

8° Supplemento al numero 27 2011 di Monitor

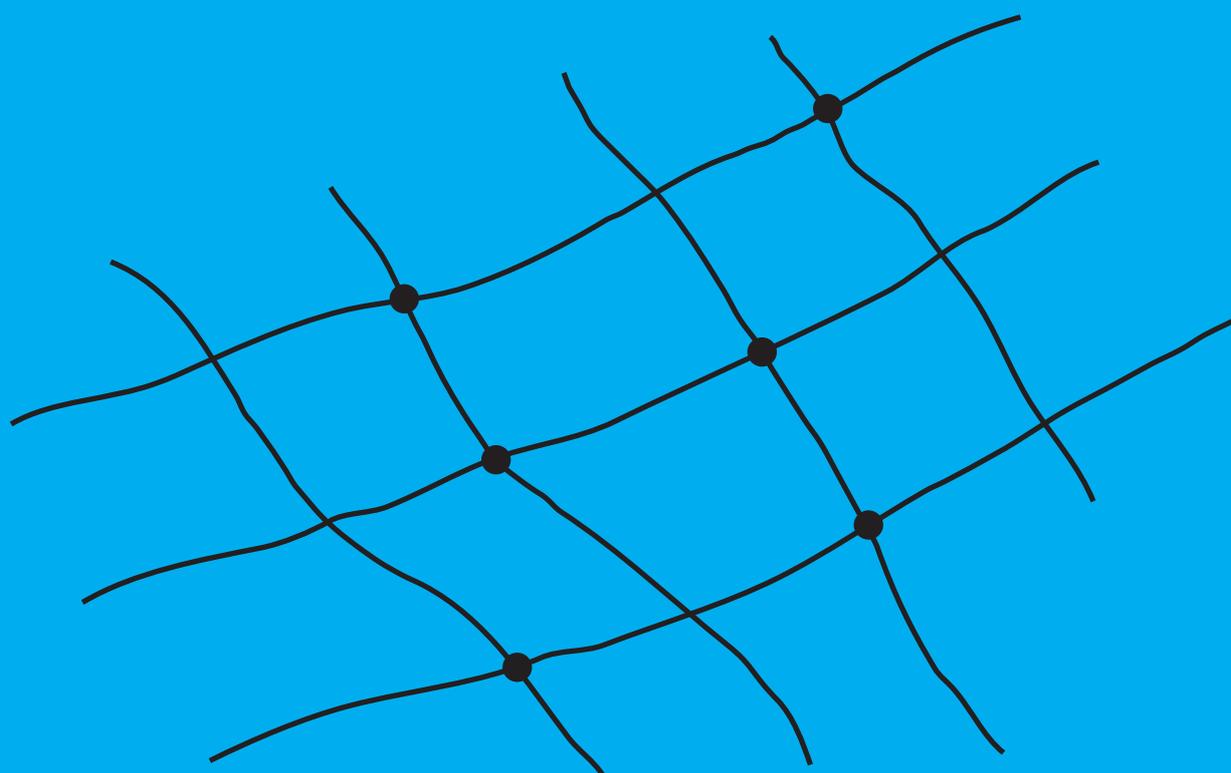
Trimestrale dell'Agazia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

I QUADERNI DI

monitor

➔ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute



LA RETE DEI DISTRETTI SANITARI
IN ITALIA

VDA Net Banca Dati Sanitaria Farmaceutica

I QUADERNI DI

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

LA RETE DEI DISTRETTI SANITARI IN ITALIA

Quaderno di Monitor n. 8

Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

Trimestrale dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali

Anno X Numero 27 2011

Direttore

Fulvio Moirano

Direttore responsabile

Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico

Coordinatore: Gianfranco Gensini
 Componenti: Aldo Ancona, Anna Banchemo, Antonio Battista, Norberto Cau, Francesco Di Stanislao, Nerina Dirindin, Gianluca Fiorentini, Elena Granaglia, Roberto Grilli, Elio Guzzanti, Carlo Liva, Sabina Nuti, Francesco Ripa di Meana, Federico Spandonaro, Francesco Taroni

Editore

Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali
 Via Puglie, 23 - 00187 ROMA
 Tel. 06.427491
 www.agenas.it

Progetto grafico, editing e impaginazione



Health Communication srl
 Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via V. Carpaccio, 18
 00147 Roma

Stampa

Cecom
 Bracigliano (Sa)

Registrazione presso il Tribunale di Roma n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare nel mese di marzo 2011



Periodico associato all'Unione Stampa Periodica Italiana
agenas AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

L'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale. Questa funzione si articola nelle seguenti specifiche attività: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l'analisi dei costi; la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari; l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina.

L'Agencia oggi | Presidente Renato Balduzzi

Direttore Fulvio Moirano

Consiglio di amministrazione Carlo Lucchina, Pier Natale Mengozzi, Filippo Palumbo, Giuseppe Zuccatelli

Collegio dei revisori dei conti Emanuele Carabotta (Presidente), Nicola Begini, Bruno De Cristofaro

I settori di attività dell'Agencia | Monitoraggio della spesa sanitaria • Livelli di assistenza • Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento • Innovazione, sperimentazione e sviluppo • Formazione - Sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina ECM • Documentazione, informazione e comunicazione • Affari generali e personale • Ragioneria ed economato

www.agenas.it

Sul sito dell'Agencia sono disponibili tutti i numeri di **monitor**

LA RETE DEI DISTRETTI SANITARI IN ITALIA

EDITORIALE	
<i>R. Balduzzi, F. Moirano</i>	5
INDAGINE NAZIONALE SUI DISTRETTI SANITARI	
EXECUTIVE SUMMARY. I MESSAGGI “TASCABILI” DELLA RICERCA	
<i>P. Da Col, M.D. Bellentani</i>	10
REPORT DELL'INDAGINE	
<i>M.D. Bellentani, G. Damiani, A. Ronconi, S. Catania, L. Bugliari Armenio</i>	15
NUOVA INDAGINE SUI DISTRETTI SANITARI IN ITALIA - ANNO 2010.	
Considerazioni finali e proposte	
<i>E. Guzzanti</i>	61
QUESTIONARIO - RILEVAZIONE “NUOVA INDAGINE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEI DISTRETTI IN ITALIA”	69
GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO	76
RIFERIMENTI NORMATIVI.	
IL DISTRETTO NELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE	
<i>M.D. Bellentani, L. Bugliari Armenio, S. Catania</i>	83
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	100
LA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E LO SVILUPPO DEI DISTRETTI	
LINEE DELLA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E SVILUPPO DEI DISTRETTI	
<i>F. Palumbo</i>	104
FORME ASSOCIATIVE DI MEDICINA GENERALE E RAPPORTI CON IL DISTRETTO	
<i>C. Cricelli</i>	108
RETI SOCIO-SANITARIE E STRUMENTI DI INTEGRAZIONE: QUALE RUOLO PER IL DISTRETTO?	
<i>F. Longo</i>	113
DINAMICHE DI CAMBIAMENTO PER LA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI	
<i>V.D. Tozzi</i>	128
LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA ED IL VALORE DELL'INTEGRAZIONE PER IL DISTRETTO.	
<i>G. Damiani, S. C. Colosimo, M. Cosentino, A. Anselmi, V. Farelli, A. Errico, W. Ricciardi</i>	141
I PIANI DI RIENTRO: UN'OCCASIONE PER RILANCIARE I DISTRETTI	
<i>P. Benetollo, M. Ghiotto, D. Marcer, M. Pevere, A. Rosito, M. Saugo, R. Toffanin</i>	151
IL DISTRETTO COME SPAZIO PROFESSIONALE DI CURA, RICERCA E SPERIMENTAZIONE	
<i>T. Vecchiato</i>	159
I DISTRETTI ITALIANI VERSO UN MODELLO DI “COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE”: UNA SFIDA TRENTENNALE TRA FILOSOFIA E PRAGMATISMO	
<i>G. Gentili, A. Madeddu, A. Trimarchi</i>	172

SOMMARIO

LE INDAGINI DELL'AGENAS SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEI DISTRETTI IN ITALIA	
<i>R. Mete</i>	178
DISTRETTO E NON AUTOSUFFICIENZA	
<i>A. Banchemo e M. Trabucchi</i>	185
SANITÀ D'INIZIATIVA. LA VERA SFIDA PER LA SANITÀ DISTRETTUALE. L'ESPERIENZA DELLA REGIONE TOSCANA	
<i>G. Maciocco, S. Dei</i>	189
SPECIALE REGIONI	
Regione Abruzzo	198
Regione Basilicata	202
Regione Calabria.....	206
Regione Campania.....	209
Regione Emilia Romagna	213
Regione Friuli Venezia Giulia	216
Regione Lazio	224
Regione Liguria	226
Regione Lombardia	230
Regione Marche.....	234
Regione Molise	238
Regione Piemonte	241
Provincia Autonoma di Bolzano.....	245
Regione Puglia.....	248
Regione Sardegna.....	254
Regione Siciliana.....	258
Regione Toscana.....	262
Provincia Autonoma di Trento	267
Regione Umbria	270
Regione Valle d'Aosta	273
Regione Veneto	275

LA RETE DEI DISTRETTI SANITARI IN ITALIA

di Renato Balduzzi*, Fulvio Moirano**

*Presidente **Direttore

Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Senza alcun dubbio, la necessità di una maggiore integrazione socio-sanitaria è alla base di tutti i processi di riequilibrio dei sistemi sanitari che sono in atto nelle varie realtà del nostro Paese. Questo perché si fa sempre più strada, tra i decisori e tra gli operatori sanitari, la convinzione che i diversi servizi rivolti ai cittadini in ambito sociale e sanitario debbano essere sempre più interconnessi, con l'obiettivo di costruire una rete di assistenza e di cura che risponda ai bisogni del cittadino, riducendo al minimo gli sprechi.

In quest'ottica, vediamo che anche tutte le azioni, programmate dalle Regioni soggette a Piani di riqualificazione e rientro, prevedono la riorganizzazione delle attività territoriali, con conseguente riconsiderazione del ruolo del Distretto. Si tratta, come è ovvio, di un processo che richiede tempi e modalità gradualità, ma che è senza dubbio rivolto a cambiare la funzione stessa della struttura ospedaliera, così come è stata per lungo tempo intesa. L'ospedale, in altre parole, non costituisce più la sola risposta alla domanda di salute dei cittadini, una risposta, oltretutto, spesso inappropriata e inutilmente dispendiosa, ma diventa il luogo dove concentrare i grandi interventi, gli eventi acuti, spostando sul territorio la prevenzione, la cura delle patologie croniche, l'assistenza a disabili e non autosufficienti.

Un percorso, quello della cosiddetta deospeda-

lizzazione, che parte da lontano. Il Servizio sanitario nazionale, già nella fase istitutiva, con la legge 833 del 1978, prevedeva la necessità di portare i servizi il più vicino possibile al luogo di vita delle persone, con una medicina primaria diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale.

Il sistema previsto era legato ai principi espressi dalla Conferenza di Alma Ata, del settembre dello stesso anno, 1978.

In seguito, con le riforme del sistema sanitario degli anni '90 (d.lgs. n. 502 del 1992 come modificato dal d.lgs. n. 517 del 1993) e a fronte della costituzione di Aziende sanitarie, di norma a dimensione provinciale, il Distretto cambiava inevitabilmente la sua configurazione, passando da semplice luogo di servizi di primo livello ad un centro di *governance* di una complessa rete di servizi territoriali. Negli anni 1998-2000 si giungeva così a stabilire un diverso equilibrio di risorse tra i livelli di assistenza ospedaliera e territoriale, a sostegno delle scelte programmatiche di deospedalizzazione e di sviluppo del sistema dei servizi distrettuali.

Con la riforma sanitaria del 1999 (d. lgs. n. 229/1999), la scelta di potenziare il Distretto si concretizzava in una disciplina organica e puntuale (in quanto si delineavano funzioni, aspetti programmatici e una responsabilità di distretto legata ad obiettivi di salute), ma pur sempre rispettosa delle autonomie regionali, in

quanto si trattava di un complesso di disposizioni (artt. 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.) qualificabili come “cedevoli”, nel senso di valere come principi e non come normativa di dettaglio in caso di esercizio da parte regionale della corrispondente potestà legislativa: una scelta tecnicamente assai accorta, con la quale il legislatore nazionale indicava ai legislatori regionali un modello compiuto di distrettualizzazione, lasciandoli liberi di disegnare il modello organizzativo meglio confacente alle caratteristiche e alle scelte dei singoli Servizi sanitari regionali.

Il Distretto viene così configurato come una macro-struttura aziendale e, al contempo, una realtà fortemente legata alla comunità locale e ai luoghi di vita dei cittadini. Un sistema che, a fronte di aziende sanitarie sempre più ampie e anche lontane dalla singola persona, deve sapersi coordinare con gli enti locali per garantire programmi di azione a forte integrazione sociosanitaria.

Inoltre, si enfatizza la sua funzione come sistema al quale è demandata la responsabilità di governare la domanda (svolgere un ruolo di tutela/committenza; valutare quali servizi per quali bisogni) e di garantire l’assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale (ruolo di produzione o di programmazione ed acquisto delle prestazioni).

Nella fase successiva, a seguito della riforma del Titolo V, Parte seconda della Costituzione, ad opera della legge costituzionale n. 3 del 2001, l’iscrizione della tutela della salute nel novero delle materie di legislazione concorrente (e cioè regionale, salvo i principi fondamentali riservati alla legislazione statale), da un lato, e la valorizzazione della potestà amministrativa comunale dall’altro, comportano il rafforzamento sia della responsabilità regionale nella definizione e nelle scelte sul Distretto, sia dell’esigenza di un collegamento virtuoso con le potestà comunali, mentre l’attenzione si sposta su come garantire ai cittadini, dovunque essi si tro-

vino, le prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Oggi siamo tutti consapevoli che l’integrazione socio-sanitaria si fonda sulla possibilità dei territori di fornire risposte adatte alle specifiche domande di salute, che sono diverse tra loro e alle quali non si può, quindi, dare una risposta uguale.

Al fine di comprendere meglio l’evoluzione nel tempo del Distretto che lo ha portato ad essere configurato come un “sistema integrato di unità organizzative che interagiscono per realizzare le finalità dell’assistenza primaria”, l’Agenas ha già effettuato negli anni 2005-2006 una prima *survey*, nella quale venivano evidenziati elementi di forza e di criticità nello sviluppo dei Distretti e dove veniva focalizzata l’attenzione su alcuni aspetti ritenuti prioritari per il rafforzamento del ruolo del Distretto sul territorio nazionale, come previsto dalla normativa in materia.

Nella fase attuale, il Patto per la Salute 2010-2012, di cui all’Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, orienta il sistema ad un nuovo e più ampio processo di deospedalizzazione e prefigura una maggiore attenzione al sistema territoriale, con strumenti di valutazione multidimensionale condivisi per l’accesso alle varie forme di assistenza domiciliare e residenziale, nonché la messa a regime dei relativi flussi informativi. Per la prima volta, inoltre, si prevede l’adozione di uno specifico atto programmatico sulla dotazione di posti letto residenziali e semiresidenziali e sull’organizzazione dell’assistenza domiciliare, al fine di garantire una più equa distribuzione di questi essenziali servizi sul territorio.

Anche la proposta di Piano sanitario nazionale 2011-2013 attribuisce priorità alla riorganizzazione delle cure primarie e allo sviluppo del sistema dei servizi territoriali.

In questo contesto, l’Agenas ha ritenuto opportuno effettuare nel 2010 una nuova indagine sullo stato di attuazione dei Distretti foca-

lizzando l'attenzione al rapporto tra i diversi attori dell'assistenza primaria e dell'integrazione sociosanitaria. I risultati dell'indagine, i contributi a carattere scientifico, i riferimenti normativi e i singoli report delle Regioni, sono tutti raccolti in questo Quaderno di Monitor. La rete dei Distretti sanitari in Italia che abbiamo il piacere di presentare.

L'indagine riprende la rilevazione condotta dall'Agenzia negli anni 2005-2006, orientandola su alcuni aspetti considerati prioritari nella programmazione: la funzione del Distretto come punto di riferimento per il cittadino (organizzazione di un punto unico di accesso o simile) e gli strumenti di comunicazione con gli utenti; il coordinamento della rete di servizi e la presa in carico dei problemi sociosanitari complessi; le modalità di integrazione e relazione tra i diversi attori dell'assistenza primaria.

Quanto emerge dall'indagine offre più di uno spunto di riflessione su un sistema distrettuale in forte evoluzione, anche rispetto al ruolo dei diversi attori dell'assistenza primaria, a cominciare dai Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta.

Anche se il quadro è a carattere generale (come è inevitabile in un'indagine di tipo nazionale che non può scendere nel dettaglio di scelte organizzative attribuite all'autonomia regionale), i risultati sono incoraggianti, lasciando intravedere un sistema distrettuale ancora poco conosciuto ma ricco di esperienze e di buone pratiche; un sistema in cui il Distretto programma le sue attività (ben al 90% dei casi) unitamente al sistema degli enti locali e in cui il Direttore di distretto è consapevole delle complesse responsabilità affidate rispetto ai livelli di assistenza distrettuali.

Tuttavia, molto ancora va fatto soprattutto per orientare meglio le funzioni del Distretto, supportare il ruolo dei Direttori con una formazione adeguata, superare formalismi e sviluppare un ruolo di responsabilità dell'integrazione, di coordinatore dei servizi e di facilitatore dei percorsi assistenziali. L'obiettivo è implementare un modello di intervento pro-attivo, di iniziativa e di presa in carico delle persone fragili o non autosufficienti, di partecipazione e di prossimità, che ne rappresenta il valore per la comunità e per il singolo cittadino.

