitaria – sulla base dei principi di inter settorialità, accessibilità, partecipazione enunciati sin dalla dichiarazione di Alma Ata (5) – queste azioni si collocano nell’ambito della costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi, volto a tutelare e promuovere il diritto alla salute, privilegiare la domiciliarità, contrastare l’istituzionalizzazione, rafforzare il sostegno pubblico all’area della non autosufficienza e a favorire l’inclusione di persone ad alto rischio di isolamento sociale.

Le iniziative e le attività svolte dall’Azienda sanitaria, in virtù del proprio mandato istituzionale, sono riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (6), in base al quale il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche, tre Livelli Essenziali di Assistenza, tra cui la *Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica*, che “include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi (...) ambientali (...) e correlati agli stili di vita” e, tra le altre, prevede la “Promozione di sinergie con altri soggetti, costruzione di alleanze e partenariati per la salute” (6) (vedi **Box 3**).

Questa esplicita assunzione di responsabilità da parte del SSN nella costruzione di alleanze con la comunità e le altre istituzioni è coerente con quanto indicato dalla letteratura e raccomandato da organismi, nazionali ed internazionali (2) (7) (8) per contrastare le disuguaglianze di salute. Infatti, le azioni per il coinvolgimento delle comunità, in particolare di quelle più svantaggiate, impattano

positivamente sugli stili di vita e rendono le persone più “capaci” di fare fronte agli eventi avversi, migliorando la salute a livello individuale e di comunità.

A fronte dei principi costituzionali (solidarietà politica, economica e sociale) e a garanzia di quanto previsto dall’art. 32 della Costituzione che, in quanto bene comune, tutela la salute come diritto esigibile da parte dell’individuo e interesse della collettività, **i dati sulle disuguaglianze indicano come molto resti da fare per contrastare i fenomeni che influenzano negativamente la salute della cittadinanza**, nel quadro di strategie organiche e di lungo periodo che coinvolgano il settore sanitario e, al contempo, impegnino trasversalmente tutti i settori delle politiche pubbliche e la società civile.

Box 3: Livelli Essenziali di Assistenza (6)

– I parte

N.	Programmi/Attività	Componenti del programma	Prestazioni
F1	Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l’attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale Guadagnare salute (DPCM 4.5.2007)	<u>Profilo di salute della comunità</u> Disponibilità e utilizzo delle informazioni tratte dai sistemi di sorveglianza correnti (malattie infettive, malattie croniche e incidenti stradali, domestici e infortuni, stili di vita, percezione dello stato di salute, ricorso ai servizi sanitari), da rilevazioni che coinvolgono la comunità, al fine di: – analizzare i bisogni della popolazione – individuare i rischi della popolazione e dell’ambiente – valutare l’impatto sulla salute di interventi sanitari, ambientali e sociali	Elaborazione del Profilo di salute Relazione sullo stato di salute della comunità e sui problemi di salute prioritari Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e agli operatori sanitari
		<u>Promozione della consapevolezza e della partecipazione</u> Comunicazione dei dati derivanti dai profili di salute agli interlocutori istituzionali, organizzazioni sociali e associazioni, al fine di promuovere il valore salute in tutte le politiche e gli strumenti di regolazione e a sostegno del riorientamento dell’offerta in aderenza ai bisogni di salute della comunità (<i>advocacy</i>) Comunicazione dei dati derivanti dai profili di salute ai cittadini allo scopo di promuovere la partecipazione alle scelte per la salute e di rafforzare i singoli nella adozione di stili di vita sani (<i>empowerment</i>)	
		<u>Promozione di sinergie con altri soggetti, costruzione di alleanze e partenariati per la salute</u> Promozione di alleanze tra soggetti istituzionali, sociali, imprenditoriali e professionali per concordare azioni a sostegno di politiche per la salute al fine di promuovere il benessere in tutte le fasce di età	Attivazione di processi inter-settoriali per la salute in tutte le politiche
		<u>Contributo tecnico scientifico alla promozione della salute</u> Sostegno all’individuazione di soluzioni ai problemi di salute prioritari, basate su evidenze scientifiche	Individuazione e offerta dei programmi di promozione della salute più efficaci
F2	Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione	Rilevazione, analisi, comunicazione e utilizzo a fini programmatici e valutativi delle informazioni sui fattori di rischio di malattie croniche e sugli stili di vita Sorveglianza dei trend temporali e spaziali del fenomeno che si intende prevenire/contrastare e dei determinanti correlati	Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e a agli operatori sanitari anche attraverso report strutturati
F3	Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale	Programmazione, attuazione e valutazione di interventi finalizzati alla individuazione di condizioni di rischio anche individuali per le MCNT (anche attraverso esami analitici) e all’indirizzo verso una adeguata presa in carico	Programmazione, attivazione e valutazione di interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione delle MCNT
F4	Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol	Sviluppo per “setting” (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di prevenzione dell’iniziazione e promozione della disassuefazione condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e istituzioni educative e tra servizi sanitari e sociosanitari e “datori di lavoro” Campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici Promozione del <i>counseling</i> da parte degli operatori sanitari Sorveglianza del rispetto del divieto di fumo Programmi di promozione della guida senza alcol anche attraverso campagne di mass media	Attivazione di programmi inter-settoriali per la prevenzione dei fattori di rischio Informazioni sui rischi per la salute Offerta di <i>counseling</i> individuale

Box 3- segue

N.	Programmi/Attività	Componenti del programma	Prestazioni
F5	Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica	Valutazione clinica comprensiva di visita e accertamenti diagnostici e strumentali, sulla base dei protocolli definiti a livello nazionale, finalizzata alla idoneità alla pratica sportiva agonistica per minorenni e persone con disabilità e alla pratica sportiva non agonistica nell'ambito scolastico Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi a rischio, promuovendo lo sviluppo di opportunità e di supporto da parte della comunità locale Sviluppo per "setting" (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di promozione dell'attività fisica condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative, "datori di lavoro" Promozione del counseling sull'attività fisica da parte degli operatori sanitari Campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici Programmi di prevenzione e contrasto al doping Promozione di programmi strutturati di esercizio fisico per soggetti a rischio	Attivazione di programmi inter-settoriali Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori Offerta di counseling individuale Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica su richiesta delle istituzioni scolastiche Rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica per minorenni e persone con disabilità
F6	Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari	Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incoraggiare l'adozione di corrette abitudini alimentari nella popolazione generale e in gruppi a rischio e per "setting" (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità, strutture sanitarie) condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative, "datori di lavoro" Valutazione della adeguatezza nutrizionale dei menù offerti anche in relazione ad esigenze dietetiche specifiche. Interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale Campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici Promozione del counseling sulla corretta alimentazione e da parte degli operatori sanitari	Attivazione di programmi inter-settoriali per la prevenzione dei fattori di rischio Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori Offerta di counseling individuale Supporto ad enti ed istituzioni nella predisposizione dei menu della ristorazione collettiva
F7	Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare	Formazione del personale sanitario su attività di promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno, coerente con le linee di indirizzo nazionali Campagne informativo-educative rivolte a target specifici di popolazione, quali le donne in gravidanza/allattamento Promozione del counseling da parte degli operatori sanitari	Offerta di counseling individuale Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori
F8	Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018	Chiamata attiva ed esecuzione dei test <i>screening</i> e dei percorsi di approfondimento e terapia per tutta la popolazione target residente e domiciliata La periodicità e le caratteristiche tecniche sono definite a livello nazionale dai seguenti atti: - <i>Screening</i> del cancro della mammella: Raccomandazioni del Ministero della salute predisposte in attuazione dell'art. 2 bis della legge 138/2004 e del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 - <i>Screening</i> del cancro del colon-retto: Raccomandazioni del Ministero della salute predisposte in attuazione dell'art. 2 bis della legge 138/2004 e del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 - <i>Screening</i> del cervico-carcinoma: linee di indirizzo predisposte in attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 e del dm 5/8/11 Sorveglianza sulla estensione e sulla adesione dei programmi e valutazioni relative alla qualità dei processi e all'impatto sulla salute della popolazione, anche attraverso la realizzazione e gestione di sistemi informativi basati su <i>record</i> individuali Coinvolgimento di gruppi a rischio e di gruppi socialmente svantaggiati Promozione della partecipazione consapevole e rendicontazione sociale Realizzazione e gestione di sistemi informativi basati su <i>record</i> individuali	Informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di <i>screening</i> Chiamata attiva ed esecuzione dei test di <i>screening</i> di primo e secondo livello alle popolazioni <i>target</i> Invio ad altro <i>setting</i> assistenziale per la presa in carico diagnostico-terapeutica in relazione alla patologia neoplastica
F9	Prevenzione delle dipendenze	Campagne informative educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici, mirate alla conoscenza dei rischi da dipendenze Sviluppo per "setting" (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di promozione della salute finalizzati alla prevenzione delle dipendenze	Attivazione di programmi inter-settoriali per la prevenzione del rischio da dipendenza e per favorire le capacità personali

Nel rapporto *L'Italia per l'equità nella salute* (9) attraverso un'attenta disamina delle disuguaglianze⁹ socioeconomiche nella salute in Italia, a partire dai dati più aggiornati sui determinanti e sugli esiti di salute ed una ricognizione delle principali iniziative intraprese per contrastarle, si evidenzia come

(...) la persistenza di disuguaglianze sociali a svantaggio dei soggetti più poveri, in termini di risorse materiali, aiuti e legami (...) hanno numerose implicazioni per le politiche sanitarie e non sanitarie, e suggeriscono ambiti prioritari di intervento (9 p. 7)

(...) queste disuguaglianze sono alla base della cosiddetta inverse care law (chi ha più bisogno è anche chi di solito riesce a utilizzare di meno ciò che gli servirebbe), le cui conseguenze dovrebbero essere esplicitamente e attivamente presidiate dalle istituzioni e dai professionisti impegnati nei diversi percorsi assistenziali (9 p. 40)

Nello stesso documento si cita l'esperienza triestina di Habitat-Microaree come buona pratica nell'ambito delle "azioni rivolte ai gruppi vulnerabili"¹⁰.

Tra i determinanti delle disuguaglianze di salute che ricadono tra le più dirette competenze della sanità si individuano le barriere nell'accesso alle cure. Tale meccanismo risulta di particolare rilevanza ed attualità in un contesto, come quello della Provincia di Trieste, in cui, da un lato, l'invecchiamento tende a cambiare il profilo di salute della popolazione (rendendo la non autosufficienza un problema cruciale per i servizi pubblici), dall'altro emerge la preoccupazione che, con la crisi, le misure di austerità nella spesa pubblica abbiano aumentato le barriere nell'accesso alle cure, soprattutto a svantaggio dei gruppi più vulnerabili.

Tra le azioni di contrasto e moderazione del rischio per l'accesso alle cure dei vulnerabili che sono alla portata del SSN, sempre nello stesso documento, si segnalano alcune strategie di intervento, relative ai contesti di comunità locale, che sono emerse come necessarie per la presa in carico e la soluzione, in maniera equa, di molti problemi di salute.

