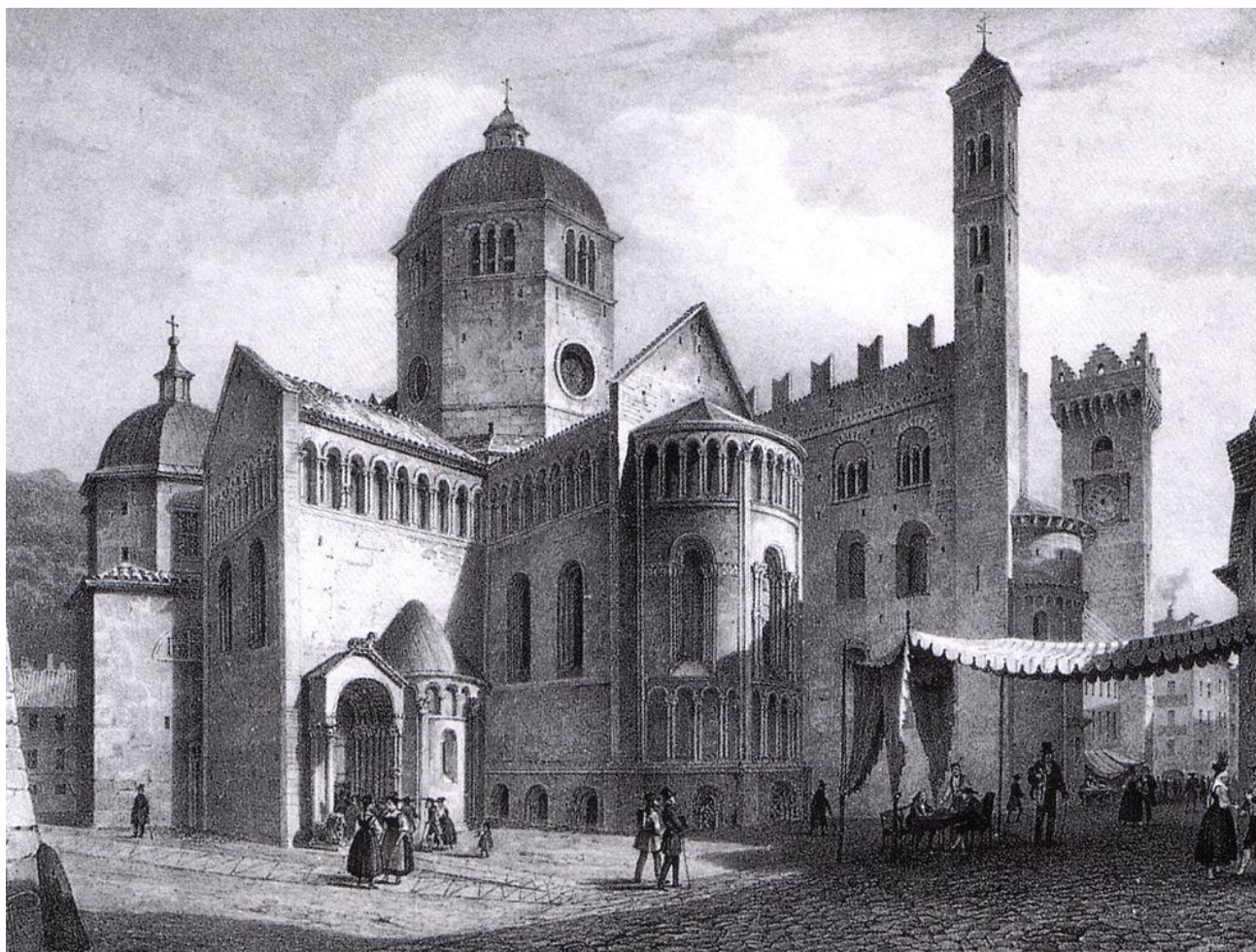


Piano per la Salute 2014-2016

**Approvato con Deliberazione del Consiglio di Direzione
n. 4 del 10 giugno 2014**



In copertina: Lato orientale della cattedrale di San Vigilio a Trento nel XIX secolo, con il campanile di San Romedio e la Torre Civica sulla destra.

Hanno contribuito alla stesura del presente documento:

- Brolis Renata	<i>Servizio Integrazione socio-sanitaria</i>
- De Stefani Renzo	<i>U.O. Psichiatria 2</i>
- Lovaste Raffaele	<i>Servizio per le Dipendenze</i>
- Nava Enrico	<i>Distretto Centro Nord</i>
- Pancheri Roberto	<i>Servizio Alcologia</i>
- Sforzin Simona	<i>U.O. Cure primarie</i>
- Simonetta Francesca	<i>U.O. Cure primarie</i>
- Banal Antonia	<i>Comune di Trento</i>
- Gasperetti Lucia	<i>Comunità della Valle dei Laghi</i>

Prima edizione: aprile 2014

Indice

	Pag.
Premessa	6
1 Il contesto	
1.1 La popolazione del distretto	
1.2 I LEA	
1.3 Programmazione e localizzazione dei servizi territoriali sanitari e socio sanitari	
1.4 Integrazione e trasversalità	
1.4.1 Coinvolgimento di MMG e PLS nel governo delle attività assistenziali territoriali	
1.4.2 Modalità di integrazione con le Strutture Ospedaliere di riferimento territoriale	
1.4.3 Modalità e strumenti di integrazione tra le attività sanitarie, socio sanitarie e sociali	
1.4.4 Modalità di integrazione e di coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione	
1.4.5 Proposta di ulteriori modalità di integrazione	
2 Le priorità e le azioni	25
2.1 Aree prioritarie individuate	
2.1.1 Sostegno ai caregiver ed alle funzioni di cura dei familiari <i>anziani, disabili</i>	
2.1.2 Contrasto al disagio psico-sociale in adulti in condizioni di vulnerabilità <i>salute mentale, dipendenze</i>	
2.1.3 Prevenzione del disagio socio-educativo attraverso la tutela delle funzioni genitoriali e della salute materno-infantile <i>bambini, adolescenti e giovani</i>	
2.2 Impegni nel triennio 2014-16 e programma per il 2014	
2.2.1 Implementazione del PUA	
2.2.2 Sostegno ai caregiver e alle funzioni di cura familiari	
2.2.3 Prevenzione del disagio socio-educativo attraverso la tutela delle funzioni genitoriali e della salute materno-infantile	
2.2.4 Contrasto al disagio psico-sociale in adulti in condizioni di vulnerabilità	
3 Strategie e condizioni di implementazione del Piano per la Salute	35
3.1 Gli strumenti	
3.2 La Comunicazione	
4. Riferimenti normativi e bibliografia	37

Premessa

Il regolamento di organizzazione aziendale approvato nel marzo 2011 individua nel Piano della Salute Distrettuale lo strumento operativo di programmazione delle azioni tese a favorire una risposta unitaria e globale ai bisogni di salute della comunità servita.

Il Piano definisce la programmazione e localizzazione dei servizi territoriali e le modalità di coinvolgimento/integrazione degli stakeholders, le esigenze di salute più significative desunte dal profilo di salute del Distretto, i progetti di promozione della salute attivati e le attività da realizzare nel triennio/anno di riferimento.

Atteso che il moderno concetto di salute descrive un generale stato di benessere della popolazione, per il raggiungimento del quale si alleano forze intersettoriali e interistituzionali non esclusivamente appartenenti al mondo della sanità, ci si attende dal Piano per la Salute il tentativo di affiancare alle azioni tradizionalmente sanitarie di contrasto alle patologie anche uno sforzo per creare le condizioni, tramite la propria organizzazione e in sinergia con altre risorse presenti sul territorio, affinché le persone beneficino di contesti favorevoli, siano in grado di controllare la propria salute e possano seguire percorsi certi nelle situazioni di bisogno.

Mission del Distretto sanitario

E' quella di gestire in modo coordinato e sostenibile i servizi e le attività sanitarie che insistono nel territorio del distretto secondo quanto previsto dagli strumenti normativi provinciali e dalle direttive aziendali.

A tale riguardo gli elementi che indirizzano le azioni distrettuali sono costituiti dalle specifiche indicazioni fissate dal Consiglio di Direzione, dal Piano Sociale Provinciale e dal Piano Provinciale della Salute. Nelle more dell'approvazione del Piano Provinciale per la Salute, sono state recentemente pubblicate le *Indicazioni per lo Sviluppo del Welfare Provinciale a Partire dai Piani Sociali di Comunità*. Inoltre, entrambe le Comunità che insistono sul territorio del Distretto hanno concluso il lavoro di costruzione dei Piani Sociali, e tali documenti sono frutto di un percorso partecipativo che ha coinvolto anche figure della sanità distrettuale.

Vision

E' lo sfidante desiderio di modellare i percorsi assistenziali e organizzativi attorno alle legittime esigenze e aspettative dei malati, dei cittadini e in genere delle parti interessate i quali rappresentano il perno attorno a cui ruotano i processi.

Operare in rete, responsabilità, collaborazione interistituzionale, sostenibilità, professionalità e trasparenza sono le *parole chiave* che ispirano le azioni del Distretto sanitario e che nel presente documento sono prevalentemente rivolte a contrastare le condizioni di bisogno che impattano maggiormente sulle fasce fragili della popolazione.

1 Il contesto

1.1 La popolazione del distretto Centro Nord

L'analisi di seguito riportata è finalizzata a una rappresentazione complessiva dei problemi rilevanti di salute del distretto Centro Nord, partendo dalla lettura di alcune informazioni quantitative, principalmente basate su dati correnti già disponibili sul territorio, ed è tratta, con alcuni aggiornamenti, dal profilo di salute elaborato dall'Osservatorio per la salute dell'Assessorato alla salute e politiche sociali della Provincia Autonoma di Trento.

Territorio

Il distretto Centro Nord comprende il territorio Val d'Adige e la comunità Valle dei Laghi; amministrativamente è suddiviso in 10 comuni di diversa dimensione di cui Trento è il capoluogo di provincia. Ha una superficie di 329,45 kmq con una densità di popolazione pari a 400,09 (abitanti/kmq).

Scenario socio-demografico

Al 1° gennaio 2012 la popolazione residente ammonta a 131.811 abitanti (il 25% della popolazione provinciale) di cui il 48% uomini e 52% donne. Nel corso del 2011 i nati vivi residenti sono 1.235 e il tasso di natalità si è attestato sul valore di 9,4 nati per mille abitanti. Il tasso di natalità degli stranieri residenti nel distretto Centro Nord è di 18,4 nati per mille abitanti.

Il rapporto tra popolazione anziana e popolazione giovane è di 137, ci sono cioè 137 anziani ogni 100 giovani; tale indice di vecchiaia evidenzia uno squilibrio generazionale che porta il Distretto Centro Nord a essere il distretto più «anziano» del Trentino.

Figura 1: struttura per età della popolazione residente e per genere.

