

# CARE - Catalogo di Azioni ben descritte Rivolte all'Equità

Scheda numero 30 - Aggiornata il 30/11/2023

**TITOLO :**

Le microaree di Trieste per l'equità

**TITOLO ORIGINALE :**

Le microaree di Trieste per l'equità

**ANNO DI AVVIO :**

1998

**FONTE :**

JAHEE

**LUOGO DOVE E' IMPLEMENTATA LA PRATICA :**

Trieste, Italia

**TEMA:**

Approccio integrato di promozione della salute a livello locale o nazionale

Coesione sociale, capitale sociale

Gruppi di popolazione vulnerabili

**TARGET:**

Tutta la popolazione di un' area/quartiere/città

**DESCRIZIONE INTERVENTO:**

Il programma Microaree è un programma innovativo rispetto al tradizionale modo di funzionare dei servizi sanitari e sociali, per cambiare la relazione tra i servizi e chi ne è destinatario, in particolare chi è più esposto a rischi per condizioni di precarietà socio-economica. Microaree combina il mandato istituzionale dei servizi sanitari, sociali e domiciliari assegnando alle persone un nuovo ruolo chiave, attivo rispetto alla gestione della propria salute e capace di generare nuove risorse (capitale sociale). Microaree rafforza e migliora la comunità generando un nuovo potenziale di salute: le relazioni che si creano incidono sui comportamenti individuali e sociali (welfare generativo). La peculiarità del modello nel panorama internazionale dei servizi sanitari e sociali consiste nella sua capacità di superare le tradizionali barriere strutturali e burocratiche dei servizi sanitari e di prevenzione (anche quelli con elevato contenuto tecnologico), orientate a costruire con le persone rapporti di potere professionale (applicazione di programmi e percorsi con approccio top-down a cui il paziente viene richiesto di aderire) e che perciò ostacolano l'empowerment individuale e di comunità (Laverack 2016). Il lavoro di microarea deve rafforzare e valorizzare la comunità generando nuove potenzialità di salute anche riducendo l'impegno istituzionale di risorse economiche (welfare generativo).

**DESCRIZIONE SU COME E' AFFRONTATA LA DIMENSIONE DELL'EQUITA' :**

Questo programma viene sviluppato in comunità piccole, definite sia da un punto di vista socio demografico che territoriale. L'obiettivo è di sviluppare empowerment in tutta la popolazione residente e non solo in quella fetta di popolazione affetta da specifici problemi sociali e di salute; altro obiettivo è di migliorare l'accesso di tutti a contesti orientati alla salute. L'obiettivo complessivo è raccogliere la domanda di servizi e la risorse pubbliche e/o private disponibili nella microarea. Questa diventa un'esplicita assunzione di responsabilità da parte dell'azienda sanitaria locale a costruire alleanze con la comunità e altri soggetti istituzionali , al fine di affrontare le disuguaglianze sociali e di salute.

**APPROCCIO PER RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE :**

Area deprivata

**ASPETTI DA CONSIDERARE PER LA TRASFERIBILITA' :**

Logistica:

- lavorare su contesti delimitati territorialmente per favorire un intervento proattivo su tutta la popolazione residente. - avere uno spazio multifunzionale per portare avanti le diverse attività e uno spazio operativo di scambio e aggregazione. Questi spazi devono essere intesi come laboratori territoriali in cui i bisogni dei cittadini incontrano interventi integrati di operatori e professionisti. Organizzazione - Dedicare una persona (tempo pieno) alle attività di Micro-area. I referenti di Micro-area sono professionisti del servizio sanitario che appartengono a più ambiti professionali. - Creare un forte legame tra la Micro-area e il servizio sanitario: questo significa mutare l'organizzazione del servizio sanitario e i metodi di somministrazione del servizio. - Coordinare l'assistenza sociale e le attività integrate interistituzionali della Micro-area con i più alti livelli del servizio sanitario (Distretti); Fare rete - Activare una pluralità di istituzioni e creare interazione tra differenti azioni politiche. - Activare altri soggetti non istituzionali (associazioni di volontariato, cooperative, imprese e negozi). Ingaggiare e fare formazione - 3 aree di competenza: 1) pianificare e gestire processi organizzativi 2) sviluppare gruppi di lavoro e collaborazioni 3) sviluppare la comunità e promuovere inclusione. Lo sviluppo di un nuovo modello di medicina territoriale può essere adottato in base al paese, il luogo e le caratteristiche delle risorse locali.