⁹ Una sintesi del documento è riportata nei **Box 4 e 5**

¹⁰ "Si segnalano alcune significative esperienze maturate in contesti di sanità pubblica locale, che potrebbero diventare un modello trasferibile in specifiche aree del Paese a particolare concentrazione di svantaggio sociale e sanitario. L'esperienza delle Microaree di Trieste, che interessa a oggi 13 piccole frazioni di dimensione compresa tra i 500 e i 2500 abitanti, si è basata sulla creazione di una rete di operatori sanitari presenti in modo continuo nei caseggiati popolari con maggiori problemi di reddito e integrazione sociale. L'intervento è volto a garantire aiuti diretti in ambito sanitario, ma anche a sviluppare relazioni di aiuto tra i cittadini e una sinergia tra i servizi. È stato coinvolto oltre il 5% della popolazione che risiede nelle aree più vulnerabili dal punto di vista sanitario e sociale, per la maggior densità di anziani e soggetti deprivati. Alcuni punti di forza dell'esperienza sono stati: la continuità nel tempo (oltre 10 anni); la convergenza e la cooperazione istituzionale intersettoriale (ASL, Comune, Ente case popolari, associazionismo); la centralità dell'azione delle strutture sanitarie nel coordinamento degli interventi di costruzione di reti sociali e istituzionali per la salute; gli importanti risultati sulla salute delle persone e sull'appropriatezza delle cure" (9 p. 67))

"Sono stati avviati esperimenti locali specifici nella città di Torino e Trieste, che hanno deciso di intraprendere azioni più sistematiche di contrasto delle disuguaglianze insieme alle aziende sanitarie di loro competenza. L'Azienda Sanitaria di Trieste, con il supporto del Comune e dell'agenzia della casa, ha iniziato un progetto di valutazione dei risultati dell'equità di salute dell'intervento delle Microaree, un'azione congiunta sulle aree più deprivate della città volta a generare capitale sociale indispensabile per la protezione della salute dei gruppi più vulnerabili. È il primo esempio di una comunità di pratica locale che si spinge fino a sperimentare e valutare i risultati di interventi sui determinanti sociali di salute." (9 p. 81-82)

La salute disuguale è il risultato di **meccanismi noti e documentati, ed entro certi limiti contrastabili**. Il modello causale proposto da Diderichsen (Cfr figura 2) offre un quadro esplicativo dei nessi e delle concatenazioni attraverso cui lo svantaggio sociale influenza le disuguaglianze di salute. Tale comprensione è indispensabile per poter individuare e sviluppare azioni mirate di contrasto. Il punto di partenza del modello è rappresentato dalla stratificazione sociale, ovvero un insieme di processi economici, sociali e culturali che portano a una distribuzione disuguale dei più importanti fattori che permettono a una persona di avere una maggiore capacità di autodeterminazione. A contrastare quelli che i documenti di indirizzo internazionale chiamano i **determinanti sociali di salute legati alla posizione sociale** (o determinanti distali, cioè le cause remote), **riconducibili in particolare alle risorse materiali**, quali il reddito, al prestigio come lo status sociale e ai legami familiari e sociali, ma anche alle differenze di genere ed etnia, ecc., possono contribuire molte politiche (in particolare quelle redistributive) che ricadono, prevalentemente, sotto la responsabilità di soggetti istituzionali non sanitari.

A sua volta, la stratificazione sociale influenza la **distribuzione disuguale dell'esposizione ai principali fattori di rischio per la salute** (condizioni fisiche, chimiche, biologiche, ergonomiche o meccaniche che creano un rischio disuguale negli ambienti di vita e di lavoro; i fattori di rischio psicosociali; gli stili di vita insalubri, come fumo, alcool, sovrappeso, sedentarietà, alimentazione non equilibrata, rapporti sessuali non protetti; le barriere nell'accesso alle cure appropriate) che **intermediano** l'effetto sulla salute dei determinanti sociali (determinanti prossimali, cioè recenti). Questo meccanismo ricade soprattutto sotto la responsabilità della sanità (in particolare della prevenzione).

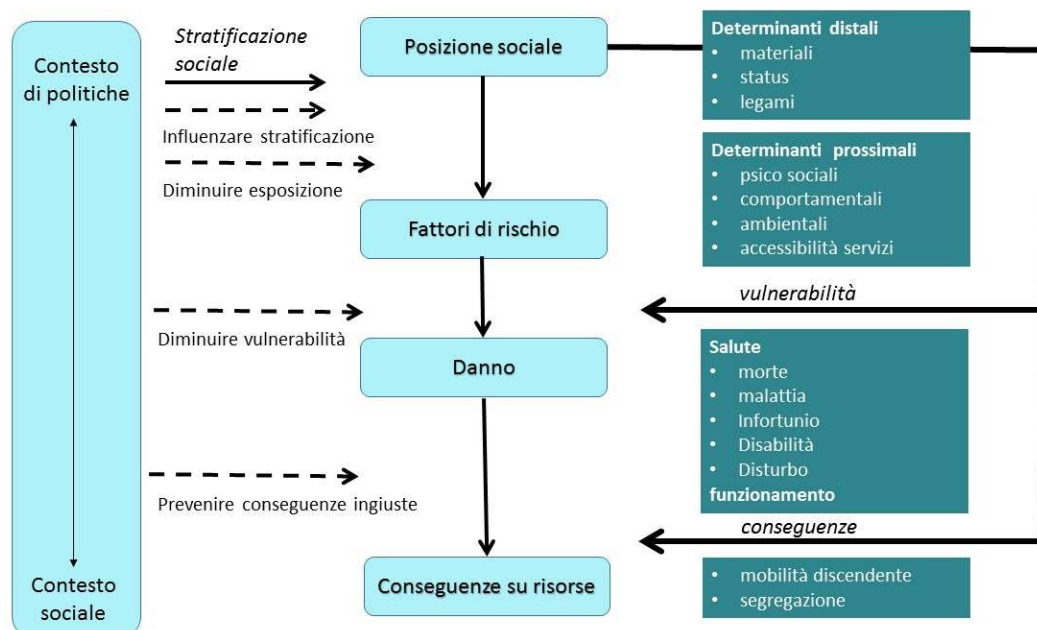


Figura 2 (9 p. 18): schema esplicativo dei meccanismi di generazione della disparità nella salute e dei relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto

La stratificazione sociale, inoltre, è in grado di influenzare anche la distribuzione diseguale delle **condizioni di vulnerabilità delle persone agli effetti sfavorevoli dei determinanti prossimali sulla salute**. In altri termini, le persone più svantaggiate dal punto di vista socio economico hanno maggiore probabilità di sviluppare esiti negativi per la salute, se esposti ai fattori di rischio sopra descritti. Anche su tale ambito causale è possibile intervenire attraverso azioni efficaci di prevenzione e soluzioni organizzative che ricadono tra le competenze della sanità.

Infine, la stratificazione sociale influenza in modo diseguale la **vulnerabilità delle persone alle conseguenze sociali della malattia**. La sanità può moderare gli effetti di questo meccanismo, ad esempio attraverso le esenzioni dal ticket per reddito, limitate agli anziani indigenti e finalizzate a evitare che la compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito possa aggravare la trappola della povertà. Ciò vale anche per le politiche non sanitarie, come quelle del lavoro, che si propongono di favorire l'inserimento lavorativo delle persone con limitazioni funzionali.

Ognuno dei suddetti meccanismi può essere intercettato e moderato o esacerbato nei suoi effetti dall'influenza del contesto di vita delle persone. **Il contesto**, sia esso il quartiere, la comunità locale, il luogo di lavoro, la scuola, il luogo di cura, gioca un ruolo, che si potrebbe definire con Amartya Sen "capacitante", cioè come luogo dove ci si può sentire minacciati, o non ci si aiuta, o non si può contare su nessuno, o non c'è fiducia, insomma non ci sono le condizioni per rendere capace la persona più povera di risorse di usare adeguatamente quelle poche risorse per proteggere e promuovere la sua salute.

14

Box 5: Le politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute evitabili (9)

I dati sulle disuguaglianze di salute indicano come per promuovere una salute meno disuguale non basti assicurare un'opportunità di accesso ai livelli di tutela che sia uguale per tutti, se rischi e bisogni si distribuiscono in modo disuguale, l'accesso dovrebbe essere garantito in misura proporzionale, cercando di assicurare anche pari capacità di beneficiarne. A tal riguardo, gli organismi europei ed internazionali hanno elaborato indirizzi per le possibili risposte istituzionali e politiche (7) (10) (11) (12) (13).

In Italia, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) fungono da *fattore di garanzia* della salute di tutti, anche dei soggetti più svantaggiati. Tuttavia, la diseguale distribuzione di risorse rischia di ridurre l'effetto protettivo del dispositivo dei LEA. Nei contesti in cui più persone, per la povertà di risorse, stanno peggio in salute, occorre intervenire sul contesto sociale, ivi compresa l'organizzazione dei servizi sociosanitari, al fine di moderare l'effetto sfavorevole della povertà sulla salute delle persone e le disparità di accesso alle opportunità di cura.

Le politiche dell'assistenza sanitaria si sono rivelate capaci di utilizzare adeguatamente alcuni strumenti di regolazione e di programmazione per presidiare l'equità nella salute (per esempio l'aggiornamento dei LEA), tuttavia l'obiettivo di riduzione delle disuguaglianze di salute non è ancora inserito esplicitamente e organicamente in un piano di sviluppo di tutto il settore sanitario.

La **globalità** e **intersectorialità**, che dovrebbero contrassegnare i piani e programmi per l'equità di salute, **sono** anche **il punto più difficile da marcare**, in una società in cui la divisione in comparti stagni delle responsabilità e delle risorse e la rendicontazione per adempimenti e non per risultati rappresentano ostacoli spesso insormontabili e a volte anche giustificati da conflitti di priorità tra i vari settori.

Tra gli aspetti più rilevanti di una **strategia per l'equità nella salute**, particolare rilevanza assumono:

- l'investimento sulla **genitorialità** e sulle **condizioni di vita** negli anni prescolari per aumentare le possibilità di apprendimento di capacità e competenze utili per la salute e le *life skills* – stante che le opportunità di salute si determinano **nei primi anni di vita**;
- le **politiche occupazionali** e quelle volte alla promozione della **salute nei luoghi di lavoro** - poiché l'occupabilità e la qualità del lavoro sono i principali determinanti della salute nell'adulto-;
- le politiche di **sostegno al reddito** e di **contrasto alla povertà** - dal momento che le risorse materiali delle famiglie sono essenziali per la tutela della salute-;
- le **politiche abitative**, di **riqualificazione ambientale** e di **sostenibilità urbana** - stante che le condizioni di vita, sia fisiche che relazionali, nei diversi contesti (casa, quartiere, città, comunità) hanno un significativo potenziale di moderazione delle disuguaglianze di salute;
- le **politiche di prevenzione e promozione della salute** orientate e calibrate verso **i gruppi a maggior rischio** - poiché i principali fattori di rischio per la salute sono sistematicamente più frequenti e più dannosi tra le persone di bassa posizione sociale-;
- **contrasto di tutte le barriere alle cure e all'assistenza di qualità** - siano esse economiche, organizzative, professionali o culturali, che possono portare alla rinuncia alle cure o a una scarsa appropriatezza ed efficacia delle prestazioni - dato che i sistemi di cura, insieme alle relazioni sociali di prossimità, possono rendere capaci le persone di valorizzare le proprie risorse e competenze-.

Inoltre, è necessario che le azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute privilegino la **centralità delle comunità locali**, **perché è questo il luogo dove tali criticità si manifestano e dove è possibile realizzare l'integrazione orizzontale delle politiche e costruire le alleanze e le capacità che generano equità**.

Alcuni esempi sperimentati di rafforzamento reciproco tra reti di prossimità e azione dei servizi possono essere sistematizzati, organizzati e valutati nell'ambito dei piani per la programmazione dei servizi.

“Non mancano, dunque, buone pratiche da cui ricavare insegnamenti in un’ottica di trasferibilità, per riuscire a sviluppare una pluralità di interventi sui gruppi vulnerabili, attivando in modo integrato tutte le risorse e le competenze disponibili in una comunità locale e, al tempo stesso, promuovendo capitale sociale di cui potrebbe beneficiare tutta la popolazione, e non solo i gruppi vulnerabili” (9 p. 67).

Anche il recente documento **Coinvolgimento della comunità per contrastare le disuguaglianze di salute** (14) nel passare in rassegna le evidenze che provengono dalla letteratura, evidenzia come il coinvolgere la comunità sia una strategia che ha effetti benefici sulle condizioni di salute, sugli stili di vita, sui determinanti sociali della salute, sia del singolo individuo che della comunità tutta, comprese le fasce di popolazione più vulnerabili e svantaggiate¹¹.

¹¹ Vedi sintesi nel **Box 6**.

Box 6 (14): Coinvolgimento della comunità per contrastare le disuguaglianze di salute

Gli interventi di salute pubblica indirizzati ai gruppi più svantaggiati che adottano un approccio di coinvolgimento di comunità, migliorano gli esiti di salute nei seguenti aspetti:

- gli interventi risultano efficaci rispetto a stili di vita (per esempio la dieta, l'attività fisica, l'abitudine al fumo), conseguenze sulla salute (per esempio il cambiamento dell'indice di massa corporea e la riduzione del colesterolo), auto-efficacia (la fiducia che una persona ha nella propria capacità di ottenere gli effetti voluti con la propria azione), sostegno sociale percepito;
- ci sono benefici per la comunità (per esempio accesso ai servizi) e per le persone coinvolte (per esempio acquisizione di competenze), anche se i dati insufficienti impediscono una sintesi statistica di questi 2 esiti;
- esiste una correlazione positiva tra autoefficacia dei partecipanti e stili di vita: gli interventi che migliorano i comportamenti salutari possono anche accrescere l'autoefficacia di chi vi partecipa.

Diverse modalità di coinvolgimento della comunità (dalla semplice erogazione di informazioni all'acquisizione di controllo), producano però effetti differenti su qualità dei servizi, capitale sociale e livello di *empowerment* (Figura 3). Gli interventi che prevedevano uno scarso coinvolgimento dei beneficiari, sia in fase di progettazione che di erogazione, sono risultati di gran lunga i meno efficaci. Fra gli indicatori utili a misurare l'efficacia degli interventi di coinvolgimento della comunità, le linee guida di riferimento (8) individuano pertanto l'incremento dell'*empowerment* di comunità e del capitale sociale.

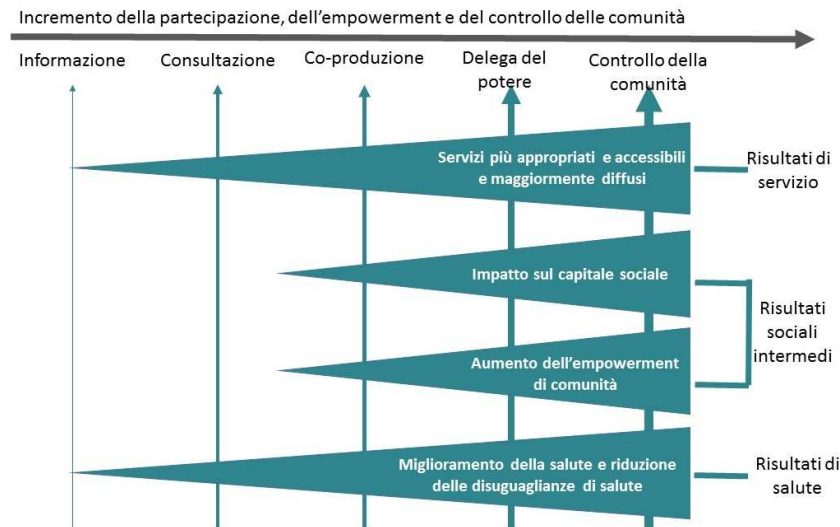


Figura 3: Relazione tra livello di coinvolgimento della comunità e risultati a livello di servizi, esiti sociali ed effetti sulla salute (14 p. 33)

Il coinvolgimento attivo della comunità è pertanto la strategia che promette di fare in modo che le comunità apprendano i fattori che influenzano la propria salute e agiscano per modificarli, sviluppando nello stesso tempo un senso di appartenenza alla propria comunità (*ownership*) e facendo così maturare il capitale sociale della stessa.

Le principali raccomandazioni pratico-operative derivanti dall'esame di Linee Guida, letteratura e studi valutativi, sottolineano in conclusione come le comunità, gli enti e servizi pubblici, le associazioni, le aziende del territorio debbano lavorare insieme per progettare e realizzare interventi e progetti di salute e benessere, anche volti a diminuire le disuguaglianze di salute, e costruire una relazione di fiducia reciproca, di impegno, di leadership, di messa a disposizione di risorse e competenze, promuovendo un coinvolgimento sostenibile della comunità.

La comunità deve diventare parte integrante delle iniziative di salute e di benessere. A tal fine, le strategie e le azioni da mettere in atto risultano essere le seguenti:

- mettere a disposizione tempo, competenze e risorse necessari per: conoscere la comunità; costruire reti; individuare le risorse strumentali (ad esempio spazi comuni), economiche (fonti di finanziamento), umane (professionisti, volontari,...) necessarie per garantire il buon funzionamento e la sostenibilità degli interventi e dei progetti; realizzare percorsi formativi specifici per gli operatori e per i membri della comunità;
- creare e promuovere reti sociali, sviluppando collaborazioni e partnership sulla base delle esigenze e delle priorità della comunità, adottando approcci efficaci (*asset-based* e *area-based*, ricerca partecipata, co-produzione) per facilitare lo scambio e la condivisione di informazioni (i bisogni della comunità devono emergere dalla comunità stessa), riconoscere, condividere e valorizzare conoscenze, competenze ed esperienze di tutti i partner (in particolare della comunità locale), incoraggiare la comunità locale a partecipare a interventi e progetti fin dalla loro progettazione, fare chiarezza, nel coinvolgimento dei differenti attori, su: obiettivi, ruoli, capacità, disponibilità ad offrire il proprio contributo
- offrire il giusto sostegno per facilitare il coinvolgimento delle persone, individuando ostacoli alla partecipazione e relativi supporti, strategie di comunicazione più adatte, adottando linguaggio chiaro e semplice, garantendo disponibilità, decidere in modo collettivo, restituire *feedback* regolari;
- coinvolgere i pari e/o i membri della comunità per rappresentare esigenze e priorità locali, realizzando interventi di formazione e prevedendo ruoli (es. figure come il *community health champions*, volontari che contribuiscono a migliorare la salute e il benessere della comunità motivando e responsabilizzando le persone, creando gruppi, sostenendo le persone nell'accedere ai servizi); coinvolgendo volontari, membri della comunità, nell'ambito sanitario, per l'organizzazione e l'erogazione dei servizi e delle attività; prendere in considerazione la possibilità di fornire dei riconoscimenti formali ai pari per il loro contributo, come ad esempio l'opportunità di accedere a programmi di formazione accreditati spendibili nel proprio curriculum professionale.

HM - Le metafore

Alla luce di quanto descritto, per rappresentare le funzioni delle Microaree, potremmo ricorrere a diverse metafore.

L'**Avamposto**¹² richiama le funzioni di tutela e protezione, sottolineando la caratteristica di prossimità. Vicinanza "fisica" che consente di conoscere meglio il "territorio", coglierne i cambiamenti ed intervenire tempestivamente. Questo termine, proveniente dal linguaggio militare, evoca la presenza di un "nemico", nel caso della HM, il nemico dovrebbe essere rappresentato dalle disegualianze sociali che influenzano negativamente lo stato di salute.

La prossimità alle persone più fragili consente di facilitare il loro accesso ai servizi attraverso attività di tipo proattivo: conoscere la comunità, individuare i potenziali fattori di rischio e definire interventi sostenibili, coerenti con la sua specifica cultura.

Le persone fragili possono non avere capacità e strumenti per rivolgersi o interloquire con i servizi. Le Microaree, cogliendo anticipatamente una domanda inespressa, o valutando le reali possibilità di attuazione del piano di cura, intervengono dove gli altri Servizi non riescono ad arrivare, o impiegando meno risorse.

Il **sensore**¹³, ovvero un dispositivo in grado di leggere ed interpretare la realtà in cui è inserito per intercettarne i cambiamenti, che possono richiedere la messa in campo di nuove e diverse strategie di intervento o confermino l'efficacia di quelle già attuate. Per le Microaree è essenziale ottenere la fiducia di quella comunità per poterne diventare ed essere riconosciute parti integranti e punti di riferimento della stessa.

Cambiamento e meccanismo di *feed back* caratterizzano entrambe le metafore. In quest'ottica la

¹² Avamposto.

- Nucleo di soldati che un reparto in sosta in prossimità del nemico dispone avanti a sé per sicurezza e protezione. Estens. Luogo che custodisce testimonianze anticipatrici (www.google.it).
- Nel linguaggio militare, dispositivo di sicurezza schierato in corrispondenza delle direzioni di prevedibile provenienza del nemico, per garantire unità in sosta da sorprese e assicurarsi la possibilità di entrare tempestivamente in azione (www.treccani.it/vocabolario).
- Posto avanzato di uno schieramento militare costituito da un piccolo nucleo di soldati con compiti di difesa e di osservazione (www.garzantilinguistica.it).
- 1. Insediamento costruito in territori di frontiera. Gli avamposti vengono storicamente costruiti dalle nazioni per fortificare le frontiere, per facilitare l'urbanizzazione di zone disabitate o per effettuare ricerche o analisi in zone difficilmente raggiungibili. 2. postazione avanzata di una linea fortificata o trincerata (www.wiktionary.org).

¹³ Sensore.

- 1 Dispositivo meccanico, elettronico o chimico, che in apparecchiature o meccanismi rileva i valori di una grandezza fisica e ne trasmette le variazioni a un sistema di misurazione o di controllo. 2. Installazione di apparecchiature per l'individuazione a distanza di obiettivi militari. (www.google.it).
- 1 Nella tecnica, e in particolare nei sistemi di misura e di controllo automatico, dispositivo che fornisce in uscita un segnale che dipende dal valore di una determinata grandezza presente all'ingresso. In chimica, nome dato a elettrodi o sonde capaci di determinare il tipo e la quantità di sostanze chimiche contenute in sistemi materiali di vario tipo (...). 2. Installazione di apparecchiature per l'individuazione a distanza di obiettivi militari. (www.treccani.it/vocabolario).
- Dispositivo che rileva i valori di una grandezza fisica (p.e. temperatura, pressione ecc.), o i suoi cambiamenti, e li trasmette a un sistema di controllo (www.garzantilinguistica.it).
- Dispositivo che si trova in diretta interazione con il sistema misurato. (www.wiktionary.org).

Microarea rappresenta un **elemento centrale e cruciale per la trasmissione delle informazioni**, secondo una traiettoria centrifuga e centripeta.

Il cambiamento di paradigma, cui si è fatto riferimento nel paragrafo precedente, impone la domanda: *Chi è il centro e chi la periferia del sistema?*

Tradizionalmente, l'ospedale ha rappresentato il fulcro dell'organizzazione sanitaria, ne è testimone il linguaggio utilizzato in questi anni per qualificare alcuni processi di re-orientamento dell'offerta sanitaria (per esempio, *territorializzazione* dei servizi). La morbilità prevalente e le caratteristiche demografiche della popolazione impongono un cambiamento di prospettiva, più che di centro e di periferia è necessario pensare ad una rete i cui nodi si dipanano per rispondere alle necessità dei cittadini. Una rete caratterizzata da una forte differenziazione tra i servizi garantiti dai diversi nodi e, al contempo, da una forte integrazione tra gli stessi.

