



La sperimentazione Microaree - MICRO-WIN

- Nasce come sviluppo ed evoluzione del progetto Habitat salute e sviluppo della comunità
- vuole verificare lo stato di salute dei residenti nelle aree prescelte
- promuove un lavoro integrato con la comunità per produrre effetti di salute
- costruisce benessere sociale a partire dalla partecipazione delle persone
- sposta il baricentro dell'intervento dai servizi alla persona che diviene il protagonista del proprio progetto di salute e il fulcro dell'integrazione tra i diversi servizi/enti
- si situa tra le azioni di buona pratica sociosanitaria e le azioni a sostegno della democrazia partecipata.

La finalità principale della sperimentazione Microaree-MICROWIN è la promozione della salute di tutte le persone residenti nei territori prescelti, garantendo la priorità a chi ne ha più bisogno. In relazione a questa finalità, l'Azienda sanitaria ha proposto 10 obiettivi sui quali provare a sperimentarsi spostando il baricentro dell'attività dalla struttura deputata, alla realtà territoriale e comunitaria, valorizzando sia i potenziali locali che il capitale sociale e istituzionale.

I dieci obiettivi sono riconducibili a tre assi principali d'intervento: la casa, il lavoro e la socialità.

I tre assi d'intervento sottolineano la necessità di utilizzare nell'ambito della sperimentazione, un metodo di lavoro che prediliga gli interventi domiciliari. Questi ultimi, permettono un reale contatto con la persona, inserita nel suo ambiente e nelle sue attività di vita e nella sua rete affettiva, e garantiscono la realizzazione, ove necessario, di programmi costruiti attorno ai singoli individui, i quali mantengono un ruolo attivo nella realizzazione dei loro percorsi di salute.

Il progetto Microaree persegue tre scopi principali:

- a) realizzare il massimo di coordinamento possibile tra tutti gli interventi sanitari rivolti ad un'area di popolazione e a ciascuno degli individui che ne fan parte, ottimizzandoli;
- b) enfatizzare la necessità di cui tutti parlano ma che raramente si rende reale della collaborazione tra tutti gli Enti e di questi con le differenti risorse presenti nei territori
- c) realizzare coerenza tra quel che si fa e il presupposto che la salute è un bene che si persegue non solo con interventi sanitari ma con un insieme di interventi speciali a favore dell'individuo e della comunità in cui vive.

I 10 **obiettivi** della sperimentazione sono:

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, dove 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 professionisti (costruire comunità);
7. Promuovere la collaborazione di enti, associazioni e organismi profit e no profit per elevare il benessere della popolazione di riferimento (mappatura e sviluppo);
8. Realizzare un ottimale coordinamento tra servizi diversi che agiscono sullo stesso individuo singolo o sulla famiglia;
9. Promuovere equità nell'accesso alle prestazioni;
10. Elevare il livello di qualità della vita quotidiana di persone a più alta fragilità (per una vita attiva e indipendente).

Il programma di "Sperimentazione Microaree - MICRO-WIN" viene promosso dalla Direzione Generale dell'Azienda sanitaria di Trieste nel 2005.

Le caratteristiche che contraddistinguono la sperimentazione sono riconducibili a tre concetti fondamentali. L'azione sperimentale si definisce infatti come un'**azione locale, plurale e globale**.

Locale in quanto si tratta di lavorare in aree "micro", con confini precisi in specifici contesti territoriali.

Plurale per due motivi: prevede il coinvolgimento di tutti gli Enti e di tutti i soggetti attivi in quel territorio, ma anche la partecipazione alla sperimentazione di tutti i diversi servizi dell'Azienda sanitaria.

Definire, infine, l'azione come **globale** significa sottolineare la volontà di raggiungere tutti i gli aspetti che determinano lo stato di salute generale della popolazione, attraverso modalità rigorosamente intersettoriali.

Metodologia operativa

Per capire esattamente ciò che in Microarea viene quotidianamente portato avanti dai Referenti e dagli altri operatori che li operano, è necessario ricordare che ogni Microarea ha un'operatività fortemente influenzata dal contesto territoriale in cui opera. A partire da questa diversità si possono individuare alcune azioni esemplificative, raggruppabili in quattro assi d'intervento, strettamente collegati tra loro, uguali per tutte le Microaree, e riconducibili ai dieci obiettivi del progetto.