Servizio statistica, 2011

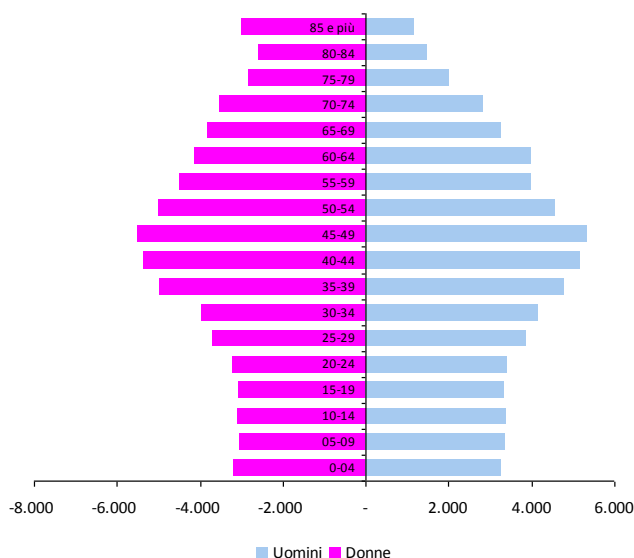


Figura 1. Indice di vecchiaia: 137. Oltre a essere il distretto più «anziano» dell'intera provincia si nota una maggiore presenza della popolazione femminile (rapporto di mascolinità: 0,92) soprattutto dovuto alla maggiore longevità delle donne (eccesso femminile a partire dai 65 anni).

La struttura demografica si caratterizza, pertanto, per una forte componente di anziani, in costante aumento negli ultimi 15 anni relativamente a tutte le fasce di età, ma con un incremento più consistente per la classe degli ultra 85enni. Si restringe invece la quota di adulti in età lavorativa e sono pochi i giovani a rappresentare il ricambio generazionale.

La componente anziana, più spesso in condizioni di «fragilità» e più esposta al rischio di patologie croniche, quella cioè costretta a ricorrere maggiormente ai servizi socio-sanitari, si colloca nella fascia degli ultra 75enni, che rappresenta il 10% della popolazione residente nel distretto Centro-Nord.

L'invecchiamento della popolazione, la propensione dei giovani a rimandare la separazione dalla famiglia d'origine e l'instabilità coniugale incidono sull'assetto della struttura familiare, aumenta il numero delle persone che vivono sole e delle coppie senza figli.

Dall'analisi demografica si evidenziano alcune macrospecificità :

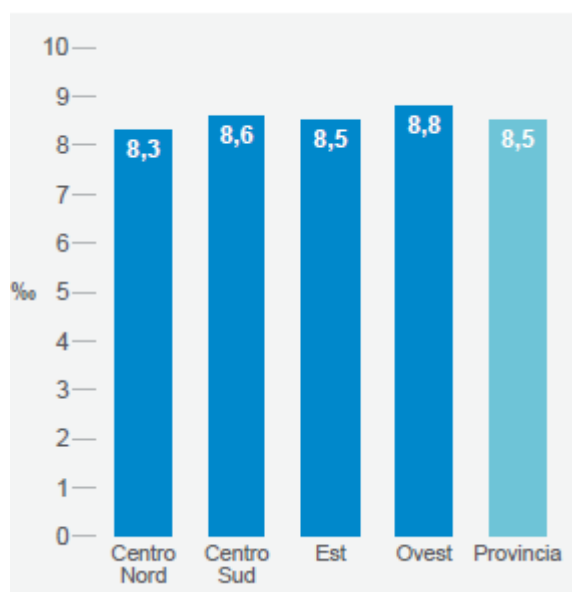
- progressivo invecchiamento della popolazione con aumento della quota di grandi anziani soli, in prevalenza donne;
- ripresa della natalità prevalentemente ascrivibile alla popolazione straniera e, in parte minore, all'aumento della fertilità nella popolazione autoctona;
- crescita della popolazione immigrata;
- famiglia profondamente mutata rispetto al passato, con un minor numero di componenti, una significativa quota di nuclei formati da un solo componente spesso anziano.

Tali trasformazioni produrranno un impatto rilevante nel prossimo futuro. In base agli odierni modelli di vita e di lavoro, neppure la coabitazione potrà garantire la possibilità di prendersi cura dei soggetti deboli della famiglia in termini di tempo, dedizione e prestazioni, per cui si dovrà ancora di più fare ricorso a varie forme di sostegno esterno. Persona e famiglia come risorsa: i care giver sono il cardine essenziale della assistenza, il loro ruolo è così strategico per la tenuta nel tempo dei progetti domiciliari che è necessario supportarli con specifiche azioni che vanno dalla formazione a sportelli di ascolto, a disponibilità di strumenti di «sollevio».

Scenario epidemiologico e bisogni di salute

Mortalità generale e per causa

Figura 2: tasso grezzo di mortalità in provincia di Trento, per distretto. Registro delle cause di morte, 2011



I profili di mortalità generale mostrano valori inferiori al dato nazionale, il trend si mantiene costante su livelli molto bassi mai superiori al 9%. Nel 2011 sono decedute 1.091 persone residenti nel Distretto Centro-Nord e il tasso di mortalità è risultato pari all'8,3 per mille (figura2), uno dei più bassi in Italia dove il valore medio nazionale è 9.7%.

Il basso valore del tasso grezzo del Trentino si può in parte spiegare con la struttura per età della popolazione, più giovane di quella italiana. In ogni caso se si divide il tasso di mortalità per causa ed età il decesso, sempre meno probabile in gioventù e in età adulta, è un evento che va progressivamente spostandosi verso età più elevate. In Trentino quasi i ¾ dei decessi si concentra negli ultra 74enni.

Figura 3: tasso grezzo di ospedalizzazione per malattie cardiovascolari (per 1.000 abitanti) in provincia di Trento, per distretto. Anno 2011

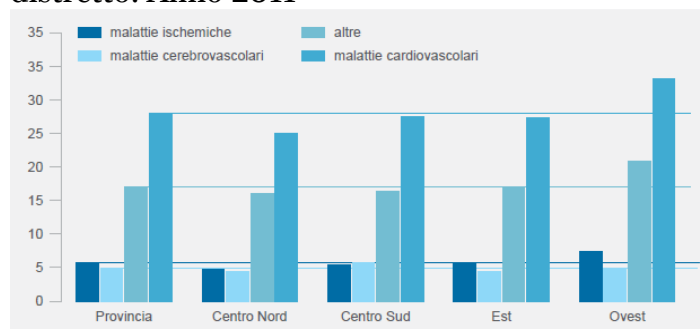
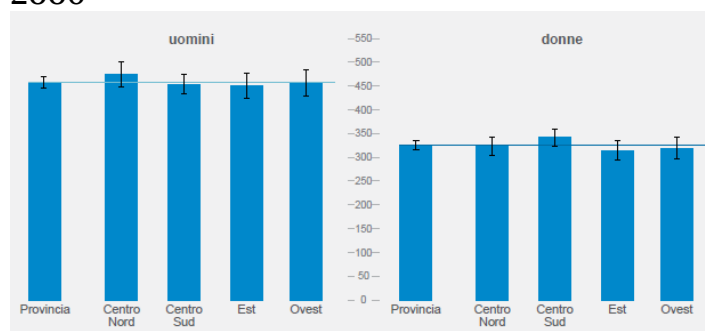


Figura 4: tasso standardizzato (pop. europea, per 100.000 abitanti) di incidenza per tutti i tumori, esclusi i tumori della cute, per genere e distretto. Registro tumori della provincia di Trento, 2003-2006



Le malattie cardiovascolari si confermano come prima causa di morte (397 pari a 36,4%), seguite dai tumori (354 pari al 32,4%). Le malattie cardiovascolari sono anche uno dei principali motivi di ricovero ospedaliero ne rappresentano il 22% del totale (figura 3). Mentre tra le cause di morte evitabile quella che toglie il maggior numero di anni tra gli uomini sono i tumori del polmone (30%; 19 anni a decesso), seguono i traumatismi (21% degli anni persi con 35 anni a decesso). Per le donne sono i tumori della mammella a togliere il maggior numero di anni (27%; 30 anni a decesso), seguiti dai tumori del polmone (23%; 24 anni a decesso). Le altre principali cause di morte sono le malattie del sistema respiratorio (90 pari al 8,2%), malattie del sistema nervoso (49 pari al 4,5%) e traumatismi (41 pari al 3,8%).

Speranza di vita

Grazie ai numerosi progressi e alle migliorate condizioni di vita negli anni si è osservato un aumento della longevità della popolazione. In provincia di Trento nel 2011 la speranza di vita alla nascita è pari a 85,5 anni per le donne e 80,0 anni per gli uomini. Il profilo di mortalità per le donne trentine è migliore rispetto a quello della media nazionale, per gli uomini la situazione è più simile alla media italiana che comunque è migliorata di quasi 7 anni dal 1992 ad oggi.

Speranza di vita libera da disabilità

La mortalità generale continua il suo trend decrescente ed è un evento che va progressivamente spostandosi verso età più elevate. Ciò è il risultato della riduzione di tutte le principali cause di morte che hanno influito con un'intensità diversa a seconda del genere e dell'età. L'aumento della longevità non è solo crescita di vita in buona salute. La speranza di vita libera da disabilità è un indicatore che si basa sulla definizione di salute identificandola con l'assenza di malattia o di una limitazione funzionale che ostacola o impedisce le attività di vita quotidiana. Se si considera anche questo valore il divario tra i generi è molto più ridotto rispetto alla aspettativa di vita. In Italia, sebbene le donne abbiano una vita media di 5,3 anni più elevata degli uomini, hanno mediamente 6,3 anni in più da vivere con disabilità.

Nell'ambito delle disabilità, un posto di rilievo è occupato dalle malattie mentali che nella statistica nazionale occupano la quarta posizione costituendo un concreto problema di sanità pubblica con trend in crescita e che, dal punto di vista sanitario, coinvolge trasversalmente tutte le strutture del Dipartimento della salute mentale, ma produce anche impatto notevole sulla qualità della vita sia delle persone affette che dei loro familiari. La situazione della provincia di Trento è migliore rispetto alla media nazionale; non si notano differenze significative tra i distretti. Al primo posto si trovano i disturbi nevrotici e la depressione seguiti da schizofrenia, disturbi bipolari e della personalità. La connessione di tali disturbi con il contesto socio-economico e con gli altri determinanti di salute è molto stretta.

Comportamenti e condizioni legati alla salute

Le principali cause di morte (malattie cardiovascolari e tumori) hanno in comune quattro fattori di rischio: fumo di sigaretta, sedentarietà, cattiva alimentazione e consumo di alcol. Questi fattori di rischio sono inoltre associati anche alle malattie respiratorie croniche e al diabete, due ulteriori cause di morte di fondamentale importanza.

Questi fattori di rischio non si distribuiscono in maniera significativamente diversa nel Distretto Nord rispetto alla popolazione provinciale complessiva.

Attività fisica

Nel Distretto Centro-Nord il 40% della popolazione adulta è attivo, il 44% lo è parzialmente, mentre il 16% è sedentario, ossia circa 14.000 persone in età adulta che non praticano nessun tipo di attività fisica. In provincia la prevalenza di sedentari è del 16%, in Italia del 30%.