In quest'ottica, le Microaree rappresentano il **catalizzatore**¹⁴ di **una costellazione di risorse formali ed informali** ed in particolare i Referenti giocano un ruolo determinante per sostenere il lavoro *di e in rete*, ovvero per favorire e consolidare legami, sinergie, connessioni al fine di promuovere il benessere sostenibile delle persone e della comunità di quel territorio, evitando sovrapposizioni e sprechi.

La Microarea assume un ruolo di **interfaccia nel rapporto tra cittadini ed istituzioni** e svolge funzioni di **incubatore di idee** e **progetti condivisi**, producendo relazioni, scambi, opportunità di inclusione e partecipazione, nuove forme di incontro tra domanda e offerta di servizi, circuiti di reciprocità, forme di micro-economia ed imprenditoria sociale.

Al fine di **allearsi con la città per fare salute** occorre, quindi, saper mettere in campo anche tutti gli strumenti tecnici, progettuali e amministrativi, nonché azioni di *scouting* di opportunità di finanziamento, ..., di cui l'Azienda e gli Enti partner dispongono e che risultino utili a promuovere tanto le alleanze trasversali tra enti, quanto i partenariati pubblico-privati ed il coinvolgimento dei cittadini, singoli e associati.

Diverse azioni sono state intraprese in questa direzione. Oltre ad essere composte da personale degli enti partner, le équipes di Microarea hanno via via integrato numerosi altri soggetti - a partire, naturalmente, dagli stessi abitanti attivi. Nello specifico, l'Azienda sanitaria ha attivato progetti di impiego di **volontari di servizio civile nazionale (18-28 anni) e solidale (16-17 anni) nelle Microaree**, che hanno coinvolto, dal 2006 ad oggi, oltre 540 ragazzi e ragazze. Si utilizzano inoltre le opportunità di impiego di persone in lavori socialmente utili (LSU) e in lavori di pubblica utilità (LPU), finanziati dalla Regione FVG, nonché strumenti di formazione e inserimento socio-lavorativo quali tirocini,

¹⁴ **Catalizzatore.**

– 1 (...). 2. Persona, idea, avvenimento che esercita un influsso determinante su una linea d'azione o di condotta di cui già esistono le necessarie premesse. (www.google.it).

– 1 (...). 2. fig. Elemento, fatto, avvenimento che favorisce o accelera il formarsi e lo svilupparsi di tendenze, processi, ecc. (www.treccani.it/vocabolario).

work experience, borse di formazione lavoro, misure alternative alla detenzione, ... , in collaborazione con la rete dei servizi sanitari e sociali.

L'attivazione di specifiche convenzioni o appalti con partner del terzo settore (Associazioni, Cooperative sociali, Fondazioni, Enti di formazione, ecc.) ha consentito in questi anni di realizzare numerosi progetti e sperimentare forme innovative di risposta ai bisogni, grazie all'apporto di *know how* e (spesso) di risorse proprie da parte dei partner coinvolti¹⁵.

In particolare l'adesione dei partner del terzo settore alle specifiche azioni individuate nel Piano di Zona costituisce elemento di valorizzazione delle sinergie, esistenti o attivabili.

¹⁵ Alcuni esempi di progettualità promosse dall'Azienda sanitaria: forme di abitare innovativo per persone anziane; nuclei sperimentali di coabitazione per giovani che, in cambio di affitti moderati, hanno dedicato ore di volontariato a favore del rione (Progetto Coabitazione solidale); forme innovative di servizi di prossimità e supporto alle persone fragili (Progetto "Ci vediamo domani", Servizio di "Community Health Visitor"); reti di recupero e distribuzione di generi alimentari freschi prossimi alla scadenza (Progetto TriesteRecupera); progetti di formazione, ricerca e comunicazione (Progetti "Fare salute", "Azioni di partecipazione di soggetti terzi nei percorsi di cura e salute"). Non si contano inoltre le collaborazioni più o meno formalizzate con i soggetti del territorio per lo svolgimento di iniziative ed attività nelle singole Microaree (quali Associazioni di volontariato per trasporti, Associazioni sportive dilettantistiche per attività di ginnastica dolce, Associazioni culturali per rassegne di cinema, e così via....). Anche i progetti finanziati dall'unione europea hanno rappresentato un'interessante opportunità di lavoro integrato e ampliamento della progettualità Microaree a nuovi territori (Progetto "S.Ho.W. Social Housing Watch" su finanziamento del Programma per la cooperazione transfrontaliera Italia-Slovenia 2007-2013 a Zindis (Muggia); Progetto "HELPS-Innovative housing and home care for elderly and vulnerable people in Central European cities" finanziato dal Programma Central Europe, sull'area Montebello/Cumano).

Tra le iniziative più recenti avviate da ASUITs, la convenzione con il Consorzio Italiano di Solidarietà-ICS che organizza attività di volontariato nelle Microaree da parte di richiedenti asilo e rifugiati, ed il "Progetto IN Città. Il punto per una città sociale e inclusiva" che, a partire dal punto di Via del Pane 6, in collaborazione con le cooperative sociali Assistenza Multifunzionale Integrata Cooperativa (A.M.I.CO.), La Collina e Reset, sviluppa azioni trasversali di informazione, consulenza e supporto alle attività delle Microaree, rivolgendo una particolare attenzione ai progetti personalizzati di inclusione e attivazione sociale e lavorativa previsti dagli strumenti So-stegno per l'Inclusione Attiva(SIA) e di Misura d'Inclusione Attiva (MIA).

Censimento attività

Censire, analizzare e programmare le attività delle MA, per integrarle con quelle di altri servizi, costituisce un'importante opportunità di valorizzazione del *know how* aziendale, attraverso la definizione e la pubblicizzazione di specifici percorsi di promozione della salute e prevenzione rivolti a tutta la cittadinanza.

Le attività delle Microaree di orientamento e supporto per l'esercizio dei diritti di salute e di cittadinanza si ricollegano a 4 assi di intervento:

1. Conoscenza di tutte le persone residenti in MA a partire da quelle con problematiche sanitarie più rilevanti;
2. Ottimizzazione degli interventi per la permanenza delle persone nel proprio domicilio per contrastare l'istituzionalizzazione e i ricoveri impropri;
3. Azioni volte a favorire la collaborazione fra istituzioni diverse che agiscono sullo stesso individuo e sullo stesso territorio, tramite la partecipazione attiva degli abitanti;
4. Comunità attiva e partecipata.

e sono rivolte a:

- **singolo** e/o **nuclei familiari** (bambino, adulti, anziani e disabili);
- **gruppi**;
- **comunità**.

Sono attività finalizzate alla promozione della salute - che incidono per lo più sui suoi determinanti - e alla prevenzione (primaria, secondaria, terziaria e quaternaria), prioritariamente alle malattie non trasmissibili, in linea con le raccomandazioni internazionali (15) (16) (17) e coerenti con le indicazioni contenute nell'Allegato F dei LEA (vedi **Box 3**, pag. 12).

La modalità di svolgimento delle attività consente altresì un utilizzo razionale e oculato di risorse.

Qualsiasi progettualità messa in campo dalle MA non può prescindere dalla disponibilità di informazioni relative ai residenti di quel territorio: la MA progetta i propri interventi sulla base della conoscenza dei problemi prioritari di salute di quella popolazione, al contempo ha bisogno di farsi conoscere e riconoscere, per aumentare il numero di persone che ne usufruisce e che collabora all'offerta di servizi.

La stretta interrelazione e interdipendenza esistente tra fattori socioeconomici, comportamenti individuali, contesto di vita e salute rendono estremamente difficile rappresentare la realtà delle MA, classificando le attività in maniera univoca in rapporto a specifici obiettivi ed aree di intervento¹⁶. Una delle tante possibili rappresentazioni è illustrata nella tabella inserita nelle pagine successive.

¹⁶ Per rappresentare le Microaree, infatti, si potrebbe ricorrere alla metafora del caleidoscopio, le attività sono come specchi che possono concorrere al raggiungimento di differenti obiettivi.



Figura 4: Legenda Tabella 1

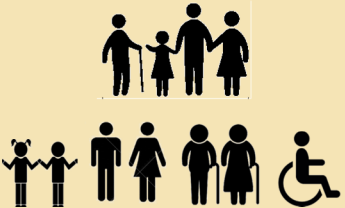
Finalità	Aree di attività (esempi)	Destinatari
Favorire l'esercizio del diritto di cittadinanza	Orientamento, sostegno, aiuto, accompagnamento individuale o del nucleo familiare per favorire l'accesso ai servizi sociali e sanitari e per l'assolvimento delle procedure legate alla casa, il lavoro e il sostegno al reddito (facilitazione delle relazioni con Uffici ed Enti, sportello lavoro <i>Progetto in città</i> , borse di lavoro, lavoro di pubblica utilità o socialmente utili).	
Contribuire al rispetto del diritto di educazione e istruzione dei minori	Accompagnamento a scuola. Sostegno al percorso scolastico anche per i bambini con Bisogni educativi speciali -BES, Disturbi specifici dell'apprendimento -DSA (rapporti con gli insegnanti e con le istituzioni scolastiche, doposcuola).	
Sviluppare empowerment di comunità: Favorire la conoscenza e la convivenza intergenerazionale e inter etnica	Organizzazione di attività ludiche e culturali, di gruppo, comunitarie e intergenerazionali (18) (biblioteca, lettura e poesia; teatro e cinema; canto e musica; giochi di ieri e di oggi; gite, visite a mostre; feste ed eventi speciali; corsi di lingua, di uso del computer, del cellulare, per la creazione di oggettistica artistica; ...). (Coinvolgimento nelle attività delle MA delle persone richiedenti asilo e rifugiate, nell'ambito della convenzione con ICS) ¹⁷	
Ottimizzare l'uso delle risorse collettive	Raccolta e distribuzione di alimenti invenduti (banco alimentare). Raccolta, manutenzione e distribuzione di giocattoli, abiti, mobili, elettrodomestici, apparecchi per la casa (mercatini, di mano in mano) e di altri materiali. Corsi per il riutilizzo di materiale riciclato.	
Contrastare l'isolamento e la solitudine	Disponibilità sede Microarea e/o altri spazi del quartiere per attività di gruppo e comunitarie. Visite domiciliari ed incontri individuali Gruppi di auto mutuo aiuto (ansia, violenza, ...)	

Tabella 1: Censimento attività Microaree

¹⁷ Decreto ASUITs n.524/20017, dd 01.08.2017.

