

DISTRETTO

Prima parte

Nell'affrontare questa parola chiave (tentativo che sarà effettuato in due momenti consecutivi, cercando di fornire in questa sede un **inquadramento generale del Distretto** e affrontandone nel numero successivo gli specifici strumenti, modalità gestionali e criticità) si ritiene necessario collocarla all'interno di considerazioni relative alle strategie assistenziali che configurano le diverse politiche sanitarie nazionali e regionali. Più in particolare, ci riferiamo a quel tentativo di forte ridimensionamento – se non di superamento – della “logica ospedalocentrica”, da realizzarsi attraverso un riequilibrio dell’offerta tra ospedale e territorio, in corso già da anni in contesti geografici caratterizzati da sistemi sanitari nazionali derivati dal “modello Beveridge”, quali il Regno Unito, la Svezia e la Nuova Zelanda.

Non è certo casuale che l’ultimo Piano Sanitario Nazionale del Regno Unito, approvato nel 2001, porti il titolo significativo di “Spostare gli equilibri di potere all’interno del Servizio Sanitario Nazionale” e che questo orientamento sia perseguito in particolare attraverso l’estensione a tutto il territorio dei Primary Care Trusts (PCTs), aziende territoriali assimilabili (con alcune differenze) per bacino d’utenza e mandato ai nostri distretti, cui viene direttamente attribuito il 70% delle risorse della sanità. Alla stessa filosofia appare ispirato uno dei 10 obiettivi per “La strategia del cambiamento” dell’ultimo Piano Sanitario Nazionale italiano, valido per il triennio 2003-2005, dal titolo “Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari”. In esso, tra le altre cose, si afferma: “L’obiettivo prioritario è la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del medico dell’assistenza sanitaria di base. Un processo teso a fornire l’unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l’intersettorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all’attività svolta tra l’ospedale e il territorio a favore di quest’ultimo. ... omissis... È una linea che inverte il sistema tradizionale di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull’ospedale che attende i cittadini ai servizi, a favore di una linea che identifica il territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo

unitario delle necessità sanitarie e socioassistenziali dei cittadini”. Va però precisato che il concetto di ‘distretto’, per come è venuto a configurarsi alla luce dell’ultima riforma sanitaria italiana (d.lgs. 229/99), non esaurisce in effetti l’insieme delle strutture e dei servizi che configurano il ‘territorio’: basti pensare al Dipartimento di Prevenzione e a quello di Salute Mentale, che pure vede parte dei suoi servizi insistere nell’ambito del Distretto. Ciò malgrado il Distretto, come fondamentale articolazione organizzativa dell’Azienda Sanitaria Locale (insieme al Presidio Ospedaliero e al Dipartimento di Prevenzione), risulta di fatto il “contenitore” cui afferiscono la gran parte delle opzioni assistenziali di natura territoriale e non è pertanto inusuale sentire utilizzare indifferentemente i due termini. Cos’è dunque, il Distretto? Alcuni suoi elementi caratterizzanti sono desumibili dal d.lgs. n. 229/99, l’intervento normativo che, tra quelli nazionali di riferimento (Prospetto 1), più di tutti ha cercato di

PROSPETTO 1. PRINCIPALI DISPOSIZIONI DI INTERESSE SANITARIO NAZIONALE RELATIVE AL DISTRETTO

Legge n. 833 del 1978 (art. 10): istituzione del Distretto sanitario di base, quale articolazione dell’Unità Sanitaria Locale, definito come “struttura tecnico-funzionale per l’erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento”

Decreti Legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993 (art. 3): il Distretto si inserisce nel processo di aziendalizzazione come struttura cardine finalizzata ad assicurare la funzione di filtro della domanda sanitaria e di integrazione orizzontale e verticale

Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000: il Distretto viene definito come “centro di servizi e prestazioni dove la domanda è affrontata in modo unitario e globale”

Decreto Legislativo n. 229 del 1999 (art. 3-quarter → 3-septies): il distretto diviene “struttura forte”, dotata di autonomia gestionale e contabilità separata, in un sistema aperto, formato da tre macrostrutture (Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Ospedale)