Pare interessante evidenziare il 19% dei sedentari che percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente e il 53% dei parzialmente attivi che invece è consapevole di praticare poca attività fisica. Pare possibile che, facendo leva su questa consapevolezza, una parte di questi ultimi da persone parzialmente attive diventino attivi. In questo processo diventano fondamentali l'interesse e i consigli dei medici di medicina generale. Tuttavia solo al 43% di chi è stato dal medico nell'ultimo anno è stato chiesto se svolge attività fisica e solo al 39% è stato consigliato di farla regolarmente.

Fumo di sigaretta

Nel Distretto Centro-Nord la metà (49%) degli adulti tra i 18 e i 69 anni è non fumatore, il 24% è un ex-fumatore e il restante 27% è un fumatore. Si stima quindi che tra la popolazione adulta nel Distretto Centro-Nord ci siano 35-36.000 fumatori, di cui il 44% tenta di smettere (tentativi che riescono solo nel 15% dei casi).

Al 44% dei residenti nel Distretto Centro-Nord che vanno dal medico viene chiesto se fuma e solamente al 44% dei fumatori è consigliato di smettere (52% in provincia).

Consumo di alcol

Il 33% degli adulti residenti nel Distretto Centro-Nord non beve alcolici e il 41% consuma alcol in maniera moderata. Il 17% beve alcol fuori pasto, il 6% consuma abitualmente quantità elevate di alcol e il 12% è un bevitore binge. Per il 26% il consumo di alcol è a maggior rischio.

Si stima quindi che nel Distretto Centro-Nord ci siano oltre 5.000 adulti che consumano abitualmente alcol in modo elevato, 10-11.000 bevitori binge e circa 23.000 consumatori a maggior rischio.

Solamente al 18% dei residenti nel Distretto Centro-Nord che è stato nell'ultimo anno dal medico è stato chiesto se consuma alcol. Praticamente inesistenti sono i consigli dati, alle varie categorie di persone con un consumo di alcol a maggior rischio, di bere meno, in linea con quanto si verifica per l'intera provincia.

Alimentazione e stato nutrizionale

Il 68% degli adulti residenti nel Distretto Centro-Nord è normopeso, il restante 32% in eccesso ponderale (24% sovrappeso, 8% obeso). Pur considerando che la situazione è mediamente migliore rispetto alla media provinciale, si stima che nel Distretto Centro-Nord ci siano 7-8.000 obesi e 21.000 adulti in sovrappeso (di cui il 45% ritiene il proprio peso giusto). In provincia la prevalenza di persone in eccesso ponderale è 36%, in Italia 42%. Il 57% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico (55% in provincia). Il counselling del medico risulta importante in quanto tra le persone in eccesso ponderale il 43% segue una dieta se consigliata dal medico, contro il 21% di quelle non consigliate.

Tra gli adulti residenti nel Distretto Centro-Nord il 98% mangia frutta e/o verdura almeno una volta al giorno, il 43% ne mangia tre-quattro porzioni al giorno, solo il 16% mangia le 5 porzioni giornaliere raccomandate (16% in provincia, 10% in Italia).

Un importante fenomeno, che negli ultimi anni ha registrato un progressivo incremento, è rappresentato dai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) che si configurano oggi come problema sociosanitario specifico. Si tratta di un complesso di forme morbose riassuntiva di quadri clinici d'interesse psichiatrico e internistico più specificamente noti come: anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati; tra questi ultimi va inserita la patologia nota come obesità da iperalimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder). Tali disturbi mostrano - specie le forme bulimiche - una maggiore incidenza nella fascia di età compresa tra i 14 e i 25 anni e interessano il sesso femminile nel 90% dei casi. In questa fascia di età presentano il tasso di mortalità più elevato di tutte le malattie psichiatriche (circa 5%). Sono in aumento i casi ad esordio precoce < di 14 anni e i casi maschili. La maggior parte dei DCA si trova in comorbidità con altri disturbi psichiatrici (disturbi dell'umore, disturbi d'Ansia, disturbi di personalità).

Consumo di alcol e dipendenze.

Il Trentino è una delle regioni italiane nelle quali si consuma più alcol, già dall'età giovanile. Per la fascia d'età 18-65 anni si rileva il 63% di consumatori di bevande alcoliche e che il 26% è considerata bevitore a rischio, rispetto ad una media nazionale del 18%. La situazione distrettuale non si discosta significativamente dalla media provinciale; si stima che nel distretto ci siano oltre 5.000 adulti che consumano abitualmente alcol in modo elevato, 11.000 bevitori binge e circa 23.000 consumatori a maggior rischio.

Per quanto attiene al consumo di sostanze illecite, il fenomeno a livello provinciale non presenta sostanziali variazioni negli ultimi quattro anni come evidenziato dalla sottostante tabella.

	2009	2010	2011	2012
Numero utenti	1.771	1.912	1.900	1.896
di cui nuovi utenti	594	642	599	607
Numero prestazioni erogate	118.677	133.495	101.885	91.795

La diffusione capillare nel territorio di tutte le droghe correlate allo spaccio e la facilità di approvvigionamento di sostanze ad azione stupefacente tramite internet rende possibile un bacino molto ampio di consumatori occasionali.

Emergente è invece il problema del gioco che ha acquisito anche in Trentino ampia diffusione tra tutti gli strati della popolazione. Una percentuale contenuta di *consumatori/giocatori occasionali* sviluppa una malattia da dipendenza, ad alto costo sociale, trattabile con interventi specialistici e azioni di supporto comunitario.

1.2 I LEA

Il decreto legislativo 502/1992 definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA) come l'insieme delle prestazioni e delle attività che il Servizio sanitario nazionale, attraverso le risorse pubbliche raccolte con la fiscalità generale, è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione alla spesa (ticket).

Sono incluse nei LEA le prestazioni che presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate.

Sono invece escluse dai LEA:

- le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità di assistenza;
- le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti;
- le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre.

Il DPCM del 29 novembre 2001 - emanato in attuazione della legge n. 405 - definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA) ed elenca le attività e le prestazioni incluse nei Livelli, quelle escluse e quelle che possono essere fornite dal Servizio sanitario nazionale solo a particolari condizioni

Il DPCM. 28 novembre 2003 ha modificato il decreto sui LEA inserendo nei Livelli alcune certificazioni mediche precedentemente escluse.

I LEA, ovvero le attività e le prestazioni da garantire - attraverso un'interazione funzionale di strutture, risorse e professionisti - sono ricondotti a tre macro aggregati :

1. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli: promozione e educazione alla salute, profilassi delle malattie infettive e parassitarie, attività di prevenzione rivolte alla persona, vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce, tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali, tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro, sanità pubblica veterinaria, tutela igienico-sanitaria di alimenti e bevande e sorveglianza e prevenzione nutrizionale, attività di valutazione e di certificazione medico-legale;

2. assistenza distrettuale, che comprende tutte le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio e le strutture semiresidenziali e residenziali: assistenza sanitaria di base, assistenza farmaceutica (farmacie territoriali), assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale, assistenza integrativa, assistenza protesica, assistenza termale;

3. assistenza ospedaliera, che comprende le attività di emergenza/urgenza e pronto soccorso, le attività di ricovero ospedaliero per acuti nei diversi regimi (ordinario, day hospital, day surgery) e le attività di ricovero in lungodegenza e riabilitazione.

Le prestazioni, le attività e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini. Le Regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelli inclusi nei LEA., con propri stanziamenti

I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, pur confermando l'universalità del Servizio Sanitario Nazionale che da corpo al "diritto alla salute", vengono a connotarlo con un elemento di "selettività" e vanno intesi:

1. come base condivisa di interventi che ciascuna regione/provincia deve garantire per assicurare una distribuzione equa dell'offerta sanitaria su tutto il territorio nazionale, a prescindere dai diversi modelli assistenziali scelti e attuati e indipendentemente dalle scelte operate sull'organizzazione dei servizi nei rispettivi ambiti territoriali;

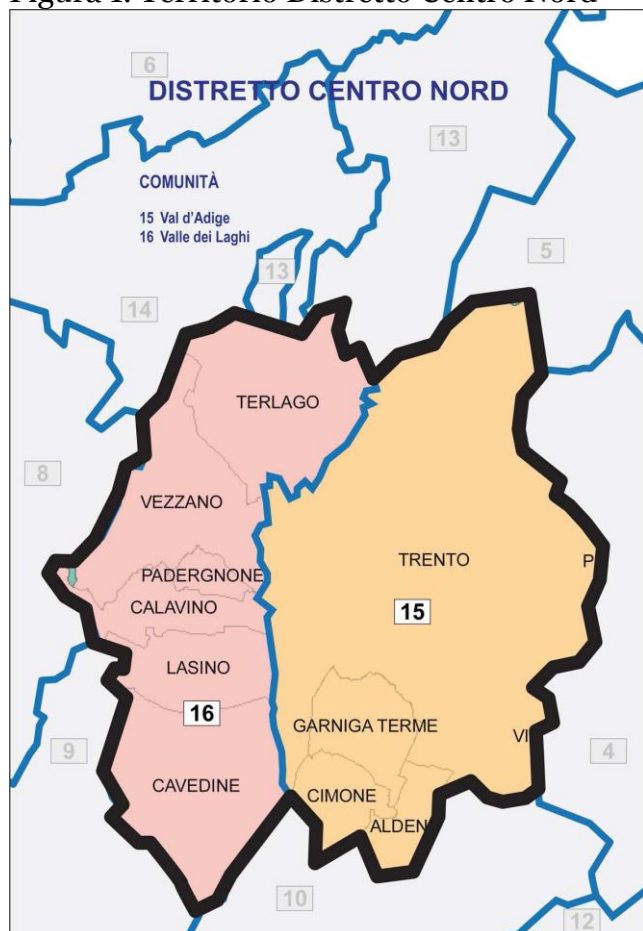
2. come gli ambiti di attività sanitaria (territoriale, specialistica, farmaceutica, ospedaliera, socio-sanitaria, ecc.) **che una comunità intende garantire**, in relazione al proprio livello socio-economico e culturale e alla popolazione di riferimento.

Va segnalato che i livelli di assistenza non possono essere fissati una volta per tutte ma necessitano invece di essere modificati in relazione a nuove esigenze della collettività e dei singoli nonché all'evoluzione scientifica e tecnologica.

1.3 Programmazione e localizzazione dei servizi territoriali sanitari e socio sanitari

Il Distretto Sanitario Centro Nord rappresenta un'articolazione organizzativa fondamentale dell'APSS di Trento. La sede del Distretto è in Viale Verona a Trento, al Centro per i servizi sanitari, palazzina B - 3° piano. Il territorio di riferimento sottende due comunità rappresentate dalla Comunità Territorio Valle d'Adige (comprendente i comuni di Trento, Aldeno, Cimone e Garniga Terme) e dalla Comunità della Valle dei Laghi (figura 1)

Figura 1. Territorio Distretto Centro Nord



funzione organizzativa integrata con i servizi sociali, diretta all'ascolto, all'orientamento e alla presa in carico del cittadino e delle famiglie con problemi socio-sanitari complessi. Il PUA è finalizzato a garantire al cittadino un percorso valutativo, assistenziale e di presa in carico dei bisogni che tenga conto della situazione complessiva, degli interventi e prestazioni cui ha diritto e dei servizi disponibili sul territorio. Al Distretto Centro Nord è assegnata la direzione dipartimentale per il coordinamento territoriale della salute mentale e delle dipendenze.