Finalità	Aree di attività (esempi)	Destinatari
Favorire l'adozione di stili di vita sostenibilmente sani e, al contempo, la socializzazione	Organizzazioni di incontri e lezioni, per trattare argomenti connessi agli stili di vita e ai fattori di rischio per la salute, anche in collaborazione con altre strutture aziendali, quali ad esempio i Dipartimenti di Prevenzione, di Salute mentale, delle Dipendenze e le Associazioni di volontariato (Alcolisti anonimi, Hiperyon, ...). Offerta di opportunità di attività ludica, fisica e sportiva anche intergenerazionale (gioco e sport per bambini e adolescenti, ginnastica dolce, ballo, passeggiate, progetto <i>Gruppo in cammino</i>, corsi di difesa personale,). Corsi di cucina. Cura dell'orto sociale. Preparazione e consumo di pasti (Colazioni e pranzi socializzanti).	
Sostenere le campagne vaccinali	Sensibilizzazione dei singoli, delle famiglie, della comunità anche attraverso l'organizzazione di incontri dedicati.	
Migliorare l'adesione agli screening regionali	Sensibilizzazione dei singoli e della comunità anche attraverso l'organizzazione di incontri dedicati.	
Favorire la permanenza al proprio domicilio delle persone fragili, evitando l'istituzionalizzazione (6)¹⁸	Organizzazione del sostegno e aiuto per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana in casa e fuori casa. Promozione di convivenze assistite e realizzazione di condomini solidali. Informazione, orientamento e sostegno ai <i>Care Giver</i> (Gruppo Alzheimer, ...).	
Contribuire alla realizzazione del progetto di cura e alla presa in carico integrata	Punto salute Sostegno, aiuto e monitoraggio dell'aderenza alle prescrizioni dietetiche, terapeutiche e riabilitative. Facilitazione rapporti con il Medico di medicina generale, con i servizi distrettuali e sanitari in generale. (Percorso Benessere per le persone affette da cardiopatia, diabete, BPCO, gestione del quaderno della salute per le persone <i>over 75</i>...)	

¹⁸ “Nell’ambito dell’assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l’attivazione delle risorse disponibili, formali ed informali” Ministero della salute, Decreto del presidente del consiglio dei ministri, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Art. 1, comma 7)

HM – A che punto siamo?

Il 14 e 15 giugno 2018 si è svolto a Trieste il convegno **La comunità che fa salute. Le Microaree di Trieste per l'equità**¹⁹ che ha rappresentato un'importante opportunità di confronto con altre esperienze nazionali ed internazionali, a partire dalla presentazione dei risultati di due ricerche, realizzate per valutare l'efficacia sociale e sanitaria del Programma Habitat Microaree.

Efficacia sanitaria

L'efficacia sanitaria del Programma Habitat Microaree è stata indagata dal gruppo di ricerca composto da Fabio Barbone²⁰, Luigi Castriotta²¹ e Manuela Giangreco²². Lo studio ha considerato il periodo dall'01/01/2006 (T0, data di inizio del progetto) al 31/12/2015 (T1, data di fine del follow up) ed ha indagato **due** Coorti, quelle dei residenti e dei non residenti nelle Microaree (stanziali nei 10 anni oggetto di studio), i cui soggetti sono stati appaiati attraverso *propensity score*.

Nei residenti nelle **Microaree** i risultati evidenziano le seguenti riduzioni (statisticamente significative):

- 5% nel tasso di incidenza dei ricoveri totali;
- nelle donne, i tassi di incidenza di primi ricoveri urgenti registrano le seguenti riduzioni:
 - o 8% complessivo;
 - o 61% per i problemi psichiatrici, cui corrisponde un incremento di quelli programmati per la medesima causa;
- nelle donne, del tasso di incidenza di primi ricoveri programmati per malattie respiratorie è del 37%;
- negli uomini, dei tassi di incidenza di primi ricoveri urgenti:
 - o 51% per psicosi;
 - o 35% per disturbi urologici;
 - o 9% per malattie cardiache e vascolari cui corrisponde un aumento del 37% dei ricoveri programmati per la stessa causa;
- 7% del rischio di ricoveri ripetuti nelle donne (5% dei ricoveri urgenti);
- 18% per traumatismi ed avvelenamenti (25% per le sole fratture);

I dati relativi al ricorso al Pronto soccorso delle femmine suggeriscono riduzioni, ma non significative dal punto di vista statistico, del tasso di primi accessi con priorità bassa (codici bianchi e verdi) e del rischio di accessi ripetuti.

¹⁹ Vi hanno partecipato 350 operatori provenienti da diverse realtà: Trieste, Monfalcone Gorizia Udine e Pordenone; Treviso, Bologna, Torino e Roma; Lubiana Londra e Madrid.

Materiali disponibili sul sito di ASUITs http://asuits.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/eventi/dettaglio.html?stato=conclusi&page=4&path=/asuits/2018/2018_007_microaree_convegno_14-15-06.html

²⁰ Università degli studi di Udine.

²¹ Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine.

²² Università degli studi di Udine.

Efficacia sociale

L'efficacia del Programma sullo sviluppo del capitale sociale e di come questo impatta sulla salute sono stati oggetto di indagine del gruppo di ricerca guidato da Roberto Di Monaco²³ e Silvia Pilutti²⁴.

Lo studio ha coinvolto 600 persone²⁵. I risultati evidenziano che:

- la salute mentale e fisica delle persone intervistate è influenzata dalla dotazione di risorse e capacità individuali (determinanti sociali) a disposizione;
- il meccanismo sociale che influenza la salute mentale è l'incapacità di fronteggiare specifici problemi economici e sociali che ci si trova davanti;
- il capitale sociale consente alle persone di controllare meglio i problemi e quindi evitare o moderare l'effetto dei problemi sulla propria salute mentale;
- nelle Microaree l'intervento si concentra su persone che mediamente hanno minori risorse e capacità individuali, la cui salute mentale sarebbe peggiore senza supporti;
- l'intervento aumenta il livello e la qualità del capitale sociale utile alla salute su cui le persone trattate possono contare, nonostante il più acuto disagio socio-economico.
- vi è un guadagno di salute mentale stimato significativo con un intervallo di confidenza al 95%.

I risultati delle ricerche ed i lavori del convegno evidenziano dunque l'opportunità di lavorare in un'ottica di consolidamento e miglioramento della **programmazione congiunta di nuovi livelli di assistenza integrata** erogati mediante **interventi di comunità** che il programma Habitat-Microaree è stato in grado di sviluppare sul territorio, come meglio esplicitato nel successivo paragrafo *La Dichiarazione di Trieste La comunità che fa salute*.

²³ Università di Torino – Dipartimento Culture, politiche e società.

²⁴ Società Prospettive ricerca socio-economica S.a.s. Torino.

²⁵ Attraverso un campionamento caso-controllo con *propensity score matching* sono state selezionate: 600 persone, 200 che risiedono in una Microarea dal 2006 ed usufruiscono della sua offerta di servizi ed attività; 200 che risiedono dal 2006 nella zona in cui insiste la Microarea, ma che non ne usufruiscono e 200 che dal 2006 non risiedono e non usufruiscono di alcuna Microarea.

La Dichiarazione di Trieste *La comunità che fa salute*

A conclusione del Convegno è stata approvata per acclamazione **La Dichiarazione di Trieste su La comunità che fa salute**²⁶, sottoscritta dagli Enti promotori di Habitat Microaree e dal Comitato Scientifico, che ha evidenziato:

*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** (...)*

*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**.(...)*

*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 (...).*

*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**.*

²⁶ Allegato 2 – Dichiarazione di Trieste sulla comunità che fa salute, 15 giugno 2018

Orientamenti per il futuro

Linee di indirizzo operativo ASUITs

A conferma di quanto sottoscritto nella Dichiarazione di Trieste, ASUITs si impegna a consolidare e migliorare la programmazione congiunta dei *nuovi livelli di assistenza integrata, erogati mediante interventi di comunità* garantiti alla cittadinanza attraverso il Programma Habitat Microaree.

Risulta pertanto necessario:

- disporre di dati di popolazione aggiornati per individuare i problemi prioritari di salute, rispetto ai quali orientare il lavoro proattivo delle MA;
- consolidare metodologie e strumenti di monitoraggio e valutazione delle attività (quali, ad esempio, l'audit), con attenzione particolare agli esiti;
- proseguire un costante lavoro di verifica e innovazione metodologica dei principali meccanismi operativi, anche ai fini della loro diffusione nonché della possibile adozione del programma HM in altri territori;
- orientare strategicamente le attività e le risorse, verificando periodicamente le criticità di sistema ed individuando coerentemente gli ambiti prioritari di intervento;
- sostenere i Referenti di MA attraverso specifici percorsi formativi che favoriscano il consolidamento di competenze e la diffusione di buone pratiche;
- giungere alla definizione di uno specifico Budget annuale dedicato alla realizzazione del Programma Habitat Microaree.

Per quanto attiene, in particolare, all'individuazione degli *ambiti prioritari di intervento* ed alla definizione condivisa delle *azioni a carattere sanitario e sociosanitario* da implementare in tutte le Microaree, ASUITs intende mantenere un costante riferimento a:

- 1) le evidenze di letteratura e a quanto raccomandato in alcuni documenti nazionali ed internazionali, quali quelli citati nel documento (2) (5) (7) (8) (9) (14) (10) (11) (12) (13) (15) (16) (17);
- 2) il perseguimento di quanto previsto nell'ambito dei **Livelli Essenziali di Assistenza** (6)²⁷, ed in particolare quanto indicato nell'allegato 1 - Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, più specificatamente in relazione all'Area di intervento **F**, Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- 3) le eventuali aree di criticità/priorità segnalate dagli indicatori di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza individuati dalla Regione Friuli Venezia Giulia ed utilizzati per il monitoraggio delle attività delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale e la valutazione di performance

²⁷ Vedi dettaglio nel **Box 3** a pag. 11

complessiva del sistema²⁸.

In questa cornice, la declinazione operativa dei piani di lavoro prevederà la definizione annuale di obiettivi misurabili, integrati con le diverse strutture aziendali che possono concorrere al loro raggiungimento, valorizzando la sinergia con l'operato dei servizi e le progettualità dei Distretti in cui le Microaree sono incardinate e ricercando, in particolare, l'attiva collaborazione del Dipartimento di Prevenzione.

ASUITs, inoltre, conferma l'impegno a definire le azioni in integrazione con gli Enti partner, da formalizzare annualmente attraverso gli strumenti della programmazione sociosanitaria.

Coerentemente con l'orientamento alla promozione di forme innovative di intervento territoriale, che ha sempre contraddistinto questa Azienda - nella prospettiva della promozione di diritti, del contrasto all'istituzionalizzazione e del *community building* – si intende, infine, proseguire la ricerca e la sperimentazione di formule e progettualità di sviluppo di *welfare* locale partecipato.