INDAGINE NAZIONALE SUI DISTRETTI SANITARI

EXECUTIVE SUMMARY I MESSAGGI “TASCABILI” DELLA RICERCA

di **Paolo Da Col***, **Mariadonata Bellentani****

* Direttore Distretto n. 1 ASS 1 “Triestina”

** Dirigente Sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari - Agenas

I dati emersi dalla ricerca Agenas “Indagine sullo Stato di Attuazione dei Distretti in Italia - 2010” evidenziano molti fatti, alcuni dei quali possono essere ripresi prevalentemente con considerazioni qualitative, anche disgiunti da aspetti numerici (spesso di difficile memorizzazione). Introducono questioni da “tenere sempre a portata di mano” per approfondire i temi del “territorio” e, in particolare, del Distretto.

Il primo risultato certamente rilevante è l’adesione pressoché unanime del target individuato: 681 Distretti sul totale di 711 (96%) hanno reso disponibili le informazioni richieste. La rappresentatività è, quindi, del tutto garantita per tutti i Distretti delle 145 Aziende sanitarie locali (Asl) italiane. Se ne desume una forte capacità di risposta del sistema, una volenterosa determinazione di condividere informazioni da parte delle strutture più “giovani” dei nostri servizi sanitari, ponendo una premessa per la costituzione di un network di livello nazionale, che sembra poggiare su elevate motivazioni ed attenzioni per lo sviluppo del confronto e del dibattito pubblico.

Un secondo dato di impatto generale è che, nella maggioranza delle risposte, si possono riconoscere trend territoriali spesso ben definiti: i Distretti delle aree del Nord (talora distinte nelle parti Est ed Ovest), del Centro e del Sud e Isole mostrano caratteristiche e differenze peculiari, tanto che non è del tutto corretto convergere su situazioni “medie” per descrivere i fenomeni registrati.

Tuttavia, anche per esigenze di concisione ed incisività, i successivi commenti sui principali punti indagati dalla ricerca faranno riferimento ai dati “medi” nazionali.

CARATTERISTICHE GENERALI DEL DISTRETTO

Il contesto territoriale

I Distretti in Italia oggi si presentano come organizzazioni con territori e popolazioni di riferimento rimarchevoli (85.000 abitanti in media; superficie media di 440 kmq), maggiori di quanto previsto dal D.Lgs. n. 229/99. Pur nell’ampia variabilità inter-distrettuale/inter-regionale, il 73,5% dei Distretti copre un territorio urbano (40,5%) o extraurbano (33,4%). Potrebbe, quindi, tornare di attualità il dibattito se debbano esistere “Distretti” modellati diversamente a seconda della collocazione geografica e della densità abitativa, dato che l’espressione dell’assistenza primaria trova giustificazione anche rispetto a questi parametri. Potrebbe, invece, essere approfondito se, per rispettare i Livelli essenziali di assistenza, gli standard di organizzazione e dotazione di risorse del Distretto urbano od extraurbano debbano essere programmaticamente diversi da quelli esistenti in altre aree di riferimento a minor densità abitativa e con diverse caratteristiche geografico-ambientali.

Come atteso, si riconferma che nel Paese la popolazione anziana ha oggi ampiamente superato

quella giovane (20,5% di over 65 vs 14,1% di under 14); se viste nel loro insieme, le due percentuali rendono evidente che la capacità di intervento positivo dell’assistenza primaria nel sistema sanitario pubblico, tipicamente indicata come efficace in queste due fasce di età, deve diventare rapidamente molto più rilevante se si vuole perseguire l’obiettivo del miglior rendimento economico degli investimenti in questo settore. Un Distretto “mirato” a proteggere la salute di giovani ed anziani potrebbe costituire un messaggio “promozionale” facile da comprendere e da trasmettere nella comunicazione sociale, per attirare l’attenzione della cittadinanza su una struttura altrimenti tendenzialmente poco nota e visibile.

Caratteristiche organizzative

La costituzione di un Distretto “forte” è stata invocata fin dalla sua nascita. A distanza di 30 anni dal suo primo “lancio” (L. n. 833/78) e di oltre 10 anni dal suo “ri-lancio” (D.Lgs. n. 229/99) sappiamo che, negli anni Duemila, nel 78% dei Distretti esistono centri di responsabilità definiti (addirittura oltre 6 nel 25% dei casi), per cui appare giustificata la sua individuazione come struttura complessa, anche a valenza dipartimentale. Molte Asl hanno, quindi, compreso ed attuato le indicazioni di legge, ponendo attenzione all’architettura organizzativa del Distretto ed alla figura direzionale quale premessa e strumento di lavoro nella complessità della rete assistenziale.

Rispetto all’Indagine Agenas degli anni 2005-2006, sembra, infatti, che i Direttori di Distretto abbiano attualmente riconoscimenti formali più evidenti nelle gerarchie aziendali. Infatti, la quasi totalità (94,2%) è responsabile di struttura complessa (nel 23,5% con indennità dipartimentale). Inoltre, il 97% dei Direttori di Distretto è un dirigente del Servizio sanitario nazionale; nel 3% dei casi è un medico di medicina generale, percentuale inferiore all’atteso. Appare interessante il fatto che il 46,3% di essi ha avuto l’incarico per nomina fiduciaria (nel 43% per concorso), evento che rende verosimile la deduzione di incarichi

condizionati da scelte legate a contingenze locali temporanee, analoghe a quelle effettuate nelle nomine delle direzioni strategiche.

Globalmente, in coerenza e conseguenza con le diversità di indirizzi e funzioni dei Distretti nelle varie realtà del Paese, si può constatare come non sia ancora definito (e forse nemmeno definibile) il profilo professionale ideale del Direttore di Distretto né la sua qualificazione accademica. Ciò rappresenta una criticità che, quantomeno all’interno di omogeneità regionali, dovrebbe essere affrontata per uno sguardo lungimirante al futuro.

PROGRAMMAZIONE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA NEL DISTRETTO

Registrata la coincidenza tra il territorio del Distretto e l’ambito sociale nell’80% dei casi, si è rilevato che in oltre 3/4 dei casi (84%) il Distretto partecipa alla costruzione del Piano di Zona (PdZ), pur su basi diverse. È opinione unanime che questo fatto rappresenti una delle premesse indispensabili per l’integrazione, in assenza del quale difficilmente questa potrà dispiegarsi appieno.

Un giudizio di forza o debolezza del ruolo del Comitato dei Sindaci di Distretto è equamente ripartito tra gli intervistati e, anche nelle analisi statistiche più raffinate, non emerge come fattore decisivo di progresso nell’integrazione.

Per quanto attiene la programmazione interna del Distretto, questa avviene più legata a specificazioni aziendali che non al Programma delle attività territoriali (Pat), altra “tappa” considerata rilevante nella costruzione di un Distretto “forte”. L’Indagine offre alcuni “flash” della vita delle aziende sanitarie italiane: nell’85,2% dei Distretti vi è una negoziazione annuale con la Direzione Generale sugli obiettivi, tuttavia nel 33,3% dei casi non è affiancata quelle sulle risorse. In questi casi non appare, quindi, ben espressa l’azione di un vero e proprio processo di budgeting; il “budget di Distretto” rimane un assunto teorico-ideale e, di conseguenza, la sua prevista per

legge “autonomia economico-finanziaria”. Molto puntualmente, la ricerca ha investigato una questione rilevante per i Distretti, spesso poco considerata: quale sia il grado di coordinamento tra loro all’interno dell’azienda di appartenenza. Organizzazioni così complesse, legate a vincoli territoriali, richiedono infatti – sia a vantaggio dei cittadini (uniformità dei Livelli essenziali di assistenza) che delle amministrazioni (omogeneità quali/quantitativa dell’offerta) – un forte e costante raccordo, non sempre facile da realizzarsi anche per meri motivi organizzativi (distanze, ecc.). Il dato riscontrato incoraggia a pensare che del problema si siano fatti carico in molti luoghi. L’esigenza di soddisfare questa necessità è affrontata nel 62,9% dei Distretti, ove si afferma che esiste un coordinamento tra i Distretti, per lo più di tipo funzionale.

Altro momento di integrazione interna positiva al Distretto è rappresentato dall’esistenza dell’Ufficio di Coordinamento dell’Attività Distrettuale (Ucad), costituito nel 59,2% dei Distretti, in cui si svolgono (come atteso) compiti di contributo alla programmazione e all’integrazione.

Se è vero che uno dei ruoli citati in letteratura per il Distretto consiste nella “committenza”, la ricerca indica che questa si effettua in una minoranza dei casi: infatti, nel 61% dei casi il Distretto non negozia le tipologie di prestazione con erogatori pubblici o privati.

In sintesi, si osserva una tendenza nel tempo verso architetture organizzative più complesse del Distretto, la definizione di un Direttore di rango elevato, pur mancando ancora una specifica rappresentazione dei requisiti professionali propri della funzione, con ampio margine di iniziative discrezionali locali. Positive e frequenti risultano le intenzioni e le azioni verso ruoli di coordinamento interno ed esterno.

CENTRALITÀ DEL CITTADINO E DELLA COMUNITÀ NEL DISTRETTO

La ricerca ha evidenziato come la valutazione dei bisogni non costituisca regola ed abitudine con-

solidate (viene effettuata “spesso” nel 48,3% dei Distretti, “raramente” nel 40,4 e “mai” nell’11,3%, con variegate declinazioni tra le aree geografiche). Questo sembra costituire un limite significativo, in quanto da sempre letteratura e norme indicano che spetta al Distretto conoscere i bisogni della propria popolazione per trasformarla in domanda ed offerta massimamente appropriata. Il Distretto (o quantomeno i Distretti della medesima Asl) spesso non dispongono di strumenti adatti allo scopo e questa criticità dovrebbe essere affrontata con sano realismo per l’acquisizione delle risorse necessarie, senza rassegnazioni per raggiungere un così importante obiettivo.

In poco meno della metà dei Distretti (44,5%) esistono modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività, per lo più con incontri o consulte. Questo dato si presta ad un riscontro di valore positivo, in quanto indica una già raggiunta buona attenzione verso i cittadini; tuttavia, specularmente anche ad uno negativo: risulta ancora insufficiente la realizzazione di questo aspetto peculiare delle attività del Distretto. Probabilmente l’obiettivo prioritario da raggiungere per i Distretti è rappresentato dal riconoscimento della sua importanza da parte della popolazione di riferimento. Il senso di appartenenza al “proprio” Distretto lo renderebbe struttura unica ed irripetibile e questo ne giustificherebbe al massimo grado la sua esistenza e sviluppo, gli attribuirebbe un ruolo unico nella visione dell’opinione pubblica e professionale, oggi ancora troppo sbilanciata nei confronti del livello assistenziale ospedaliero, rilanciando in modo corretto il tema del valore della sanità pubblica.

FUNZIONI DEL DISTRETTO NELL’ACCESSO DEI CITTADINI AI SERVIZI E ATTORI FONDAMENTALI DELL’ASSISTENZA PRIMARIA

Di notevole interesse appare il dato sul Punto unico di accesso (Pua), oggi molto diffuso (84,2%), con funzioni diversificate nelle diverse realtà locali. Il futuro riguardo alla semplificazione del-

l'accesso sembra poggiare quindi già su buone premesse.

La ricerca ha toccato anche il tema dell'assistenza domiciliare. L'Assistenza domiciliare integrata (Adi) è erogata in proprio nel 63% dei Distretti, nei rimanenti è esternalizzata (26,5%) oppure si avvale di voucher sociosanitari (10,5%). I pochi dati a disposizione suggeriscono per ora di poter solamente sottolineare come la garanzia di questo livello essenziale sia affrontata nella totalità dei Distretti. Tuttavia, da altre indagini è noto che il reale impatto dell'assistenza domiciliare, per le risorse di cui oggi è stata dotata, è ancora ben lungi dal soddisfare le esigenze degli assistiti e delle famiglie. Il binomio Distretto-assistenza domiciliare dovrebbe costituire uno dei cardini dello sviluppo del sistema di assistenza primaria e rappresenta una delle più autentiche novità che nei prossimi anni i nostri servizi sanitari regionali dovranno affrontare. Ulteriori studi potranno mettere a fuoco quale sia lo stato dell'arte nei diversi contesti locali, tesi a comprendere di quali risorse il sistema delle cure a casa debba dotarsi per assicurare un uniforme ed ubiquitario grado di protezione adeguato alle esigenze.

L'accesso alla residenzialità è governato dal Distretto nel 64,7% dei casi. Anche in questo caso il giudizio di valore non può che riferirsi al dettato dei Lea e, quindi, ci si attende nel tempo un'ulteriore crescita del dato, verso una copertura universale.

La valutazione multidimensionale (Vmd) precede entrambi gli accessi (domiciliari e residenziali) ed è usata anche per le valutazioni di esito dell'Adi. L'approccio multidimensionale multiprofessionale alla persona con bisogni complessi rappresenta una delle più caratteristiche attività “specializzate” del Distretto. I dati raccolti in questo senso appaiono confortanti ed incoraggianti. Si può rilevare che, pur significativamente avviata, la partecipazione dei Distretti alla definizione ed applicazione dei Percorsi assistenziali integrati (Pai), premessa indispensabile per interventi di

presa in carico efficace nella “cronicità”, presenta margini di miglioramento, sia nelle patologie ad alto impatto sociale (insufficienza cardiaca e respiratoria, diabete mellito) sia nelle condizioni terminali o negli stati post frattura di femore o post ictus.

Globalmente, dalle risposte su alcuni aspetti fondamentali delle attuali capacità/possibilità di governo della medicina generale da parte del Distretto emergono risultati inferiori alle attese. Si riscontra non ubiquitaria la partecipazione del Direttore di Distretto alla fase di implementazione dell'ultimo accordo aziendale sulla medicina generale, la quale avviene solamente nella metà dei casi. In questo modo appare improbabile un suo pieno coinvolgimento nel Distretto. Un efficace inserimento della medicina generale nel Distretto costituisce un passaggio obbligato per realizzare forti e capaci reti di assistenza primaria.

La concertazione con gli ospedali presenti nel territorio di protocolli per le dimissioni protette è molto diffusa e si svolge anche su altri temi, pur con intensità minore. Anche in questo caso, sembra, quindi, che le indicazioni da più parti poste sul valore della cosiddetta “continuità ospedale-territorio” abbiano già trovato nel Distretto una ragguardevole capacità di risposta, che rende visibile una delle funzioni attribuite al Distretto stesso.

FORMALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' E GRADO DI INTERNALIZZAZIONE DEI VALORI E DEGLI OBIETTIVI

Il tema della formazione è stato approfondito nell'Indagine, nella consapevolezza che un sistema complesso, quale quello dell'assistenza primaria e del Distretto, rappresenta uno dei più potenti strumenti per raggiungere gradi elevati di governo ed integrazione.

I percorsi formativi espressamente dedicati al proprio personale sono svolti “spesso” nel 61% dei Distretti, raramente nel 32,6% e mai 6,4%. Questi risultati appaiono coerenti con la consapevo-

lezza dei principi generali prima citati: una delle leve più potenti del cambiamento è costituita dall'aggiornamento e dall'innovazione delle conoscenze. All'interno dei percorsi formativi si possono collocare anche gli audit, in cui è coinvolto un ragguardevole numero di Distretti.

L'utilizzo di database e flussi informativi per la raccolta e lo scambio di informazioni tra operatori è diffuso (il 66% dei Distretti ne fa un uso frequente).

Il numero di incontri informali organizzati dal Direttore di Distretto con i responsabili delle attività di assistenza primaria è apprezzabile (il 57,2% dei Direttori ne organizza più di 5 nel corso dell'anno).

Il giudizio sul livello dei rapporti tra il Direttore di Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria è incoraggiante (per il 73,2% dei Direttori di Distretto è buono).

In conclusione, nel loro insieme queste constatazioni depongono fortemente a favore di un percorso che sembra svolgersi nel modo corretto verso obiettivi di qualità.

ANALISI DELLE RELAZIONI TRA ALCUNI ASPETTI SALIENTI DELL'INDAGINE

L'uso di specifiche analisi statistiche (regressione logistica), non usuali in questo tipo di indagini, ha consentito di analizzare la probabilità statistica di possibili nessi associativi (sotto l'ipotesi di causalità) tra alcuni fenomeni registrati, di inte-

resse generale per la comprensione dei fenomeni e, in prospettiva, l'eventuale programmazione di azioni migliorative.

I risultati dell'analisi di regressione logistica sono:

- l'ambito unitario di riferimento non influisce sugli obiettivi di miglioramento nell'accesso ai servizi né sul governo dell'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali;
- i percorsi formativi dedicati al personale hanno impatto positivo sulla frequenza della valutazione dei bisogni e sulle verifiche dell'Assistenza domiciliare integrata;
- la realizzazione di audit, l'attivazione di procedure, l'utilizzo di data-base ed i flussi informativi, la realizzazione di incontri informali migliorano il giudizio espresso dai Direttori sul livello dei rapporti tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria;
- le modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività influenzano positivamente il governo dell'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali esistenti sul territorio.

Si rimanda al testo integrale della relazione, ricco di tabelle e grafici di immediata consultazione, per gli approfondimenti e l'evidenziazione delle differenze territoriali, per una più esaustiva acquisizione e comprensione delle informazioni fornite dall'Indagine e per collocare nella corretta dimensione locale le considerazioni generali sopraillustrate.

REPORT DELL'INDAGINE

di **Mariadonata Bellentani***, **Gianfranco Damiani****, **Alessandra Ronconi*****, **Sara Catania******,
Leonilda Bugliari Armenio****

* Dirigente Sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari – Agenas

** Docente Istituto di Igiene - Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

*** Consulente statistico Agenas

**** Sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari – Agenas

L'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) ha promosso nell'anno 2010 una nuova Indagine sullo stato di attuazione dei Distretti in Italia, di aggiornamento della precedente ricerca svolta negli anni 2005-2006¹.

L'obiettivo delle due indagini è di tipo conoscitivo, con informazioni in entrambi i casi rilevate "sul campo", al fine di disporre di un quadro aggiornato di alcune modalità di funzionamento del Distretto tramite elementi individuati da un Gruppo di lavoro composto da esperti e referenti delle Regioni, del Ministero e dell'Agenas.