Nell'ambito territoriale di riferimento, il Distretto Centro Nord garantisce le attività previste dal LEA distrettuale ivi comprese quelle svolte dalle strutture con competenza multizonale (medicina legale, cure palliative, prevenzione e trattamento delle dipendenze ivi comprese quelle alcol-correlate, neuropsichiatria infantile e psicologia clinica).

Nel Distretto sono stati istituiti i due punti unici di accesso (PUA) previsti: uno in Trento e uno in Valle dei Laghi, quale

Premesso che tutte le attività sono diffuse capillarmente su tutto il territorio distrettuale e/o, se previsto, direttamente al domicilio dell'assistito nella seguente tabella sono indicati le principali funzioni/attività socio-sanitarie presenti nel Distretto Centro Nord e le relative sedi operative:

	Distretto Centro Nord	
	Val d'Adige	Valle dei Laghi
PUA	Trento	Vezzano
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI, ADI-CP)	Sì	Sì
Assistenza Domiciliare medica e infermieristica (ADP, ADInf)	Sì	Sì*
Poliambulatori Specialistici	Trento	Vezzano e Cavedine (ginec.)
Attività Consultoriale	Trento	*
Ambulatorio ostetrico	Trento	
Ambulatori di igiene pubblica	Trento	Vezzano
Attività di Igiene Pubblica e Medicina Legale	*	*
Alcologia e Cura delle dipendenze	Trento	
Psichiatria Domiciliare	*	*
Centro Salute Mentale e Ambulatori di psichiatria	Trento	
SPDC	Trento Osp. S.Chiara	
Psicologia Clinica	Trento	
Neuro Psichiatria Infantile	Trento	
Guardia Medica	Trento*	Calavino*
Medici Med Gen (tot 81)	*	*
Pediatri Lib Scelta (tot 18)	*	* *

(*) attività svolte capillarmente su tutto il territorio distrettuale e/ o se previsto direttamente a domicilio dell'assistito.

Di seguito sono elencate APSP convenzionate con l'APSS

<i>Sede e denominazione</i>	<i>tipologia servizi</i>	<i>n p letto base</i>	<i>n p letto sollievo</i>	<i>n p letto demenze</i>	<i>n p letto nucleo sanitario</i>	<i>n p letto namir</i>	<i>n p letto a sede osp.</i>	<i>Totale n p</i>
Trento Civica San Bartolomeo	RSA	81	3	20	20			124
Trento Civica Angeli Custodi	RSA	105	3	0	0			108
Trento Civica Gabbiolo	RSA	55	1	0	0			56
Trento Civica Gardolo	RSA	67	3	0	0			70
Trento Beato de Tschiderer	RSA	92	0	0	15			107
Povo	RSA	150	1	10	20	4		185
Trento SPES Villa Belfonte	RSA	72	0	0	5			77
Trento SPES Via Borsieri	RSA	50	2	10	0			62
Trento SPES Via Veneto	RSA	72	0	0	0			72
Cavedine	RSA	53	1	5	0			59
Trento San Camillo	RSO	0	0	0	0	0	25	25
Totale		797	14	45	60	4	25	945

Di seguito sono elencati i posti Centri Diurni Convenzionati

<i>Sede e denominazione</i>	<i>Tipologia servizio</i>	<i>Posti Convenzionati</i>
Clarina Spes Scarl	CD	20
Gardolo Kaleidoscopio Scarl	CD	25
Mattarello ATI: S.A.D. Scarl	CD	14
Povo APSP Margherita Grazioli	CD	25
Ravina F.A.I. Scarl	CD	15
Trento APSP Civica di Trento	CDA	20
Totale		119

Legenda: RSA= Residenza Sanitaria Assistenziale; RSO= Residenza Sanitaria Ospedaliera; CD= Centro Diurno; CDA= Centro Diurno Alzheimer

La successiva tabella riporta le Strutture Psichiatriche per la Residenzialità presenti sul territorio

STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE TERAPEUTICO-RIABILITATIVE A CARATTERE INTENSIVO							
Nome distretto	Nome comunità	Tipo struttura	Denominazione	Indirizzo	Ricettività	Tipo	Ente gestore
CENTRO NORD	VAL D'ADIGE	Struttura Residenziale Psichiatrica	Residenza Psichiatrica Casa del sole	Trento Via Menguzzato, 50	13	Residenziale	APSS/AMA/LA PANCHINA
STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE PER MINORI DI ETA'							
Nome distretto	Nome comunità	Tipo struttura	Denominazione	Indirizzo	Ricettività	Tipo	Ente gestore
CENTRO NORD	VAL D'ADIGE	Comunità socio sanitarie per minori	G.A. Campotrentino	Trento Via Antonio Detassis, 33	7	Residenziale	Associazione Provinciale Problemi Minori
CENTRO NORD	VAL D'ADIGE	Comunità socio sanitarie per minor	G.A. Campotrentino	Trento Via Antonio Detassis, 34	3	Semiresidenziale	Associazione Provinciale Problemi Minori
CENTRO NORD		Centro diurno socio educativo	PAESE DI OZ	Via Aosta 1 e Via Fermi 70 -Trento		Semiresidenziale	ANFFAS
		Centro diurno socio educativo per adulti	CENTRO FRANCA MARTINI	Via Taramelli 8/c e via Degasperì 126/2 - Trento		Semiresidenziale	ATSM
RESIDENZIALITA' LEGGERA							
Nome distretto	Nome comunità	Tipo struttura	Denominazione	Indirizzo	Ricettività	Tipo	Ente gestore
CENTRO NORD	VAL D'ADIGE	Appartamento semiprotetto	Appartamento Comunità di Valle	Trento Largo Medaglie d'oro, 4	8	Residenziale	Fondazione Comunità solidale
CENTRO NORD	VAL D'ADIGE	Appartamento semiprotetto		Trento Piazza Garzetti, 12	4	Residenziale	Associazione la Panchina
CENTRO NORD	VAL D'ADIGE	Appartamento semiprotetto	Appartamento Comunità di Valle	Trento Piazza Garzetti, 14	3	Residenziale	Fondazione Comunità solidale
CENTRO NORD	VAL D'ADIGE	Appartamento semiprotetto	Appartamento Comunità di Valle	Trento Via San Martino, 23	4	Residenziale	Fondazione Comunità solidale
CENTRO NORD	VAL D'ADIGE	Abitare leggero	Alloggio	Trento Via Bettini Madonna Bianca, torre1	4	Residenziale	Associazione la Panchina

*Distretto sanitario Centro Nord
Piano distrettuale per la salute 2014-2016*

CENTRO NORD	VAL D'ADIGE	Abitare leggero	Fare Assieme Mostra Sud	Trento Passaggio teatro Osele, 13	3	Residenziale	Associazione la Panchina
CENTRO NORD	VAL D'ADIGE	Abitare leggero	Fare Assieme Mostra Nord	Trento Passaggio teatro Osele, 13	4	Residenziale	Associazione la Panchina
CENTRO NORD	VAL D'ADIGE	Abitare leggero	Fare Assieme Viale Trieste	Trento Viale Trieste, 29	4	Residenziale	Associazione la Panchina
CENTRO NORD	VAL D'ADIGE	Abitare leggero	Casa Auto Mutuo Aiuto	Trento Via della Collina,15	9	Residenziale	Associazione la Panchina

COMUNITA' AD INDIRIZZO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO PER LE DIPENDENZE

Nome distretto	Nome comunità	Tipo struttura	Denominazione	Indirizzo	Ricettività	Tipo	Ente gestore
CENTRO NORD	CAMPARTA	Struttura residenziale	Comunità terapeutica di - Camparta	Trento - loc. Camparta	21	Residenziale	CAD - CENTRO ANTI DROGA
CENTRO NORD	CASA DI GIANO	Struttura residenziale	Accoglienza "Giano"	Vezzano – fraz. S. Massenza Via di Maiano	15	Residenziale pz. inviati da Ser.D in comorbidità psichiatrica	CTS - CENTRO TRENINO DI SOLIDARIETA'
CENTRO NORD	CASA DI GIANO	Struttura residenziale	Progetto "Giano"	Vezzano – fraz. S. Massenza Via di Maiano	15	Residenziale pz. inviati da Alcolgia e Salute Mentale in comorbidità psichiatrica	CTS - CENTRO TRENINO DI SOLIDARIETA'

COMUNITA' RIABILITATIVE PER DISABILI

Nome distretto	Nome comunità	Tipo struttura	Denominazione	Indirizzo	Ricettività	Tipo	Ente gestore
CENTRO NORD	CASA SERENA	Struttura residenziale	NUOVA CASA SERENA	Trento - loc. Cognola via Campanelle, 50	48 resid. 8 semiresid.	Residenziale e Semiresidenziale	ANFFAS Trentino - ONLUS

1.4 Integrazione e trasversalità

Come verrà in seguito approfondito, l'integrazione tra soggetti che hanno il mandato istituzionale di occuparsi delle tematiche di salute della popolazione rappresenta un obbligo ineludibile legato all'esigenza di fare convergere le molteplici conoscenze e competenze specialistiche multiprofessionali verso il comune obiettivo di sincronizzare le azioni per il benessere della persona, evitando le frammentazioni di intervento, le sovrapposizioni e i ritardi nell'intercettazione e decodificazione del bisogno. A ciò si aggiunge la possibilità di concordare percorsi assistenziali univoci efficaci ed efficienti.

Gli attori in gioco sono molteplici e appartenenti al mondo delle organizzazioni istituzionali, ma anche del terzo settore o di entità meno organizzate, aventi in comune l'interesse al tema della salute intesa in tutta la sua ampiezza sia perché sono direttamente partecipi del sistema di governo dei processi sia perché sono chiamati a rispondere per il ruolo amministrativo che rivestono nella collettività.

Il distretto individua come obiettivi di integrazione i seguenti soggetti:

- medici dell'assistenza primaria (MMG e PLS);
- ospedali di riferimento;
- i servizi sociali presenti sul territorio
- PUA, UVM e Consultorio familiare

1.4.1 Coinvolgimento di MMG e PLS nel governo delle attività assistenziali territoriali

Il Distretto costituisce il luogo organizzativo in cui si realizzano le condizioni per integrare e organizzare le attività dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri (PLS), che rappresentano spesso il primo punto di riferimento per i cittadini e gli interlocutori principali nel processo nella presa in carico dei malati e nella continuità assistenziale sul territorio.

Le relazioni con questi professionisti sono finalizzate al miglioramento continuo dell'assistenza domiciliare offerta agli utenti e alle famiglie con riferimento sia agli aspetti organizzativi che a quelli clinico assistenziali con riferimento particolare a quelle attività che vedono integrarsi le attività di cura con quelle più propriamente assistenziali gestite dal distretto e dai servizi sociali:

- l'attivazione di ADI ed ADI-CP
- la continuità assistenziale ai malati complessi e/o in fase terminale e alle loro famiglie, nell'attività quotidiana a domicilio del paziente.
- l'UVM per le cinque aree di fragilità
- la continuità ospedale-territorio per il governo del processo di dimissione/riammissione tramite la funzione del coordinatore di percorso.