²⁸ Vedi dettaglio nel **Box 7** (19)

Box 7: Indicatori LEA dalle Linee di gestione del SSR Friuli Venezia Giulia - ALLEGATO B- (19)

N.	Definizione	Standard Obiettivo
1	PREVENZIONE Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	≥ 95%
1.a	Difterite-tetano	≥95%
1.b	Antipolio	≥ 95%
1.c	Antiepatite B	≥95%
2	PREVENZIONE Vaccinazioni raccomandate MPR	≥ 90%
3	PREVENZIONE Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	≥70%
7	PREVENZIONE Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	≥ 5%
9	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	≥ 98%
10.a	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	≥ 98% del 20% allevamenti
10.b	SANITA' ANIMALE Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	≥ 98% del 10% dei capi
11	SANITA' ANIMALE Percentuale di aziende ovinocaprine controllate (3%) per anagrafe ovinocaprina	≥ 98% del 3% delle aziende
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥ 98%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%
14	DISTRETTUALE Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i	Somma indicatori 14.a - 14.i ≤ 115
15	ASSISTENZA DOMICILIARE Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI secondo aggiornamento griglia lea 2016	≥ 3,8%
16	HOSPICE Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	>1
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE tassi di prestazioni RM muscoloscheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<=24
18	ASSISTENZA FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<= 30 %
19	ASSISTENZA FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap
20	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	≥38%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 0,32
23	Percentuale parti cesarei	<20%
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	>70%
25	EMERGENZA Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 20'

Allegato 1 – Protocollo di intesa PROGRAMMA HABITAT – MICROAREE TRIESTE

PROT. GEN. 40080/PROT. GEN. R.S. 1 dd. 25/11/18
PROT. SEZ. 483 dd. 25/11/18
SSSACCTSAU,

PROTOCOLLO DI INTESA

PROGRAMMA "HABITAT-MICROAREE TRIESTE"

Premesso che:

- la Regione Friuli-Venezia Giulia, con la legge regionale n. 6 del 31.03.2006, si è posta la finalità di realizzare nel territorio regionale un sistema organico di interventi e servizi che favorisca la qualità della vita, l'autonomia individuale, le pari opportunità, la non discriminazione, la coesione sociale, la prevenzione, la riduzione e l'eliminazione delle condizioni di bisogno, di disagio e di esclusione sociale (art. 1) . Tale norma auspica, fra l'altro, che le politiche del sistema integrato e gli interventi in materia di immigrazione, di lavoro e occupazione, formazione, di servizi per la prima infanzia e di edilizia residenziale siano realizzati mediante misure attuative coordinate (art. 3) e che avvenga l'integrazione sociosanitaria, finalizzata al coordinamento e all'integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari, al fine di assicurare una risposta unitaria alle esigenze di salute e di benessere della persona, indipendentemente dal soggetto gestore degli interventi (art. 55). Inoltre, la legge regionale riconosce il ruolo sociale dei soggetti del terzo settore e degli altri soggetti senza scopo di lucro (art. 14) e considera centrale il ruolo delle comunità locali per promuovere il miglioramento della qualità della vita e delle relazioni tra le persone e intende sostenere la partecipazione attiva dei cittadini, delle organizzazioni di rappresentanza sociale, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti, oltre le iniziative di reciprocità e di auto-aiuto delle persone e delle famiglie che svolgono compiti di cura (art. 2);
- anche la recente legge regionale n.1 del 19/02/2016, per quanto di maggior attinenza con l'Ater, postula tra le proprie finalità quella di perseguire l'integrazione degli strumenti di politica abitativa con quelli finalizzati a garantire il diritto di cittadinanza sociale;
- nel Comune di Trieste è in atto da alcuni anni, in ambiti territoriali con rilevante presenza di case di edilizia residenziale pubblica, il programma "Habitat-microaree", avente finalità di promozione di benessere e coesione sociale. Il programma, realizzato in sinergia tra soggetti pubblici (Ater di Trieste, Comune di Trieste, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste), associazioni, organismi della cooperazione sociale e del volontariato, si propone di intervenire con azioni coerenti ed organiche nei settori della sanità, dell'educazione, dell'habitat, del lavoro e della democrazia locale, come indicato dall'OMS e da istituzioni europee (Consiglio europeo di Lisbona, marzo 2000; Commissione europea, febbraio 2005 "Agenda per la politica sociale"). La sperimentazione, che inizialmente riguardava unicamente gli inquilini abitanti in edifici gestiti dall'Ater, è stata poi estesa alle famiglie abitanti i territori limitrofi alle case popolari ("microaree"), sulla base di un protocollo d'intesa inserito nel Piano di zona dell'Ambito 1.2 - Trieste, approvato con Accordo di programma in data 27 febbraio 2006 e successivamente aggiornato nel marzo 2008, in data 26.01.2010, in data 10.11.2011 ed, ad ultimatum, nel dicembre 2016 con il riconoscimento dell'opportunità d'implementare ulteriormente il ruolo ed il senso del Programma citato. Tutto ciò attraverso uno sviluppo sia in senso intensivo (in riferimento alle aree già oggetto delle azioni del Programma medesimo con studio di azioni integrative innovative), sia in senso estensivo (allargamento ad altre aree della città) – secondo le competenze istituzionali di ciascun Ente – fra altro, al fine di:
 - *inserire nuove aree alla base dell'analisi del disagio attraverso indicatori di carattere demografico, sociale e sanitario;
 - *costruire sinergie più forti fra gli interventi attinenti ai settori della sanità, dell'educazione, della qualità dell'habitat, del lavoro e della democrazia locale;

*progettare, documentare e verificare gli interventi di competenza di ciascun Ente, favorendo il raccordo tra i vari servizi coinvolti;

- i soggetti pubblici coinvolti riconoscono la necessità e l'opportunità, dopo anni di proficua sperimentazione ed alla luce del mutato contesto economico sociale e delle maggiori tensioni abitative che hanno comportato l'estensione delle aree coperte dal Programma, di implementare il senso e il ruolo del Programma "Habitat microaree", attraverso un suo sviluppo sia in senso intensivo (in riferimento alle aree già oggetto delle azioni del Programma con lo studio di azioni integrate innovative), sia in senso estensivo (allargamento ad altre aree della città). L'obiettivo è rafforzare e affiancare alla dimensione "micro" - che continua ad essere riconosciuta come un aspetto strategico e connotante le azioni del Programma, in quanto garanzia di conoscenza e interazione ravvicinata con i contesti e le persone - una dimensione "macro" estesa a spazi territoriali più ampi rispetto agli edifici gestiti dall'Ater e agli ambiti a essi contermini. A tal fine, questo Protocollo assume come propri orientamenti: la valutazione della possibilità di allargare ulteriormente la copertura del Programma ad altre aree-micro del territorio urbano, ma anche, partendo da queste, a contesti territoriali di riferimento più estesi (rioni per azioni di riqualificazione dello spazio fisico, di allargamento della partecipazione attiva dei cittadini o per altre sperimentazioni); il rafforzamento dei campi di intervento attinenti alla riqualificazione dello spazio fisico dei rioni e alla promozione di forme di partecipazione attiva dei cittadini che in tali rioni vivono e operano, anche tramite il coinvolgimento di altri organismi istituzionali territoriali e servizi pubblici.

tra gli Enti sottoelencati:

- UTI Giuliana
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITs)
- Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale (Ater)

si stipula il seguente

PROTOCOLLO DI INTESA

I. DEFINIZIONE DELL'AREA DI INTERVENTO

Gli Enti firmatari individuano come oggetto prioritario delle azioni del Programma, operando congiuntamente e singolarmente, le aree di Greta, Ponziana, Vaticano, Giarizzole, Melara, Valmaura, Borgo San Sergio, San Giovanni, Cumano, Altura, Villa Carsia, Negri, Campi Elisi ed impegnandosi a valutare la possibilità di inserire nuove aree-micro sulla base di un'analisi del disagio delle aree urbane, come evidenziato nelle premesse, condotta attraverso indicatori di carattere demografico, sociale e sanitario, compatibilmente con la disponibilità delle risorse messe a bilancio. La specificazione ulteriore delle Vie e dei numeri civici, come parimenti l'eventuale implementazione delle aree, è decisa di comune accordo da parte del Comitato di coordinamento interenti previsto al punto 3.

Sempre compatibilmente con le risorse disponibili e attivabili, gli Enti firmatari si impegnano altresì a promuovere azioni congiunte volte a inquadrare le azioni del Programma all'interno di contesti urbani più ampi rispetto all'iniziale sperimentazione dei singoli ambiti, al fine di costruire sinergie più forti con gli interventi (attinenti ai settori della sanità, dell'educazione, della qualità dell'habitat, del lavoro e della democrazia locale) riguardanti i rioni della città cui tali ambiti appartengono.

2. FINALITÀ

Il Protocollo ha la finalità di mantenere attiva la collaborazione interenti nella realizzazione di progetti e interventi integrati di sviluppo di comunità, di promozione della salute, di miglioramento della qualità della vita e delle condizioni abitative in alcuni rioni della città, caratterizzati dalla consistente presenza di case di edilizia residenziale pubblica, attraverso il coinvolgimento attivo dei cittadini residenti, delle associazioni locali, di cooperative sociali, organizzazioni di volontariato e altri soggetti privati, con il supporto degli enti pubblici e degli organismi istituzionali presenti sul territorio.

3. ASPETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

Per l'attuazione del Programma vengono istituiti i seguenti organismi a finalità gestionale:

- Gruppo tecnico territoriale: uno per ciascuna area di intervento, composto da personale dipendente e soggetti appaltatori dei servizi dei tre enti pubblici presenti nel territorio, al cui interno, di comune accordo, viene individuato tra i rappresentanti degli Enti, a rotazione semestrale, un componente con funzioni di coordinamento. Il GTT si riunirà con cadenza mensile programmata e non in sovrapposizione alle convocazioni delle altre aree. Resta precisato che le situazioni dei singoli cittadini verranno trattate esclusivamente dai referenti rappresentanti i tre Enti in coda alle riunioni;
- con cadenza trimestrale verrà convocato un GTT aperto anche alla partecipazione dei rappresentanti della Circoscrizione, delle associazioni di volontariato, comitati di quartiere ed altri soggetti di natura pubblica e/o privata. Il GTT dovrà ricevere richiesta di partecipazione circostanziata ed analitica da parte delle associazioni di volontariato/fondazioni, con congruo anticipo, al fine di autorizzare, se del caso, la presenza alla riunione dei richiedenti, inserendo nell'ordine del giorno le argomentazioni da trattare. La richiesta dovrà essere inoltrata al Referente in carica del GTT;
- il Gruppo tecnico territoriale raccoglie le proposte che vengono presentate dall'area territoriale oggetto del Programma, per progettare, organizzare, documentare e verificare gli interventi di competenza di ciascun Ente e soggetto, favorendo il raccordo tra i vari servizi che si occupano delle famiglie del territorio;
- Comitato di coordinamento interenti: composto da un rappresentante per ciascuno dei tre Enti. Individua gli indirizzi generali, gli obiettivi da perseguire annualmente e le risorse disponibili, si riunisce con cadenza semestrale o su richiesta motivata di uno dei componenti.

4. IMPEGNI

L'ASUITs, il Comune di Trieste e l'Ater si impegnano a dare attuazione al Programma secondo le competenze istituzionali di ciascun Ente, in conformità agli impegni ed alle linee generali di seguito elencate:

- ogni Ente garantisce l'individuazione di un proprio operatore referente del progetto che oltre al coordinamento dei vari gruppi tecnici territoriali cura il collegamento con gli altri organi di gestione del Programma;
- l'Ater garantisce inoltre la partecipazione di un portiere sociale come da proprio appalto;
- il Comune garantisce la partecipazione di un operatore sociale di comunità, come da proprio appalto;
- l'Asuits garantisce la partecipazione del referente di Microarea;
- attivazione dei servizi propri di ciascun Ente coinvolti per loro competenze nel Programma, ai fini di identificare risposte appropriate alle esigenze degli abitanti dell'area;