Alcuni spunti dall'Indagine 2005-2006

L'obiettivo della ricerca era effettuare una fotografia relativamente dettagliata di un sistema distrettuale in continuo cambiamento, caratterizzata da valori, aspettative e funzioni molto ampie,

con particolare riferimento all'assistenza primaria, risalendo quindi ai principi della Conferenza di Alma Ata del 1978 ed ai connessi contenuti ripresi nella legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Ne era emersa una definizione ed una articolazione ampiamente diversificata a livello locale, come atteso ed anche previsto dalle norme, diversità connaturate alla necessità del Distretto di inserirsi nella comunità locale e di rispondere alle esigenze specifiche della popolazione.

L'Indagine si sviluppava in un questionario di 31 domande, spesso articolate in più sottoquesiti, con focalizzazione sugli aspetti istituzionali e di livello aziendale, individuati a partire dalle indicazioni normative in materia (D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.), cercando una chiarezza nelle funzioni assegnate al Distretto, nell'organizzazione posta a sostegno delle funzioni ed attività e nelle responsabilità at-

¹ L'indagine è scaricabile all'indirizzo: http://www.agenas.it/agenas_pdf/risultati_distretti_luglio06.pdf

Composizione del gruppo di lavoro

Mariadonata Bellentani - Agenas
Leonilda Bugliari Armenio - Agenas
Sara Catania - Agenas
Alessandra Ronconi - consulente statistico Agenas
Silvia Arcà - Ministero della Salute
Carola Magni - Ministero della Salute
Gianfranco Damiani - Università Cattolica S. Cuore di Roma
Cristina Beltramello - Direttore Sanitario ULSS 3 Bassano del Grappa
Paolo Da Col - Direttore Distretto n. 1 ASS I "Triestina"
Saverio Di Ciommo - Direttore del Distretto di Casalecchio di Reno
Giulio Gentili - Direttore Sanitario ASUR Marche

Rosario Mete - Direttore Distretto 12 ASL Roma C
Rodolfo Rollo - Direttore Generale ASL Brindisi
Piero Salvadori - Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie Asl di Empoli
Antonio Trimarchi - Direttore Distretto sociosanitario Este ULSS 17

Referenti regionali

Abruzzo - Rosa Borgia
Basilicata - Giuseppe Montagano
Calabria - Rosanna Maida
Campania - Rosanna Romano, Annarita Greco
Emilia Romagna - Clara Curcetti, Luisa Parisini
Friuli Venezia Giulia - Paolo Da Col
Lazio - Valentino Mantini, Laura Gerosa

Liguria - Graziella Giusto
Lombardia - Concetta Malaspina, Anna Maria Maestroni, Antonella Nenna
Marche - Gabriella Beccaceci
Molise - Gianfranca Testa
P.A. Bolzano - Alfred König, Irene Bauer
P.A. Trento - Luciano Pontalti
Piemonte - Gabriella Viberti
Puglia - Vito Piazzolla, Marisa De Palma, Patrizia Marzo, Fulvio Longo
Sardegna - Gian Pietro Ortu
Sicilia - Damiana Pepe
Toscana - Simona Dei
Umbria - Carla Cicioni, Giuliangela Proietti Bocchini, Isolina Cuccarini
Valle d'Aosta - Paola Ippolito
Veneto - Antonino Compostella, Silvia Vigna

tribuite al Direttore di Distretto.

Si aggiungeva un quadro di domande sui Livelli essenziali di assistenza, volte ad identificare la responsabilità del Distretto nella gestione dei servizi rientranti nel Lea “Assistenza distrettuale” e, in particolare, se al Distretto era affidata la governance di questi aspetti, se la stessa era condivisa con altri soggetti istituzionali dell’Azienda sanitaria oppure se gli stessi erano gestiti solo marginalmente dal Distretto.

Lo svolgimento dell’Indagine si era rivelato molto articolato ed anche complesso, con esiti positivi di consenso (tasso di risposta del 79%) e segnali importanti di sviluppo della realtà distrettuale, quali: la diffusa configurazione del Distretto come struttura complessa; l’adozione di precisi strumenti di programmazione delle attività; la definizione di ambiti territoriali non parcellizzati, con una media nazionale di popolazione di riferimento di 45.000 abitanti.

Altre risposte erano risultate meno chiare o di difficile interpretazione, quali la scarsa autonomia economico-finanziaria (i cui contenuti non sono sempre stati univoci) rispetto ad un’ampia configurazione del Distretto come centro di responsabilità e come struttura complessa; la difficoltà di identificare lo strumento utilizzato in modo “prevalente” per garantire l’integrazione sociosanitaria, per la diffusa presenza di più modalità (tra cui accordo di programma, delega, consorzio).

In ogni caso, l’osservazione sullo stato dell’arte del Distretto, delle sue relazioni con la struttura organizzativa e con lo sviluppo di strumenti manageriali all’interno delle aziende sanitarie ha consentito di comprendere meglio l’evoluzione del Distretto, oltre ai punti di condivisione e di lontananza rispetto alla principale normativa di riferimento (D.Lgs. n. 229/99; Piani sanitari nazionali; Dpcm 29.11.2001 sui livelli essenziali di assistenza).

Ne è risultato un profilo di Distretto che cominciava a connotarsi anche in chiave aziendalistica, utilizzando strumenti di programmazione, responsabilizzazione e controllo, ma rimaneva an-

cora un organismo “debole” da un punto di vista della governance diretta sulle funzioni teoricamente attribuite, in particolare rispetto alle attività e ai servizi correlati al livello di assistenza distrettuale.

Una responsabilità piena e diretta del Distretto risultava superiore al 50% dei casi solo rispetto all’assistenza domiciliare, mentre saliva all’80% rispetto all’organizzazione dell’unità di valutazione multidimensionale ed al piano di assistenza individuale. Molte altre attività risultavano svolte in modo condiviso tra Distretto e altre strutture aziendali, mentre la responsabilità diretta del Distretto appariva relativamente bassa anche in aree di particolare rilievo, quali: il controllo della spesa farmaceutica; l’erogazione di servizi di assistenza integrativa; il coordinamento dell’assistenza specialistica ambulatoriale (area che risulta ancora fortemente collegata all’ambito ospedaliero).

Si rilevava, inoltre, un ruolo del Distretto ancora da sviluppare pienamente rispetto alla cronicità, in particolare nella gestione degli accessi e del percorso di assistenza in ambito domiciliare e residenziale. Molto interessanti anche gli aspetti della partecipazione dei cittadini alle attività del Distretto, che trovavano strade diverse e, in particolare, univano alla “carta dei servizi” la costituzione di comitati misti o l’attivazione di incontri periodici con le associazioni di cittadinanza, fino ad alcune esperienze di tavoli di confronto e monitoraggio e di programmi di *customer satisfaction*. Un riferimento era stato fatto anche sul rapporto con i medici di medicina generale nel Distretto (curato più specificamente in altre indagini del Ministero della Salute negli stessi anni 2005-06), affrontato nell’Indagine unicamente rispetto alla presenza di programmi di coinvolgimento dei medici in percorsi di assistenza (con un risultato positivo quasi univoco: 96% di coinvolgimento) e della partecipazione dei Distretti alla definizione degli accordi aziendali per la medicina generale (presente nel 54% dei casi).

Vi sono molti altri aspetti che sono stati analizzati, difficilmente sintetizzabili in poche righe. Si

è scelto, pertanto, di riportare, l'indirizzo web, dal quale è possibile scaricare interamente il report finale: http://www.agenas.it/agenas_pdf/risultati_distretti_luglio06.pdf.

La nuova Indagine - 2010

Obiettivo della nuova ricerca è rilevare lo stato di attuazione dei Distretti, partendo dalle priorità assegnate dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

L'Indagine 2010 utilizza una metodologia analoga alla ricerca precedente: un questionario predisposto da un Gruppo di lavoro misto, costituito da esperti e referenti nazionali e regionali, che ha identificato il campo di indagine su alcuni aspetti di caratterizzazione del Distretto sul territorio nazionale.

Il disegno dello studio è risultato più agevole rispetto a quello dell'Indagine precedente in quanto si è cercato di consolidare alcuni aspetti già presenti nel questionario utilizzato nella rilevazione degli anni 2005-2006, introducendo semplificazioni e ridefinizioni, anche alla luce dell'esperienza e della recente letteratura, per realizzare uno strumento di facile compilazione e il più possibile univoco nell'interpretazione dei quesiti.

La letteratura nei primi anni distingueva nella definizione di Distretto tre connotazioni, da tener concettualmente separate seppur fortemente correlate tra loro: la macrostruttura aziendale con responsabilità organizzativa; l'ambito geografico e la popolazione di riferimento; l'insieme dei servizi e delle attività erogati in ambito territoriale. La carenza di una elaborazione specifica sul Distretto non implica affatto una marginalità del tema, che invece rimane centrale nella programmazione e nella letteratura, sul ruolo della *governance* pubblica nella *primary health care* (Phc).

Per la realizzazione di questa Indagine si è tenu-

to conto di alcuni studi presenti nella letteratura scientifica internazionale che forniscono chiavi di lettura per esplicitare le dimensioni individuali ed organizzative che sono alla base della collaborazione tra professionisti e servizi diversi, che concorrono a raggiungere obiettivi di salute comuni, nell'ambito di un sistema adattativo complesso come quello dell'assistenza primaria. In particolare, si è fatto riferimento ai fattori identificati da Danielle D'Amour^{2,3} per evidenziare il ruolo dei rapporti individuali ed organizzativi per la realizzazione della collaborazione multidisciplinare in sistemi complessi.

Questa scelta è motivata dal fatto che al Distretto è richiesto di essere espressione di governance pubblica, in un sistema adattativo complesso di *primary health care*, caratterizzato da una pluralità di professionisti e organizzazioni, ciascuno con ampia autonomia tecnica e giuridica. La *governance* tra attori così diversi può svolgersi attraverso meccanismi di coordinamento esercitati dal Distretto, in modo da sviluppare la collaborazione multidisciplinare, instaurando uno "spirito di squadra" (teaming up), come sostenuto da D'Amour. L'obiettivo è favorire l'attuazione di reti di servizi funzionali alla realizzazione di percorsi assistenziali programmati e monitorati secondo i bisogni di salute degli assistiti attraverso un'integrazione di interventi tra più attori.

L'Indagine del 2010 parte da una considerazione di base: nella fase attuale l'attenzione si focalizza sulle funzioni di coordinamento della pluralità dei professionisti che operano sul territorio, a partire dal fondamentale ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta. Altro elemento che viene studiato con attenzione riguarda le modalità di garanzia del Lea distrettuale e la presa in carico delle persone fragili e/o non autosufficienti.

Questo passaggio implica che il Distretto non è

2 D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof care*. 2005 May; 19 Suppl. 1:116-31.

3 D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martin-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in health care organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008 Sep 21; 8:188.

da considerare un sistema chiuso e, soprattutto, un modello unitario e burocratico di governo gerarchico della rete dei servizi sul territorio.

In questo contesto, il Distretto svolge un ruolo di coordinamento diverso che si esprime prioritariamente tramite il lavoro integrato e la promozione di una collaborazione multiprofessionale, multidisciplinare e multisettoriale.

L'Indagine, pertanto, tiene conto di queste dimensioni, mentre non si indirizza ad aspetti specifici sulle modalità di erogazione dei servizi. Questo non avviene solo perché gli stessi rientrano nell'ambito di autonomia riconosciuta ad ogni Regione, ma anche perché si è voluto sottolineare aspetti meno conosciuti, ad esempio gli elementi unitari alla base di una capacità di esercizio di un coordinamento di un sistema complesso, dove è necessario garantire l'unitarietà dei percorsi di assistenza, l'integrazione dei servizi per il cittadino all'interno dell'area sanitaria e in ambito sociosanitario. Si è pertanto ricercato il punto di vista dei Distretti su elementi di principi che possono essere riportati ad una dimensione di condivisione più generale.

METODOLOGIA E DISEGNO DELL'INDAGINE

L'Indagine è di tipo censuario, rivolta alla totalità dei Distretti dislocati sul territorio italiano; lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario auto-compilato dai Direttori di Distretto, composto da 33 domande, prevalentemente di tipo qualitativo, fatta eccezione per alcuni quesiti quantitativi di carattere generale sulla superficie e sulla popolazione dei Distretti. I quesiti sono a risposta semplice mutuamente esclusiva oppure a risposta multipla. La struttura del questionario fa riferimento alle 4 dimensioni del modello collaborativo individuato da D. D'Amour et al.⁴ Tali dimensioni, che si influenzano reciprocamente, sono:

1) *condivisione di obiettivi e vision*: si riferisce all'e-

sistenza di obiettivi comuni e alla loro appropriazione da parte del team, al riconoscimento delle differenze motivazionali e delle diversità di definizioni, nonché alle aspettative che riguardano la collaborazione;

2) *internalizzazione*: si riferisce alla consapevolezza da parte dei professionisti della loro interdipendenza e dell'importanza di amministrarsi e, quindi, al senso di appartenenza, condivisione dei valori e reciproca fiducia;

3) *formalizzazione*: è definita come l'adesione alle procedure approvate, che includono i risultati attesi ed i comportamenti da seguire;

4) *governance*: è costituita dalla funzione della leadership che supporta la collaborazione. La *governance* fornisce le direttive per indirizzare i professionisti nell'implementare le innovazioni in relazione alle pratiche collaborative inter-professionali e inter-organizzative.

Queste quattro dimensioni nel loro insieme e le reciproche interazioni comprendono tutti i processi inerenti alla collaborazione.

I principi di *condivisione di obiettivi e vision* sono stati pertanto rapportati principalmente ai quesiti posti sugli aspetti di "programmazione ed integrazione sociosanitaria", considerando che un programma distrettuale deve prima di tutto svilupparsi rispetto a valori ed obiettivi generali da condividere. Gli stessi principi hanno guidato anche la formulazione delle domande relative alla partecipazione dei cittadini ed all'accesso ai servizi, anch'essi da rapportare alla dimensione programmatica, soprattutto in sede locale.

Rispetto all'*internalizzazione* ed alla *formalizzazione*, nel questionario sono stati formulati alcuni quesiti sull'utilizzo di alcuni strumenti per favorire la collaborazione, la condivisione dei valori e la standardizzazione dei comportamenti tra i diversi attori dell'assistenza.

Per quanto riguarda la *governance*, è stata indagata indirettamente sia negli aspetti programmatici sia nello studio dell'associazione delle variabili

4 D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martín Rodríguez L, Beaulieu MD. Op. cit.

li rispetto al ruolo del Direttore di Distretto nel raccordo operativo dei servizi e dei professionisti dell'assistenza.

Il riferimento temporale delle informazioni richieste è stato fissato al 31 dicembre 2009.

Dapprima una lettera di richiesta di collaborazione è stata inviata ai referenti regionali per comunicare l'avvio dell'Indagine e fornire le disposizioni necessarie per il corretto espletamento delle fasi della rilevazione. Successivamente, il questionario, accompagnato da una guida alla compilazione, è stato inviato ai referenti regionali, che hanno provveduto a trasmetterlo ai Direttori di Distretto tramite posta elettronica.

I questionari compilati, pervenuti in Agenas via e-mail, sono stati inseriti in un database; i dati sono stati sottoposti al controllo di coerenza interna e successivamente i record sono stati esportati sul software statistico SPSS versione 16.0, con il quale è stata condotta l'analisi statistica.

Analisi statistica

Sono state condotte analisi descrittive per illustrare le caratteristiche strutturali dei Distretti partecipanti all'Indagine. In questa fase dell'analisi i risultati sono stati presentati per singola Regione.

Una seconda fase dell'analisi, che riguarda gli aspetti relativi alle funzioni, all'organizzazione, alla formazione nei Distretti, è stata condotta per ripartizione geografica secondo la suddivisione Istat "Nord Ovest" (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia), "Nord Est" (Veneto, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna), "Centro" (Toscana, Umbria, Marche, Lazio) e "Sud e Isole" (Abruzzo, Campania, Calabria, Puglia, Basilicata, Molise, Sicilia e Sardegna).

La scelta di presentare i dati relativi ai capitoli "Programmazione ed integrazione sociosanitaria del Distretto", "Centralità del cittadino e della comunità nel Distretto", "Funzioni del Distretto nell'accesso dei cittadini ai servizi e agli attori fondamentali dell'assistenza primaria", "For-

malizzazione delle attività e grado di internalizzazione dei valori e degli obiettivi" per ripartizione geografica, anziché per singola Regione, è stata assunta per evitare di creare delle "classifiche" tra le Regioni; questo aspetto non rientrava infatti tra gli obiettivi dell'Indagine, finalizzata invece all'identificazione di determinanti comuni nell'ambito delle scelte organizzative autonome delle Regioni.

Ad ogni modo, il disegno dell'Indagine è tale da consentire alle singole Regioni di accedere ai propri dati e di condurre in proprio le analisi.

A partire dalle informazioni ottenute dalle analisi descrittive sono state formulate ipotesi di associazione tra variabili sui dati aggregati a livello nazionale (ad esempio: lo svolgimento dei percorsi formativi nel Distretto influenza la funzione di facilitatore del Distretto rispetto alle procedure tecniche?). Le associazioni sono state valutate per mezzo di test statistici inferenziali (es.: "test del chi-quadro"). Successivamente, l'analisi è stata approfondita attraverso la costruzione di modelli di regressione logistica, tenendo conto degli effetti di alcune variabili ("confondenti") che potevano condizionare i risultati delle singole associazioni. Le variabili di confondimento inserite sono relative agli aspetti territoriali e demografici del Distretto quali: la superficie di competenza in Km², il numero di abitanti, la struttura per sesso ed età della popolazione residente nel Distretto e l'area geografica, ed una caratteristica strutturale del Distretto che distingue tra unità semplice o complessa. L'analisi inferenziale ha permesso così di ottenere odds ratio (OR) aggiustati ed i relativi intervalli di confidenza (IC); il livello di significatività delle stime (p-value) è stato fissato al 5%.