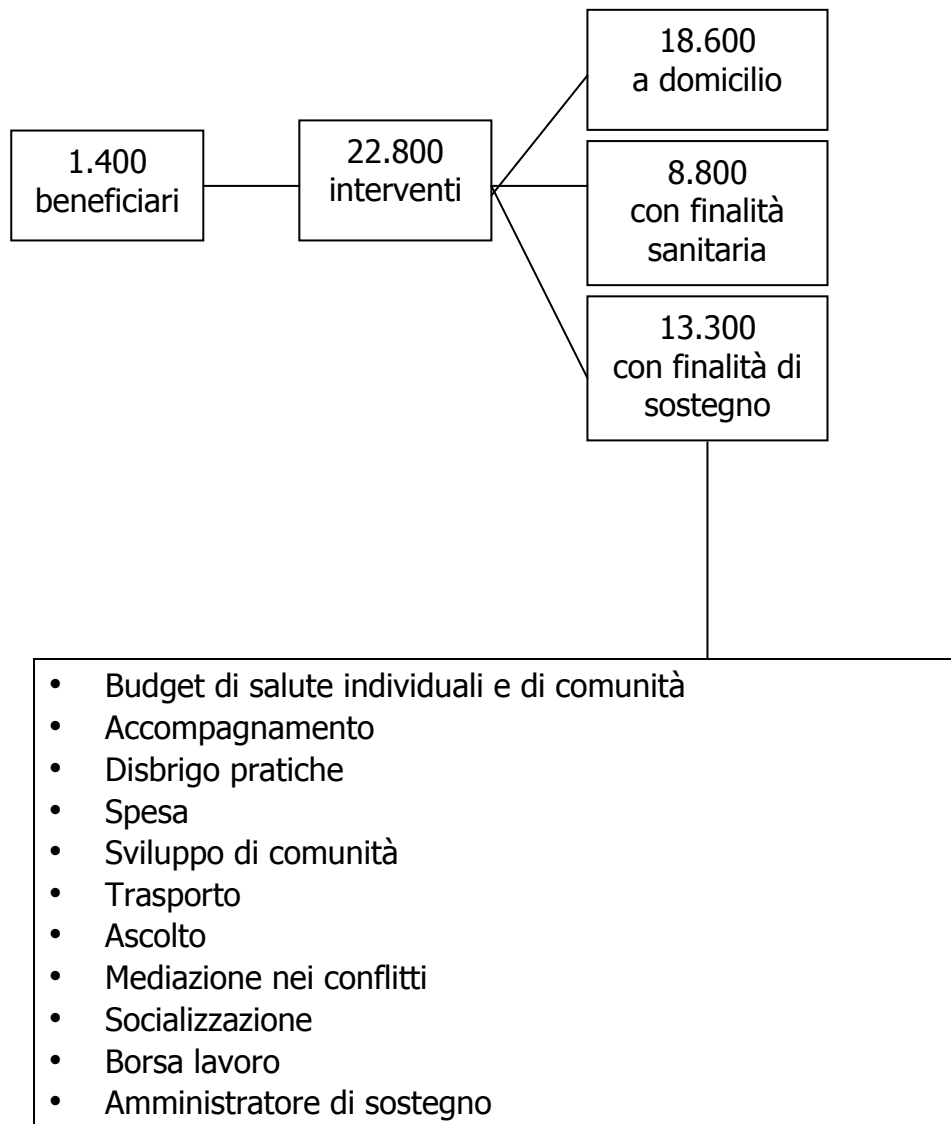
1. Conoscenza di tutte le persone residenti in Microarea a partire da quelle con problematiche sanitarie più rilevanti, come ad esempio:
 - visite domiciliari ai residenti in Microarea che presentano patologie specifiche (per esempio diabete o cardiopatie), che hanno prodotto ricoveri frequenti, l'utilizzo di prestazioni specialistiche o di politerapie e alle persone comprese nella fascia d'età considerata a rischio (over 75 anni), per valutare una eventuale presa in carico da parte dei servizi;
 - visite domiciliari attraverso il "porta a porta" per conoscere le persone e i loro eventuali problemi ed attivare i servizi di competenza;
2. Ottimizzazione degli interventi per la permanenza delle persone nel proprio domicilio per contrastare l'istituzionalizzazione e i ricoveri impropri, come ad esempio:
 - Identificazione dei soggetti a rischio, a partire dalle problematiche sanitarie più rilevanti, valutazioni sanitarie e sociali della persona e del suo contesto abitativo, definizione di un programma d'intervento personalizzato da parte del Referente di Microarea e dei Servizi interessati;
 - Attivazione di budget di salute personalizzati;
3. Comunità attiva e partecipata, come ad esempio:
 - Organizzazione di riunioni periodiche con i residenti per affrontare e cercare di risolvere insieme le eventuali problematiche del rione, anche individuando risorse del territorio disponibili e attive;
 - Favorire la conoscenza reciproca per costruire relazioni di fiducia e promuovere azioni di scambio e valorizzare l'appartenenza a quel luogo
 - Organizzare incontri periodici su problematiche di salute diffuse, al fine di aumentare la consapevolezza delle persone e sostenere la partecipazione attiva e responsabile dei residenti per promuovere il benessere della comunità locale.