**VALUTAZIONE DI PROCESSO:**

SI

**VALUTAZIONE DI RISULTATO:**

SI

**EFFICACIA NEL RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE :**

Efficacia dimostrata su gruppo target

**DESCRIZIONE DEI RISULTATI DELLA VALUTAZIONE:**

Sono stati effettuati due livelli di valutazione, utilizzando coorti o gruppi randomizzati con corrispondenza del punteggio di propensione (definito in base al sesso, all'età, allo status socio-economico, alle condizioni di salute prima dell'intervento): 1) valutazione epidemiologica dell'impatto sulla salute delle persone residenti nella microarea, con

modelli di rischio proporzionali sui dati sanitari attuali tra il 2006 e il 2015 (selezione della coorte della microarea e della coorte di confronto). 2) valutazione sociologica per misurare la creazione di capitale sociale e l'impatto del nuovo capitale sociale sulla salute (salute mentale autodenunciata), con un'indagine partecipativa realizzata coinvolgendo gli operatori HMP 1) L'analisi epidemiologica mostra in microaree: - una riduzione del tasso di incidenza del primo ricovero (-5%). Questo è più evidente nelle femmine e in relazione ad alcune patologie. F: Primi ricoveri urgenti per psicosi (-85%) e infezioni respiratorie acute (-56%); M: Primi ricoveri urgenti per pericardite, endocardite, miocardite (-28%); - riduzione (-5/7%) del rischio di ricoveri multipli nelle donne, in particolare: -18% per i traumi; -25% per le fratture - una riduzione dei codici bianchi nel reparto Emergenza (-6%) 2) I modelli costruiti con i dati dell'indagine mostrano che le seguenti relazioni sono statisticamente significative: - Il capitale sociale permette un migliore controllo dei problemi critici e modera l'effetto dei problemi di salute mentale; - L'HMP si concentra sulle persone con meno risorse e competenze individuali, e la salute mentale dei casi che sono stati curati dall'HMP è peggiore; - L'HMP ha creato un capitale sociale per affrontare i problemi mobilitando aiuti specifici, anche quando le persone non hanno una famiglia - HMP ha creato capitale sociale coinvolgendo le stesse persone trattate nell'aiuto agli altri L'HMP non ha creato un eccesso di capitale sociale nell'affrontare i problemi - Le persone che sono s

#### **DESCRIZIONE E LINK DELLA DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE:**

Dichiarazione di Trieste su "La Comunità che fa Salute" (documento pdf)

[https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/eventi/\\_docs/2018/2018\\_007-microaree\\_dichiarazione\\_comunita\\_salute.pdf](https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/eventi/_docs/2018/2018_007-microaree_dichiarazione_comunita_salute.pdf)

Il programma "Il programma Habitat-Microaree di Trieste" (sito web)

<https://www.disuguaglianzedisalute.it/strategie-di-contrasto-alle-diseguaglianze-e-costruzione-di-alleanze-con-la-comunita-nei-contesti-urbani-il-programma-habitat-microaree-di-trieste/>

Di Monaco R, Pilutti S, d'Errico A, Costa G. Promoting health equity through social capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste, Italy. SSM – Population Health, Volume 12, 2020

<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100677>

Castriotta L, Giangreco M, Cogliati-Dezza MG, Spanò M, Atrigna E, Ehrenfreund C, Rosolen V, Paoletti F, Barbone F. Measuring the impact of a social programme on healthcare: a 10-year retrospective cohort study in Trieste, Italy. BMJ Open. 2020 Jul 23;10(7):e036857.

<https://bmjopen.bmj.com/content/10/7/e036857>

#### **LINGUA DEL MATERIALE DI DETTAGLIO:**

Italiano

#### **ALLEGATO:**

Non presente

#### **RIFERIMENTI:**

Flavio Paoletti

Struttura Complessa Gestione Prestazioni sanitarie e progettazione attività sociosanitarie – ASUITs

[flavio.paoletti@asuits.sanita.fvg.it](mailto:flavio.paoletti@asuits.sanita.fvg.it)

**PAROLE CHIAVE:**

integrazione, empowerment, territorio

**OBIETTIVI PNP:**

1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale

1.17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità

1.18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane

1.19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità