

Strategie e progettualità per Cagliari *Città per la salute* *Planning and strategies and for Cagliari Healthy City*

Barbara Cadeddu, Luigi Minerba

Barbara Cadeddu

Assessore alla Pianificazione strategica e Programmazione Europea, Comune di Cagliari / Docente a progetto di Composizione architettonica e urbana, Università di Cagliari

Luigi Minerba

Assessore alle Politiche sociali, Comune di Cagliari / Professore di Statistica medica, Università di Cagliari

Parole chiave: integrazione, servizi socio-assistenziali, servizi sanitari, salute

RIASSUNTO

Obiettivi: l'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali è uno dei temi più rilevanti per l'amministrazione comunale di Cagliari che sta realizzando alcuni interventi di recupero funzionale di immobili dismessi in quartieri con particolari problematiche socio-economiche per creare Strutture Sanitarie Integrate denominate "Centri di salute", rivolte in particolare modo agli anziani, ma capaci di avere ricadute sull'intera struttura sociale di riferimento.

Metodi: gli strumenti utilizzati sono quelli della pianificazione strategica e degli investimenti territoriali integrati, secondo una logica di intervento sulla struttura fisica della città coerente con la struttura demografica dei residenti e quindi capace di rispondere ai bisogni reali degli abitanti. I quartieri scelti per la sperimentazione sono "zone di margine" caratterizzati da una condizione di segregazione sociale e spaziale. Il modello di gestione è quello della medicina di iniziativa con intervento proattivo basato sulla partecipazione e coinvolgimento delle persone.

Risultati: i primi risultati mettono in evidenza che l'intervento messo in atto si presta particolarmente al coinvolgimento della popolazione anziana emarginata, che per presenza di barriere sociali, economiche, culturali ed ambientali, sottoutilizza o non si rivolge ai servizi di cura. Inoltre, alle azioni specifiche su target predefinito (ultra 70enni) vengono affiancate attività di promozione sociale del valore della salute e della cultura della responsabilità all'auto-cura individuale e collettiva.

Keywords: integration, health and social services, health

SUMMARY

Objectives: the integration of health and social services is one of the most important issues for the municipal administration of Cagliari which is building, restoration of functional abandoned buildings in neighborhoods with particular socio-economic problems to create Integrated Medical Information referred to as "health centers", aimed particularly so for the elderly, but capable of having repercussions on the entire social structure of reference.

Methods: the instruments used are the strategic planning and investment territorial integrated, according to a logic of intervention on the physical structure of the city in line with the demographic structure of the residents and therefore able to respond to the real needs of the inhabitants. The districts chosen for testing are "marginal areas" characterized by a state of social and spatial segregation. The management model is one of medicine's initiative with proactive intervention based on partecipazione and involvement of people.

Results: the first results show that the intervention implemented is particularly the involvement of the elderly marginalized, that the presence of barriers to social, economic, and environmental cultural, does not use care services. In addition, specific actions on target default (over 70 years) are flanked promotion of social health and culture of responsibility to self-care individual and collective.

*"Una città sana offre e costruisce ambienti fisici che contribuiscono alla salute, allo svago e al benessere, alla sicurezza, all'interazione sociale, alla mobilità facile"*¹.

Introduzione

La salute è l'elemento centrale della vita, condizione indispensabile del benessere individuale e della prosperità delle popolazioni, come riportato dai lavori della Commissione World Health Organization su *Macroeconomics and Health* (WHO 2001) e richiamato, a livello europeo, dalla Strategia di Lisbona per lo Sviluppo e il Lavoro del 2000. Essa ha conseguenze che impattano su tutte le sfere e in tutte le fasi della esistenza dei singoli e dei gruppi, modificandone lo stato e incidendo sui comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità e le prospettive.

Il fattore umano, quindi, incide in maniera diretta sullo "stato di salute" di una città

insieme ad una molteplicità di altri fattori, mutevoli e non sempre ponderabili, che trascendono la sola dimensione spaziale, rendendo la misura di tale dato operazione particolarmente complessa.

Nell'ambito delle discipline dell'urbanistica la pianificazione ha, da sempre, orientato e motivato interventi trasformativi, anche di grande portata, sulla base della necessità di costruire ambienti più salubri e vivibili. L'evoluzione del pensiero scientifico è transitata da una concezione dell'organizzazione del territorio basata su principi gerarchici di matrice positivista (la Parigi di Haussmann è l'esempio più noto) alla stagione dei piani e degli standard concepiti da una razionalità tecnica al servizio del benessere sociale (il progetto de *la Ville Radiuse* di Le Corbusier è al contempo città della salute e macchina di rigenerazione). Solo recentemente sono stati introdotti modelli organizzativi di tipo

¹ Hancock T, Duhl L. Healthy cities: Promoting health in the urban context. Copenhagen: WHO Regional Office Europe, 1986.

adattivo, orientati a dare forma agli spazi, adeguandoli ai molteplici bisogni ed alle possibilità dei cittadini, contribuendo alla prevenzione o alla mitigazione degli effetti della marginalità sociale². In questo rinnovato contesto teorico e pratico, si è sviluppato l'*Healthy Urban Planning*, finalizzato alla promozione di principi e pratiche di governance per una città sana che trova riscontro nel documento *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being* (OMS 2013)³.

Rispetto a questi presupposti la ricerca propone un approccio partecipativo teso a definire criteri di carattere sociale, spaziale e di organizzazione funzionale della città, quali elementi "strutturanti" del benessere della società e degli individui. In quest'ottica promuovere una "città per la salute" significa attuare politiche e programmi capaci di migliorare il contesto urbano e, al contempo, di garantire l'efficienza e l'integrazione del sistema socio-sanitario.

Il caso di Cagliari

La città di Cagliari, scelta come caso di studio, è il capoluogo della Regione Sardegna. Il suo territorio si estende per una superficie complessiva di circa 85 kmq su cui risiedono

149.575 abitanti (Istat 2012).

Per restituire una lettura completa del contesto di riferimento è opportuno inquadrarlo nell'ambito denominato "Area Vasta" che comprende 16 Comuni conurbati⁴, e si estende su una superficie di circa 1.114 kmq con una popolazione pari a 413.133 abitanti (Istat 2012). Se poi si considera anche l'agglomerato urbano diffuso, nel quale sono presenti altri 12 Comuni, tale superficie raggiunge i 1.800 kmq per un totale di 490.000 abitanti, pari a poco meno di un terzo dell'intera popolazione della Sardegna. Tutto ciò concorre a configurare Cagliari come una città di medie dimensioni, a cui spetterà un ruolo trainante nel nuovo quadro programmatico che va definendosi con l'attuazione della riforma Delrio (L.7 aprile 2014, n.56 Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni)⁵.

Si tratta di un ambito di grande importanza sotto l'aspetto ambientale, essendo la conurbazione più compatta, articolata intorno ad un sistema di aree di riconosciuta valenza naturalistica e paesaggistica, tra le quali il Parco Regionale della zona umida di Molentargius, la fascia costiera del Poetto, con una delle spiagge urbane tra le più estese nel Mediterraneo, i colli di Sant'Elia e Sant'Ignazio, il Lungomare fino al Porto Storico e,

² La responsabilizzazione locale come alternativa al modello welfarista di intervento pubblico, purtroppo non ha fatto venire meno il ruolo difensivo della regolazione spaziale, che ancora oggi tende a riemergere, attraverso nuovi perimetri e confini, per escludere gruppi o popolazioni.

³ Il nuovo modello di politica europea per la salute denominato "Salute 2020" è stato approvato dal Comitato Regionale per l'Europa dell'OMS nel settembre 2012 e sostiene un approccio trasversale rispetto alla sfera pubblica e a quella della società civile, focalizzato sui bisogni dei gruppi più vulnerabili, sulla partecipazione e sui determinanti di salute sociali, economici ed ambientali.

⁴ L'area vasta di Cagliari comprende i Comuni di Assemini, Capoterra, Decimomannu, Elmas, Maracalagonis, Monserrato, Pula, Quartu Sant'Elena, Quartucciu, Sarroch, Selargius, Sestu, Settimo San Pietro, Sinnai, Villa San Pietro.

⁵ Il DDL n. 176 "Riordino del sistema delle autonomie locali della Sardegna", in fase di discussione in Consiglio Regionale, identifica il comune di Cagliari come ambito di riferimento della istituenda città metropolitana.

sull'altro versante, la grande laguna del compendio di Santa Gilla. Il livello di interesse ambientale del comprensorio può evincersi anche dalla consistenza delle aree SIC (Siti di Importanza Comunitaria), che rappresentano il 31,2% della superficie totale.

Il **profilo di salute** della città di Cagliari, nel fornire una rappresentazione multidimensionale dello stato del benessere nella propria comunità urbana, indica, sul piano demografico, un progressivo calo della popolazione con una diminuzione del valore della natalità inferiore alla "soglia di rimpiazzo" e una "rarefazione" della popolazione più giovane che è la principale causa dell'elevato valore dell'indice di vecchiaia che fa di Cagliari una tra le città capoluogo più anziane (252,8 nel 2013). Dal 2000 al 2012, la speranza di vita alla nascita è aumentata in misura maggiore per gli uomini (4,2 anni) rispetto alle donne (3,4 anni), che mantengono comunque livelli di sopravvivenza più elevati (nel 2012, 82,6 anni contro i 76,7 anni degli uomini). I nuclei familiari sono composti mediamente da 2,1 componenti, il 43% circa sono unipersonali. Nella città la presenza straniera residente rappresenta il 4,34% della popolazione, prevalentemente dedicata al lavoro di cura domestica e della persona.

Si tratta in definitiva di una città alle prese con un aumento di nuove ed estreme povertà e marginalità sociali, che vede concentrarsi la difficoltà di accesso alla casa, al mercato del lavoro, e alla vita pubblica, particolarmente in alcune aree cosiddette "periferiche", come i quartieri di **Sant'Elia** e **Is Mirrionis**, rispettivamente nei quadranti sud-ovest e nord-ovest della città, Santa Teresa, nella municipalità di Pirri. A caratterizzare questi ambiti una densità abitativa elevata, la forte presenza di edilizia residenziale pubblica, in gran parte realizzata tra gli anni '40 e '80 del

novecento e quindi per lo più in uno stato di avanzato degrado, e una popolazione con basso tasso di scolarizzazione, alti livelli di dispersione scolastica, in condizione di disoccupazione o di precarietà economica. Ad alimentare i fenomeni di microcriminalità e di illegalità diffusa, che si manifestano anche nelle occupazioni abusive, la carenza di spazi pubblici di aggregazione e servizi di sostegno alla persona.

La salute e la promozione di welfare locale al centro dei programmi di riqualificazione urbana

L'amministrazione comunale di Cagliari, fin dal suo insediamento nel 2012, sta portando avanti una strategia di sviluppo urbano che promuove operazioni di riqualificazione urbana e di **riuso di immobili dismessi**, per creare **strutture pubbliche complesse** denominate "Centri di Salute di Quartiere", rivolte agli anziani, ai minori e, più in generale, ai segmenti particolarmente fragili della popolazione, capaci di produrre ricadute sull'intera struttura sociale dell'area di riferimento.

Gli **strumenti** individuati per il raggiungimento di tali obiettivi sono quelli della pianificazione e integrazione delle politiche socio-sanitarie secondo quanto previsto dalla **L.R. 23/2005** (Sistema integrato dei servizi alla persona), e della programmazione straordinaria relativa agli **Investimenti Territoriali Integrati** (previsti nel nuovo ciclo EU 2014-2020). La combinazione delle politiche garantisce una strategia multicomponente, capace di coniugare interventi di rigenerazione ambientale con azioni di innovazione sociale, tanto più nei quartieri scelti per la sperimentazione, caratterizzati da una condizione di segregazione sociale e spaziale che si traducono in disagio degli abitanti e de-

grado fisico dei luoghi.

Il modello che si vuole adottare per riattivare i luoghi e farne inediti presidi territoriali è quello della **medicina di iniziativa** che, per la **popolazione anziana**, risulta significativamente più efficace, rispetto a quello tradizionale della medicina di attesa, nel promuovere e mantenere condizioni di salute e benessere. Il paradigma dell'iniziativa risultata più efficace nelle azioni di **contrasto delle disuguaglianze nella salute**, perché mette al centro la **valutazione dei bisogni della comunità e l'attenzione ai determinanti della salute** (anche quelli cosiddetti "distali", ovvero quelli socio-economici) oltre a privilegiare **interventi di prevenzione e promuovere attività programmate e interventi proattivi**. Il coinvolgimento e la motivazione degli utenti, l'attività di *counselling* individuale e di gruppo, l'interazione con le risorse della comunità (associazioni di volontariato, gruppi di autoaiuto, etc.), favoriscono la partecipazione di soggetti che, per la presenza di barriere sociali, economiche, culturali e ambientali, sottoutilizza o non si rivolge ai servizi di cura.

L'investimento territoriale Integrato (ITI) e il POR Sardegna 2014-2020

Il nuovo ciclo di programmazione dei fondi strutturali e di investimento europei 2014-2020 prevede, per le Amministrazioni titolari di programmi, il ricorso ad alcuni strumenti finalizzati ad accorpare fondi di diversi assi prioritari di uno o più Programmi Operativi per interventi pluridimensionali o

intersettoriali. In particolare l'**investimento territoriale Integrato (ITI)** si configura come una opportunità per affrontare in maniera efficace le esigenze di uno specifico territorio/area urbana, facendo leva sulla combinazione di azioni di tipo differente⁶.

In questo senso, nell'applicazione dell'ITI, si vuole dare maggiore concretezza alle azioni, rispetto alle passate esperienze, partendo dai reali bisogni dei territori e in coerenza con gli strumenti di pianificazione ordinaria e straordinaria in essere. Non si tratta dunque di costruire nuovi e complessi processi di definizione strategica delle trasformazioni urbane, ma di coinvolgere le realtà locali per intervenire su un **perimetro definito** (secondo un approccio *place based*), in funzione di precisi obiettivi da raggiungere, assicurando una gestione coordinata, dispositivi adeguati e una capacità di risposta chiara e tempestiva che favorisca l'armonizzazione delle procedure per la corretta e rapida attuazione da parte dell'Ente attuatore che nel caso di studio sarà lo stesso Comune di Cagliari, nell'ottica della **delega a soggetti più vicini al territorio**.

Nell'ambito dell'agenda urbana regionale, per dare enfasi a "priorità programmatiche territoriali" riferite a contesti che **ricoprono il ruolo di centri funzionali alla scala regionale**, il POR-FESR 2014-2020 della Regione Sardegna ha individuato tre realtà a maggiore concentrazione di abitanti dell'Isola, Cagliari, Sassari ed Olbia, come ambiti su cui sperimentare lo strumento ITI⁷.

Di tali agglomerazioni urbane si intende esalta-

⁶ L'ITI permette di coniugare finanziamenti connessi a diversi obiettivi tematici, prevedendo anche la possibilità di combinare fondi di assi prioritari e programmi operativi supportati dal FESR, dal FSE e dal Fondo di coesione (articolo 36 del regolamento «disposizioni comuni»).

⁷ Al censimento del 2011 solo le due città maggiori (Cagliari e Sassari) superano i 100.000 abitanti, due città superano i 50.000 abitanti (Olbia e Quartu S. Elena), mentre 7 città sono nella fascia tra i 25.000 ed i 50.000 ab., 18 quelle tra i 10.000 ed i 25.000 ab., 35 hanno tra 5000 e 10.000 ab., 46 sono tra 3.000 e 5.000 ab. e ben 267 (70,8%) sono i Comuni con popolazione inferiore a 3.000 abitanti.

re ancora di più il ruolo di centri di eccellenza per una molteplicità di servizi, potenziando quelli esistenti e consentendo l'attivazione di quelli dei quali si avverte la carenza o l'inadeguatezza per raccogliere le più impegnative sfide contemporanee per lo sviluppo ed il miglioramento della qualità della vita. In esse, infatti si rileva la presenza delle precondizioni necessarie alla realizzazione di iniziative fondamentali in tema di ricerca, miglioramento tecnologico, insediamenti produttivi, richiamo di investitori esterni, fornitura di servizi logistici e finanziari, acquisizione, adeguamento e diffusione di conoscenze, metodi e strumenti operativi da offrire a tutto il territorio regionale. contraddistinte da varie "funzioni" pregiate o esclusive, a servizio di tutta la regione (tratto dal POR FESR 2014-2020).

Come premesso, l'ITI di Cagliari si concentra su un'area particolarmente fragile dal punto di vista sociale, il quartiere di Is Mirrionis, delineando un modello di **"welfare di comunità"**⁸, capace di restituire al quartiere un ruolo di centralità rispetto alla città consolidata e all'area vasta di Cagliari.

Il processo di definizione dell'ITI-IS MIRRIONIS è avvenuto attraverso un lavoro sinergico che ha visto l'Amministrazione Comunale e la Regione (nelle loro diverse articolazioni) esprimere una forte capacità di interazione per dare attuazione a Politiche Urbane orientate a migliorare la qualità della vita degli individui. La prassi così descritta si configura come sperimentale e potenzialmente paradigmatica, al punto da poterne ipotizzare una sorta di replicabilità o trasposizione sia dal punto di vista metodologico generale che in riferimento alle problematiche affrontate, pur con le dovute attenzioni contestuali.

Il quartiere di Is Mirrionis

Il quartiere di Is Mirrionis, nasce nell'immediato dopoguerra per rispondere all'emergenza casa aggravatasi in seguito ai bombardamenti del '43 e si sviluppa nel corso di due settenni (1949-1963), grazie anche all'attuazione del Piano Fanfani.

La forte presenza di edilizia residenziale pubblica, unitamente allo stato di diffuso degrado del contesto e al disagio sociale ed economico dei suoi abitanti, ha contribuito al radicarsi di una immagine negativa del rione, che ancora oggi è considerato una "periferia".

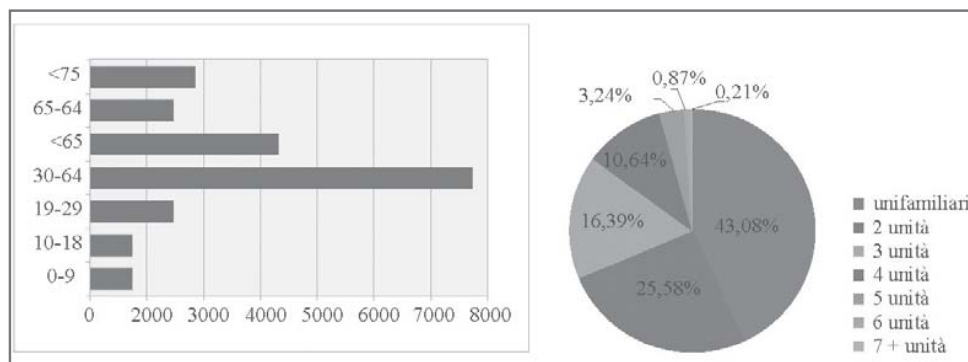
Il quadro socio-demografico fa emergere per il 2012 una **popolazione residente** pari a 13.000 individui, con una forte presenza delle fasce di età più avanzata. Il **25,52% (3.318) degli abitanti** ha infatti più di **65 anni di età** (il numero di persone con età compresa tra 65-74 anni è pari a 1.463 mentre sono 1.885 gli individui con età maggiore di 75 anni) e rende necessaria una generale riconsiderazione delle politiche e dei servizi dedicati espressamente a questa categoria di cittadini (Fig. 1).

La **composizione delle famiglie** per numero di residenti evidenzia un'elevata incidenza dei nuclei unifamiliari pari al 43,08% (2.673) percentuale che va decrescendo in proporzione al numero dei componenti la famiglia (Fig. 2).

L'**indice di dipendenza giovanile** (pari al numero dei giovani sulla popolazione attiva) è pari a 13,23%. A questo dato si deve aggiungere che rispetto alle 22.217 famiglie cagliaritanee che al 31.12.2012 risultano avere almeno un componente anziano (70 anni o più) nel proprio nucleo familiare, 2.479 (33,3% del totale) risultano residenti

⁸ Con welfare di comunità si intende un modello di società solidale che si auto-organizza promuovendo essa stessa l'erogazione di servizi, attraverso sinergie fra attori sociali, pubblici e privati.

Fig. 1 e 2 - La popolazione residente per fasce d'età e per unità familiare Is Mirrionis



Fonte: Atlante demografico 2011 elaborazioni Comune di Cagliari dati 2012

nei quartieri di Is Mirrionis, Is Bingias.

Nel quartiere la licenza media rappresenta il **grado di istruzione** più diffuso (31,7%), seguito dal titolo d'istruzione superiore (25,4%) e i dati sull'**occupazione** evidenziano che su un totale di 11.399 residenti di età maggiore ai 15 anni il tasso di disoccupazione è del 21,65%.