- redazione di calendario, condiviso ed omogeneo delle attività presso i locali della sede, al fine di evitare la contemporaneità di più eventi che determinino da parte di ciascun Ente l'impossibilità a svolgere le attività legate alle proprie finalità;
- individuazione di locali da adibire a servizi e attività a favore degli abitanti, prioritariamente ricercando locali e spazi comuni per le finalità del Protocollo, in modo da arrivare ad una sede comune per ogni zona interessata. Con il presente atto modificativo di ogni accordo già in essere, Ater Trieste, Comune di Trieste e AsuiTs determinano che, per la cogestione dei locali/alloggi sede del Programma, in conformità alla individuata destinazione degli immobili, il canone di locazione e tutte le spese conseguenti alla gestione dei suddetti (ad es. oneri condominiali, utenze e relativi consumi, riscaldamento, TARI, ed altri servizi e forniture) gravino in parti uguali sui firmatari del Protocollo e siano oggetto, con modalità da stabilire, di rimborso. A ragione di ciò, si allega al presente atto modello di contratto tipo per la locazione delle sedi comuni (allegato sub. A) ;
- individuazione di modalità atte a pervenire ad una gestione coordinata delle sedi, in base alle finalità previste dal progetto e non per scopi e/o usi personali o commerciali, al fine di garantire la responsabilità e la sicurezza della sede. In ragione di ciò, gli Enti si impegnano anche a redigere una lista di coloro che, avendo accesso alla sede, detengono le chiavi. Sarà in ogni caso cura dei referenti istituzionali presenti nel Gruppo Tecnico territoriale avallare o meno la titolarità delle chiavi ad ulteriori soggetti individuati;
- promozione di interventi di riqualificazione e manutenzione degli spazi comuni degli stabili e delle aree scoperte, a partire dall'individuazione dei bisogni e delle domande manifestati dagli abitanti;
- identificazione della possibile integrazione di tali interventi con quadri più ampi di azioni di rigenerazione spaziale e sociale riguardanti aree e servizi alla scala del rione;
- gestione partecipata di servizi e attività (riferiti a singoli stabili e aree di loro diretta pertinenza, a gruppi di stabili o a contesti più ampi), attraverso la promozione di modelli e progetti innovativi di auto e co-gestione che vedano il coinvolgimento attivo degli abitanti, anche attraverso convenzioni e affidamento di incarichi ad associazioni e cooperative sociali di cui gli abitanti stessi possono far parte;
- attività di socializzazione, formative e ricreative finalizzate a prevenire e ridurre l'emarginazione delle fasce più deboli della popolazione;
- attività sperimentali volte all'ottimizzazione delle risposte e dei servizi secondo le competenze istituzionali di ciascun Ente coinvolto;
- attività di integrazione interenti per l'ottimizzazione delle risposte/prestazioni istituzionali esistenti, anche attraverso il coinvolgimento attivo di altri enti pubblici e organismi istituzionali presenti sul territorio;
- individuazione delle possibili sinergie con le azioni previste dagli strumenti di programmazione e progettazione locale in materia di interventi e servizi sociali, sociosanitari, educativi, formativi, del lavoro, culturali, abitativi, inerenti a lavori pubblici e trasporti e alle altre materie afferenti alle politiche sociali rivolte a target di popolazione dell'area considerata;
- attività sanitaria e sociosanitaria proattiva in raccordo con i diversi strutture/servizi di ASUITS.

5. FINANZIAMENTI

Gli Enti sottoscrittori si impegnano a definire annualmente il budget da assegnare alle attività del Programma "Habitat-microaree Trieste", compatibilmente con le proprie disponibilità di bilancio e coerentemente con gli obiettivi stabiliti di comune accordo.

Gli Enti si impegnano alla massima trasparenza comunicando reciprocamente i rispettivi costi di progetto.

Gli Enti si impegnano inoltre a ricercare opportunità di finanziamento esterno mediante richiesta o progettazione congiunta e a costruire forme di integrazione con altri settori di intervento e finanziamento già presenti al loro interno.

6. SVILUPPO

I tre Enti si propongono di ampliare progressivamente, di comune accordo, l'attività del programma con l'individuazione di altre aree territoriali in cui realizzare l'integrazione degli interventi.

Si impegnano altresì a continuare a promuovere l'innovazione di prassi e modelli di intervento attraverso lo sviluppo di progetti pilota congiunti su specifiche aree e rioni della città.

7. RECESSO

Ogni Ente può recedere unilateralmente dal Protocollo dandone opportuna motivazione con preavviso di almeno tre mesi.

8. AVVIO E VALIDITÀ

Il presente Protocollo, adottato e sottoscritto da ciascuno degli Enti coinvolti, prende avvio con l'attivazione del comitato di coordinamento, convocato a cura del Comune di Trieste.

La validità del presente Protocollo è a tempo indeterminato, fatta salva la facoltà di recesso di cui al precedente p.to 7, da esercitarsi con specifico atto deliberativo da parte del competente Organo dei soggetti sottoscrittori.

9. NORMA FINALE

Il presente Protocollo, nato all'interno del Comune di Trieste, può essere esteso anche agli altri Comuni, fatte salve le specificità territoriali che potranno essere unilateralmente concordate dai singoli Comuni.

Allegati al Protocollo: Contratto di locazione tipo (allegato sub. A)

Per l'UTI Giuliana il Direttore (dott. Mauro Silla) _____

Per l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste il Direttore Generale (dott. Adriano Marcolongo) _____

Per l'ATER di Trieste il Direttore Generale (dott. Antonio Ius) _____

Trieste, _____

AZIENDA TERRITORIALE PER L'EDILIZIA RESIDENZIALE DI TRIESTE
**CONTRATTO DI LOCAZIONE PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI SOCIO-
SANITARI/ASSISTENZIALI – “HABITAT/MICROAREA”**

numero contratto: Trieste, lì

codice stabile:

codice alloggio:

ART.1 - PARTI CONTRAENTI

Locatore:

- Ater di Trieste, in seguito denominata Ater o locatore, con sede e domicilio fiscale in Trieste, Piazza Foraggi 6, P.I./C.F. 00053520326, in persona del Direttore generale _____, nato a _____ il _____, all'uopo autorizzato;

Conduttori:

- AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE, in seguito denominata A.S.U.I.Ts o conduttore, con sede e domicilio fiscale in Trieste, in via Sai I-3, P.I./C.F. IVA 01258370327 _____ in _____ persona _____ del _____;

- COMUNE di TRIESTE, in seguito denominato Comune o Conduttore, con sede e domicilio fiscale in Trieste, Piazza Unità d'Italia 4, P.I./C.F. 01258370327, in persona del _____;

ART.2 - OGGETTO

L'Ater, ai sensi dell'art. 12, comma 2, DPR n. 208 dd. 26/10/16, concede in locazione ai conduttori - che accettano, ai sensi degli artt. 1571 C.C. e segg. - l'alloggio sito in TRIESTE, Via _____, int. __, piano _____, (dati catastali: _____, fg. __, mapp. ____/__, sub. __ cat. ____ cl. ____ r.c. ____) e composto da: _____;

unitamente a: _____

ART.3 - UTILIZZO

L'Ater di Trieste, il Comune di Trieste e l'A.S.U.I.Ts sono a conoscenza dei contenuti del Provvedimento dell'Ater medesimo n. ____ dd. _____, con il quale e' stato assegnato l'alloggio identificato all'art. 2 del presente contratto e si impegnano ad utilizzare l'alloggio, destinandolo a progetti socio- sanitari/assistenziali "habitat-microarea", in favore di utenti dei servizi socio – sanitari.

Gli Enti indicati al precedente paragrafo – partecipanti al progetto socio- assistenziale "habitat – microarea" - si dichiarano consapevoli che al presente contratto non sono applicabili i parametri per la determinazione del canone, ne' quanto in genere previsto dalla L. 431/98. Per quanto qui non espressamente previsto si farà riferimento al codice civile in materia di locazioni di immobili urbani.

In conformità alla predetta destinazione dell'alloggio a progetto socio – sanitario/assistenziale "habitat – microarea", il canone di locazione e tutte le spese conseguenti alla gestione del predetto alloggio (oneri condominiali, allacciamento utenze e relativi consumi, apertura utenze telefoniche e relativi consumi, riscaldamento, TARI, ecc....) gravano in parti uguali su A.S.U.I.Ts, Comune di Trieste ed Ater di Trieste e sono oggetto di rimborso.

ART.4 - DURATA DEL CONTRATTO

La locazione decorre dal al

Ai soli fini fiscali, il presente contratto rimane in vigore fino al _____ ed ai medesimi fini si rinnoverà ad ogni scadenza per la medesima durata, fatto salvo l'esercizio della facoltà di recesso.

Il presente contratto, avente ad oggetto il progetto socio-sanitario "habitat - microarea", meglio specificato nel Provvedimento del Direttore generale dell'Ater di Trieste di cui al precedente art. 3, potrà essere prorogato o risolto anticipatamente.

ART.5 - CANONE DI LOCAZIONE ED ONERI ACCESSORI

Il canone di locazione decorre dalla data di consegna dell'alloggio e verrà calcolato sulla base della media dei canoni di locazione degli alloggi di edilizia sovvenzionata gestiti dall'Ater, come determinata dalla medesima, in sede di approvazione dei piani finanziari.

Il canone di locazione mensile – riferito all'anno in cui si stipula il contratto - e', conseguentemente, stabilito in EURO_____.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 3 del presente contratto, grava in parti uguali sull'Ater, sull'A.S.U.I.Ts e sul Comune di Trieste una quota del canone di locazione ciascuno pari ad Euro_____, corrispondente ad 1/3 del canone mensile.

A decorrere dal primo gennaio di ciascun anno solare, la quota parte del canone di locazione che A.S.U.I.Ts e Comune di Trieste devono pagare, a seguito di fatturazione dell'Ater, sarà pari alla predetta media riferita all'anno corrispondente.

Nei termini predetti, per il canone di locazione e per i così detti oneri condominiali, verrà corrisposto all'Ater, da parte dell'A.S.U.I.Ts, un importo corrispondente ad 2/3 del canone nonché ad 2/3 dei così detti oneri condominiali, mediante acconti mensili e successivo conguaglio a fine esercizio. Il Comune di Trieste verserà successivamente all'A.S.U.I.Ts la quota di propria competenza da questa anticipata.

Gli allacciamenti di tutte le utenze, l'apertura della TARI e quant'altro necessario alla fruizione dell'alloggio, verranno eseguiti dall'A.S.U.I.Ts. Tutte le spese per gli allacciamenti e quelle conseguenti ai consumi telefonici, energetici, di riscaldamento, TARI ecc..., verranno anticipate dall'Ente intestatario (di utenze, TARI, ecc.) il quale, poi, ne richiederà il rimborso, in parti uguali – per la quota di 2/3 - agli altri Enti partecipanti al Progetto.

Il mancato pagamento, totale o parziale, di quanto dovuto all'Ente intestatario, decorso il termine delle convenute scadenze, costituisce - per gli altri due Enti – messa in mora, con la conseguente possibilità per l'Ente intestatario di risoluzione del contratto a danno e spese degli Enti inadempienti, senza bisogno di diffida o atto di costituzione in mora.

Il ritardato pagamento della quota di spettanza dei suddetti oneri, anticipati dall'Ente intestatario e di quant'altro dovuto a qualsiasi titolo da' luogo alla corresponsione di interessi di mora calcolati nella misura dell'5%.

ART.6 – PAGAMENTO

Il pagamento proporzionale della quota di competenza del canone di locazione e degli oneri condominiali deve essere effettuato in via anticipata entro la data di valuta indicata nelle fatture emesse dall'Ater per ogni mese di riferimento, mediante bollettini di conto corrente postale all'uopo trasmessi dall'Ater ovvero con altro mezzo concordato.

Il mancato pagamento, totale o parziale, di quanto dovuto all'Ater, decorso il termine delle convenute scadenze, costituisce - per l'A.S.U.I.Ts ed il Comune di Trieste – messa in mora, con la conseguente possibilità per l'Ater di risoluzione del contratto a danno e spese dell'A.S.U.I.Ts e del Comune di Trieste, senza bisogno di diffida o atto di costituzione in mora.

Il ritardato pagamento del canone e di quant'altro dovuto a qualsiasi titolo da' luogo alla corresponsione di interessi di mora calcolati nella misura dell'5%.

ART.7 - DIRITTO DI RECESSO

E' consentito all'A.S.U.I.Ts e al Comune di Trieste il diritto di recesso nel corso della vigenza contrattuale, da comunicarsi con almeno un mese di preavviso rispetto alla data di esecuzione dello stesso.