RISULTATI

1. Qualità dei dati

Un primo elemento per valutare la qualità dei dati è costituito dal tasso di risposta (tab. 1.1). La quota di Distretti rispondenti, rispetto all'universo di riferimento, è pari al 95,8%, con 681 que-

stionari pervenuti su 711 Distretti presenti sul territorio nazionale al 31 dicembre 2009.

Nell'Indagine del 2005 il tasso di risposta era stato pari al 79%. Si rileva, quindi, una maggiore sensibilità dei Direttori di Distretto nell'adesione all'Indagine.

La tabella 1.1 mostra la percentuale di risposta distinta per Regione. In 16 Regioni si è riscontrato un tasso di risposta pari al 100%, 2 Regioni hanno riportato un'adesione superiore al 90% e le restanti 3 hanno percentuali superiori al 70%. Per ogni quesito è stato riscontrato un numero di risposte mancanti ("missing"); in particolare sui 33 item del questionario, 29 presentano una percentuale di carenza inferiore al 2%, mentre in due quesiti la percentuale è del 3% (tipologia di unità operativa e coincidenza tra programmazione distrettuale e programmazione degli ambiti sociali). Gli item più carenti in termini di risposte fanno riferimento alla superficie di competenza (8% di missing) ed alla popolazione (7% di missing).

2. Caratteristiche generali del distretto

Contesto territoriale

La tabella 2.1 mostra il bacino di utenza medio dei Distretti per Regione. La prima colonna riporta la popolazione residente nel 2009, anno dell'Indagine, secondo i dati Istat⁵. Tale valore suddiviso per il numero di Distretti attivi in Italia permette di ottenere il bacino di utenza medio dei Distretti nel 2009. Il valore nazionale è pari a 84.452 abitanti, con forte variabilità tra le Regioni, in un range che va da un bacino minimo di 24.943 abitanti per la Provincia autonoma di Bolzano ad uno massimo di 120.280 abitanti per la Lombardia.

Nella tabella è riportato anche il numero di Asl presenti nel 2009.

Come illustrato nella figura 2.1, la maggior parte dei Distretti fa parte di un'azienda sanitaria di tipo provinciale (64%), il 27% di un'azienda sub-provinciale, mentre le percentuali sono più basse per i Distretti collocati in aziende regionali e interprovinciali (rispettivamente 8% e 1%).

⁵ <http://demo.istat.it>

TABELLA 1.1 - Percentuale di risposta all'Indagine per Regione

Regione	Distretti attivi al 31 Dicembre 2009	Numero questionari pervenuti	Tasso di risposta (%)
ABRUZZO	25	19	76,0
BASILICATA	11	11	100,0
CALABRIA	35	35	100,0
CAMPANIA	72	72	100,0
EMILIA ROMAGNA	38	38	100,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	20	20	100,0
LAZIO	55	52	94,5
LIGURIA	19	19	100,0
LOMBARDIA	81	81	100,0
MARCHE	23	23	100,0
MOLISE	7	7	100,0
PIEMONTE	58	41	70,7
PA. DI BOLZANO	20	20	100,0
PA. DI TRENTO	13	13	100,0
PUGLIA	49	49	100,0
SARDEGNA	23	20	87,0
SICILIA	62	61	98,4
TOSCANA	34	34	100,0
UMBRIA	12	12	100,0
VALLE D'AOSTA	4	4	100,0
VENETO	50	50	100,0
ITALIA	711	681	95,8

La tabella 2.2 mostra come l'ambito territoriale prevalente sia quello urbano, che riguarda il 40,5% circa dei Distretti; il 33,4% ha un ambito territoriale prevalentemente extraurbano; il 7,9% metropolitano; il 17,4% montano e solo 6 (0,8%) Distretti su 679 rispondenti hanno un ambito insulare o per le isole minori. La Regione con la percentuale più elevata di Distretti il cui ambito

è prevalentemente metropolitano è il Lazio (26,9%); la Puglia ha il valore maggiore per Distretti con ambito territoriale prevalentemente urbano (75,0%); l'area extraurbana prevale nella Regione Veneto (57,1%) e quella montana nella Valle d'Aosta (100%); infine, la Sicilia ha il numero più elevato di Distretti con area prevalentemente insulare o per le isole minori (3,4%).

FIGURA 2.1 - Tipologia di azienda sanitaria

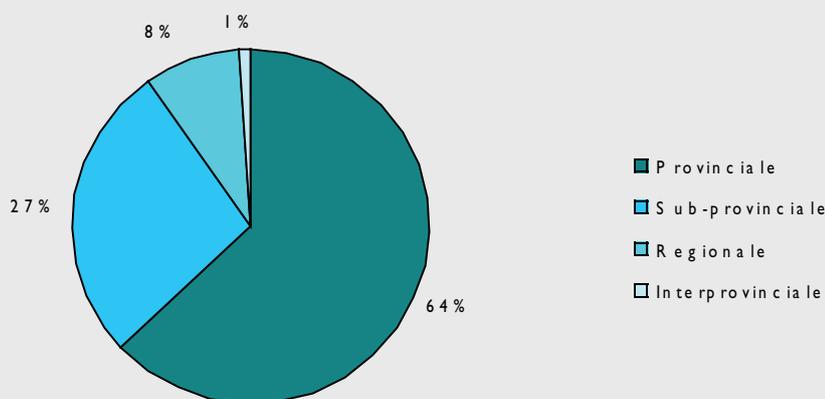


TABELLA 2.1 - Bacino di utenza medio per Regione

Regione	Popolazione residente 2009	ASL 2009	Distretti attivi 2009	Bacino di utenza medio dei Distretti
ABRUZZO	1.334.675	4	25	53.387
BASILICATA	590.601	2	11	53.691
CALABRIA	2.008.709	5	35	57.392
CAMPANIA	5.812.962	7	72	80.736
EMILIA ROMAGNA	4.337.979	11	38	114.157
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.230.936	6	20	61.547
LAZIO	5.626.710	12	55	102.304
LIGURIA	1.615.064	5	19	85.003
LOMBARDIA	9.742.676	15	81	120.280
MARCHE	1.569.578	1	23	68.242
MOLISE	320.795	1	7	45.828
PIEMONTE	4.432.571	13	58	76.424
P.A. DI BOLZANO	498.857	1	20	24.943
P.A. DI TRENTO	519.800	1	13	39.985
PUGLIA	4.079.702	6	49	83.259
SARDEGNA	1.671.001	8	23	72.652
SICILIA	5.037.799	9	62	81.255
TOSCANA	3.707.818	12	34	109.053
UMBRIA	894.222	4	12	74.518
VALLE D'AOSTA	127.065	1	4	31.766
VENETO	4.885.548	21	59	82.806
ITALIA	60.045.068	145	711	84.452

La tabella 2.3 mostra la distribuzione delle classi di superficie per Regione. Tali classi di superficie sono state identificate sulla base dei quartili⁶ della distribuzione totale (Italia). Il primo quartile della distribuzione è costituito dal valore 140 Km²: il 25% dei Distretti ha, quindi, una superficie di competenza pari o inferiore a 140 Km², la mediana della distribuzione è pari a circa 350

6 I quartili sono i valori che ripartiscono una distribuzione di frequenze in 4 parti uguali. Pertanto il primo quartile avrà il 25% delle frequenze, il secondo quartile (che coincide con la mediana) il 50%, il terzo quartile il 75% e il quarto e ultimo quartile conterrà il 100% della distribuzione.

TABELLA 2.2 - Ambito territoriale prevalente per Regione (Valori percentuali, N= 679)

Regione	area metropolitana	area urbana	area extraurbana	area montana	area insulare o per le isole minori
ABRUZZO	5,3	42,1	36,8	15,8	0,0
BASILICATA	0,0	18,2	36,4	45,5	0,0
CALABRIA	3,0	27,3	51,5	18,2	0,0
CAMPANIA	7,5	58,2	20,9	11,9	1,5
EMILIA ROMAGNA	0,0	33,3	52,8	13,9	0,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,0	47,4	36,8	15,8	0,0
LAZIO	26,9	26,9	34,6	11,5	0,0
LIGURIA	22,2	55,6	16,7	5,6	0,0
LOMBARDIA	8,8	35,0	40,0	16,3	0,0
MARCHE	4,8	47,6	9,5	38,1	0,0
MOLISE	14,3	14,3	28,6	42,9	0,0
PIEMONTE	17,5	32,5	40,0	10,0	0,0
PA. DI BOLZANO	0,0	35,0	25,0	40,0	0,0
PA. DI TRENTO	0,0	23,1	7,7	69,2	0,0
PUGLIA	4,2	75,0	16,7	4,2	0,0
SARDEGNA	10,0	25,0	45,0	20,0	0,0
SICILIA	10,2	49,2	20,3	16,9	3,4
TOSCANA	3,0	39,4	33,3	21,2	3,0
UMBRIA	0,0	41,7	50,0	8,3	0,0
VALLE D'AOSTA	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
VENETO	0,0	30,6	57,1	10,2	2,0
ITALIA	7,9	40,5	33,4	17,4	0,8

TABELLA 2.3 - Superficie di competenza del Distretto per Regione (Valori percentuali, N=632)

Regione	< 140 Km ²	140-349 Km ²	350-599 Km ²	≥600 Km ²
ABRUZZO	33,3	26,7	13,3	26,7
BASILICATA	0,0	0,0	33,3	66,7
CALABRIA	2,9	31,4	45,7	20,0
CAMPANIA	67,6	6,0	17,6	8,8
EMILIA ROMAGNA	0,0	30,6	30,6	38,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	17,6	41,2	35,3	5,9
LAZIO	33,3	22,9	25,0	18,8
LIGURIA	31,6	42,1	26,3	0,0
LOMBARDIA	45,8	18,1	19,4	16,7
MARCHE	9,1	27,3	54,5	9,1
MOLISE	0,0	0,0	16,7	83,3
PIEMONTE	32,4	23,5	17,6	26,5
PA. DI BOLZANO	15,0	30,0	45,0	10,0
PA. DI TRENTO	7,7	23,1	46,1	23,1
PUGLIA	15,2	30,4	30,4	24,0
SARDEGNA	0,0	5,6	11,1	83,3
SICILIA	17,0	32,2	22,0	28,8
TOSCANA	6,3	12,5	28,1	53,1
UMBRIA	0,0	0,0	33,3	66,7
VALLE D'AOSTA	0,0	25,0	0,0	75,0
VENETO	25,5	23,5	34,0	17,0
ITALIA	25,0	22,4	27,4	25,2

Km2, il terzo quartile è pari a circa 600 Km2, per cui il 75% dei Distretti ha meno di 600 Km2 di superficie di competenza e il restante 25% superiore a 600 Km2.

La superficie media dei Distretti in Italia è pari a 441,5 Km2 (sd=456,5), con forte variabilità tra le Regioni: da un valore minimo di 213 Km2 medi in Campania a 1052,7 Km2 in media in Sardegna.

La tabella 2.4 mostra la distribuzione dei Distretti secondo il numero di abitanti suddiviso in classi. Il 10,9% dei Distretti ha un numero di abitanti inferiore a 30.000, nel 24,5% vi è un numero di residenti compreso tra 30.000 e 59.999 e il 64,6% dei Distretti ha oltre 60.000 abitanti. Nel 2005 la percentuale di Distretti con numero di abitanti inferiore a 30.000 era pari al 17%, mentre il numero minimo di abitanti di 60.000 previsto dal D.Lgs. n. 229/1999 era rispettato dal 54% dei Distretti. Il bacino di utenza medio dei Distretti risulta pari a 86.511 abitanti, con una distribuzione variabile che passa dai 28.312 abitanti in media della Provincia Autonoma di Bolzano ai 122.706 abitanti in Lombardia.

La figura 2.2 mostra la distribuzione delle Regioni sul piano cartesiano rispetto al valore medio della superficie di competenza e al numero di abitanti per Distretto. Le Regioni posizionate nel primo quadrante sono caratterizzate da un più elevato numero medio di abitanti residenti nel Distretto e più elevata superficie rispetto al valore medio nazionale. Nel secondo quadrante si collocano le Regioni con un più basso numero di abitanti, ma una superficie più estesa rispetto alla media; il terzo quadrante è caratterizzato da più bassi valori rispetto alla media sia per gli abitanti che per la superficie; infine, nel quarto quadrante si posizionano le Regioni con elevato numero di abitanti e superficie meno ampia.

Nella tab. 2.5 si osserva come il tasso di residenti con età inferiore o uguale a 14 anni rispetto al totale dei residenti nel Distretto è pari al 14,1%; il tasso di popolazione adulta con età compresa tra 15 e 64 anni è pari al 65,4%, mentre il tasso di ultrasessantacinquenni è pari al 20,5%. La distribuzione per Regione evidenzia che la Regione con tasso di ultrasessantacinquenni più elevato è la Liguria con il 25,9%, mentre quella con la popolazione più giovane è la Provincia Auto-

TABELLA 2.4 - Popolazione residente nel Distretto per Regione (Valori percentuali, N=633)

Regione	< 30.000	30.000-59.999	60.000-100.000	> 100.000
ABRUZZO	18,8	56,2	25,0	0,0
BASILICATA	36,4	45,4	9,1	9,1
CALABRIA	22,6	38,6	32,3	6,5
CAMPANIA	1,4	25,4	46,5	26,7
EMILIA ROMAGNA	0,0	13,5	32,4	54,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,0	63,2	36,8	0,0
LAZIO	6,3	14,6	31,3	47,8
LIGURIA	0,0	31,6	31,6	36,8
LOMBARDIA	5,1	20,3	17,6	57,0
MARCHE	17,5	30,4	21,7	30,4
MOLISE	28,6	42,9	28,5	0,0
PIEMONTE	7,5	15,0	47,5	30,0
P.A. DI BOLZANO	70,0	20,0	5,0	5,0
P.A. DI TRENTO	53,8	30,8	7,7	7,7
PUGLIA	0,0	17,0	53,2	29,8
SARDEGNA	15,8	36,8	21,1	26,3
SICILIA	13,6	22,0	35,6	28,8
TOSCANA	8,8	26,5	17,6	47,1
UMBRIA	8,3	50,0	16,7	25,0
VALLE D'AOSTA	75,0	0,0	25,0	0,0
VENETO	4,1	8,2	44,8	42,9
ITALIA	10,9	24,5	32,1	32,5

noma di Bolzano con il 19,6% di abitanti al di sotto dei 14 anni, seguita dalla P.A. di Trento (16,3%), dalla Campania (16,2%) e dall’Abruzzo (15,9%).

FIGURA 2.2 - Popolazione media e superficie di competenza media per Regione

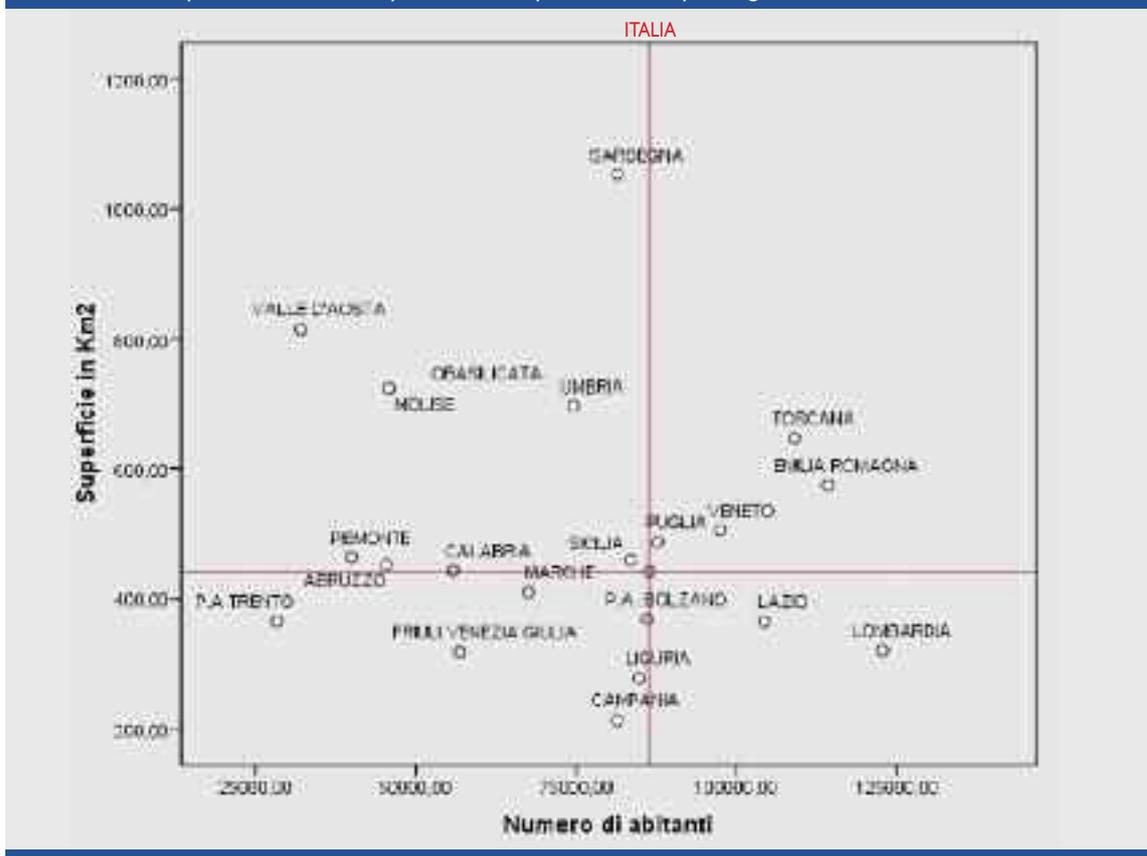


TABELLA 2.5 - Distribuzione percentuale media dei residenti nei Distretti per Regione e classe di età (Valori percentuali, N= 633)

Regione	< 14 anni	15-64 anni	> 64 anni
ABRUZZO	15,9	61,7	22,4
BASILICATA	13,0	65,5	21,5
CALABRIA	14,5	66,7	18,8
CAMPANIA	16,2	66,3	17,5
EMILIA ROMAGNA	13,2	63,2	23,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	12,1	64,8	23,1
LAZIO	13,2	66,1	20,7
LIGURIA	12,3	61,8	25,9
LOMBARDIA	14,1	66,4	19,5
MARCHE	13,0	63,6	23,4
MOLISE	12,2	64,7	23,1
PIEMONTE	12,6	64,8	22,6
P.A. DI BOLZANO	19,6	63,9	16,5
P.A. DI TRENTO	16,3	64,7	19,0
PUGLIA	14,7	66,7	18,6
SARDEGNA	11,7	68,9	19,4
SICILIA	14,9	66,2	18,9
TOSCANA	12,2	63,9	23,9
UMBRIA	12,8	64,4	22,8
VALLE D'AOSTA	13,5	66,0	20,5
VENETO	13,7	66,0	20,3
ITALIA	14,1	65,4	20,5

Caratteristiche organizzative

Il 78% dei Distretti afferma di avere al proprio interno centri di responsabilità (figura 2.3); di questi, il 44% dichiara di averne un numero compreso tra uno e tre, il 31% da 4 a 6 e il 25% ha indicato di avere più di 6 centri di responsabilità al proprio interno.