Oltre alle criticità evidenziate, riferite al degrado fisico dei luoghi, alla struttura demografica, che risulta sempre più invecchiata e con un numero sempre maggiore di persone anziane sole, soprattutto donne, ad una generale difficoltà da parte delle famiglie a svolgere funzioni minime genitoriali, da cui si originano fenomeni di devianza giovanile, si segnala il crescere del fenomeno della deprivazione, fatta di rinunce a consumi a volte anche essen-

ziali, condizione che prelude alla *povertà estrema*⁹. A questo proposito si riportano gli ultimi dati ritenuti significativi, rilevati dal servizio Politiche Sociali del Comune di Cagliari rispetto alle richieste presentate nel 2013 per ottenere un contributo da integrare al reddito familiare per far fronte a bisogni primari o prevenire situazioni di sfratto e sgombero dalle abitazioni e al numero di progetti rivolti agli anziani non più autosufficienti (tab.1).

Le azioni integrate

Complessivamente la proposta, articolata in un sistema di azioni interdipendenti, vuole incidere da un lato sulla **dimensione materiale** dell'abitare, intervenendo sullo spazio fisico e sul miglioramento delle condizioni di vita degli abitanti e dall'altro su quella

⁹ Le fonti e i soggetti attraverso cui è stato possibile costruire un quadro del disagio sono principalmente il PLUS - Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona della Città di Cagliari -Triennio 2012-2014, l'Osservatorio sociale della Provincia di Cagliari, la Caritas e le Associazioni che operano a contatto con le famiglie indigenti. Si precisa che con il termine "povertà estrema" si intende la definizione adottata dalla Commissione nazionale d'indagine sulla povertà e l'emarginazione e riportata nel Rapporto sulle povertà estreme in Italia 1998. Secondo i curatori, sono povertà estreme quelle «aree di privazione di disagio e d'esclusione, che occupano i gradini più bassi della stratificazione sociale, e che non usufruiscono, se non in minima parte, della protezione legislativa e delle prestazioni dello Stato Sociale».

Tab. 1 - Indicatori di povertà

CONTRIBUTO ECONOMICO PER BISOGNI PRIMARI		
CIRC.3 Is Mirrionis/ Mulinu Becciu	448	23,16%
Totale persone beneficiarie del contributo nella città	1.934	
RICHIESTE CONTRIBUTO ECONOMICO PER PROBLEMI ABITATIVI		
CIRC.3 Is Mirrionis/ Mulinu Becciu	127	16,40%
Totale persone beneficiarie del contributo nella città	774	
PROGETTI "RITORNARE A CASA ANZIANI"		
CIRC.3 Is Mirrionis/ Mulinu Becciu	26	18,18%
Totale Progetti finanziati nella città	143	

Fonte: Comune di Cagliari - Servizio Politiche sociali, 2013

immateriale, perché orientata alla costruzione di modelli di carattere socio inclusivo tesi ad incoraggiare i rapporti di buon vicinato, a creare un mix sociale tra residenti, studenti, lavoratori e più in generale a stimolare la partecipazione attiva dei residenti alla vita pubblica. In questa sede verranno descritte soltanto le azioni rivolte in maniera specifica agli anziani.

Il Centro di Salute di Quartiere

Il Centro Salute di Quartiere per Anziani (CSQA) che si realizzerà attraverso il recupero funzionale di una scuola dismessa, si propone di promuovere l'intervento di cura proattivo nei confronti della popolazione anziana del quartiere di Is Mirrionis, utilizzando il modello assistenziale della medicina di iniziativa.

Il CSQA si rivolge agli anziani del quartiere di età superiore ai 74 anni e alle loro famiglie. Sarà gestito dal **Distretto Sociosanitario 1 di Cagliari Area Vasta**. Al suo interno opereranno i medici di medicina generale (MMG) tra quelli che hanno già fra i propri assistiti anziani del quartiere, che volontariamente potranno aderire al progetto. Infermieri, Assistenti Sanitari, Operatori Socio Sanitari e altre figure professionali con com-

petenze funzionali alle attività del Centro si coordineranno ed integreranno con le professionalità di carattere sociale, educativo e più in generale assistenziale rese disponibili dal Comune di Cagliari. Il modello sarà improntato al lavoro d'equipe con un approccio olistico alla persona ed al suo contesto di vita.

Una volta effettuata l'analisi delle condizioni di salute prevalenti nella popolazione target, si instaureranno infatti dei programmi ad hoc, in parte su base individuale e in parte collettivi. Interventi di valutazione e monitoraggio delle condizioni di salute, nonché interventi di carattere educativo e di promozione, si affiancheranno a quelli programmati di presa in carico degli individui al proprio domicilio, presso i locali del CSQA, o in altri contesti.

In particolare il CSQA si avvarrà della funzione del "facilitatore di salute", che affianca e supporta l'anziano e la famiglia nei processi di autocura (tutoring and coaching) e nella interazione con i servizi sanitari e sociosanitari.

Attività di promozione sociale svilupperanno attraverso seminari formativi e informativi, laboratori, iniziative culturali rivolti a piccoli gruppi o alla popolazione più estesa del quartiere. I temi riguardano la gestione dei fattori di rischio (es. prevenzione cadute, prevenzione delle maggiori comorbidità), le condizioni

di fragilità e vulnerabilità dell'anziano (isolamento sociale, inattività, inadeguato stile di vita, degrado socio-ambientale) e la promozione dell'invecchiamento attivo.

Il Centro Diurno di Quartiere

Il Centro Diurno, situato nello stesso stabile del Centro Salute di Quartiere, con cui lavora in sinergia, garantirà all'anziano un completo sostegno bio-psico-sociale e un supporto concreto per contrastare condizioni di isolamento ed emarginazione.