Nel 2005 vengono quindi identificate **10 Microaree**, con una popolazione che va da circa 500 a 2.500 abitanti ciascuna. La scelta delle Microaree in cui realizzare l'azione sperimentale non ha seguito nessun criterio predefinito, tranne per la dimensione "micro" e per la preferenza di zone dov'è presente l'edilizia residenziale pubblica (alloggi ATER).

Le dieci Microaree, che prendono il nome dai rioni della città ai quali appartengono (Cittavecchia, Melara, Ponziana, Vaticano, Giarizzone, Grego, Valmaura, [Roiano- dal 2010 sospesa], Gretta e San Giovanni), hanno quindi caratteristiche specifiche e diverse tra loro.

INTERVENTI NELLE 9 MICROAREE – ANNO 2011

(Referenti di Microarea, Volontari del Servizio civile, Borsisti)



Stradario delle Microaree –sede e numero di telefono:

Microarea Gretta

Comprende una parte del rione di Gretta e coinvolge circa 1.000 abitanti.

Referente Microarea: Michela Degrassi

Sede: Via dei Toffani, 5

Telefono: 040/416840 – 348/2565771

Microarea Ponziana

Comprende una parte del rione di Ponziana e coinvolge circa 1.500 abitanti.

Referente Microarea: Monica Ghiretti

Sede: Via Lorenzetti, 60

Telefono: 040/636026 – 329/9504723

Microarea Vaticano

Comprende i numeri civici di Via dell'Istria dal 24 al 52 e coinvolge circa 450 abitanti.

Referente Microarea: Sardiello Federica

Sede: Via dell'Istria, 44

Telefono: 040/7600237 – 320/4332016

Microarea Cittavecchia

Comprende una parte del rione di Cittavecchia e coinvolge circa 1.500 abitanti.

Referente Microarea: Loredana Lattanzio

Sede: Via del Pane, 6

Telefono: 040/660884 – 320/8596089

Microarea Giarizzole

Comprende una parte del rione di Giarizzole e coinvolge circa 2.200 abitanti.

Referente Microarea: Reanna Simsig

Sede: P.le Giarizzole, 13

Telefono: 040/814359 – 348/5605865

Microarea Grego:

Comprende i numeri civici di Via Grego dal 34 al 48 e coinvolge circa 900 abitanti.

Referente Microarea: Gojca Martina

Sede: Via Grego, 36

Telefono: 040/8320876 – 320/3298630

Microarea Valmaura:

Comprende i numeri civici di Via Valmaura dal 39 al 79 e coinvolge circa 1.000 abitanti.

Referente Microarea: Alfio Stefanic

Sede: Via Valmaura, 69

Telefono: 040/814899 – 348/2598001

Microarea Melara

Comprende tutti i numeri civici di Via Pasteur e i numeri civici di Via Forlanini dal 77 al 129 e coinvolge circa 1.900 abitanti.

Referente Microarea: Lorella Postiferi

Sede: Via Pasteur, 41/E

Telefono: 040/3995465 – 329/9504776

Microarea S. Giovanni :

Comprende una parte del rione di San Giovanni e coinvolge circa 2.100 abitanti.