Il recente accordo per la Medicina generale siglato in settembre u.s. consente di avviare nuove modalità di lavoro in integrazione funzionale e logistica. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) descritte nell'accordo possono essere riempite di contenuti organizzativi che migliorino la qualità della cura e della tutela della salute, promuovendo prassi di lavoro in cui il medico e l'infermiere mettono in pratica la medicina d'iniziativa, l'educazione terapeutica nelle malattie croniche, la promozione dei comportamenti salutari.

1.4.2 Modalità di integrazione con l'ospedale di riferimento territoriale

Il Distretto Centro Nord si contraddistingue per incorporare nel proprio territorio l'ospedale di riferimento provinciale S. Chiara di Trento che svolge quindi funzione di hub nei confronti degli altri nosocomi della rete ospedaliera provinciale per il secondo e talvolta il terzo (di eccellenza) livello assistenziale ospedaliero, ma riveste anche funzione di

ospedale di riferimento per la cittadinanza di Trento, al quale vanno ad affiancarsi le strutture private classificate o accreditate (Ospedale S. Camillo e Casa di Cura Villa Bianca). Le due funzioni si integrano molto bene offrendo quindi un indubbio vantaggio in termini sanitari e assistenziale.

I rapporti di integrazione con il distretto sono sempre in un progressivo stato di dinamismo che consente di anno in anno di incrementare una costruttiva collaborazione.

Gli strumenti di integrazione con la struttura ospedaliera sono le riunioni periodiche, i protocolli e gli accordi fra la direzione di Distretto e quella ospedaliera e fra le singole unità operative sia del territorio che dell'ospedale.

Gli ambiti maggiormente sviluppati riguardano i rapporti tra le unità operative mediche e quelle di assistenza primaria (cure primarie e cure palliative) e della salute mentale (psichiatria, neuropsichiatria infantile e psicologia clinica) del distretto; anche le aree delle dipendenze devono essere considerate.

Per questo si sono sviluppati nel corso del tempo sistemi di comunicazione diretta fra i coordinatori ospedalieri e territoriali finalizzati alla gestione delle dimissioni protette. Le funzioni dell'infermiere coordinatore di percorso sono attive da oltre 5 anni in ogni ambito territoriale e struttura ospedaliera di riferimento.

Per gli ambiti consultoriali e della salute materno-infantile sono in corso collaborazioni strutturate tra l'UO Cure Primarie e l'UO Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale S. Chiara.

In particolare è attivo il *Percorso Fragilità*, in ingresso ed in dimissione, per le gravide con fattori di vulnerabilità che le pongono ad alto rischio psico-sociale.

1.4.3 Modalità e strumenti di integrazione tra le attività sanitarie, socio sanitarie e sociali

La Legge provinciale n. 13/2007 (Politiche sociali nella provincia di Trento) riconosce l'importanza del coordinamento delle politiche sociali con le altre politiche che concorrono al benessere della persona, tra cui spiccano le politiche della salute. L'articolo 41 della stessa legge, specificamente dedicato all'integrazione sociosanitaria, prevede, da parte della Provincia, la promozione di strumenti di coordinamento organizzativo che assicurino risposte unitarie a bisogni complessi.

La lettura combinata della citata legge sulle politiche sociali con la Legge provinciale n. 16/2010 "Tutela della salute in provincia di Trento" permette di delineare l'organizzazione dei soggetti istituzionali coinvolti nella promozione dell'integrazione sociosanitaria, che si articola su due livelli: uno provinciale ed uno di comunità/distretto:

- a livello provinciale la Commissione provinciale per l'integrazione socio sanitaria e il Consiglio dei Sanitari;
- a livello di ogni singola Comunità di Valle:
 - il **Consiglio per la salute** composto dal presidente della comunità e dai sindaci compresi nell'ambito territoriale;
 - il **Comitato di coordinamento per l'integrazione sociosanitaria**, composto da soggetti sia del settore sociale sia del settore sanitario con compito di individuare le modalità organizzative ed operative per l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria a livello locale, in particolare dei PUA;
 - il **Tavolo territoriale** quale organo di consulenza e di proposta per le politiche sociali locali.

Il Piano sociale di comunità previsto all'art.12 della L.P.13/2007 costituisce lo strumento di programmazione delle politiche sociali del territorio e concorre alla formazione del piano sociale provinciale. La comunità approva il piano sulla base della proposta formulata dal tavolo territoriale. La comunità disciplina la durata, le modalità di approvazione e di aggiornamento del piano, individua idonei strumenti per la raccolta dei dati funzionali alla

definizione dei suoi contenuti e assicura la valutazione strategica degli interventi da inserire in esso.

L'applicazione dei citati atti normativi si è concretizzata nella realizzazione di importanti strumenti di integrazione socio-sanitaria e al rafforzamento di quelli esistenti.

Qui di seguito vengono elencati quelli di maggiore rilievo.

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), istituita per la prima volta con Deliberazione della Giunta provinciale n. 3634/2000 rappresenta il momento valutativo multidimensionale del processo di presa in carico della persona e costituisce lo strumento operativo per l'integrazione ed il coordinamento della rete dei servizi socio-sanitari. L'UVM è stata ridefinita, mantenendone i contenuti essenziali, dalla LP 16/2010 e dalla Deliberazione della Giunta provinciale n. 3010 del 30 dicembre 2011, che ha introdotto le cinque arre di fragilità, i nuovi strumenti di valutazione, il ruolo del case manager e del piano assistenziale individualizzato (PAI).

Presso il distretto Centro Nord sono attive le cinque UVM e l'UVM Disabilità Provinciale per l'accesso agli Istituti residenziali per disabili.

Il Punto Unico di Accesso (PUA), introdotto dalla LP n. 16/2010 e successivamente regolamentato dalla Deliberazione della Giunta provinciale n. 1255 del 15 giugno 2012,, rappresenta un presupposto fondamentale per un efficace governo dell'accesso ai servizi territoriali, in una logica di ottimizzazione dell'uso delle risorse e di forte integrazione socio sanitaria. La Legge provinciale 16/2010 sottolinea l'importanza dell'integrazione socio sanitaria e il ruolo dei distretti sanitari che “attuano la gestione integrata di attività sociali e sanitarie in conformità all'articolo 21 e alla Legge provinciale sulle politiche sociali”. I PUA rappresentano una nuova modalità organizzativa atta a garantire un'appropriata, equa e diffusa accessibilità al sistema di tutela sanitaria, socio-sanitaria e socio assistenziale:

- sono moduli organizzativi integrati con i servizi sociali, diretti all'orientamento e alla presa in carico del cittadino;
- garantiscono all'utente e alla sua famiglia il principio della libertà di scelta in ordine all'individuazione dell'ente erogatore dei servizi, fatta salva la coerenza con le scelte terapeutiche e assistenziali nonché la compatibilità con le esigenze organizzative delle strutture coinvolte;
- consentono l'accesso ai servizi a elevata integrazione sanitaria avviene per mezzo delle UVM, che accertano lo stato di bisogno nelle aree materno-infantile, anziani, disabilità, salute mentale e dipendenze e definiscono il progetto individualizzato d'intervento.

Il PUA si rivolge a tutti i cittadini in situazione di fragilità che richiedono una presa in carico integrata sociale e sanitaria (con una particolare attenzione all'intero nucleo familiare) ed è una risorsa per gli operatori dei servizi sociali e sanitari (assistenti sociali, MMG, PLS, operatori sociali, educativi, insegnanti, ...). L'équipe base del PUA è composta da infermiere (coordinatore di percorso) ed assistente sociale della Comunità di Valle ed è integrata dal personale medico dell'Unità Operative di Cure Primarie.

Nel Distretto Centro Nord sono attivi il PUA di Trento ed il PUA di Vezzano (Comunità della Valle dei Laghi).

Il Consultorio Familiare è una struttura del sistema sanitario con compiti di consulenza e assistenza sanitaria, psicologica, sociale per il singolo, la coppia e la famiglia. Nell'ambito delle sue molteplici funzioni ben chiarite nella legge istitutiva (405/1975 integrata poi dalla Legge 40/2004) il supporto socio-sanitario riveste caratteristica

peculiare e principale in quanto fa leva su un approccio di équipe indirizzato alle problematiche multifattoriali della salute, con riferimento particolare a quella della donna. Il consultorio è un luogo di forte integrazione socio-sanitaria presso il quale operano diverse professionalità appartenenti a enti diversi accomunati dall'interesse di tutelare il benessere della persona nelle sue varie espressioni, sanitaria e sociale, attivando i percorsi e gli strumenti propri delle organizzazioni di appartenenza.

La funzione consultoriale rappresenta da tempo un virtuoso esempio di collaborazione interistituzionale e di progettualità partecipata e condivisa (antesignano dell'attuale PUA) al cui livello si intreccia il variegato bagaglio delle esperienze e delle professionalità presenti al fine di realizzare piani assistenziali personalizzati sulle peculiari esigenze dell'utente.

Il Distretto Centro Nord coordina le attività dei Consultori familiari di Trento e di Mezzolombardo

1.4.4 Modalità di integrazione e di coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione

Assicurare che i cittadini siano sani e raggiungano il loro pieno potenziale presuppone la prevenzione delle malattie e dei traumi, la promozione della salute e del benessere, la capacità di garantire condizioni di vita che favoriscano le scelte salutari, la capacità di comunicare tempestivamente, la capacità di fornire una assistenza sanitaria efficace e coordinata.

In una recente pubblicazione, Marshall e Ovretveit [*Primary Care and Public Health, Exploring integration to improve population health; Comitee on Integrating Primary Care and Public Health; The National Academies Press, Washington D.C. available at www.nap.edu; Am J Public Health, Supplement 3, 2012*] affermano che l'integrazione tra Cure Primarie e Dipartimento di Prevenzione è ormai un elemento irrinunciabile per il sistema sanitario. Soprattutto nel tentativo di garantire assistenza di qualità contenendo i costi. L'integrazione fra le articolazioni del sistema sanitario potrebbe migliorarne la capacità di svolgere la loro missione e di relazionarsi agli altri stakeholder per catalizzare la collaborazione favorendo un movimento intersettoriale verso il miglioramento della salute della popolazione.

Il Dipartimento di Prevenzione è l'articolazione organizzativa dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari volta alla tutela della salute ed al miglioramento della qualità della vita della popolazione, mediante attività di promozione della salute, di prevenzione delle malattie infettive e cronico degenerative, di promozione della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

Il Dipartimento attua interventi volti ad individuare, far conoscere e rimuovere le cause di rischio, di origine ambientale, umana e animale che possono nuocere alla salute dei singoli e della collettività, con particolare attenzione alle fasce più deboli e maggiormente esposte, mediante l'uso appropriato degli strumenti messi a disposizione dall'epidemiologia.

L'integrazione tra il Distretto ed il dipartimento di Prevenzione avviene prevalentemente attraverso la condivisione del Piano della Prevenzione, alla cui realizzazione concorrono diversi servizi distrettuali, in primis quelli di Alcologia ed i Consultori familiari, e che rappresenta il punto di riferimento per tutte le attività diffuse di promozione della salute e dei corretti stili di vita, prevenzione dei comportamenti a rischio e per il coinvolgimento attivo delle diverse Agenzie (scuola, privato sociale, etc).