Il servizio si rivolge alle persone ultra settantacinquenni residenti nel quartiere, ha un carattere prettamente sociale, opera senza fini di lucro e ha anche il compito di favorire, arricchire e sviluppare le relazioni interpersonali tra gli anziani e tra questi e altre categorie di cittadini nel contesto di riferimento.

Tra le attività proposte quelle di impegno sociale, ricreative, culturali, di interesse interno e/o esterno al centro. Sarà, inoltre, possibile poter accedere ad attività di tipo organizzato quali ad esempio laboratori, animazione, punti di accesso internet e attività libere per cui gli utenti potranno affittare alcuni spazi attraverso un sistema di prenotazione per attività di aggregazione che nascono da bisogni personali (compleanni, ricorrenze, ecc.).

Nel centro opererà un'equipe di lavoro composta da animatori e ausiliari socio-assistenziali che organizzano e coordinano le attività ricreative; a queste figure si affiancheranno professionalità quali quelle dell'educatore di comunità, dello psicologo di comunità con compiti di supporto diretto alla persona anziana ma con ricadute soprattutto per le famiglie rispetto a sostegno di un maggiore sviluppo della coesione familiare e sociale di quartiere.

Politiche attive sociosanitarie integrate

Le azioni proposte per il quartiere di Sant'Elia, si inseriscono nelle politiche ordinarie del Comune di Cagliari – Assessorato alle Politiche Sociali e Salute, all'interno di un programma integrato di attività, che prevede il coinvolgimento su base volontaria del Distretto Sociosanitario di Cagliari Area Vasta, dell'Ex Circoscrizione 5 del Comune di Cagliari e della Provincia di Cagliari. Altri soggetti verranno chiamati a partecipare ed, eventualmente, potranno aderire. Tra questi il Distretto Scolastico, Associazioni di volontariato e di promozione sociale (Culturali, sociali, sportive), la Parrocchia, Cooperative di Quartiere, il Conservatorio, il Centro Servizi per il lavoro, realtà produttive e privati cittadini.

Gli attori coinvolti, in relazione alle attività di riferimento secondo le specifiche competenze e responsabilità, sosterranno anche i costi di gestione della struttura mentre le risorse umane necessarie alle diverse tipologie di azione e attività saranno a carico del soggetto giuridico di appartenenza impegnato nella realizzazione del progetto.

Il modello proposto prevede che gli stessi Soggetti coinvolti debbano designare un proprio rappresentante al fine di costituire un Comitato di Coordinamento col compito di svolgere funzioni di indirizzo, monitoraggio e verifica nei confronti dell'attività svolta dal Centro di Salute Sant'Elia e di sovraintendere alla gestione delle risorse messe a disposizione.

L'organizzazione del Centro sarà determinata attraverso una metodologia di lavoro caratterizzata dalla **partecipazione attiva** e dalla **co-progettazione** con i soggetti interessati. Pertanto, il dettaglio di alcune tipologie di azione e attività sarà conseguente alle decisioni emerse dal processo partecipativo.

Il Comitato del Centro di salute Sant'Elia

stabilirà la destinazione degli spazi e gli orari di apertura al pubblico dei servizi offerti e, in generale, definirà l'organizzazione e coordinamento della pluralità di azioni che saranno progettate. Fulcro del Centro di Salute sarà l'**accesso Unitario sociosanitario** e il **Punto Unico di Accesso (PUA)**, che costituiranno il punto di partenza per l'attivazione del servizio di cure primarie, unitamente al **Servizio di segretariato sociale** di primo livello e professionale.

Il quartiere di Sant'Elia

Il primo nucleo del quartiere Sant'Elia, denominato "Borgo Vecchio", come quello di Is Mirrionis, viene edificato tra il 1951 ed il 1956 per dare alloggio alle popolazioni sfollate a causa dei bombardamenti della seconda guerra mondiale. Tra il 1976 e il 2000 si

propone un massiccio intervento edilizio dal forte carattere tardo-moderno e prende forma il "nuovo Borgo": 1501 alloggi, di cui 1424 pubblici distribuiti in 4 grandi complessi edilizi.

Malgrado i progetti di riqualificazione che si sono succeduti negli anni, Sant'Elia ha continuato a mantenere una propria identità, indipendente dal resto della città, aggravando nel tempo i suoi problemi originari di disagio sociale, disoccupazione, microcriminalità, degrado fisico, assenza di spazi pubblici e di servizi alle residenze.

Il profilo del quartiere in cifre rivela al 2012 la presenza di 6900 residenti, distribuiti tra il Borgo Vecchio (1.352) e Borgo Nuovo (5.816). Si tratta di una popolazione composta per più del 50% da adulti di età compresa tra i 30 e 64 anni, per poco più del 15% da