La tabella 2.6 mostra la distribuzione della presenza di centri di responsabilità in ciascuna Re-

gione e del relativo numero. Nella maggior parte delle Regioni la presenza di centri di responsabilità è superiore al 50%, fatta eccezione per Puglia (45,8%), Abruzzo (42,1%), Valle d'Aosta (25,0%) e Liguria (26,3%). Queste quattro Regioni sono anche quelle che presentano un numero di centri di responsabilità inferiore e compreso tra 1 e 3.

Le Regioni con il maggior numero di centri di

FIGURA 2.3 - Presenza di centri di responsabilità

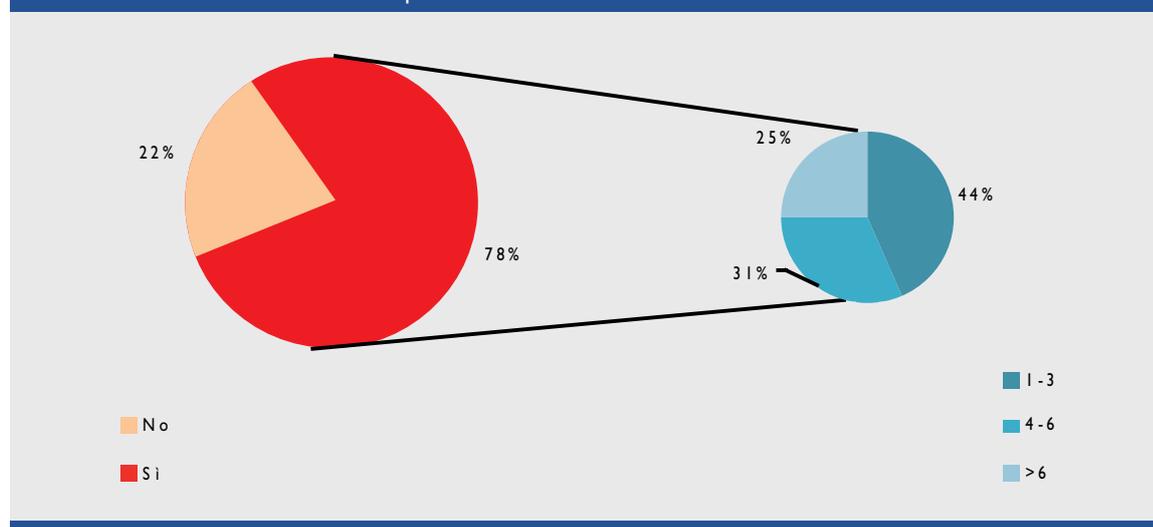


TABELLA 2.6 - Presenza e numero di centri di responsabilità per Regione (Valori percentuali, N= 678)

Regioni	Presenza di centri di responsabilità	Se sì (N=518)		
		Numero di centri di responsabilità		
		1-3	4-6	>6
ABRUZZO	42,1	50,0	50,0	0,0
BASILICATA	100,0	72,7	27,3	0,0
CALABRIA	82,9	29,6	51,9	18,5
CAMPANIA	80,6	36,8	15,8	47,4
EMILIA ROMAGNA	92,1	26,5	52,9	20,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	95,0	64,7	11,8	23,5
LAZIO	86,5	56,8	31,8	11,4
LIGURIA	26,3	80,0	20,0	0,0
LOMBARDIA	70,4	59,6	35,1	5,3
MARCHE	95,7	50,0	27,3	22,7
MOLISE	57,1	50,0	50,0	0,0
PIEMONTE	78,0	62,4	18,8	18,8
P.A. DI BOLZANO	65,0	69,2	30,8	0,0
P.A. DI TRENTO	100,0	7,6	46,2	46,2
PUGLIA	45,8	77,3	22,7	0,0
SARDEGNA	70,0	30,7	23,1	46,2
SICILIA	84,7	25,5	42,6	31,9
TOSCANA	94,1	3,2	22,6	74,2
UMBRIA	100,0	0,0	25,0	75,0
VALLE D'AOSTA	25,0	100,0	0,0	0,0
VENETO	96,0	47,9	29,2	22,9
ITALIA	78,2	43,4	31,1	25,5

responsabilità al proprio interno sono Umbria e Toscana, che dichiarano di averne un numero superiore a 6 nel 75% e nel 74,2% dei Distretti, rispettivamente.

Nella figura 2.4, relativa al profilo professionale dei Direttori di Distretto, si evidenzia che la maggior parte è un dirigente del Ssn (97%), mentre il 3% è un medico di medicina generale. Tra coloro che hanno indicato la dirigenza, il 90% è di-

rigente medico, il 5% dirigente sanitario (tra questi il 70% è psicologo, il 15% sociologo, il 6% biologo e altrettanto per i farmacisti e il 3% fisico), il 3% è un dirigente amministrativo, l'1% è un dirigente medico veterinario e l'1% è altro.

In tutte le Regioni l'area di competenza professionale prevalente tra i dirigenti del Ssn è quella medica, a cui appartiene l'89,2% dei Direttori di Distretto (tab. 2.7).

FIGURA 2.4 - Profilo professionale dei Direttori di Distretto

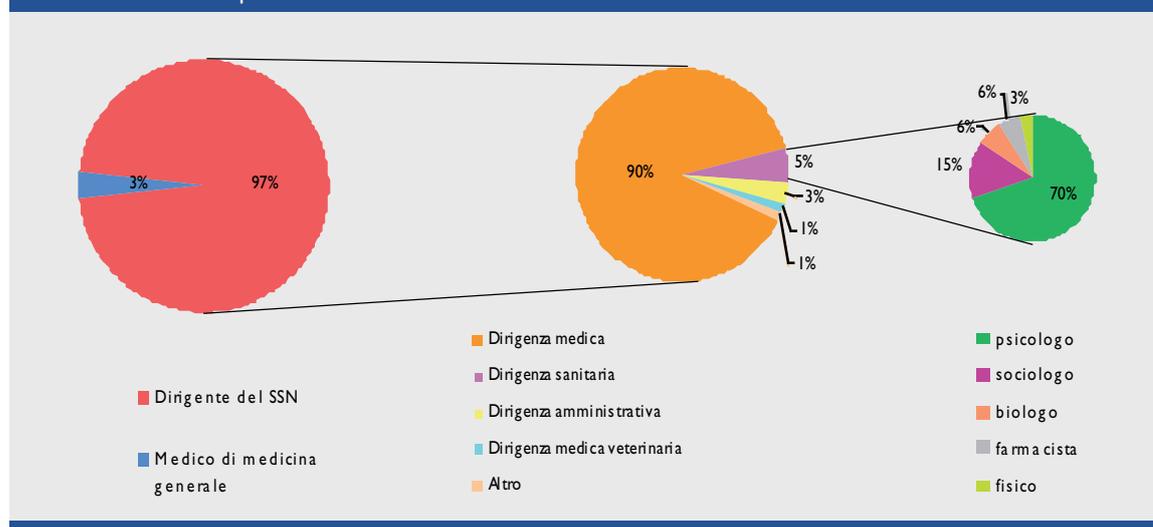


TABELLA 2.7 - Profilo professionale dei Direttori di Distretto per Regione - Dirigenti del Ssn (Valori percentuali, N=640)

Regione	Dirigenza medica	Dirigenza medica veterinaria	Dirigenza amministrativa	Dirigenza sanitaria	Altro
ABRUZZO	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
BASILICATA	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	96,9	3,1	0,0	0,0	0,0
CAMPANIA	98,6	0,0	0,0	1,4	0,0
EMILIA ROMAGNA	73,7	0,0	15,8	7,9	2,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	89,4	0,0	0,0	5,3	5,3
LAZIO	98,0	0,0	0,0	2,0	0,0
LIGURIA	94,4	0,0	0,0	5,6	0,0
LOMBARDIA	82,7	4,9	4,9	7,5	0,0
MARCHE	90,0	0,0	0,0	5,0	5,0
MOLISE	83,3	0,0	16,7	0,0	0,0
PIEMONTE	97,4	0,0	2,6	0,0	0,0
PA. DI BOLZANO	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PA. DI TRENTO	76,9	0,0	0,0	23,1	0,0
PUGLIA	89,1	0,0	0,0	10,9	0,0
SARDEGNA	85,0	0,0	10,0	5,0	0,0
SICILIA	98,3	0,0	0,0	0,0	1,7
TOSCANA	57,2	10,7	10,7	10,7	10,7
UMBRIA	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
VALLE D'AOSTA	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
VENETO	78,0	0,0	10,0	12,0	0,0
ITALIA	89,2	1,3	3,4	5,0	1,1

Solo il 5% dei Direttori di Distretto fa parte della dirigenza sanitaria, con valori superiori alla media nazionale nella P.A. di Trento (23,1%), in Veneto (12,0%), in Puglia (10,9%), in Toscana (10,7%), in Emilia Romagna (7,9%), in Lombardia (7,5%), in Liguria (5,6%) e in Friuli Venezia Giulia (5,3%). Le altre dirigenze riguardano un numero esiguo di Direttori di Distretto (3,4% per la dirigenza amministrativa e 1,3% per la dirigenza medica veterinaria) collocati soprattutto in Molise (16,7%), Emilia Romagna (15,8%), Toscana (10,7%), Sardegna (10,0%) e Veneto (10,0%) per la dirigenza amministrativa; in Toscana (10,7%), Lombardia (4,9%) e Calabria (3,1%) per la dirigenza medica veterinaria.

Dalla tabella 2.8 si evince che la maggior percentuale di medici di medicina generale si ha nella Provincia Autonoma di Bolzano (45%), nella Regione Molise (14,3%), in Toscana (12,5%) e in Calabria (9,7%), con un valore nazionale del 3,4%.

Dalla tabella 2.9 appare evidente che la maggior parte dei Direttori ha avuto l'incarico per nomina fiduciaria (46,3%), il 43,0% per concorso e il

10,7% con altra modalità. Nella Provincia Autonoma di Trento, in Toscana, in Umbria e nella Valle d'Aosta, tutti i Direttori di Distretto hanno ricevuto l'incarico per nomina fiduciaria.

La tipologia di incarico del Direttore di Distretto nelle diverse Regioni è riportata nella tabella 2.10. Il 70,7% dei Direttori rispondenti ha dichiarato di essere dirigente di "unità operativa complessa", il 23,5% è dirigente di "unità operativa complessa con riconoscimento dell'indennità di Direttore di dipartimento", mentre il 3,5% è responsabile di "unità operativa semplice" e il 2,3% di "unità operativa semplice a valenza dipartimentale". Tra le Regioni, l'Abruzzo è quella ad avere il maggior valore di dirigenti con incarico di unità operativa semplice (50%), mentre la Basilicata ha la maggior percentuale di Direttori con incarico di "unità operative semplici a valenza dipartimentale" (27,3%); molte Regioni hanno percentuali elevate di Direttori con incarico di unità operative complesse. Infine, il Veneto è la Regione con il valore più elevato (86,0%) di Direttori con incarico dirigenziale di "unità operativa complessa con indennità di Direttore di dipartimento".

TABELLA 2.8 - Profilo professionale dei Direttori di Distretto per Regione (Valori percentuali, N= 678)

	Dirigente del SSN	Medico di Medicina Generale
ABRUZZO	100,0	0,0
BASILICATA	100,0	0,0
CALABRIA	90,3	9,7
CAMPANIA	95,8	4,2
EMILIA ROMAGNA	100,0	0,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	0,0
LAZIO	98,1	1,9
LIGURIA	100,0	0,0
LOMBARDIA	100,0	0,0
MARCHE	100,0	0,0
MOLISE	85,7	14,3
PIEMONTE	100,0	0,0
P.A. DI BOLZANO	55,0	45,0
P.A. DI TRENTO	100,0	0,0
PUGLIA	98,0	2,0
SARDEGNA	100,0	0,0
SICILIA	98,3	1,7
TOSCANA	87,5	12,5
UMBRIA	100,0	0,0
VALLE D'AOSTA	100,0	0,0
VENETO	100,0	0,0
ITALIA	96,6	3,4

CONSIDERAZIONI SULLE CARATTERISTICHE GENERALI DEL DISTRETTO

Da questo paragrafo emerge una situazione di evoluzione in alcune caratteristiche territoriali del Distretto.

La tabella 2.1 mostra che il bacino di utenza medio del Distretto a livello nazionale è di oltre 80.000 abitanti, con un raddoppio rispetto a quanto risultante dall'Indagine 2005 (che indicava una media nazionale di 40.000 abitanti circa).

TABELLA 2.9 - Modalità di conferimento dell'incarico di Direttore di Distretto per Regione (Valori percentuali, N= 675)

	Concorso	Nomina fiduciaria	Altro
ABRUZZO	44,4	44,4	11,1
BASILICATA	54,5	45,5	0,0
CALABRIA	25,0	59,4	15,6
CAMPANIA	77,8	11,3	9,8
EMILIA ROMAGNA	15,8	81,6	2,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	65,0	25,0	10,0
LAZIO	54,9	25,5	19,6
LIGURIA	47,4	10,5	42,1
LOMBARDIA	62,5	30,0	7,5
MARCHE	60,9	39,1	0,0
MOLISE	14,3	71,4	14,3
PIEMONTE	22,0	70,7	7,3
PA. DI BOLZANO	30,0	55,0	15,0
PA. DI TRENTO	0,0	100,0	0,0
PUGLIA	44,7	25,5	29,8
SARDEGNA	30,0	55,0	15,0
SICILIA	71,6	21,7	6,7
TOSCANA	0,0	100,0	0,0
UMBRIA	0,0	100,0	0,0
VALLE D'AOSTA	0,0	100,0	0,0
VENETO	8,0	88,0	4,0
ITALIA	43,0	46,3	10,7

TABELLA 2.10 - Tipologia di incarico del Direttore di Distretto per Regione - Valori percentuali, N= 660)

Regione	Responsabile di U.O. semplice	Direttore di U.O. semplice a valenza dipartimentale	Direttore di U.O. complessa	Direttore di U.O. complessa con indennità di Direttore di dipartimento
ABRUZZO	50,0	11,1	38,9	0,0
BASILICATA	9,1	27,3	63,6	0,0
CALABRIA	0,0	6,1	69,7	24,2
CAMPANIA	2,8	0,0	80,3	16,9
EMILIA ROMAGNA	0,0	0,0	47,4	52,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,0	0,0	60,0	40,0
LAZIO	3,8	0,0	71,2	25,0
LIGURIA	0,0	10,5	63,2	26,3
LOMBARDIA	2,5	0,0	96,3	1,2
MARCHE	13,0	0,0	60,9	26,1
MOLISE	0,0	0,0	100,0	0,0
PIEMONTE	0,0	4,9	56,1	39,0
PA. DI BOLZANO	21,4	0,0	78,6	0,0
PA. DI TRENTO	0,0	0,0	100,0	0,0
PUGLIA	0,0	2,0	96,0	2,0
SARDEGNA	0,0	0,0	100,0	0,0
SICILIA	1,7	0,0	96,6	1,7
TOSCANA	0,0	4,0	28,0	68,0
UMBRIA	0,0	16,7	50,0	33,3
VALLE D'AOSTA	0,0	0,0	100,0	0,0
VENETO	0,0	0,0	14,0	86,0
ITALIA	3,5	2,3	70,7	23,5

Il bacino di utenza rappresenta una variabile organizzativa fondamentale del Distretto, nell'ambito di un sistema che individua le Aziende sanitarie con una dimensione sempre più vasta, passando dalle 659 Usl del 1992 alle attuali 145 Asl al 31 dicembre 2009, con un bacino di utenza media di 450.000 abitanti circa. A fronte di Aziende sanitarie di questa ampiezza, al Distretto non possono essere affidati solo compiti di erogazione di servizi di primo livello o di pronto intervento (come nel primo disegno del Distretto di cui alla legge n. 833/78), ma sarà chiamato a svolgere anche funzioni di coordinamento di una più complessa ed articolata rete di servizi territoriali, nonché di costituire punto di riferimento per il cittadino e luogo "naturale" di integrazione socio-sanitaria, come indicato dalla programmazione sanitaria nazionale.

L'indagine evidenzia che è ampiamente superato il criterio di un Distretto con bacino di utenza di 60.000 abitanti, indicato dal D.Lgs. 229/99; un elemento che non può che fare riflettere sulle conseguenze di un territorio che è tendenzialmente paragonabile a quello previsto per le unità sanitarie locali dalla legge 833/78 (Usl di 50.000-200.000 abitanti).