Legge n. 328 del 2000 (artt. 3 e 19): integrazione sociosanitaria dei processi assistenziali, in una logica di programmazione integrata tra Aziende Sanitarie ed Enti Locali
Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001: vengono definiti, all’interno dei Livelli Essenziali di Assistenza, i macrolivelli e le funzioni assistenziali proprie dell’Assistenza Distrettuale

Fonte: *Camboia P 2004, modificato da Marceca M.*

potenziarne il ruolo e le funzioni (Prospetto 2). Altri e più dettagliati elementi di valutazione, in ordine alle specifiche competenze assistenziali, sono desumibili dal DPCM del 21 novembre 2001 relativo ai Livelli Assistenziali di Assistenza (riquadro in basso).

Coerentemente a questa pluralità di attribuzioni assistenziali, al Distretto corrispondono, da un punto di vista anatomico, una molteplicità di strutture e servizi, che nell'insieme configurano quella che viene chiamata la "rete dei servizi territoriali" (Figura 1).

Dalla natura di questi servizi emergono in trasparenza le diverse categorie di destinatari degli interventi distrettuali identificabili: per livelli di necessità assistenziali (assistenza

**PROSPETTO 2. LA FISIONOMIA DEL DISTRETTO
COME EMERGE DAL D.LGS. N. 229/99**

- È l'articolazione territoriale e organizzativa dell'azienda USL
- Il suo ambito territoriale è disciplinato dalla Regione
- Assiste una popolazione di almeno 60.000 abitanti
- È dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria
- Organizza i servizi di assistenza primaria (con integrazione tra medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, etc.), ambulatoriale, domiciliare e residenziale
- È coordinato con il livello ospedaliero
- È l'ambito privilegiato di realizzazione dell'integrazione sociosanitaria, attraverso il coordinamento o la delega da parte degli enti locali

**I MACROLIVELLI DI COMPETENZA DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE INDIVIDUATI NEL DPCM 29 NOVEMBRE 2001
SULLA DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) SANITARIA**

A. Assistenza sanitaria di base

- medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare
- continuità assistenziale notturna e festiva
- guardia medica turistica (su determinazione della Regione)

B. Attività di emergenza sanitaria territoriale

C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali

- fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati in classe A (e in classe C a favore degli invalidi di guerra), nonché dei medicinali parzialmente rimborsabili ai sensi del D.L. n. 347/2001, convertito, con modificazioni, dalla L. 405/2001
- fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia, ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate

D. Assistenza integrativa

- fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari
- fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito

E. Assistenza specialistica ambulatoriale

- prestazioni terapeutiche e riabilitative
- diagnostica strumentale e di laboratorio

F. Assistenza protesica

- fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali

G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare

- assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale) attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcol
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti in fase terminale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

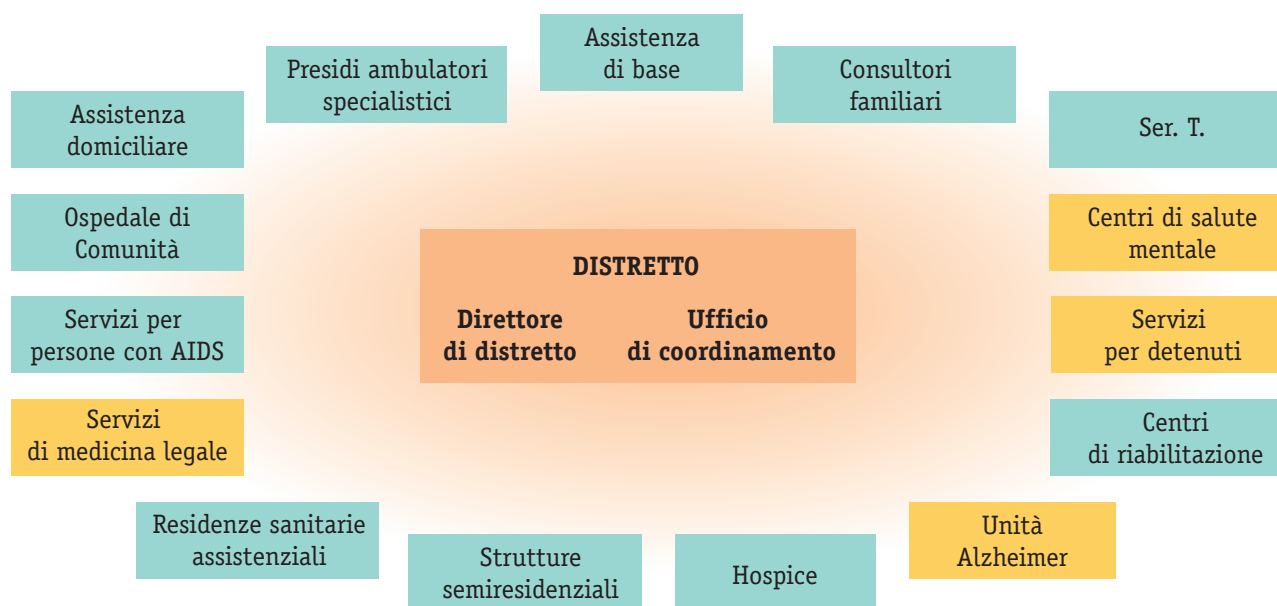
H. Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcol
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