Fig. 3 - La popolazione residente per fasce d'età Borgo Nuovo

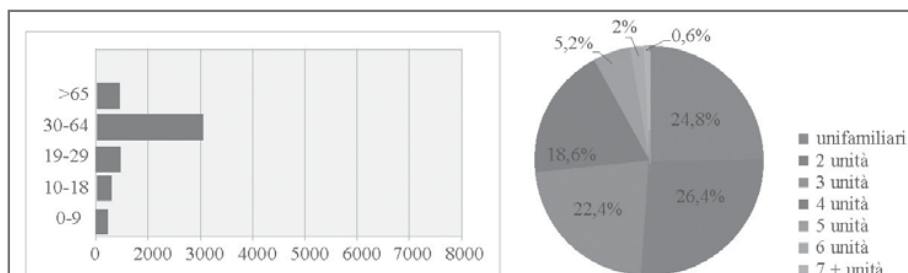
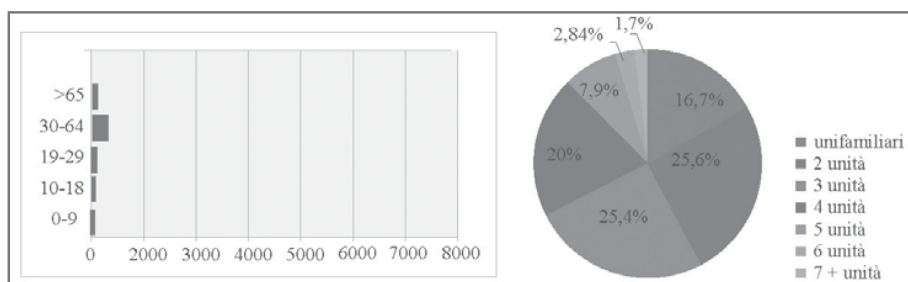


Fig. 4 - La popolazione residente per fasce d'età Borgo Vecchio



Fonte: Atlante demografico 2011 elaborazioni Comune di Cagliari dati 2012

over 65 e da una minoranza di bambini e adolescenti con percentuali oscillanti tra il 7% ed il 9%.

Per quanto riguarda l'istruzione, la percentuale più elevata è quella riferita al diploma di scuola media con il 47%, seguita in ordine decrescente da quello elementare (23%), diploma di scuola superiore (17%), alfabeti (8%), laurea (4%) e analfabeti (1%). Nell'ultimo biennio si può notare una diminuzione di iscrizioni nelle scuole del quartiere, trend che mette in pericolo la sopravvivenza stessa degli istituti. Si passa dal 23% delle scuole private primarie al 4% di quelle statali, anche se il dato più rilevante risulta essere quello delle scuole statali secondarie di primo grado con il 54% di non iscritti nell'anno 2011/2012 rispetto all'anno precedente che contava per lo più 63 studenti.

Tab. 2 - Indicatori di povertà

CONTRIBUTO ECONOMICO PER BISOGNI PRIMARI		
CIRC.5 La Palma / Monte Mixi	372	19,23%
Totale persone beneficiarie del contributo nella città	1934	
RICHIESTE CONTRIBUTO ECONOMICO PER PROBLEMI ABITATIVI		
CIRC. 5 La Palma / Monte Mixi	74	9,5%
Totale persone beneficiarie del contributo nella città	774	
PROGETTI "RITORNARE A CASA ANZIANI"		
CIRC.5 La Palma / Monte Mixi		%
Totale Progetti finanziati nella città	143	

Fonte: Comune di Cagliari, 2013

Tab. 3 - Politiche sociale: la situazione minorile

MINORI IN CARICO AL SERV. SOCIALE		
CIRC.5 La Palma / Monte Mixi	64	10%
Totale minori della città	694	
EDUCATIVA DOMICILIARE		
CIRC.5	21	23,6%
Totale minori della città	89	
SERVIZIO RESIDENZIALE MINORI		
CIRC. 5 La Palma / Monte Mixi	21	18%
Totale minori della città	116	

Fonte: Comune di Cagliari Ufficio Minori - Servizio Politiche sociali, 2013

Per quanto riguarda i dati sul lavoro, le analisi mostrano un preoccupante numero di residenti senza occupazione, pari al 68% del totale. Anche nel caso di Sant'Elia gli indicatori di povertà raggiungono picchi allarmanti (Tab. 2 e tab. 3).

Il Centro di Salute di Quartiere

La scelta di insediare un Centro di Salute nel quartiere di Sant'Elia, presso uno stabile comunale in precedenza ad uso scolastico, vuole superare gli squilibri insiti nella popolazione afferente al territorio e le disagiate condizioni socio-sanitarie.

Il "Progetto Centro di salute Sant'Elia" nasce da una visione partecipata di risorse e ruoli professionali che coinvolge la ASL di Cagliari, il Comune di Cagliari, la Provincia e il privato cittadino singolarmente e/o in

associazioni laiche e/o religiose. Il Centro propone l'attivazione di servizi sociali e sanitari che rispondano alle esigenze del singolo e del gruppo sociale attraverso la promozione, la prevenzione e la cura delle malattie e la sperimentazione di piani e progetti sociosanitari integrati. In questo senso il miglioramento del processo di supporto sociale, avverrà attraverso l'analisi, l'individuazione puntuale delle criticità e la costruzione di progetti assistenziali indirizzati al singolo o al gruppo sociale e familiare. Il raggiungimento di tale obiettivo pone le sue basi sulla sperimentazione, quale strumento innovativo, in tema di:

- promozione della salute di comunità/quartiere;
- cure primarie di quartiere;
- progetti integrati su aree specifiche di interesse della comunità, dei gruppi e dei singoli.

Le tipologie fondamentali di attività erogate dal centro si possono sintetizzare in:

- prestazioni sanitarie di promozione, prevenzione e cura erogate dai Professionisti Sanitari afferenti alla ASL di Cagliari, in regime ambulatoriale e domiciliare a carico della stessa;
- prestazioni sociali di promozione della comunità e di supporto alla persona in stato di bisogno; queste prestazioni sono di competenza del Comune di Cagliari. Le azioni prioritarie saranno rivolte all'accompagnamento delle criticità che possono crearsi nelle diverse fasi del ciclo della vita, con particolare attenzione agli adolescenti, al disagio giovanile e dell'adulto, alle Famiglie e ai minori, agli anziani e all'invecchiamento attivo, promuovendo la solidarietà tra generazioni;

- azioni proprie del volontariato proposte dal privato cittadino e da Associazioni di volontariato e di promozione sociale.