Nel Distretto Centro Nord, a differenza di altre realtà territoriali, la funzione di prevenzione e promozione della salute è direttamente esercitata nel contesto dipartimentale in quanto il coordinamento e l'esercizio delle principali attività è assegnata alla responsabilità di questa struttura: la prevenzione primaria, l'educazione alla salute,

l'effettuazione delle attività di screening solo per citare alcuni esempi. E' tuttavia da rilevare che presso l'organizzazione distrettuale insistono, con valenza provinciale, le funzioni di prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche (da sostanze di abuso, da alcol, da gioco) per cui l'integrazione con le azioni esercitate dal Dipartimento di Prevenzione sono necessariamente strette e permanenti e il coordinamento si realizza attraverso l'elaborazione di piani di lavoro condivisi e la definizione di indicazioni operative su tematiche specifiche, fra cui prioritariamente, le attività di Promozione e di Educazione alla Salute che ha una ricaduta trasversale su varie attività dell'assistenza territoriale.

Alcuni esempi di progettualità condivisa sono rappresentati da:

- elaborazione dei profili di salute/stili di vita (modalità di raccolta e analisi dati, informazione ai cittadini e alle istituzioni, raccolta diffusione dati sui fattori di rischio interventi di promozione e valutazione),
- attività di prevenzione delle dipendenze (programmi e campagne informative),
- effettuazione degli screening oncologici (definizione e gestione dei programmi),
- attività di Educazione alla Salute negli Istituti Scolastici del territorio,
- azioni di promozione della salute che coinvolgono i professionisti dell'assistenza primaria (medici di medicina generale, pediatri, infermieri).

1.4.5 Proposta di ulteriori modalità di integrazione

Come visto le occasioni già strutturate di integrazione e coordinamento tra soggetti sia appartenenti al mondo sanitario (reti) che intersettoriale (alleanze e protocolli) sono ampiamente diffuse e rappresentano un *modus operandi* consolidato ed efficace.

Tematiche puntuali come quelle che verranno successivamente descritte ed approfondite necessitano tuttavia forme di approccio più puntuali ed intensive, che abbiamo la capacità di determinare anche il coinvolgimento di soggetti della comunità ristretta che pur non avendo un preciso mandato istituzionale, possono attivamente partecipare con la conoscenza territoriale e con l'impegno personale all'elaborazione di strategie innovative di supporto alle situazioni di difficoltà.

Il tema della trasversalità e del coinvolgimento comunitario, anche praticato su realtà territoriali limitate, può rappresentare una stimolante sfida di responsabilizzazione comune sulle tematiche della fragilità e di valorizzazione delle risorse "informali" presenti, creando così entità nuove, sensibilizzate sui problemi ed abilitate ad affrontarli in un contesto di mutualità.

Pertanto una modalità operativa sarà rappresentata dall'istituzione di tavoli operativi di lavoro monotematici in cui possano partecipare sia gli operatori delle organizzazioni che hanno la tutela della salute e del benessere sociale come mission istituzionale, ma anche soggetti, incardinati in contesti più o meno strutturati, che possono, tramite la loro conoscenza, esperienza e desiderio di mettersi a disposizione, contribuire all'individuazione di situazioni di bisogno particolare o inespresso.

2 Le priorità e le azioni

L'individuazione delle aree di intervento tiene particolare conto degli indirizzi scaturiti da un lato dalle *Indicazioni per lo sviluppo del welfare provinciale a partire dai piani sociali di comunità* - con evidente riferimento a quelli elaborati dalla Comunità del Territorio Val d'Adige e dalla Comunità della Valle dei Laghi – dall'altro delle direttive contenute negli strumenti di pianificazione sanitaria citate negli allegati al presente piano.

Le parole ispiratrici del presente piano sono “*approccio unitario ai bisogni*” e “*partecipazione allargata di diversi soggetti al raggiungimento degli obiettivi definiti dal servizio sanitario provinciale*” con evidente riferimento all'esigenza che gli obiettivi del piano vadano ad allinearsi a quelli identificati dai servizi del “Sociale”.

Il sistema delle politiche sociali descritto nelle Indicazioni per lo sviluppo del welfare citate in precedenza traccia una serie di priorità di carattere generale tra cui se ne riconoscono alcune in tutto coincidenti con quelle del servizio sanitario:

- la promozione dell'integrazione con il settore sanitario e socio-sanitario attraverso l'attivazione dei PUA,
- la tutela della domiciliarità,
- il rafforzamento degli interventi di prevenzione, in particolare per quanto riguarda l'area minori,
- l'individuazione di metodologie uniformi per la valutazione multidimensionale dei bisogni e per l'omogeneizzazione dei percorsi di assistenza.

Nelle Indicazioni di cui sopra, l'area dell'integrazione socio-sanitaria è considerata strategica per assicurare continuità di cura e di assistenza verso le classiche aree di fragilità materno-infantile, anziani, disabilità, salute mentale e dipendenze. Al medesimo tempo, il distretto è riconosciuto quale luogo fisico e organizzativo di sintesi tra il momento gestionale e quello professionale. Alle tradizionali aree consultoriale e dell'UVM, portate come virtuoso esempio di integrazione socio-sanitaria, si va ad aggiungere l'attuale strumento del PUA, al servizio del cittadino ma anche degli operatori.

E ancora, nel percorso “long life” riportato delle Indicazioni si rinvencono molteplici richiami ad azioni che il settore sanitario ha ben chiare; il sostegno alla funzione genitoriale, il contrasto alla violenza di genere al disagio psichico e alle dipendenze, il supporto della funzione di caregiver, la valutazione del bisogno con strumenti multidimensionali uniformi, l'orientamento ai servizi, il sostegno alle reti parentali nelle situazioni di grave disabilità rappresentano tutte priorità che già oggi si rinvencono nei piani di attività delle strutture dell'APSS che operano a livello territoriale.

Il percorso che ha portato all'individuazione delle priorità è stato ampiamente partecipato e condiviso con le comunità che insistono sul territorio distrettuale ed ha iniziato il suo iter già nella fase in cui i tavoli territoriali locali hanno dato corso alla ricognizione dei bisogni per la successiva costruzione dei piani sociali; a tali tavoli la presenza della Sanità è stata costantemente assicurata.

L'elaborazione del presente documento ha tenuto quindi conto di due ordini di fattori.

Il primo è quello connesso alla conoscenza della situazione sanitaria di fondo del distretto come emerge da una molteplicità di fonti informative - tra cui spicca il profilo di salute provinciale - e alle indicazioni contenute nei documenti strategici di pianificazione e di miglioramento provinciali e aziendali.

Il secondo e più caratterizzante aspetto riguarda gli elementi scaturiti dai piani sociali e su questi è stata operata una valutazione approfondita tesa a fare emergere quelle istanze in cui l'integrazione socio-sanitaria poteva costituire la risposta efficace del sistema in termini di obiettivi, progettualità e risorse impegnate.

L'individuazione delle priorità si è basata sul criterio innovativo della trasversalità che ha tenuto conto non tanto delle fasi evolutive della vita o della classificazione per ambiti di fragilità, ma dell'esigenza di affrontare i diversi problemi con azioni comuni.

Questo approccio è risultato particolarmente apprezzato dagli operatori e pienamente condiviso nel contesto di un unitario Comitato di coordinamento per l'integrazione socio-sanitaria che ha visto riuniti attorno al medesimo tavolo esponenti di entrambe le Comunità e del Distretto.

2.1 Aree prioritarie individuate

2.1.1 Sostegno ai caregiver ed alle funzioni di cura dei familiari

anziani, disabili

La letteratura sul tema sia di ordine sanitario che di tipo socio-economico concorda nel concludere che la funzione di cura, nella sua più ampia accezione del *farsi carico dei bisogni essenziali delle persone*, non può essere delegata in forma esclusiva agli operatori del settore socio-sanitario; le funzioni di cura, quindi, non possono essere sostenute dal un sistema che affannosamente cerca di sopravvivere alla progressiva contrazione delle risorse e che deve pertanto ottimizzare i propri sforzi indirizzandoli dove sono più necessari, in relazione alla complessità delle situazioni e/o alla riduzione del ruolo di protezione sociale della rete familiare.

Nella sostanza le azioni vanno riservate a quelle tipologie di utenti che difficilmente riescono a trasformare da soli il proprio bisogno socio-sanitario in esplicita domanda e che necessitano quindi di un servizio pubblico capace di intercettare proattivamente il bisogno trasformandolo in assistenza sotto forma di counselling o di case-management attivo (diretto, o mediato dalle risorse espresse dalla comunità).

Si comprende bene come lo spettro delle fattispecie sia veramente vasto e intercetti variegate situazioni di fragilità passiva che spaziano dalle disabilità connatali o acquisite nel corso della vita sino all'area degli anziani divenuti non autosufficienti.

Lo sviluppo della competenza delle persone nella funzione di sostegno della propria fragilità o di quella dei propri cari diventa quindi l'obiettivo dichiarato di questa prima area in cui si prevede di concentrare gli interventi degli operatori verso a quelle situazioni (pro-attive o contingenti) nelle quali il modello assistenziale entra in sofferenza.

Tale funzione di sostegno si attua attraverso:

- la formazione congiunta degli operatori degli ambiti sociale e sanitario
- la formazione ed il supporto dei care-giver (empowerment secondo il Chronic Care Model - CCM), compreso l'orientamento ai servizi
- la valorizzazione di risorse presenti nella comunità e definite "informali" e il riorientamento dei servizi territoriali istituzionali e accreditati anche come ruolo sociale
- l'affiancamento e il sostegno con progettualità mirate su problematiche specifiche (ad esempio il progetto sperimentale SAD-Alzheimer)
- l'azione dei Punti Unici di Accesso come luogo di intercettazione del rischio di fragilità e dei bisogni (anche nella fase precoce della non autosufficienza), di progettualità condivise e di attivazione delle risorse operanti a livello territoriale.
- Lo sviluppo di una azione condivisa, con servizio sociale e terzo settore, per rendere organico e coordinato il quadro di attività, interventi e servizi per la disabilità dell'adulto.

La formazione congiunta degli operatori della sanità e del sociale ha positive ricadute sia dal punto di vista del contenuto che sotto l'aspetto relazionale. Non è infatti scontata la reciproca conoscenza di base delle modalità di lavoro, delle finalità e progettualità, dei vincoli e dell'offerta in termini di servizi insiti nelle rispettive organizzazioni di appartenenza; il momento formativo consente di appianare questo gap e permette di conoscere a fondo i contesti interistituzionali nei quali gli operatori si muovono. Inoltre

nella formazione congiunta le persone imparano a conoscersi e ciò facilita poi i rapporti formali che, in presenza di procedure e protocolli standardizzati di collaborazione, diventano più immediati e quindi più efficienti. Va da sé, infine, che la formazione congiunta consente ai partecipanti un immediato confronto sui contenuti e sull'operatività.