I. Assistenza termale

- cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie

Figura 1. Rappresentazione schematica delle strutture e dei servizi facenti capo al Distretto. In giallo sono raffigurati servizi distrettualizzati, ma sicuramente non dipendenti dal Distretto (Centri di salute mentale) o opzionalmente dipendenti dal Distretto (Servizi di Medicina Legale, Unità Alzheimer) o presenti solo se sul territorio del Distretto insistono strutture particolari (Servizi per detenuti)



di base, assistenza specialistica); per ambito di assistenza (assistenza domiciliare; residenze sanitarie, centri diurni); per caratteristiche intrinseche di natura demografica (donne e bambini come utenti di consultori familiari); per tipo di patologia (persone con HIV/AIDS, malati oncologici in fase terminale, soggetti affetti da demenza, diabetici, disabili fisici, psichici e sensoriali); per esigenze di riconoscimento giuridico (servizi di medicina legale); per tipologia di condizione sociale (servizi per detenuti). La caratterizzazione degli utenti del Distretto non si presta quindi a categorizzazioni elementari, ma deve far necessariamente riferimento a variabili demografiche, sociali, giuridiche ed epidemiologiche. È però indubbio che siano gli anziani non autosufficienti, spesso affetti da polipatologia, a rappresentare la sottopopolazione che (abbracciando trasversalmente molte delle categorie sopra citate), impegna maggiormente, da un punto di vista quantitativo ma anche per qualità e intensità assistenziale, i servizi distrettuali. Come correttamente espresso nel Piano Sanitario Regionale del Lazio: "L'organizzazione dell'assistenza deve quindi prevedere programmi assistenziali 'orizzontali', orientati ai pazienti o a gruppi significativi di popolazione, che risultano dalla integrazione delle linee 'verticali' responsabili della produzione delle diverse tipologie di prestazioni. A questo scopo, sono

preminenti le esigenze di tempestività dell'intervento e di continuità dell'assistenza, attraverso l'integrazione delle diverse forme e livelli di intervento sanitario e socioassistenziale. La salvaguardia del principio della globalità dell'intervento a favore del singolo soggetto, attraverso la risposta contestuale ai bisogni di assistenza sanitaria e sociale, non può però essere garantita se l'integrazione non diventa realtà nell'agire degli operatori, nelle scelte delle istituzioni, nell'organizzazione comune delle risorse". I concetti cardine intorno a cui ruota il Distretto possono, quindi, essere identificati in quelli di: patologie cronico-degenerative; non autosufficienza; cure primarie; cure intermedie; appropriatezza; continuità assistenziale; rete dei servizi territoriali; integrazione sociosanitaria; percorsi assistenziali. Cercando di riassumere, il distretto è l'articolazione territoriale, organizzativa e funzionale della ASL, preposto: all'analisi dei bisogni di salute, delle necessità sociosanitarie e della domanda di assistenza; al governo dell'offerta di servizi e prestazioni che non necessitano ricovero (secondo le linee di produzione previste dai LEA); al coordinamento e alla gestione delle risorse; alla verifica dei risultati di salute. Si tratta dunque di un sistema complesso, che vede una molteplicità ed eterogeneità di attori (con un particolare