Il Centro, inoltre, sarà luogo di aggregazione e di promozione di attività di prevenzione del disagio e di percorsi di socializzazione e partecipazione attiva.

Per tutti gli operatori del Centro sarà previsto un percorso formativo che favorisca la presa in carico integrata dei bisogni dei pazienti, attraverso la costruzione di progetti individuali integrati. Tutte le attività offerte verranno presentate attraverso una carta dei servizi condivisa.

Conclusioni

Le azioni illustrate sono finalizzate alla promozione di una "città per la salute" e realizzano politiche e programmi rivolti al miglioramento del contesto urbano e, al contempo, a garantire l'efficienza e l'integrazione del sistema socio-sanitario, puntando sulla riqualificazione degli spazi di vita e sul sostegno ai soggetti deboli. L'applicazione del modello di "welfare di comunità" favorisce l'erogazione di servizi attraverso sinergie fra attori sociali, pubblici e privati (profit e non), costruite su una normazione contrattuale innovativa, basata su un'etica della corresponsabilità. Le azioni si sviluppano nel territorio perché "...il territorio è la dimensione idonea per l'attuazione delle politiche... è in questo ambito che le istituzioni, le organizzazioni non profittevoli, le associazioni... prossime alle persone possono integrarsi in modo efficiente e costruiscono soluzioni efficaci ai fini tanto dello sviluppo locale quanto della giustizia sociale"¹⁰. La strategia adottata è definita alla luce di una mappatura territoriale

¹⁰ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, "La vita buona nella società attiva. Libro Bianco sul futuro del modello sociale", Roma 2009.

dei bisogni e delle domande sociali. Gli interventi di comunità hanno il vantaggio di riuscire a dare risposte alle persone e alle loro famiglie, nelle diverse dimensioni della vita quotidiana, mettendo in gioco le risorse e le competenze locali (in questo caso i MMG, il Distretto sociosanitario, varie organizzazioni), rafforzando la coesione sociale dei territori e promuovendo la salute.

D'altra parte la necessità di politiche di inclusione a dimensione territoriale è avvertita a vari livelli. Nel rapporto sulla riforma delle politiche di coesione europee¹¹ viene ribadita la necessità di definire interventi che integrino l'erogazione di pacchetti di beni e servizi con una politica di inclusione sociale

place-based. In quest'ottica i centri di salute di quartiere si propongono di ridurre la vulnerabilità della salute rovesciando il paradigma "di attesa" dell'assistenza, prendendo in carico le persone anche con procedure di offerta attiva e/o con iniziativa diretta, in proporzione al loro bisogno e con strumenti personalizzati di prevenzione o di assistenza. Le azioni proposte, infine, cercheranno di costituire un'importante occasione di apprendimento, attraverso la predisposizione di strumenti informativi di monitoraggio per la verifica delle strategie.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Barton H, Tsourou C. Healthy urban planning: a WHO guide to planning for people. London: Spon press; 2000.
- Barton H, Mitcham C, Tsourou C. Healthy urban planning in practice: experience of European cities. Report of the WHO City Action Group on Healthy Urban Planning; 2003.
- Capolongo S. Qualità Urbana, stili di vita, salute: Indicazioni progettuali per il benessere. Milano: HOEPLI, 2009.
- Chiodini L, Milano R. (a cura di) Le città ai margini. Povertà estreme e governo delle aree urbane. Analisi e linee di orientamento per lo sviluppo di politiche locali sulla marginalità sociale le povertà estreme in Italia. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, CITTALIA; 2010.
- Chiodelli F. La cittadinanza secondo Henri Lefebvre: urbana, attiva, a matrice spaziale, Territorio 2009; 51: 103-109.
- Costa G, Bassi M, Censini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N. (a cura di) L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Milano: Fondazione Smith Kline - Franco Angeli Editore; 2014.
- Costa G, Spadea T, Cardano M. (a cura di) Disuguaglianze di salute in Italia. Epidemiol Prev 2004; 28(3) Suppl: 1-162.
- De Leeuw E, Tsouros AD, Dyakova M, Green G. Healthy cities. Promoting health and equity – evidence for local policy and practice. Summary evaluation of Phase V of the WHO European Healthy Cities Network. Copenhagen: WHO Europe, 2014.
- Duhl LJ, Sanchez AK. Healthy cities and the city planning process. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999.
- Edwards P, Tsouros A. Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments. Copenhagen: World Health Organization Europe; 2006.
- Kickbusch I, Behrendt T. Implementing a Health

¹¹ F. Barca, *An Agenda for a Reformed Cohesion Policy, a place-based approach to meeting European Union challenges and expectations*. Independent. Report, 2009.

-
- 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen. Copenhagen: World Health Organization; 2013.
- Kickbusch I, Gleicher D. Smart governance for health and well-being: the evidence. Copenhagen: World Health Organization; 2014.
 - Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria 6-12 settembre 1978 Alma Ata; URSS.
 - Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Europe; 2013.
 - Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Roma: Unicef; 2004.
 - Legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23 (Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988. Riordino delle funzioni socio-assistenziali).