Una dimensione così ampia consente di sviluppare al proprio interno percorsi assistenziali e anche "di attivare quelle economie di scala nell'uso dei fattori produttivi che consentono l'attivazione della pluralità dei servizi di cui il Distretto, con la responsabilità complessiva sull'offerta erogata nell'ambito territoriale, è garante"⁷.

Dalla tabella 2.4 risulta che i Distretti con un minore bacino di utenza coincidono con aree montane e sono presenti principalmente in Valle d'Aosta e nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano; tuttavia si nota che in altre Regioni si sono operate aggregazioni anche rispetto ad aree con caratteristiche simili (ad esempio Molise e Basilicata).

Inoltre, dal grafico 2.2 si può desumere che vi sono interpretazioni molto eterogenee sull'ampiezza e sul bacino di utenza dei Distretti, con variazioni che risultano indipendenti dal gradiente geografico, dalla morfologia del territorio e dalla popolazione totale residente nelle Regioni. Infatti, la densità abitativa rispetto alla media nazionale vede insieme Regioni, nel primo quadrante, come Veneto, Toscana, Emilia Romagna e Puglia oppure, nel secondo quadrante, Sardegna, Valle d'Aosta, Basilicata, Molise, Umbria, Abruzzo, Piemonte e Sicilia, o ancora nel terzo, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Campania, Marche e Liguria o, infine, Lazio e Lombardia nel quarto quadrante.

Tutto questo sottende una diversità di modelli concettuali che potrebbero tradursi in differenze sostanziali nelle caratteristiche e nei volumi dei servizi offerti.

Inoltre, si rileva una grande differenza di densità abitativa media per kmq nei Distretti afferenti alle diverse Regioni, che ad oggi non risulta esplicitamente considerata nelle scelte organizzative. Anche questo elemento, insieme alle dimensioni del bacino di utenza, può essere un utile elemento a supporto delle scelte di programmazione locale.

Altro elemento emergente dall'Indagine riguarda il ruolo del Distretto come macrostruttura aziendale, configurata prevalentemente come struttura complessa, o per lo meno con un Direttore avente un incarico di Dirigente di struttura complessa (tab. 2.10)⁸.

Tuttavia si rileva che in alcune realtà (Abruzzo, P.A. Bolzano) risulta ancora elevato il numero di Distretti diretti da un Dirigente con incarico di struttura semplice, che si possono per lo più associare a situazioni in fase di cambiamento.

All'interno dei Distretti, inoltre, prevale un numero di centri di responsabilità limitato e circa il 25% dei Distretti presenta oltre 6 centri di re-

7 M. C. Cavallo et al. "Organizzazione e gestione delle cure primarie", Ed. McGraw-Hill, 2001.

8 Per la definizione di struttura complessa e di centri di responsabilità, si rinvia a quanto indicato nell'indagine Agenas 2005-2006, allegata al presente Quaderno di Monitor.

sponsabilità al proprio interno, indipendentemente dalle caratteristiche geografiche, morfologiche ed abitative della Regione di pertinenza (tab. 2.6). L'ampia presenza di Distretti diretti da un Dirigente di struttura complessa può considerarsi coerente con la scelta di un modello organizzativo distrettuale strutturalmente "forte".

Un elemento già rilevato nell'Indagine del 2005-2006, dove ben l'85% dei Distretti risultava un autonomo centro di responsabilità anche se solo nel 33% dei casi i Distretti disponevano anche di autonomia economico-finanziaria.

Per quanto riguarda il profilo professionale del Direttore di Distretto si evidenzia una netta prevalenza di dirigenti del Servizio sanitario nazionale, con una presenza esigua di Medici di medicina generale, concentrati prevalentemente in alcune realtà (tab. 2.8).

La maggior parte dei Direttori di Distretto sono dirigenti medici del Ssn, mentre risulta minoritaria la presenza di altre professionalità sanitarie (figura 2.4).

Questo elemento, che va integrato con la scarsa presenza di indicazioni sulla formazione professionale specifica del Direttore di Distretto nelle normative regionali, evidenzia che esistono margini di miglioramento e spazi per una riflessione sul ruolo e sul significato di una competenza

professionale che deve consentire di coniugare istanze manageriali con capacità tecnico-professionali.

È interessante il dato sulla modalità di conferimento dell'incarico al Direttore di Distretto, che risulta per circa la metà dei casi (46%) di nomina fiduciaria (come lo stesso Direttore Generale delle Aziende sanitarie) e per il 43% con modalità concorsuali (tab. 2.9).

Si evidenzia, inoltre, che ci sono molte diversità alla base di questo dato; la stessa previsione di accesso da parte di figure professionali diverse incide sulla possibilità di svolgere concorsi, laddove la Regione non abbia indicato uno specifico profilo professionale.

La nomina fiduciaria indica non solo una scelta di alta discrezionalità nei requisiti professionali e manageriali per l'accesso alla funzione, ma implica una maggiore dipendenza anche dalle scelte politico-istituzionali, soprattutto considerando la frequente instabilità dei vertici aziendali.

3. Programmazione e integrazione sociosanitaria nel distretto

La frequenza con cui i Distretti di ciascuna area geografica hanno partecipato alla definizione e al monitoraggio del Piano di Zona (PdZ) è riportata nella tabella 3.1. La partecipazione attiva è

TABELLA 3.1 - Partecipazione del Distretto alla definizione e monitoraggio del Piano di Zona (PdZ) (Valori percentuali, N= 676)

Area geografica	Si, in maniera attiva	Si, in risposta ad adempimento	No, non è stato coinvolto	No, non è stato redatto il PdZ
Nord Est	73,8	5,7	2,8	17,7
Nord Ovest	63,9	25,0	7,6	3,5
Centro	64,6	21,7	3,7	10,0
Sud e Isole	61,6	21,3	7,8	9,3
Totale	65,1	18,9	6,0	10,0

TABELLA 3.2 - Strumenti di programmazione delle attività (Valori percentuali, N= 673)

Area geografica	programma delle attività territoriali	specificazioni nel Piano aziendale	altro tipo di programma annuale	non esiste alcuna programmazione
Nord Est	35,7	49,6	14,3	0,4
Nord Ovest	18,1	81,2	0,7	0,0
Centro	28,8	61,7	9,5	0,0
Sud e Isole	44,0	42,8	7,3	5,9
Totale	34,0	55,8	7,7	2,5

più frequente nel Nord Est (73,8%) rispetto a tutte le altre ripartizioni, ma è nello stesso Nord Est che vi è la percentuale maggiore di Distretti in cui non è stato redatto il PdZ (17,7%).

La programmazione delle attività del Distretto (tab. 3.2) viene effettuata soprattutto tramite specificazioni nel Piano aziendale in tutte le ripartizioni geografiche (55,8%), fatta eccezione per il Sud e Isole in cui la programmazione viene attuata nel 44% dei Distretti attraverso il programma delle attività territoriali (Pat) e in cui si registra la percentuale più elevata di risposte che indicano l'inesistenza di alcuna programmazione (5,9%).

La tabella 3.3 illustra i dati sulla coincidenza dell'ambito territoriale del Distretto con gli ambiti/zone sociali che si riscontra nell'80% dei Distretti; in particolare ciò è molto diffuso al Cen-

tro dove raggiunge il 96,7%, mentre riguarda il 77,9% dei casi nel Nord Est, il 77,7% nel Sud e Isole e il 72,4% nel Nord Ovest.

I motivi addotti alla mancata coincidenza tra ambito territoriale e ambito/zona sociale sono riportati nella tabella 3.4. In particolare, per il 65,1% dei Distretti la motivazione risiede nella coincidenza del territorio con due o più ambiti/zone sociali, mentre nel 34,9% dei Distretti non è, invece, prevista la coincidenza. Nel Nord Est la motivazione maggiormente indicata è la non prevista coincidenza dell'ambito territoriale (75,9%), indicata anche dal 50% di coloro che hanno risposto negativamente al Centro.

Per quanto riguarda la coincidenza degli aspetti socio-sanitari nella programmazione distrettuale e in quella degli ambiti sociali (tab. 3.5), la risposta più frequentemente indicata dai Direttori di

TABELLA 3.3 - Coincidenza dell'ambito territoriale del Distretto con gli ambiti/zone sociali (Valori percentuali, N= 678)

Area geografica	Si	No
Nord Est	77,9	22,1
Nord Ovest	72,4	27,6
Centro	96,7	3,3
Sud e Isole	77,7	22,3
Totale	80,0	20,0

TABELLA 3.4 - Motivi della mancata coincidenza tra ambito territoriale e ambiti/zone sociali (Valori percentuali, N= 127)

Area geografica	il territorio coincide con due o più ambiti/zone sociali	non è prevista la coincidenza dell'ambito territoriale
Nord Est	24,1	75,9
Nord Ovest	97,5	2,5
Centro	50,0	50,0
Sud e Isole	64,2	35,8
Totale	65,1	34,9

TABELLA 3.5 - Coincidenza degli aspetti socio-sanitari nella programmazione distrettuale e nella programmazione degli ambiti sociali (Valori percentuali, N= 660)

Area geografica	sono identici nei due atti programmatori distrettuali e sociali	sono diversi	hanno alcuni elementi di condivisione	esiste un unico atto di programmazione distrettuale e di ambito/zona sociale
Nord Est	26,5	14,7	25,0	33,8
Nord Ovest	22,7	5,7	64,5	7,1
Centro	23,4	3,3	53,3	20,0
Sud e Isole	18,5	5,8	63,0	12,7
Totale	21,9	7,2	53,7	17,2

Distretto è la presenza nelle due programmazioni di elementi di condivisione (53,7%). Tale modalità di risposta prevale in tutte le ripartizioni eccetto nel Nord Est, dove la risposta più indicata è l'esistenza di un unico atto di programmazione distrettuale e di ambito o zona sociale (33,8%). La tabella 3.6 riassume le risposte sulla valutazione del ruolo svolto dal Comitato dei Sindaci o di organismo analogo nella definizione delle policy socio-sanitarie. Le risposte in media si equidistribuiscono tra chi ritiene che tale organismo abbia un ruolo forte e tra chi invece lo valuta debole. Nelle diverse ripartizioni prevale l'indicazione alla risposta "ruolo forte", con percentuali superiori al 50%, fatta eccezione nel Sud e Isole in cui domina la percezione di un ruolo debole del Comitato dei Sindaci nella definizione e attuazione delle policy socio-sanitarie (61,9%).

L'85,2% dei Distretti negozia con la Direzione Generale gli obiettivi specifici da conseguire annualmente (tab. 3.7). Ciò avviene con frequenza elevata e superiore al 95% sia nelle due ripartizioni del Nord che al Centro, mentre al Sud e Isole tale percentuale scende al 66,9%.

La tabella 3.8 mostra i motivi della mancata negoziazione con la Direzione Generale degli obiettivi da conseguire. Al Nord Est il motivo è costituito esclusivamente dalla mancata formalizzazione di un processo di budgeting. Al Nord Ovest il 16,7% dei Direttori di Distretto ha indicato come motivazione l'assenza di esplicitazione da parte della Direzione Generale degli obiettivi, mentre l'83,3% ha affermato che la negoziazione della Direzione Generale avviene con altri soggetti. Quest'ultimo motivo è stato indicato da tutti i Direttori di Distretto del Centro. Al Sud e Isole

TABELLA 3.6 - Ruolo del "Comitato dei Sindaci di Distretto" o organismo analogo nella definizione e attuazione delle policy socio-sanitarie (Valori percentuali, N= 669)

Area geografica	ruolo forte	ruolo debole
Nord Est	55,0	45,0
Nord Ovest	61,8	38,2
Centro	59,0	41,0
Sud e Isole	38,1	61,9
Totale	50,5	49,5

TABELLA 3.7 - Negoziazione con la Direzione Generale degli obiettivi specifici da conseguire annualmente (Valori percentuali, N= 677)

Area geografica	Sì	No
Nord Est	97,1	2,9
Nord Ovest	98,6	1,4
Centro	95,9	4,1
Sud e Isole	66,9	33,1
Totale	85,2	14,8

TABELLA 3.8 - Motivi della mancata negoziazione con la DG degli obiettivi da conseguire (Valori percentuali, N= 88)

Area geografica	la Direzione Generale non ha esplicitato gli obiettivi	non è stato formalizzato un processo di budgeting	la Direzione Generale negozia gli obiettivi con con altri soggetti
Nord Est	0,0	100,0	0,0
Nord Ovest	16,7	0,0	83,3
Centro	0,0	0,0	100,0
Sud e Isole	23,7	62,8	13,5
Totale	21,2	58,1	20,7

sono state indicate tutte e tre le motivazioni con prevalenza (62,8%) per la mancata formalizzazione del processo di budgeting.

La negoziazione con la Direzione Generale delle risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi (tab. 3.9) avviene nel 66,7% dei Distretti. Le percentuali di risposte affermative superano l'80% per il Nord Est e Nord Ovest, raggiungono il 75,6% al Centro e scendono al 45,5% al Sud e Isole.

Nella tabella 3.10 si evidenzia che nella maggior parte dei Distretti esiste il coordinamento dei Distretti nella Asl (62,9%), con differenze abbastanza marcate tra le ripartizioni. Al Nord le percentuali raggiungono l'80,9% nel Nord Est e il 91% nel Nord Ovest; al Centro le percentuali scendono al 57,6% e al Sud e Isole solamente nel 40,4% dei casi esiste il coordinamento dei Distretti nella Asl.

Il coordinamento a livello aziendale tra i diversi Distretti risponde ad una esigenza di garantire al cittadino di individuare percorsi assistenziali e forme di risposta ai bisogni il più possibile omogenee⁹. Non necessariamente tale coordinamento assume una veste istituzionale specifica, tramite

un organismo strutturato (ad esempio un comitato dei Distretti; la presenza di un coordinatore), ma può svolgersi attraverso dei collegamenti di tipo funzionale, ossia tramite incontri o contatti informali.

Nei Distretti in cui esiste, ed in tutte le ripartizioni geografiche, la tipologia prevalente di coordinamento (tab. 3.11) è quella funzionale (74,5%). Le percentuali per ripartizione geografica oscillano dall'80% nel Nord Est al 68,7% nel Nord Ovest. Un coordinamento di tipo strutturale riguarda il 25,5% circa dei Distretti, con punte massime al Nord Ovest dove la percentuale raggiunge il 31,3%.

L'Ucad (Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali) è funzionante nel 59,2% dei Distretti, di cui il 60% al Nord Ovest, il 59,6% al Nord Est, il 72,5% al Centro e il 52,6% dei Distretti al Sud e Isole (tab. 3.12).

Le funzioni dell'Ucad (tab. 3.13) più citate sono quella di contribuire all'elaborazione dei programmi delle attività distrettuali, indicata dal 70,3% dei Direttori di Distretto in cui tale ufficio è presente; la funzione di sviluppo delle azioni idonee all'integrazione tra le diverse figure professionali

9 Vi sono in letteratura diversi studi ed indagini che evidenziano la percezione dei cittadini rispetto alla diversità dell'offerta dei servizi sociosanitari anche all'interno dei Distretti appartenenti ad una stessa Azienda sanitaria locale. Si veda IX Rapporto CnAMC di Cittadinanzattiva "Malattia cronica e diritti: zona ad accesso limitato", <http://www.cittadinanzattiva.it/cnamc-malati-cronici/ix-rapporto-cnamc.html>.

TABELLA 3.9 - Negoziazione con la Direzione Generale delle risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi (Valori percentuali, N= 677)

Area geografica	Si	No
Nord Est	83,0	17,0
Nord Ovest	82,8	17,2
Centro	75,6	24,4
Sud e Isole	45,5	54,5
Totale	66,7	33,3

TABELLA 3.10 - Esistenza del coordinamento dei Distretti nella ASL (Valori percentuali, N= 674)

Area geografica	Si	No
Nord Est	80,9	19,1
Nord Ovest	91,0	9,0
Centro	57,6	42,4
Sud e Isole	40,4	59,6
Totale	62,9	37,1

del Distretto e la definizione delle modalità organizzative che favoriscono l'integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali è ugualmente frequente nei Distretti, indicata in media dal 66,6% dei Direttori.

Il quesito sulla negoziazione delle tipologie di prestazioni con gli erogatori pubblici e/o privati prevedeva tre modalità di risposta non mutuamente esclusive, rappresentate nella tab. 3.14. La negoziazione su mandato della Direzione Generale è stata indicata dal 19,2% dei Distretti, con percentuali variabili nelle diverse aree geografiche (26,2% al Nord Est; 23,1% al Centro; 17,4% nel Sud e Isole; 12,4% al Nord Ovest). La partecipazione alla negoziazione aziendale è presente nel 22% dei Distretti, con forte variabilità tra le ripartizioni (37,6% al Nord Est; 25,6% al Centro; 20,7% al Nord Ovest; 13% al Sud e Isole). Nel

61% dei Distretti le tipologie di prestazioni non vengono negoziate con gli erogatori; questi Distretti sono concentrati soprattutto al Sud e Isole (70,7%) e al Nord Ovest (69,7%), mentre al Nord Est e al Centro le percentuali di Distretti in cui la risposta è stata negativa sono rispettivamente del 39% e 54,5%.

Considerazioni sulla programmazione e sull'integrazione sociosanitaria nel distretto

Con alcuni quesiti dell'indagine si è rilevato un elemento di particolare importanza e, per l'esattezza, se e con quali modalità il Distretto programma le proprie attività ed individua obiettivi di salute.