Per quanto attiene alla formazione e supporto al care-giver, questi divengono essenziali nella prospettiva di mantenere il più a lungo possibile le situazioni in un regime di affrancamento dalla dipendenza dai servizi. Riprendendo le considerazioni iniziali, il fatto che le persone o le famiglie mantengano il più possibile l'autonomia nella gestione delle situazioni di bisogno, consente al servizio pubblico di concentrare le proprie risorse dove è più necessario. In quest'ottica l'approccio alla cronicità mediante il modello di stratificazione della popolazione secondo il rischio (CCM) spinge a concentrare gli sforzi di case-management e care-management sugli individui ad alto rischio di fragilità. Il care-giver diviene quindi risorsa per la persona e per il sistema socio-sanitario a patto che possieda la competenza assistenziale, sia messo nella condizione di orientarsi all'interno dei servizi e possa essere tempestivamente supportato con interventi di affiancamento o di sollievo nei momenti critici. In questa direzione va vista la possibilità di attivazione sia di risorse informali presenti nella comunità, quali ad esempio le associazioni di volontariato che possono offrire un grande contributo nell'alleviare situazioni di sofferenza, ma anche di risorse formali, quali ad esempio quelle costituite dal circuito delle APSP. Nello specifico il ruolo istituzionale delle RSA, tradizionalmente espletato nella funzione residenziale, potrebbe essere ampliato alla funzione sociale di supporto sia sul fronte della formazione che su quello della creazione di opportunità di sollievo.

Quanto al supporto al carico fisico e psicologico dei familiari (talvolta degli operatori) nelle situazioni di particolare criticità, come ad esempio nel caso di assistenza a pazienti in condizioni di demenza medio-grave, esistono già specifiche progettualità quali la sperimentazione di un servizio di assistenza a domicilio per anziani affetti da demenze (progetto SAD-Alzheimer attivato a Trento e Rovereto) che rappresenta un primo tentativo di dare concreta risposta alle difficoltà dei caregiver formali e informali.

La recente attivazione di PUA (punti unici di accesso) costituisce un nuovo e dinamico strumento di progettualità condivisa nei confronti della cronicità e della non autosufficienza che va ben oltre la semplice attivazione di prestazioni e servizi territoriali. Si tratta di un vero e proprio investimento per il futuro in quanto il PUA presenta un potenziale non del tutto esplorato di progettualità integrata nelle diverse aree della fragilità, presso il quale gli operatori, ma anche gli utenti, definiscono i piani, impegnano le risorse disponibili, rendono efficienti i percorsi assistenziali esistenti, ma ne disegnano anche di nuovi.

Si vogliono infine valorizzare le risorse del volontariato e del privato sociale con riferimento specifico al contesto del disabilità in età evolutiva ed adulta. In questo ambito, le risposte ai bisogni assistenziali sono spesso frammentate e rigide, ossia difficilmente modificabili in risposta a bisogni diversi. Emerge invece che è necessario che questi enti entrino in gioco nelle progettualità complessive sulle persone disabili, pensando strategie di coinvolgimento efficaci e sostenibili.

2.1.2 Contrasto al disagio psico-sociale in adulti in condizioni di vulnerabilità *salute mentale, dipendenze*

E' questo un corposo contenitore che comprende adulti interessati da disagi di varia natura prevalentemente attinente agli ambiti della salute mentale, delle dipendenze, dei fenomeni di prevaricazione (es. violenza sulle donne).

Le azioni in questo campo possono essere raggruppate in un filone preventivo e in uno reattivo mirato alle singole situazioni di contingenza.

Sotto il profilo preventivo va premesso che, per il distretto Centro Nord, il coordinamento delle azioni preventive è esercitato dal Dipartimento di Prevenzione che pianifica gli interventi appropriati condividendone i contenuti con le strutture operative quali il Servizio per le Dipendenze, il Servizio Alcologia, il Consultorio familiare e altre strutture operative che sono incardinate nella struttura distrettuale. Pertanto i rapporti tra Distretto e Dipartimento di Prevenzione sono molto frequenti e stretti e le progettualità vengono costantemente condivise: esse riguardano gli interventi di educazione sanitaria, di promozione dei comportamenti positivi per la salute, di coinvolgimento di associazioni di volontariato per attivare i più appropriati interventi di comunità.

A fianco di queste azioni tipiche della prevenzione vi sono poi una serie di azioni molto più mirate e sempre attinenti al mondo della salute mentale e del contrasto alle dipendenze che sono finalizzate al supporto di situazioni individuali di difficoltà, gestite direttamente dalle strutture o in partnership con associazioni e con il concorso di risorse della comunità. L'esperienza del "*fareassieme*" ad esempio rispecchia pienamente questa nuova metodologia di produrre salute, tramite la valorizzazione di utenti dei servizi di salute mentale e relativi familiari (UFE) che divengono attivi protagonisti perché mettono in comune il loro sapere esperienziale basato su un personale successo nel percorso di cura.

L'efficacia di questi approcci, soprattutto nei confronti dei "pari" (cioè altri utenti dei servizi che si trovano a vivere importanti situazioni di malattia) è nota e documentata da oltre un decennio ed è divenuta ben presto un fulgido esempio di *best practice* di empowerment organizzativo.

Il modello UFE continua quindi a permeare la realtà socio-sanitaria distrettuale, tentando anzi di varcare la soglia della salute mentale per contagiare altri settori quali quello delle dipendenze da alcol e da gioco, la cui diffusione a livello comunitario ha raggiunto e superato la soglia di attenzione.

Nel periodo di riferimento si intende pertanto mantenere la direzione intrapresa dalla progettualità della salute mentale (che si avvale del forte coinvolgimento della comunità anche negli interventi di promozione del reinserimento e inclusione sociale sostenibile per le persone gravate da condizioni di malattia mentale), dando nel contempo impulso ad iniziative di ulteriore contrasto al consumo di alcol al gioco patologico attraverso i gruppi di auto mutuo aiuto e di familiari.

Altra tematica ritenuta prioritaria nel piano distrettuale è rappresentata dalla violenza di genere che sta emergendo con frequenza sempre più inquietante. Atteso che si sono già costituiti in Provincia alcuni strumenti per la migliore conoscenza del fenomeno, con finalità anche di tipo consultivo (il Comitato per la tutela delle donne vittime di violenza e l'Osservatorio provinciale per la violenza di genere) l'esigenza che si prospetta è quella di fare attivamente parte della rete territoriale assieme alle comunità con l'obiettivo, peculiare per il distretto, di formalizzazione di azioni di counselling e indirizzo per le vittime di violenza. Nella fattispecie il Consultorio familiare può divenire punto di accesso, di monitoraggio, di realizzazione di iniziative anche formative e di punto di presa in carico integrato con la rete dei restanti servizi.

2.1.3 Prevenzione del disagio socio-educativo attraverso la tutela delle funzioni genitoriali e della salute materno-infantile

bambini, adolescenti e giovani

L'approccio organizzativo a questo complesso di problemi è prevalentemente incentrato sulla funzione consultoriale del distretto con forte coinvolgimento delle strutture della salute mentale quali la psicologia clinica, della neuropsichiatria infantile, della psichiatria degli adulti e, per specifici aspetti, del dipartimento delle dipendenze, nonché dei servizi sociali territoriali.

In questo ambito sono già significative le esperienze di progettualità condivisa tra Sociale e Sanità. Il tema può essere affrontato da diversi angoli di visuale, ma la problematica rimane unitaria e sostanzialmente connessa ad un progressivo sfaldamento della competenza genitoriale, spesso aggravata da condizioni contingenti quali la cittadinanza straniera, la coesistenza di una disabilità fisica o cognitiva, la transizione dallo stato di minore a quello di adulto.

I luoghi di intercettazione del problema del disagio sono molteplici sia nella collettività (servizi sociali e scuola ai primi posti) che nel mondo sanitario a partire dal momento della nascita – e della preparazione alla nascita – lungo il percorso di vita dei minori, anche nelle occasioni di contatto coi servizi territoriali (medicina di base, specialistica) o ospedalieri, ed implicano un'approfondita conoscenza e orientamento delle risorse presenti sul territorio. Come accennato, accanto ai servizi sociali del territorio, principalmente deputati ad intercettare le situazioni a maggiore vulnerabilità sociale, anche il consultorio può rappresentare un punto di accesso per il riconoscimento tempestivo delle condizioni che preludono alla crisi del rapporto tra genitore e figlio per la presenza di elementi già francamente patologici o per condizioni psico-sociali di vulnerabilità che rappresentano il substrato fertile all'instaurarsi di situazioni di privazione affettiva.

Esistono, e devono continuare ad essere sostenuti, progetti insiti nel cosiddetto percorso nascita e che riguardano la tutela della donna in gravidanza che si trova in situazione di fragilità psico-socio-sanitaria, allargando maggiormente lo spettro di partecipazione del sociale e delle risorse della comunità, associative e non, per implementare la rete esterna di supporto.

Un'ulteriore esperienza da coltivare è quella fornita dal progetto “*Scommettiamo sui giovani*” di taglio preminentemente preventivo psico-sociale con l'intendimento di intervenire in quelle situazioni che la letteratura scientifica definisce più a rischio. Con l'accompagnamento della madre nel percorso antecedente alla nascita e successivamente sostenendo il rapporto affettivo madre-bambino, il progetto tende ad consolidare una prassi comunitaria di prevenzione del disagio e promozione del benessere (inteso sia nell'area educativa e scolastica che in quella dei comportamenti a rischio) e della salute mentale in età evolutiva in una casistica di situazioni selezionate.

Rientrano in questo contesto altre iniziative tra le quali quelle che prendono spunto dal filone progettuale del *baby friendly hospital* promosso da Unicef e OMS come strumento di promozione della relazione madre-bambino anche in ambito extra-ospedaliero e l'ipotesi di progettualità con il Servizio Sociale per i Minorenni (Centro di Giustizia Minorile di Venezia) per la presa in carico delle situazioni devianti nei minori.

Tutto ciò valorizzando ed ottimizzando i contesti di integrazione istituzionale in cui si condividono le progettualità sulle situazioni complesse, come l'UVM Età Evolutiva recentemente avviata ed ancora in fase di piena sperimentazione.

Infine si ribadisce l'esigenza di intraprendere percorsi di formazione congiunta (tra il sociale e il sanitario) con la finalità di favorire lo sviluppo di un approccio culturale e metodologico al tema delle famiglie e dei minori in condizioni di vulnerabilità sociale.

2.2 Gli impegni nel triennio 2014-16 e programma per il 2014

2.2.1 Implementazione del PUA

Obiettivi triennali 2014-2016	Azioni generali	Azioni previste nel 2014
Implementare il Punto Unico di Accesso – PUA in tutte le funzioni previste dalla norma	Rendere disponibili percorsi integrati di presa in carico delle persone fragili attivabili dal PUA innovativi rispetto alle attuali prassi dei servizi.	Attuare iniziative congiunte tra Distretto e Comunità della Valle dei Laghi e del Territorio Valle dell'Adige di analisi dell'attività dei PUA ed individuazione delle azioni di miglioramento da realizzare nel 2014. Realizzare iniziative formative congiunte per le équipes dei PUA con la metodologia della formazione sul campo.