rilievo del medico di medicina generale), dove la domanda di salute dovrebbe essere affrontata in modo unitario e globale (verifica dell'appropriatezza della domanda attraverso approcci valutativi multidimensionali) e che dovrebbe rappresentare il luogo di individuazione della risposta assistenziale più appropriata, congrua e sostenibile rispetto ai bisogni effettivamente rilevati (orientamento della domanda o allocazione assistenziale all'interno della rete dei servizi territoriali), assicurando l'adeguatezza e tempestività dei percorsi di accesso dell'utente ai servizi e alle prestazioni e garantendo la continuità assistenziale, nonché l'integrazione con i servizi socioassistenziali di competenza comunale. Tale vocazione all'integrazione è riconosciuta al Distretto per il fatto che si tratta della struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati tra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (del Servizio Sanitario Regionale, degli Enti locali, della solidarietà sociale). Per quanto attiene alle necessità di integrazione interne al sistema sanitario, il Distretto dovrebbe, in particolare, essere in grado di individuare ed attivare idonee strategie e modalità di integrazione tra Servizi territoriali ed Ospedale (si pensi solo all'annosa questione della 'dimissione protetta') e tra cure primarie e specialistiche. Si tratta, evidentemente, di un processo di ordine culturale, oltre che istituzionale, organizzativo e gestionale, che richiede da parte di tutti i soggetti coinvolti un approccio che superi separatezze e rigidità, per promuovere azioni comuni che abbiano quale elemento centrale, da un parte, la qualità di vita della persona e, dall'altra, la sostenibilità del sistema assistenziale globalmente inteso.

Rispetto al suo sviluppo storico, la linea assistenziale di competenza distrettuale maggiormente innovativa sembra essere quella delle cosiddette 'cure intermedie': la definizione che ne è stata proposta al 2° Congresso nazionale della Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto (CARD) su di esse specificamente intitolata, è quella di "un'area di servizi integrati, sanitari e sociali – domiciliari, residenziali e semiresidenziali – finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti. Il rafforzamento di questa area assistenziale può favorire inoltre la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri".

Malgrado i "connotati" normativi qui ricordati, il Distretto dovrebbe riuscire però a mantenere una flessibilità che gli

consenta di configurarsi ed assumere un ruolo diversificato secondo il contesto geografico, abitativo e di ecosistema umano che lo caratterizzano. In particolare, il suo dimensionamento medio indicato dal D.Lgs. 229/99 in almeno 60.000 abitanti, trova legittimo motivo di differenziazione secondo la densità abitativa dell'area di pertinenza, della rete dei trasporti, del contesto culturale, sociale ed antropologico, di accessibilità ai servizi, del grado di vicinanza alle strutture ospedaliere e di Pronto Soccorso. Certo, non sembra possibile, come avviene attualmente, assistere a una variabilità di bacini d'utenza che corrisponde, tra distretti diversi, anche nell'ambito dello stesso contesto regionale, ad un rapporto di 1:8 – 1:10.

A livello distrettuale si intrecciano quindi, profondamente, la produzione di prestazioni sanitarie e sociali e lo sviluppo di sinergie con la popolazione sia nell'organizzazione delle attività dei servizi sia nell'attuazione di programmi per la promozione della salute, volti all'adozione di comportamenti e stili di vita sani. Di importanza primaria è quindi la valorizzazione ed il sostegno al ruolo della famiglia, soprattutto per lo sviluppo delle diverse forme di assistenza domiciliare, in alternativa alle forme tradizionali di assistenza, che dagli anziani non autosufficienti si stanno progressivamente estendendo ad altri gruppi di popolazione con specifici problemi di salute. Per quanto riguarda le funzioni del Distretto, è utile, d'accordo con altri autori, schematizzarle in:

- funzioni di direzione o di governo (clinico, finanziario e culturale);
- funzioni di organizzazione;
- funzioni di erogazione (diretta: produzione o mediata: committenza).