L'evidenza che il 97,5% dei Distretti utilizza strumenti formali di programmazione delle attività (tab. 3.2) consente di superare l'idea di un Di-

TABELLA 3.11 - Tipologia di coordinamento (Valori percentuali, N= 386)

Area geografica	strutturale	funzionale
Nord Est	20,0	80,0
Nord Ovest	31,3	68,7
Centro	29,8	70,2
Sud e Isole	21,3	78,7
Totale	25,5	74,5

TABELLA 3.12 - Esistenza dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) (Valori percentuali, N= 680)

Area geografica	Sì	No
Nord Est	59,6	40,4
Nord Ovest	60,0	40,0
Centro	72,5	27,5
Sud e Isole	52,6	47,4
Totale	59,2	40,8

TABELLA 3.13 - Funzioni principali dell'UCAD (Valori percentuali, N= 401)

Area geografica	Contribuire all'elaborazione dei programmi delle attività nel Distretto con le relative modalità di verifica e valutazione	Sviluppare azioni idonee all'integrazione tra le diverse figure professionali nel Distretto e collaborare a definire modalità organizzative che favoriscono l'integrazione sociosanitaria
Nord Est	82,1	70,2
Nord Ovest	72,4	65,5
Centro	67,0	73,9
Sud e Isole	64,1	60,6
Totale	70,3	66,6

stretto che si limita alla sola gestione dell'attività ordinaria. Tuttavia, il dato non è univoco e, in particolare, nel 6% circa dei casi nell'area Sud e Isole risulta una dichiarata assenza di strumenti di programmazione.

Gli strumenti utilizzati sono diversi, con una prevalenza in tutti gli ambiti geografici di riferimenti di indicazioni programmatiche specifiche nell'ambito del Piano aziendale (ossia il Distretto non ha adottato un Piano distrettuale, ma ha negoziato obiettivi ed attività con la Direzione Generale nell'ambito del Piano aziendale); meno utilizzato è il Programma delle attività territoriali (Pat). Va rilevato che il Programma delle attività territoriali è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e sociosanitari necessari per affrontarli, come previsto dall'art. 3-quater del D.lgs 502 del 1992 e s.m.i. Allo stesso tempo il Piano di Zona (PdZ) è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e sociosanitari, ai sensi dell'art. 19 della legge 328 del 2000 e s.m.i. È necessario che Pat e PdZ siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela del-

la salute della persona e della famiglia.

Per favorire l'unitarietà della programmazione sanitaria e socio-assistenziale, la normativa promuove la coincidenza tra ambito territoriale del Distretto e ambito sociale (art. 8 L. 328/2000).

Dalla tabella 3.3 risulta che tale coincidenza territoriale tra Distretto e ambiti/zone sociali è presente nell'80% delle realtà, con una prevalenza nel Centro Italia. È una tendenza in aumento rispetto alla situazione del 2005 (76%), che riflette le indicazioni programmatiche regionali che prevedono in via ordinaria la coincidenza territoriale. Rispetto ai motivi della mancata coincidenza (tab. 3.4), si rileva che nell'area Nord Est prevale una situazione di mancata previsione della coincidenza; mentre nel Nord Ovest e nel Sud e Isole prevale la situazione di coincidenza con due o più ambiti sociali. Al Centro le due motivazioni si equidistribuiscono.

Nella programmazione e nella letteratura nazionale prevale l'idea che gli aspetti socio-sanitari debbano essere programmati in modo condiviso dai Distretti e dagli ambiti sociali e, pertanto, presenti in modo il più possibile unitario negli atti di programmazione del Distretto e in quelli degli ambiti sociali. Dall'Indagine risulta una realtà

TABELLA 3.14 - Negoziazione di tipologie di prestazione con gli erogatori pubblici e/o privati (Valori percentuali, N= 680)

Area geografica	Sì, su mandato della Direzione Generale
Nord Est	26,2
Nord Ovest	12,4
Centro	23,1
Sud e Isole	17,4
Totale	19,2

Area geografica	Sì, partecipando alla negoziazione aziendale
Nord Est	37,6
Nord Ovest	20,7
Centro	25,6
Sud e Isole	13,0
Totale	22,0

Area geografica	No
Nord Est	39,0
Nord Ovest	69,7
Centro	54,5
Sud e Isole	70,7
Totale	61,0

diversa (tab. 3.5): prevale la situazione in cui solo alcuni elementi sono condivisi. Il maggiore livello di unitarietà si riscontra nell'area Nord Est, che presenta tuttavia anche una maggiore eterogeneità delle risposte. È doveroso segnalare anche l'esistenza, nel 17,2% dei Distretti, di un atto di programmazione unitario a livello locale, sanitario e socio-assistenziale individuato in alcune Regioni come scelta specifica¹⁰.

Rispetto al Comitato dei Sindaci di Distretto, il questionario ha indagato unicamente se questo organismo svolge un ruolo "forte" o "debole" nello sviluppo delle policy sociosanitarie, al fine di evidenziare il coinvolgimento degli Enti locali in meccanismi di integrazione sociosanitaria istituzionale. Il risultato è quasi equivalente: 50,5% e 49,5%, rispettivamente per il ruolo forte e debole, e dimostra come sia ancora necessario investire sul rafforzamento dei meccanismi di integrazione sociosanitaria. Occorre tener presente che il Comitato dei Sindaci del Distretto compare nella normativa nazionale soltanto nel D.Lgs. n. 229/99, benché diverse Regioni avessero già in precedenza introdotto un organismo locale di coordinamento con propri atti normativi.

Si è, poi, chiesto ai Direttori di Distretto di esprimersi in merito alla negoziazione annuale degli obiettivi e delle risorse con la Direzione Generale, al fine di ottenere elementi conoscitivi sulla programmazione per budget. Ne è risultato che la grande maggioranza dei Distretti negozia gli obiettivi specifici, con prevalenza al Nord Ovest, Nord Est e al Centro rispetto al Sud e Isole. Tuttavia, si rileva che sono ancora molte le situazioni in cui non è stato formalizzato alcun processo di budgeting e vi sono anche situazioni in cui la Direzione Generale non ha esplicitato gli obiettivi o li ha negoziati con altri soggetti.

Inoltre, risulta una situazione ancora più critica per la negoziazione delle risorse (tab. 3.9), con un 66,6% a livello nazionale e la prevalenza di man-

cata negoziazione nel Sud e Isole (54,5%).

Questi elementi indicano, da un lato, la difficoltà nell'implementare un processo di budgeting nelle aziende sanitarie e dall'altro che il Distretto non è univocamente letto come soggetto fondamentale per la negoziazione di obiettivi e risorse nell'area dell'assistenza primaria.

Questo dato trova conferma nella tabella 3.14, dove si evidenzia che il 61% dei Distretti (con punte fino al 70,7% nel Sud e Isole) non ha negoziato, nel periodo 2005-2010, tipologie di prestazioni con gli erogatori pubblici e/o privati sul territorio di riferimento.

A completamento degli aspetti di programmazione e integrazione, si è voluto puntare l'attenzione su modalità di coordinamento interdistrettuale e sul ruolo dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (Ucad). Il coordinamento interdistrettuale, pur non previsto nella programmazione nazionale, è attivato nel 62,9% dei Distretti, con una minore presenza nel Sud e Isole e una massima espressione nell'area Nord Ovest (91%). In tutte le aree geografiche il coordinamento risulta di tipo funzionale.

L'Ucad sembra, dai dati dell'Indagine, non svolgere un ruolo determinante, considerando che il grado di attivazione è mediamente del 59%, con situazioni di maggiore carenza al Sud e Isole. Ove esiste l'Ucad, entrambe le funzioni, sintetizzabili in "contributo alla programmazione" e allo sviluppo di "attività di integrazione professionale e dei servizi territoriali", risultano egualmente rappresentate in maniera determinante, pur con delle differenze tra le diverse aree geografiche.

4. Centralità del cittadino e della comunità nel distretto

Il 44,5% dei Distretti conferma l'esistenza di modalità programmate di partecipazione dei cittadini alla definizione ed al controllo delle attività (tab. 4.1). Le percentuali sono dell'ordine del

¹⁰ Si tratta, in particolare, della Regione Emilia-Romagna, che nel PSSR 2008-2010 prevede il "Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale", e la Regione Sardegna, che nel PSSR 2006-2008, prevede il "Piano locale unitario dei servizi (PLUS)". La Toscana nel PSR 2008-2010 adotta i "Piani integrati di salute" a livello locale, già previsti in via sperimentale dal Piano sanitario precedente 2005-2007.

59,6% al Nord Est, del 62,8% al Centro, del 53,1% al Nord Ovest; mentre solamente nel 23,8% dei Distretti del Sud e Isole sono previste modalità per la partecipazione dei cittadini.

La modalità più diffusa tramite la quale i cittadini partecipano alla definizione ed al controllo delle attività (tab. 4.2) sono gli incontri con le associazioni di cittadinanza (63,2%), con poche differenze tra le ripartizioni; seguono le consulte con i cittadini (48%) con valori del 58,8% circa al Nord

Est e del 58,4% al Centro, del 44,7% al Nord Ovest e del 25% al Sud e Isole. La partecipazione tramite gruppi di lavoro su alcune tematiche è meno diffusa (36,4%), con valori decrescenti passando dal Nord Est (51%) al Sud e Isole (25%). La tab. 4.3 riassume le risposte sul grado di valutazione dei bisogni effettuata dal Distretto; essa risulta svolta *spesso* nel 48,3% dei Distretti, *raramente* nel 40,4% e *mai* nell'11,3%. Le differenze per ripartizione sono evidenti soprattutto tra chi

TABELLA 4.1 - Esistenza di modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività (Valori percentuali, N= 677)

Area geografica	Si	No
Nord Est	59,6	40,4
Nord Ovest	53,1	46,9
Centro	62,8	37,2
Sud e Isole	23,8	76,2
Totale	44,5	55,5

TABELLA 4.2 - Modalità con le quali i cittadini partecipano alla definizione e al controllo delle attività (Valori percentuali, N= 304)

Area geografica	Tramite consulte con i cittadini
Nord Est	58,8
Nord Ovest	44,7
Centro	58,4
Sud e Isole	25,0
Totale	48,0

Area geografica	Tramite incontri con associazioni di cittadinanza
Nord Est	57,6
Nord Ovest	63,2
Centro	68,8
Sud e Isole	64,1
Totale	63,2

Area geografica	Tramite gruppi di lavoro su alcune tematiche
Nord Est	50,6
Nord Ovest	34,2
Centro	32,5
Sud e Isole	25,0
Totale	36,4

TABELLA 4.3 - Attuazione della valutazione dei bisogni (Valori percentuali, N= 674)

Area geografica	Si, spesso	Si, raramente	No, mai
Nord Est	52,9	36,4	10,7
Nord Ovest	43,7	53,5	2,8
Centro	51,2	37,0	11,8
Sud e Isole	47,0	37,0	16,0
Totale	48,3	40,4	11,3

non effettua *mai* la valutazione: il 10,7% al Nord Est, il 2,8% al Nord Ovest, l'11,8% al Centro e il 16% al Sud e Isole.

Ai Distretti che effettuano la valutazione dei bisogni è stato chiesto di indicare cosa tale valutazione descrive, con la possibilità di indicare più risposte, riportate nella tab. 4.4.

L'aspetto principalmente indicato è che la valu-

tazione descrive le *caratteristiche degli utenti* (72,5%), con valori dell'81% nel Nord Est, mentre nelle altre ripartizioni è più o meno stabile, intorno al 70%. Il secondo aspetto in ordine di frequenza è *l'area geografica e la tipologia di utenti* oggetto di valutazione indicata nel 57,6% dei Distretti con valori che vanno dal 66,7% al Nord Est al 51,3% del Sud e Isole. Per il 48,1% dei Distretti la valu-

TABELLA 4.4 - Aspetti descritti dalla valutazione dei bisogni (Valori percentuali, N= 601)

Area geografica	L'area geografica e tipologie di utenti oggetto di valutazione
Nord Est	66,7
Nord Ovest	56,4
Centro	61,7
Sud e Isole	51,3
Totale	57,6

Area geografica	Le caratteristiche degli utenti
Nord Est	81,0
Nord Ovest	71,4
Centro	71,0
Sud e Isole	69,0
Totale	72,5

Area geografica	Le sottopopolazioni con speciali necessità sanitarie
Nord Est	63,5
Nord Ovest	52,9
Centro	51,4
Sud e Isole	35,0
Totale	48,1

Area geografica	Diversità nello stato di salute dei sottogruppi
Nord Est	35,7
Nord Ovest	31,4
Centro	35,5
Sud e Isole	14,2
Totale	26,5

Area geografica	La percezione del proprio stato di salute da parte dei destinatari
Nord Est	45,2
Nord Ovest	37,1
Centro	38,3
Sud e Isole	34,5
Totale	38,1

Area geografica	Le lacune nel servizio offerto
Nord Est	54,0
Nord Ovest	43,6
Centro	46,7
Sud e Isole	47,8
Totale	47,9

Area geografica	L'offerta dei servizi
Nord Est	34,1
Nord Ovest	22,1
Centro	31,8
Sud e Isole	18,1
Totale	24,9

tazione descrive le sottopopolazioni con speciali necessità sanitarie con un trend ascendente tra le ripartizioni; le lacune nel servizio offerto (47,9%) mostrano differenze modeste tra le aree geografiche. Nel 38,1% dei casi la percezione del proprio stato di salute da parte dei destinatari è stato indicato come ambito descritto dalla valutazione dei bisogni, con percentuale massima al Nord Est (45,2%), intermedia al Nord Ovest (37,1%) e al Centro (38,3%) e minima al Sud e Isole (34,5%).

La diversità nello stato di salute dei sottogruppi non è un aspetto molto diffuso nella valutazione dei bisogni; è stato indicato dal 26,5% dei Distretti, con una netta differenza tra il Sud e Isole (14,2%) e il resto dell'Italia. L'offerta dei servizi è l'aspetto meno riportato dai Distretti (24,9%); esso è più diffuso al Nord Est (34,1%) e al Centro (31,8%) rispetto al Nord Ovest (22,1%) e al Sud e Isole (18,1%).

CONSIDERAZIONI SULLA CENTRALITÀ DEL CITTADINO E SULLA COMUNITÀ NEL DISTRETTO

La programmazione sanitaria nazionale e regionale evidenzia, soprattutto negli ultimi anni, la necessità che il Distretto sia costruito sulla base della conoscenza dei bisogni di salute della comunità locale di riferimento. Già la L. n. 833/78 evidenziava che occorre definire, nell'ambito più vicino al luogo di vita dei cittadini, un presidio che si ponesse come primo obiettivo l'analisi del bisogno espresso ed implicito di salute della popolazione locale, tenendo conto anche delle risorse della stessa comunità. Successivamente il D.Lgs. n. 229/99 ha previsto che il Distretto costituisca la sede della valutazione e dell'analisi dei bisogni dei cittadini ed il luogo dove si attivano le risorse disponibili.

La conoscenza dei bisogni rappresenta una fase propedeutica a quella della partecipazione "informata" dei cittadini, sulla base delle evidenze, nell'ambito della definizione e valutazione dei

servizi e delle attività sanitarie. In questa prospettiva, il Psn 2006-2008, approvato con Dpr 7 luglio 2006, al paragrafo 4.2 "Il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del Servizio sanitario nazionale" precisa "Vanno previste forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nelle attività relative alla programmazione, al controllo ed alla valutazione dei servizi socio-sanitari sia a livello regionale che aziendale, che distrettuale. In tale ottica va valorizzato il ruolo degli organismi di partecipazione a partire dal Comitato Misto Consultivo".

Inoltre, la partecipazione è intesa in senso ampio, sia come diretta partecipazione del cittadino/paziente/utente alle scelte terapeutiche e assistenziali che lo riguardano, sia come partecipazione delle organizzazioni che esprimono la società civile e, in primo luogo, delle associazioni dei pazienti e delle loro famiglie alla determinazione delle politiche assistenziali, sia, infine, come valorizzazione del ruolo del terzo settore come una delle componenti cui affidare l'erogazione di servizi socio sanitari con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale.

Il documento di Psn 2011-2013¹¹ (paragrafo 1.2.4) individua tre ambiti prioritari da implementare nel triennio di vigenza del Psn sul tema del rapporto con i cittadini e partecipazione degli utenti:

- "sviluppare, adottare e promuovere strumenti di coinvolgimento dei cittadini e pazienti,
- assicurare la partecipazione sostenibile dei pazienti e delle loro associazioni negli organismi e nei processi decisionali,
- migliorare l'efficacia della Carta dei servizi, attraverso l'aggiornamento delle Linee guida per la carta dei servizi sanitari, strumento per il cittadino ai fini della conoscenza, valutazione e scelta dei servizi sanitari".

Altrettanto attuale è la necessità che il sistema sanitario sia capace di costituire un reale punto di riferimento dei cittadini, a partire dalla rileva-

¹¹ Documento attualmente in fase di approvazione dopo il primo passaggio in Consiglio dei Ministri nella seduta del 21 gennaio 2011.

zione dei loro bisogni. Su questo punto il Distretto può svolgere una funzione importante, secondo quanto delineato nelle normative regionali e locali¹².

Nonostante la rilevanza, prevista nella programmazione, di svolgere un'adeguata "valutazione dei bisogni", dalla tabella 4.3 si nota come l'11,3% dei Distretti dichiara di non svolgere questa attività, anche se in un ambito di eterogeneità Nord-Sud. Per quanto attiene ai contenuti della rilevazione dei bisogni (tab. 4.4), si evidenzia che l'elemento di caratterizzazione dell'"area geografica e tipologia di utenti" viene riportato con maggiore attenzione rispetto ad altre caratteristiche più specifiche, quali ad esempio "sottopopolazioni con speciali necessità sanitarie" e "diversità dello stato di salute in sottogruppi di popolazione", "salute percepita" ed altre. Anche se questi sono elementi parziali, complessivamente si può rilevare la difficoltà del Distretto ad individuare le effettive aree di bisogno, che potrebbe essere dovuta ad una carenza di staff tecnici specificamente formati o anche ad un orientamento del Distretto ancora sbilanciato sull'ordinaria attività di erogazione dei servizi, come nella prassi consolidata. Queste carenze sono più accentuate nel Sud e Isole.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei cittadini (tab. 4.1), risulta che mediamente meno della metà dei Distretti dichiara la presenza di modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione ed al controllo delle attività.