2.2.2 Sostegno ai caregiver ed alle funzioni di cura dei familiari

Obiettivi triennali 2014-2016	Azioni generali	Azioni previste nel 2014
Rafforzare il sostegno alla rete familiare messa in difficoltà dal carico di cura	Diffondere la conoscenza degli interventi rivolti ai non autosufficienti ed alle loro famiglie	Realizzazione di iniziative organizzate congiuntamente ai soggetti già operanti ed al rete di volontariato esistente. In previsione: serate di informazione/formazione ed auto-sostegno per caregiver di anziani non autosufficienti. <i>Gennaio-Febbraio 2014</i>
“	Approfondire i bisogni della famiglie promuovendo percorsi flessibili tra i servizi.	In previsione: avvio di un tavolo integrato sulla disabilità, con privato sociale, APSP, servizio sociale e realtà aziendali (Dipartimento di Riabilitazione). <i>Primavera 2014.</i> In previsione: formazione congiunta per operatori sanitari, sociali e delle cooperative convenzionate per SAD; avvio di strumenti di integrazione sui pazienti in carico. <i>Ottobre 2013-Aprile 2014</i>
Misurare il fenomeno disabilità adulta integrando i dati		Censire i cittadini disabili che usufruiscono di servizi socio-assistenziali e socio-educativi. Definire la capacità complessiva del sistema (socio-sanitario e sociale) di

esistenti.		rispondere ai bisogni espressi e non. (Triennio 2014-2016)
------------	--	---

2.2.3 Prevenzione del disagio socio-educativo attraverso la tutela delle funzioni genitoriali e della salute materno-infantile

Sostegno alla funzione educativa, di cura e di assistenza ai minori da parte delle famiglie.	Aumentare le forme di sostegno alle funzioni familiari e favorire l'orientamento per l'accesso ai servizi	Rafforzare il coordinamento fra servizi sanitari e servizi sociali per la protezione dei minori ed il supporto alla famiglia: PLS, Consultorio familiare, asili nido, scuole di ogni ordine e grado e servizi sociali territoriali, servizi di mediazione familiare, integrandoli con le iniziative proposte a livello territoriale. In previsione: percorso fragilità per le gestanti e rischio psico-sociale. Accesso in UO Ginecologia. <i>In corso</i> In previsione: BFH fase 2, percorso territoriale di promozione dell'attaccamento madre-bambino. 2014.
“	Valorizzare e rendere più efficiente il processo UVM Età Evolutiva	Nella fase a regime, garantirne il miglior funzionamento possibile rendendo l'UVM-EE un strumento sostenibile, efficace e trasparente per le famiglie, utile per gli operatori, funzionale a creare alleanze positive con il privato sociale. In previsione: buone prassi per l'UVM Età Evolutiva nel territorio Val d'Adige. <i>Documento in fase di redazione.</i>

2.2.4 Contrasto al disagio psico-sociale in adulti in condizioni di vulnerabilità

Promuovere l'accesso alle informazioni, l'accompagnamento e l'empowerment dei cittadini e delle famiglie con disagi psico-sociale nel percorso di accesso ai servizi.	Ludopatia	<i>Prevenzione</i> SerD Il SerD e i Servizi di Alcolologia (negli interventi generali sugli stili di vita) raccordandosi con il Dipartimento Prevenzione e in collaborazione con l'Associazione AMA promuovono momenti di informazione e empowerment rivolti alla popolazione sul gioco d'azzardo al fine di render più facile da parte dei cittadini il riconoscimento dei problemi legati al gioco d'azzardo e le modalità di accesso ai Servizi. <i>Trattamento</i>
--	-----------	--

		<p>SerD Accoglienza, assessment e presa in carico delle persone con problemi di gioco d'azzardo ed invio ai gruppi AMA al fine di eliminare la dipendenza e promuovere attività di empowerment della persona e della famiglia. La presa in carico sarà diretta negli ambiti territoriali di Trento, Vallagarina e Alto Garda e Ledro.</p> <p>Servizi di Alcologia Negli altri ambiti la prima accoglienza è compito dei Servizi di Alcologia che inviano ai gruppi AMA e al SerD per assessment.</p>
	<p>Fare assieme e UFE</p> <p>Centri di primo ascolto a livello di ambito territoriale</p>	<p>Salute mentale <i>Rafforzare la partecipazione attiva di utenti e familiari nei percorsi di cura</i> <u>Azione 1.</u> Offerta ad almeno 150 utenti su base annua lo strumento Percorsi di cura condivisi 2 e attività di promozione correlate <u>Azione 2.</u> Offerta di uno spazio 'fiducia e speranza' nella sede del Servizio <i>Ampliare le attività di empowerment nelle aree abitare e lavoro</i> <u>Azione 1.</u> Radicamento del progetto 'neri per casa' <u>Azione 2.</u> Ampliamento attività di inserimento lavorativo con finalità profit <i>Ampliare le attività UFE</i> <u>Azione 1.</u> Attivare un gruppo UFE di accompagnamento alle situazioni di crisi</p> <p>Alcologia <i>Rafforzare anche in Alcologia la partecipazione attiva di utenti e familiari nei percorsi di cura.</i> Attivare sperimentalmente un gruppo di UFE alcologici almeno in un ambito territoriale.</p> <p>Alcologia <i>Rappresentare per le famiglie con disagi un'opportunità di primo livello di ascolto e di indirizzo.</i> Indirizzare, sperimentalmente in almeno un ambito territoriale, il Servizio di</p>

		Alcologia a fungere da centro di ascolto di primo livello per le famiglie con disagio anche al fine di indirizzarle ad eventuali gruppi di auto mutuo aiuto.
Collaborare al piano interistituzionale di contrasto alla violenza di genere	Presa in carico consultoriale della donna vittima di violenza.	In previsione: procedura per la presa in carico della donna che ha subito violenza (partecipazione attiva alla stesura della procedure da parte del Consultorio di Trento). <i>Documento in fase di redazione</i>

3. Strategie e condizioni di implementazione del Piano per la Salute

3.1 Gli strumenti

Il passaggio dalla fase della pianificazione a quella della realizzazione implica per il Distretto la necessità di utilizzare anzitutto gli strumenti di gestione propri dell'organizzazione sanitaria aziendale e in particolar modo lo strumento del *budget*, adatto a formulare e articolare con modalità partecipata gli obiettivi per le strutture, con possibilità di monitorarne il grado di raggiungimento in itinere e a consuntivo tenuto conto delle risorse disponibili.

Relativamente al Piano della Salute, le diverse strutture direttamente interessate orientano i propri piani di attività includendo obiettivi specifici nelle aree prioritarie indicate nel presente documento. In modo particolare il Servizio di Alcolologia, il Servizio per le Dipendenze, le Unità operative afferenti all'area della salute mentale e quella di Cure primarie costituiscono le articolazioni organizzative maggiormente coinvolte dal Piano in quanto nei loro mandati istituzionali si riconoscono gli elementi di sinergia con le azioni dei servizi sociali e del mondo associativo. Pertanto gli obiettivi delle citate strutture si indirizzeranno alle azioni di contrasto al disagio psico-sociale anche attraverso il coinvolgimento del mondo del volontariato, alla promozione dei percorsi di empowerment per il contrasto alle situazioni di dipendenza da comportamenti a rischio (ludopatia), all'empowerment degli utenti e dei familiari dei servizi e al sostegno delle funzioni di cura familiari, anche in riferimento a condizioni di particolare criticità emergenti long life, quali quelle indotte dalla malattia di Alzheimer.

Risulta evidente che la complessità delle azioni da porre in essere impone un'accurata fase di progettazione preliminare, allargata ad una variegata schiera di professionisti che per competenze e profilo professionale hanno legittimo titolo a contribuire alla costruzione degli strumenti operativi necessari. Al fine di agevolare tale progettualità viene proposta la metodologia del *project work*, basata sull'attivazione di percorsi didattico/formativi finalizzati alla successiva sperimentazione attiva di idee progettuali emerse a seguito di un'analisi dei bisogni operata nel contesto della complessità socio-sanitaria tramite il confronto tra figure multiprofessionali competenti. Il riferimento più significativo è costituito dall'esigenza di attivare percorsi e strumenti di integrazione socio sanitaria per la presa in carico delle persone con bisogni complessi nelle aree della disabilità (di adulti e minori), della demenza, della fragilità dell'anziano e della dimissione protetta. Tali percorsi sono correlati allo sviluppo dei PUA come punti di rilevanza strategica territoriale per la progettualità condivisa per affrontare la complessità socio-sanitaria.

La costituzione di *tavoli di lavoro monotematici*, in continuità con l'esperienza condotta nei tavoli sociali e nei momenti di confronto che hanno portato alla realizzazione del presente Piano, rappresenterà una modalità di integrazione da sostenere per condividere scelte comuni, monitorare l'andamento delle azioni e valutare i risultati raggiunti. A tale riguardo, come citato nelle premesse, l'implementazione del Piano deve essere assicurata tramite il sostegno delle indispensabili sinergie con i piani sociali delle comunità ove si individuino, nel contesto degli stessi, i punti di affinità e analogia con il presente strumento.

Viene inoltre assicurata la continuità del confronto con una qualificata rappresentanza del mondo delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni dei malati, dei loro familiari e dei caregiver a fine di intercettare situazioni problematiche e complesse emergenti, di raccogliere suggerimenti in merito alle strategie più efficaci e di avere un diretto ritorno

sul livello di soddisfazione dell'utenza e di efficacia delle azioni intraprese. Per raggiungere tale scopo verranno organizzati pubblici momenti di confronto con gli stakeholder maggiormente rappresentativi, in collaborazione con il Servizio Comunicazione interna e esterna dell'Azienda sanitaria.

3.2 La comunicazione

In contenuti del Piano devono essere portati a conoscenza in primis degli operatori sanitari, degli operatori del sociale e della comunità.

Una prima disseminazione dell'informazione è prevista tramite una sintetica informativa interna tramite i canali della normale comunicazione telematica.

Verrà organizzato un momento di presentazione tramite una plenaria a cui partecipano i rappresentanti di tutti i servizi del Distretto e i referenti delle strutture ospedaliere maggiormente coinvolte nei processi di presa in carico delle situazioni di fragilità assieme agli operatori dei servizi sociali che condividono con la sanità le progettualità indicate nel presente strumento.

4. Riferimenti normativi e bibliografia

- Infosalute 23 il fenomeno delle dipendenze in provincia di Trento anno 2010
- APSS: Bilancio di missione 2012
- Raccomandazione 2012 SIQuAS: “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”
- PAT, piano per il miglioramento della pubblica amministrazione, deliberazione della GP n.109 del 25 gennaio 2013
- APSS deliberazione DG 1493 del 19 luglio 2013
- PAT, Servizio Politiche Sociali, Indicazioni per lo sviluppo del Welfare provinciale a partire dai piani sociali di comunità, Agosto 2013
- Programma di sviluppo strategico APSS 2013-2015; delibera DG 18 dicembre 2012 n. 615
- Deliberazione Giunta provinciale 20 settembre 2013, n. 1975 concernente la programmazione delle attività e dei servizi per la tutela della salute mentale in provincia di Trento
- Piani sociali delle comunità di riferimento
- PAT, Dipartimento Lavoro e Welfare, Linee guida per la programmazione dell’offerta dei servizi nell’area delle tossicodipendenze
- Profilo di salute della provincia di Trento 2012. PAT 2013