ART.8 - STATO MANUTENTIVO

Il Comune di Trieste e l'A.S.U.I.Ts - conduttori ai sensi del presente contratto - dichiarano di aver visitato l'alloggio assegnato e di averlo trovato in buono stato di manutenzione, adatto all'uso convenuto, in particolare per quanto riguarda i serramenti, gli infissi i sanitari, le rubinetterie

nonché gli impianti tecnici in dotazione e di assumerne la custodia, ad ogni effetto di legge, dalla data di ritiro delle chiavi.

Ai sensi del D.M. 22/1/08 n. 37 e dei successivi chiarimenti dell'autorità competente, l'Ater dichiara la corretta realizzazione degli impianti elettrico, di adduzione del gas e di riscaldamento autonomo (se l'alloggio ne è dotato) all'epoca della loro realizzazione, di cui sarà garantita la sicurezza sulla base delle dichiarazioni di conformità o di rispondenza, che saranno consegnate, a seguito di eventuali controlli e lavori occorrenti, unitamente al libretto d'uso e manutenzione del generatore autonomo (se esistente), con separata attestazione di presa in consegna.

L'effettiva utilizzabilità degli impianti è subordinata alla sottoscrizione dell'attestazione.

I conduttori danno espressamente atto di aver ricevuto dal locatore le necessarie informazioni riguardanti l'impianto di riscaldamento/produzione di ACS nonché la documentazione relativa, comprensiva dell'attestato afferente la prestazione energetica dell'unità immobiliare e/o dell'edificio.

I conduttori si impegnano a restituire tutti i locali, alla cessazione del contratto, liberi da persone e cose, anche interposte, in buono stato locativo e nelle migliori condizioni di efficienza e conservazione, salvo il naturale deperimento dovuto all'uso nonché debitamente puliti.

Lo stato di manutenzione dei locali viene constatato con apposito verbale dall'Ater, indicante l'eventuale importo dei danni da risarcire, detratta la quota di competenza dell'Ater, pari ad un terzo.

I conduttori potranno contestare le risultanze del verbale, entro e non oltre trenta giorni dalla conoscenza dello stesso, esplicitando – se del caso – a chi siano imputabili i danni e, eventualmente, in quale misura. In mancanza, il verbale si dà per accettato.

ART.9 - MIGLIORAMENTI ED INNOVAZIONI DEI CONDUTTORI

È fatto espresso divieto di apportare modificazioni non autorizzate all'alloggio o agli impianti ovvero servirsene, anche parzialmente, per uso diverso da quello indicato. Le migliorie, le riparazioni o le modifiche eseguite con il consenso del locatore sono acquisite dal locatore stesso senza l'obbligo di compenso e ciò ad espressa deroga degli artt. 1592 e 1593 c.c., salvo sempre il diritto del locatore di pretendere dai conduttori il ripristino dei locali nello stato in cui i medesimi li hanno ricevuti.

Qualora le migliorie, le riparazioni o le modifiche siano eseguite da uno solo dei conduttori, il locatore potrà pretendere il ripristino dei locali esclusivamente nei confronti del conduttore che ha richiesto il consenso e che, poi, ha eseguito i lavori di miglioria/riparazione/modifica.

ART.10 - RIPARAZIONI O INNOVAZIONI DELL'ATER

L'Ater potrà eseguire in relazione all'immobile/alloggio locato, su pertinenze e parti comuni, lavori, impianti o riparazioni, senza corrispondere alcun compenso ai conduttori, né gli stessi potranno pretendere riduzioni del corrispettivo.

ART.11 - USO DEI LOCALI

Tutti gli Enti partecipanti al Progetto si obbligano ad usare l'alloggio con la diligenza del buon padre di famiglia.

A norma degli artt. 1576 e 1609 c.c. i conduttori sono tenuti - in egual misura - alle riparazioni dovute per l'ordinaria manutenzione derivante da deterioramenti prodotti dall'uso (cd. piccola manutenzione), salvo diverso accordo tra i medesimi con riferimento a specifici interventi.

Tutti gli Enti partecipanti al Progetto sono - direttamente ed in egual misura - responsabili verso terzi di tutti i danni e deterioramenti prodotti - per propria colpa o per interposta persona, animale o cosa - sia all'alloggio, sia allo stabile ed alle sue pertinenze che a terzi.

Verificandosi danni allo stabile, sue pertinenze, impianti, tubazioni e scarichi di uso comune (incluse occlusioni) - anche se provocati da incuria, vandalismo o altro fatto doloso o colposo - ovvero ingombri di materiale nelle parti comuni, senza che sia possibile identificarne l'autore o il depositante, i conduttori riconoscono all'Ater il diritto di rivalersi "pro quota" millesimale o, in mancanza in rapporto alla superficie, su tutti i conduttori dello stabile. L'Ater, determinato il valore dei danni e/o le spese sostenute per lo sgombero - calcolato "pro quota" millesimale o in rapporto alla superficie - dovrà, poi, ripartire tale valore e/o le spese sostenute, in egual misura, tra tutti gli Enti partecipanti al Progetto.

Tutti gli Enti partecipanti al Progetto si impegnano a rispettare il Regolamento per la disciplina dell'inquinato da consegnare al referente del progetto.

In caso di inadempienza da parte dei conduttori, nonostante specifica diffida scritta inviata dall'ATER ai medesimi con raccomandata a.r./PEC, l'Ater si riserva la possibilità di risoluzione del contratto a loro danno e spese.

ART.13 – CUSTODIA

Tutti gli Enti partecipanti al Progetto sono costituiti custodi dell'alloggio locato.

ART.14 - CLAUSOLA RISOLUTIVA

Tutte le prescrizioni a carico dei conduttori - previste nel presente contratto - hanno carattere essenziale e formano un unico inscindibile contesto, così che, per patto espresso, anche la singola violazione dà diritto all'Ater di dichiarare la risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 del cod. civile.

ART.15 - PROVA SCRITTA

Qualunque modifica al presente contratto non può avere luogo e qualunque pagamento non può essere provato che mediante atto scritto.

ART.16 - ELEZIONE DI DOMICILIO

Ai fini del presente contratto, i conduttori eleggono domicilio, rispettivamente, presso le proprie sedi, in Trieste.

ART.17 - SPESE CONTRATTUALI E REGISTRAZIONE

Le spese inerenti e conseguenti al presente contratto, comprese le spese di registrazione, sono poste a carico - in modo proporzionalmente uguale - dell'Ater di Trieste, dell'A.S.U.I.Ts e del Comune di Trieste.

L'Ater provvede alla registrazione del contratto dandone notizia all'A.S.U.I.Ts ed al Comune di Trieste.

Il presente contratto - redatto in n. 4 originali - è soggetto ad imposta di registro ai sensi di legge.

La registrazione del contratto, il pagamento dell'imposta di registro e del bollo per tutti gli originali, vengono assolti dall'ATER con l'utilizzo del Sistema Informativo del Ministero dell'Economia e delle Finanze - Agenzia delle Entrate, che acquisisce e registra il contratto.

Letto approvato e sottoscritto.

LOCATORE

PER L'ATER DI TRIESTE

TRIESTE, _____

CONDUTTORI

PER L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE

TRIESTE, _____

PER IL COMUNE DI TRIESTE

TRIESTE, _____

Ai sensi degli articoli 1341, 1342 del codice civile entrambi i conduttori dichiarano di avere preso visione e di approvare espressamente le clausole di cui agli articoli 3 - 7 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 del presente contratto.

PER L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE

TRIESTE, _____

PER IL COMUNE DI TRESTE

TRIESTE, _____



Comune di Trieste



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 portiere 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.

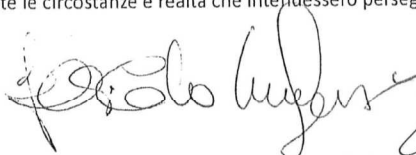
Sempre più frequentemente la finanza pubblica e privata si ingegna a cercare strumenti e dispositivi di investimento sociale (come i "social impact bond") che sono appropriati per finanziare interventi innovativi efficaci, ma solo in presenza di un intervento ben descritto (come meccanismi di generazione 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.

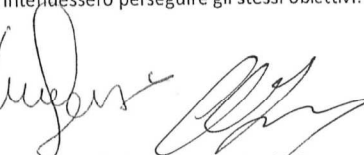
Il convegno ha permesso ai partecipanti di discutere criticamente i risultati e di concludere che sono ancora troppo rari, episodici e poco valutati gli interventi di rafforzamento delle comunità e invita quindi **tutti i principali portatori di interesse e i centri di responsabilità delle politiche 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.

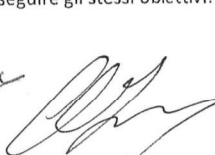
Propone infine di **utilizzare i risultati del progetto per trasferire logiche di azione, capacità e strumenti** in tutte le circostanze e realtà che intendessero perseguire gli stessi obiettivi.



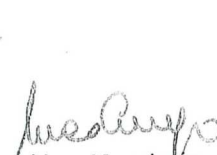
Carlo Grilli
Assessore Servizi e
Politiche Sociali
Comune di Trieste



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.

Riferimenti

1. Strutti C. (a cura di), Progetto MICROWIN-Microaree, Trieste, Azienda Servizi sanitari n. 1 *Triestina*, 2007.
2. Parlamento Europeo, *Agenda per la politica sociale, 2000*.
http://www.europarl.europa.eu/hearings/20000821/empl/pdf/pv_it.pdf
3. Funzionigramma allegato all'Atto aziendale dell'A.S.U.I. di Trieste, Decreto 843 dd 06.12.2017.
4. WHO. *La Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1986, 1986*.
<http://www.lunid.it/wp-content/uploads/2017/03/Carta-di-Ottawa.pdf>
5. WHO. Declaration of Alma-Ata, 1978.
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
6. Ministero della salute, Decreto del presidente del consiglio dei ministri, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669> : s.n., 12 gennaio 2017.
7. Commissione Europea, Health in All Policies - Prospects and potentials, Helsinki, 2006, ISBN 952-00-1964-2 ISBN 952-00-1964-2.
https://www.dors.it/documentazione/testo/201305/2006_HiAP_Filandia.pdf
8. NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Guideline. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities, 2016, ISBN: 978-1-4731-1758-7.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources/community-engagement-improving-health-and-wellbeing-and-reducinghealth-inequalities-pdf>
9. Mirisola C., Ricciardi G., Bevere F., Melazzini M. (a cura di). *L'Italia per l'equità nella salute*, Ministero della salute, 2017, ISBN 9788898544196
<http://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>
10. WHO, *Closing the gap in a generation. Health equity through action*. 2008, ISBN 978 92 4 156370 3
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=8E86906B67FCE4BE8477E7A2B33C2108?sequence=1
11. NICE. Community engagement overview2017.
<https://pathways.nice.org.uk/pathways/community-engagement>
12. Ministero della salute, Piano Nazionale della prevenzione 2014 - 2018.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
13. Ministero della salute, Piano nazionale cronicità, 2016
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
14. Capra P., Coppo A., Dettoni L., Di Monaco R., Marino M., Pilutti S., Suglia A., Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute, 2018, ISBN 978-88-95525-36-5
http://www.disuguaglianzedisalute.it/wp-content/uploads/2018/06/policybrief_def.pdf
Realizzato nell'ambito del progetto Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute finanziato dall'INMP-Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà
15. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO. 2015. ISBN 978 92 4 150623 6
https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

16. UNITED NATIONS, Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development, 2015.
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
17. WHO, Time to deliver: report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases, 2018, ISBN: 978-92-4-151416-3.
<https://www.who.int/ncds/management/time-to-deliver/en/>
19. Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2018, DGR FVG n. 2667 del 28 dicembre 2017