Referente Microarea: Norma Rangeri

Sede: Via San Pelagio, 7

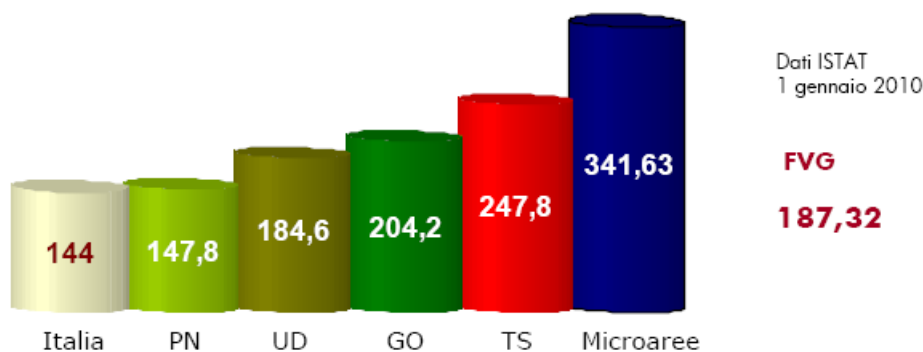
Telefono: 040/3997450 – 380/4399846

I cittadini possono rivolgersi ai Referenti di Microarea che hanno il compito di facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari e di promuovere l'utilizzo delle risorse presenti sul territorio. Il Referente coordina un gruppo di volontari del servizio civile, che svolgono attività di sostegno alle persone (accompagnamenti, trasporti, disbrigo pratiche, commissioni varie).

Quadro anagrafico delle Microaree

Complessivamente il quadro anagrafico delle Microaree (paragonato a Trieste, alla Regione FVG e all'Italia) mostra una popolazione in cui l'indice di vecchiaia è più del doppio rispetto a quello italiano.

L'indice di vecchiaia: quante persone anziane (+ 65anni) sono presenti sul territorio rispetto ai giovani (fino a 14 anni) ogni 100 abitanti. A Trieste dal 1951 ad oggi la popolazione è invecchiata di oltre tre volte e mezza.



Dal censimento dell'ATER del 2009, che prende in considerazione gli abitanti di Microarea che vivono in alloggi di edilizia residenziale pubblica (la maggioranza), si può notare che si tratta di una popolazione con fasce di reddito medio basse.

reddito microarea Fonte censimento ATER 2009	numero	%
FASCIA A da 0 a 13.395 €	2.199	58,59
FASCIA B da 13.3951 a 33.334 €	1523	40,58
FASCIA C oltre 33.334,00 €	31	0,83
totale	3753	100

Dai dati delle esenzioni per patologia, vediamo, inoltre che in Microarea vive un'alta percentuale di persone con patologie sanitarie rilevanti. Il 30% della popolazione ha una invalidità grave con assegno di accompagnamento (necessita di assistenza continua).

esenti per patologia	% su popolazione
microaree	32,34
ASS1	27,68

Invalidità (anno 2008)			
microaree		ASS1	
Indennità di accompagnamento	tasso ‰	Indennità di accompagnamento	tasso ‰
401	30	5.955	25

Le sedi di Microarea

La scelta di aprire nell'ambito della sperimentazione sedi distaccate da quelle dei Distretti ai quali le Microaree appartengono, può essere ricondotta a due obiettivi principali: il primo è quello di contribuire al decentramento dei servizi dell'Azienda sanitaria, per realizzare un reale consolidamento del rapporto cittadino-istituzione; il secondo è quello di avere uno spazio fisico fortemente radicato nei territori, dove realizzare azioni volte a produrre solidarietà, coesione sociale e sviluppo di comunità.

Ciascuna sede ha caratteristiche differenti a seconda del contesto locale in cui è inserita: alcune sedi (Giarizzole, Valmaura, Grego, Ponziana, Vaticano, San Giovanni e Gretta) sono dei veri e propri appartamenti/locali, situati all'interno di caseggiati di edilizia popolare, altre (Melara e Roiano-poi chiusa) sono ospitate all'interno di alcuni spazi distrettuali dedicati, una (Cittavecchia), è un ex locale commerciale situato al piano terra di un alloggio di edilizia pubblica nel centro storico della città.