Nell'esercitare le funzioni di governo, il Direttore del Distretto (sui cui requisiti, non specificati dalla normativa nazionale, non si entrerà qui in merito pur riconoscendola una questione rilevante) si giova di alcuni possibili organismi, le cui fondamentali tipologie possono essere così rappresentate (Figura 2).

Gli unici organismi espressamente previsti dalla normativa nazionale sono l'Ufficio di Coordinamento distrettuale e il Comitato dei Sindaci di Distretto (o dei Presidenti di Circoscrizione); altre tipologie (ad esempio, Consiglio di Distretto, Commissione Locale per l'Appropriatezza) sono state

Figura 2. Possibili organismi attivati nel Distretto.



previste all'interno di specifiche normative regionali o di Accordi Collettivi di Categoria.

Determinante sarà, nei prossimi anni, la capacità della direzione di Distretto di interpretare in modo efficace le nuove funzioni di governo e gestionali, promuovendo il lavoro integrato tra professionisti ed unità operative, coordinando i fattori produttivi interni ed esterni al Distretto (comunque afferenti al livello di assistenza distrettuale), valorizzando l'integrazione, nei processi distrettuali, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale, dei medici specialisti ambulatoriali interni, dei medici specialisti ambulatoriali dipendenti, dei farmacisti del SSR, nonché di tutte le altre figure professionali non mediche e riconoscendo il ruolo del terzo settore in una programmazione dell'offerta ed erogazione dei servizi coerente con le strategie aziendali e zonali. Nel prossimo numero di *CARE*, cercheremo di approfondire quali strumenti di programmazione e di gestione siano disponibili e quali criticità debbano essere affrontate.

Maurizio Marceca, Letizia Orzella
 Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

BIBLIOGRAFIA

- Atti del Convegno Nazionale
Distretto e valorizzazione delle cure primarie. Realizzazioni dei Distretti nelle Regioni, valutazioni e proposte
 Roma, Università La Sapienza, 25-26 giugno 2001
 Roma, Società Editrice Universo. *Ann Ig* 2002; 14 (Suppl 2)
- Barontini D, Piergentili P (a cura di)
Esperienze di distretto. Un quadro a più voci sull'innovazione più importante della Riforma Bindi: il Distretto Sociosanitario di Base
 I libri di Casemix Quarterly. Mareno di Piave (Tv), edizioni Studio Vega e Q&S, 2001
- Camboa P
Organizzazione e gestione del distretto sanitario. Manuale di management per operatori di distretto sanitario e medici di medicina generale
 Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2004
- Confederazione Associazioni Regionali di Distretto
Convegno Nazionale "Il Distretto nei Piani Sanitari Regionali"
 Roma, 11-12 novembre 2002. Sintesi delle relazioni
- Deliberazione del Consiglio Regionale del Lazio 31 luglio 2002, n. 114
Indirizzi per la Programmazione Sanitaria Regionale per il triennio 2002/2004 – PSR
 Suppl. Ord. n. 7 al Bollettino Ufficiale n. 24 del 30 agosto 2002
- Maciocco G (a cura di)
Distretti e cure primarie
 Salute e Territorio, Anno XXIII, n. 132 (maggio-giugno), 2002: 150-200
- Maciocco G
Il Distretto di domani e i suoi strumenti di governo
 Quaderni Card 1. Roma, Iniziative Sanitarie srl, 2003: 9-17
- Madeddu A
Il Distretto nell'organizzazione sanitaria del territorio. Strumenti ed esperienze
 Roma, Esse Editrice, 2001
- Marini A, Rotili R, Picciotti G, Di Stanislao F
I distretti oggi: una panoramica sui modelli regionali
 Agenzia Regionale Sanitaria Regione Marche. Atti del Convegno Nazionale sui Distretti SocioSanitari. Jesi, 24-25 maggio 2001. *Casemix Quarterly. Supplemento al Volume 3, Numero 2, 30 giugno 2001. Mareno di Piave (Tv), edizioni Studio Vega e Q&S, 2001*
- Mete R
Il Distretto e le "cure intermedie"
 Dossier in *Panorama della Sanità* n. 38 ottobre 2003: 18-34