Tutte le sedi sono utilizzate dal Referente di Microarea, dai volontari del servizio civile e dai portieri sociali dell'ATER e del Comune (laddove presenti), e vengono vissute sempre più come spazi autogestiti dagli abitanti per tutte quelle attività che rientrano nella costruzione di una "comunità attiva e partecipata". Le attività possono essere di carattere socio-sanitario (incontri di prevenzione, gruppi di ginnastica dolce per gli anziani, gruppi di auto-aiuto), culturale (corsi di scrittura o gruppi di lettura), ricreativo-educativo (doposcuola e aggregazione giovanile), ludiche e di convivialità (incontri di socializzazione e feste).

I Referenti di Microarea

I referenti di Microarea sono dieci operatori di diversa professionalità scelti per questo ruolo dai direttori di Distretto in base ad alcuni criteri riassumibili in: una buona conoscenza del sistema sanitario e dei servizi esistenti, un'attitudine ad un approccio globale e articolato con l'utenza, una buona capacità di attivare percorsi e risposte adeguate, e una consolidata esperienza di un approccio territoriale, attraverso le visite domiciliari. Tutto questo accompagnato da una palese motivazione personale a farsi protagonisti della sperimentazione.

I compiti del referente di Microarea, indicati dal Direttore Generale, sono riconducibili a due ambiti generali. Il primo, strettamente connesso alla realtà locale in cui il referente opera, e nel quale ha il ruolo di tutore attivo della salute di tutti gli abitanti di Microarea, il secondo collegato invece alla realtà istituzionale in cui diviene colui che assicura il raccordo tra il Distretto e la Microarea, assicurando lo scambio di informazioni e la partecipazione degli operatori delle diverse Unità Operative alle azioni sperimentali.

A livello locale, il referente di Microarea ha come compito principale quello di raccogliere il maggior numero di informazioni riguardanti il territorio della Microarea e le sue risorse e di adoperarsi per l'empowerment della popolazione della Microarea attraverso la conoscenza diretta di tutti i residenti e la realizzazione di azioni che favoriscano la partecipazione attiva delle persone, a tutti i livelli di intervento, anche quello decisionale e programmatico, rispetto i propri programmi di salute.

A livello istituzionale, il referente di Microarea, deve fare in modo che vi sia un collegamento tra la Microarea, il Distretto, i Dipartimenti e gli Uffici Amministrativi dell'Azienda sanitaria, attraverso la messa in rete e la diffusione dei risultati raggiunti e delle attività svolte. Inoltre, deve coordinare le azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi di Microarea, i quali richiedono un'integrazione forte tra tutti gli attori, istituzionali e non, coinvolti nella sperimentazione.

Le funzioni principali del referente non vanno a descrivere una specifica figura professionale ma sono finalizzate alla realizzazione di una nuova metodologia di lavoro, che sottintende una possibile riorganizzazione dei servizi e delle modalità di comunicazione tra servizi.

Qualche risultato...

Il programma Microaree ha quindi, in questi anni, permesso di sperimentare sul campo e senza modelli precostituiti la conoscenza e la presa in carico di un territorio nel suo complesso, con la solitudine, la malattia, la povertà che in quel territorio sono presenti, ma anche con le risorse e le peculiarità che lo stesso territorio è in grado di volta in volta di esprimere.

Microaree ha permesso di "piegare" i servizi ad esigenze, bisogni e specificità che proprio in un contesto concreto e reale sono in grado di emergere ed essere accolte.

Microaree ha prodotto anche qualche risultato quantificabile in termini sanitari: la riduzione (maggiore rispetto all'Azienda sanitaria nel suo complesso) del numero di persone ricoverate con che dal 2005 al 2009 si è ridotto di quasi il 20%.



Microaree deve continuare ad essere un laboratorio di pratiche di lavoro innovative e, grazie anche al nuovo protocollo Habitat-Microaree sottoscritto da Azienda sanitaria, Comune e Trieste, deve proseguire la sperimentazione, allargando il proprio campo d'azione ad altre aree del territorio.

Nel nuovo protocollo si dichiara di voler 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.