Il dato risulta di poco migliorato rispetto all'Indagine del 2005 (44% rispetto ad un 40% del 2005).

Rispetto alle modalità, analogamente all'Indagine precedente, risulta che il 63,2% dei Distretti utilizza gli incontri con le associazioni di cittadini-

za, senza particolari differenze di area geografica. Risulta, invece, aumentato l'utilizzo delle *consulte con il cittadino*, dal 25% dell'Indagine 2005 al 48% dell'Indagine attuale.

Inoltre, la partecipazione dei cittadini tramite la costituzione di specifici gruppi di lavoro su alcune tematiche risulta presente nel 36,4% dei Distretti, con delle differenze fra le diverse aree geografiche.

Ne risulta che, a fianco di forme istituzionali spesso previste da atti programmatori (come consulte con i cittadini o anche comitati consultivi misti), sono attivate anche modalità più flessibili di coinvolgimento dei cittadini, quali gruppi di lavoro su specifici obiettivi.

5. Funzioni del distretto nell'accesso dei cittadini ai servizi e attori fondamentali dell'assistenza primaria

Il Punto unico di accesso (Pua) o modalità organizzative unificate per i cittadini è presente nella maggior parte dei Distretti (84,2%), con percentuali più elevate al Nord Ovest (92,9%), seguito dal Nord Est (87,2%), dal Centro (83,5%) e infine dal Sud e Isole con il 78,5% dei Distretti (tab. 5.1).

Nella tabella 5.2 si osserva che ove il Pua esiste esso è visto soprattutto come un *punto informativo e di orientamento* dal 66,7% dei Distretti (dall'80,6% al Nord Ovest al 58,5% al Sud e Isole) e come *modalità organizzativa per l'avvio e l'accesso ai servizi, con convocazione dell'Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) per bisogni complessi* dal 67,5% (dal 79,2% al Centro al 62,6% al Nord Est). La funzione di *sportello per gli aspetti amministrativi* riguarda il 40% dei Distretti (dal 58,2% al Nord Ovest al 23,8% al Centro), mentre lo *svolgimento dell'intero processo organizzativo di presa in carico in-*

¹² In letteratura si rileva che un sistema sanitario e le organizzazioni che erogano servizi alla persona devono agire al proprio interno prima ancora che nell'interfaccia con gli utilizzatori, attivando iniziative di grande impegno per ottenere l'allineamento degli operatori (la conoscenza, o la condivisione) a quelli che sono i valori (e i conseguenti comportamenti) ritenuti più idonei alla realizzazione del mandato istituzionale, ma anche per definire i livelli qualitativi dei propri servizi (standard e impegni), connotati sia professionalmente che organizzativamente, e l'entità del rischio connesso alle procedure sanitarie da accettare. Risulta prioritario anche un miglioramento della capacità di ascolto e di relazione con gli utenti, con il mondo esterno e l'opinione pubblica, attraverso il rilievo delle "sequenze" comunicative che provengono spontaneamente dall'utenza (ad esempio i reclami o altre modalità comunicative), ma anche con la sollecitazione a portare in evidenza messaggi altrimenti inespressi, attraverso per esempio la valutazione delle aspettative e della soddisfazione dei pazienti, così come delle loro preferenze e del loro vissuto.

teressa il 34,9% dei Distretti (dal 39,6% al Sud e Isole al 29,1% al Nord Ovest).

Come si evince dalla tabella 5.3, l'erogazione dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi) a seguito di Valutazione multidimensionale (Vmd) avviene

in modo molto più rilevante in forma diretta (63%), ossia con personale dipendente, che indiretta (26,5%), ossia esternalizzata. La modalità diretta prevale soprattutto nel Nord Est (95%) e al Centro (71,6%). L'erogazione tramite voucher so-

TABELLA 5.1 - Esistenza del Punto Unico di Accesso (Valori percentuali, N= 675)

Area geografica	Si	No
Nord Est	87,2	12,8
Nord Ovest	92,9	7,1
Centro	83,5	16,5
Sud e Isole	78,5	21,5
Totale	84,2	15,8

TABELLA 5.2 - Funzioni del PUA (Valori percentuali, N= 572)

Area geografica	Punto informativo e di orientamento
Nord Est	65,9
Nord Ovest	80,6
Centro	66,3
Sud e Isole	58,5
Totale	66,7

Area geografica	Sportello per gli aspetti amministrativi
Nord Est	44,7
Nord Ovest	58,2
Centro	23,8
Sud e Isole	33,5
Totale	40,0

Area geografica	Modalità organizzativa per l'avvio e l'accesso ai servizi con convocazione dell' Unità di Valutazione Distrettuale
Nord Est	62,6
Nord Ovest	63,4
Centro	79,2
Sud e Isole	67,5
Totale	67,5

Area geografica	Svolgimento dell'intero processo organizzativo di presa in carico
Nord Est	33,3
Nord Ovest	29,1
Centro	34,7
Sud e Isole	39,6
Totale	34,9

TABELLA 5.3 - Modalità con cui avviene l'erogazione dell'ADI a seguito di Valutazione Multidimensionale (VMD) (Valori percentuali, N= 681)

Area geografica	in forma diretta (con personale dipendente)	in forma indiretta (esternalizzata)	tramite voucher sociosanitario o modalità analoga
Nord Est	95,0	2,9	2,1
Nord Ovest	47,0	5,9	47,1
Centro	71,6	28,4	0,0
Sud e Isole	50,2	49,4	0,4
Totale	63,0	26,5	10,5

ciosanitari interessa il 10,5% dei Distretti e, in particolare, nel Nord Ovest questa è la modalità prevalente di erogazione dell'Adi (47,1%). Tra i Distretti del Sud e Isole le modalità si equidistribuiscono tra la forma diretta (50,2%) e quella indiretta (49,4%).

Il governo dell'accesso alle strutture residenziali (tab. 5.4) avviene nel 64,7% dei Distretti attraverso modalità esplicite e liste di attesa, con differenze tra le ripartizioni: il Centro è l'area in cui la frequenza è maggiore (86,8%), seguito dal Nord

Est (73,8%), dal Sud e Isole (66,9%) e infine dal Nord Ovest dove i valori sono più bassi (32,9%). Un ulteriore aspetto indagato (tab. 5.5) sono le verifiche effettuate sull'Assistenza domiciliare integrata (Adi) erogata a seguito di Valutazione multidimensionale (Vmd). Questa riguarda la maggioranza dei Distretti (90,3%), con punte massime del 98,3% al Centro e valori minimi nel Nord Ovest (79,2%).

La tab. 5.6 riporta gli aspetti di verifica svolti dal Distretto. Nell'ambito delle verifiche sull'Adi a

TABELLA 5.4 - Governo dell'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali esistenti sul territorio con modalità esplicite ed eventuali liste di attesa (Valori percentuali, N= 677)

Area geografica	Sì	No
Nord Est	73,8	26,2
Nord Ovest	32,9	67,1
Centro	86,8	13,2
Sud e Isole	66,9	33,1
Totale	64,7	35,3

TABELLA 5.5 - Verifiche sull'ADI a seguito di VMD (Valori percentuali, N= 673)

Area geografica	Sì	No
Nord Est	91,5	8,5
Nord Ovest	79,2	20,8
Centro	98,3	1,7
Sud e Isole	92,0	8,0
Totale	90,3	9,7

TABELLA 5.6 - Aspetti verificati dal Distretto (Valori percentuali, N= 602)

Area geografica	Verifica la congruenza degli accessi
Nord Est	71,9
Nord Ovest	65,8
Centro	66,7
Sud e Isole	62,1
Totale	65,8

Area geografica	Verifica il raggiungimento degli obiettivi formalizzati dal PAI
Nord Est	60,9
Nord Ovest	68,4
Centro	65,8
Sud e Isole	52,1
Totale	59,8

Area geografica	Verifica le modifiche nella casistica attraverso parametri di monitoraggio
Nord Est	20,3
Nord Ovest	13,2
Centro	17,9
Sud e Isole	9,2
Totale	14,0

seguito di Vmd, il Distretto *verifica la congruenza degli accessi* in media nel 65,8% dei casi, con variabilità tra le aree (da 71,9% al Nord Est a 62,1% al Sud e Isole); il 59,8% dei Distretti *verifica il raggiungimento degli obiettivi formalizzati dal Piano di assistenza individuale (Pai)*, con differenze tra le ripartizioni geografiche (da 68,4% al Nord Ovest

a 52,1% al Sud e Isole). Il 14% *verifica le modificazioni nella casistica attraverso parametri di monitoraggio*, con differenze di oltre 10 punti percentuali tra il Nord Est (20,3%) e il Sud e Isole (9,2%).

Nella tabella 5.7 sono illustrate le modalità di partecipazione del Distretto alla definizione dei percorsi assistenziali integrati dei pazienti, che av-

TABELLA 5.7 - Partecipazione alla definizione dei percorsi assistenziali integrati di alcune categorie di pazienti (Valori percentuali, N= 680)

Area geografica	Malati oncologici
Nord Est	71,6
Nord Ovest	64,8
Centro	83,5
Sud e Isole	72,2
Totale	72,5

Area geografica	Malati terminali
Nord Est	8,5
Nord Ovest	29,7
Centro	19,0
Sud e Isole	27,4
Totale	22,5

Area geografica	Malati con scompenso cardiaco
Nord Est	34,8
Nord Ovest	58,6
Centro	41,3
Sud e Isole	59,3
Totale	50,8

Area geografica	Malati con BPCO
Nord Est	38,3
Nord Ovest	38,6
Centro	33,1
Sud e Isole	51,1
Totale	42,5

Area geografica	Malati con diabete mellito
Nord Est	22,0
Nord Ovest	30,3
Centro	28,1
Sud e Isole	48,1
Totale	35,3

Area geografica	Malati post ictus
Nord Est	59,6
Nord Ovest	61,4
Centro	25,6
Sud e Isole	41,1
Totale	46,5

Area geografica	Malati post frattura di femore
Nord Est	55,3
Nord Ovest	64,8
Centro	28,9
Sud e Isole	47,0
Totale	49,3

viene per alcune categorie di pazienti più frequentemente che per altre. Per i *malati oncologici*, le percentuali di partecipazione sono dell'ordine del 72,5%, con valori che vanno dall'83,5% del Centro al 64,8% del Nord Ovest. I Distretti partecipano per il 50,8% alla definizione dei percorsi assistenziali integrati dei *malati con scompenso cardiaco* e per il 49,3% ai percorsi assistenziali integrati dei pazienti *post frattura di femore*, con differenze considerevoli tra le aree: per lo scompenso cardiaco si passa dai valori del 59,3% del Sud e Isole, al 34,8% del Nord Est, mentre per i malati post frattura di femore si va dal 64,8% del Nord Ovest al 28,9% del Centro. Per i *malati terminali* la partecipazione alla definizione dei Pai avviene nel 22,5% dei Distretti, soprattutto al Nord Ovest (29,7%) e molto meno al Nord Est (8,5%); per i *malati con BPCO* la percentuale media è del 42,5% ed i valori sono più elevati al Sud e Isole (51,1%) rispetto alle altre ripartizioni, che hanno valori tutti inferiori al 40%. Per i *malati con diabete mellito*, il 35,3% dei Distretti prende parte alla determinazione dei percorsi assistenziali integrati, più al Sud e Isole (48,1%) che al Centro (28,1%), nel Nord Est (22%) e nel Nord Ovest (30,3%). Infine, per i *malati post ictus* la percentuale nazio-

nale è del 46,5%, con valori bassi al Centro (25,6%), intermedi al Sud e Isole (41,1%) e più elevati al Nord Ovest (61,4%) e al Nord Est (59,6%).

Il Distretto organizza le modalità di accesso all'assistenza a domicilio nel 92,4% dei Distretti presenti sul territorio nazionale e senza rilevanti differenze tra le ripartizioni geografiche (tab. 5.8). La tabella 5.9 mostra che ha partecipato alla fase di implementazione dell'ultimo accordo aziendale sulla medicina generale il 50,2% dei Distretti. In particolare ciò interessa il 71,6% dei Direttori di Distretto al Nord Est, il 73,1% al Nord Ovest, il 54,5% al Centro e solo il 24,8% al Sud e Isole. In quest'ultima area vi è la percentuale più elevata di Distretti in cui non è presente l'accordo aziendale sulla medicina generale (13,7%).

Ai Direttori che hanno partecipato alla fase di applicazione dell'ultimo accordo sulla medicina generale sono state richieste le modalità di tale partecipazione (tab. 5.10). La prima modalità suggerita, riguardante l'*organizzazione di iniziative per l'attuazione dell'accordo aziendale in merito a diversi aspetti*, è stata indicata dal 92,9% dei Distretti, con poca variabilità tra le ripartizioni geografiche. La seconda modalità, che implica che il Direttore ab-

TABELLA 5.8 - Organizzazione da parte del Distretto delle modalità di accesso all'assistenza a domicilio (Valori percentuali, N= 677)

Area geografica	Si	No
Nord Est	92,2	7,8
Nord Ovest	89,5	10,5
Centro	94,2	5,8
Sud e Isole	93,3	6,7
Totale	92,4	7,6

TABELLA 5.9 - Partecipazione del Direttore di Distretto alla fase di implementazione dell'ultimo accordo aziendale sulla medicina generale (Valori percentuali, N= 680)

Area geografica	Si	No	No, non è presente l'accordo
Nord Est	71,6	28,4	0,0
Nord Ovest	73,1	20,0	6,9
Centro	54,5	35,5	9,9
Sud e Isole	24,8	61,5	13,7
Totale	50,2	41,1	8,7

bia fornito indicazioni sul grado di raggiungimento degli obiettivi dell'accordo aziendale, presenta percentuali minori, pari al 59,7% dei Distretti, con differenze significative tra le ripartizioni geografiche in cui i valori decrescono dal 75,2% del Nord Est al 34,3% del Sud e Isole.

Alcune risposte del questionario riguardano aspetti della concertazione con gli ospedali presenti nel territorio (tab. 5.11). Esistono protocolli per le dimissioni protette nel 72,7% dei Distretti e, in particolare, nel 98,6% dei Distretti del Nord Est, nell'87,6% di quelli del Centro, nel 76,8% di quelli al Nord Ovest e nel 50,4% dei Distretti del Sud e Isole.

Gli accordi formalizzati con i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta sono stati concordati con gli ospedali nel 48,1% dei Distretti e, soprattutto, nel 64,5% dei Distretti del Nord Est, nel 62% del Nord Ovest, nel 48,8% dei Distretti del Centro e nel 32% di quelli del Sud e Isole.

La concertazione della presenza formalizzata di operatori ospedalieri nei servizi distrettuali riguarda il 48,4% dei Distretti, di cui il 61% dei Distretti del Nord Est, il 60,3% dei Distretti del Centro, il 52,1% di quelli del Nord Ovest e il 34,4% dei Distretti del Sud e Isole.

La concertazione della presenza di operatori dedicati a funzione specifica nei servizi ospedalieri e di protocolli su ospedalizzazione a domicilio viene effet-

tuata con percentuali minori rispetto agli altri aspetti oggetto di accordo con gli ospedali. I valori sono dell'ordine del 28-29% in media, variabili tra le differenti aree, in un range che oscilla dal 46,1% dei Distretti del Nord Est al 17,8% del Sud e Isole per la presenza di operatori dedicati a funzione specifica, con differenze meno spiccate tra le ripartizioni per quanto riguarda i protocolli sull'ospedalizzazione a domicilio.

Infine, la concertazione dell'interscambio tra medici specialisti territoriali ed ospedalieri, anche a fini formativi e di aggiornamento, riguarda il 51,2% dei Distretti e avviene nel 73,8% dei Distretti al Nord Est, nel 56,3% di quelli del Nord Ovest, nel 57,9% al Centro e nel 33,7% al Sud e Isole.

Considerazioni sulle funzioni del distretto nell'accesso dei cittadini ai servizi e sugli attori fondamentali dell'assistenza primaria

Uno degli elementi che la programmazione nazionale e regionale sottolinea è l'esigenza che il Distretto attivi realmente modalità per facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini. L'equità nell'accesso ai servizi rappresenta uno dei principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale, come parte essenziale della tutela della salute di cui all'art. 32 della Costituzione.

Per perseguire questo obiettivo, è necessario preoccuparsi di realizzare strumenti e modalità organiz-

TABELLA 5.10 - Modalità di partecipazione all'accordo aziendale sulla medicina generale (Valori percentuali, N= 342)

Area geografica	Il Direttore ha fornito formalmente alla direzione indicazioni sul grado di raggiungimento degli obiettivi dell'accordo aziendale
Nord Est	75,2
Nord Ovest	64,2
Centro	54,5
Sud e Isole	34,3
Totale	59,7

Area geografica	Il Direttore ha organizzato iniziative per l'attuazione dell'accordo aziendale in merito a: percorsi e protocolli diagnostici-terapeutici, linee operative di prioritizzazione di visite ambulatoriali, appropriato utilizzo dei farmaci, ecc...
Nord Est	95,0
Nord Ovest	95,3
Centro	95,5
Sud e Isole	83,6
Totale	92,9

zative in grado di avvicinare professionisti sanitari e sociali e i servizi al cittadino: il Punto unico di accesso (Pua) o modalità analoga è individuato, dalla programmazione, come uno degli strumenti utili in questo senso. In particolare il Pua favorisce l'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale poiché richiede un raccordo sistematico tra le diverse componenti sociali e sanitarie attraverso una programmazione concordata.

In questo ambito l'84% dei Distretti dichiara l'esistenza del Pua, con una differenza piuttosto limitata tra le diverse aree geografiche.

Interessante è l'analisi delle funzioni affidate al Punto unico di accesso, in quanto risulta che le funzioni prevalenti sono di informazione e orientamento dei cittadini e di sportello per gli aspetti amministrativi, mentre meno rappresentata sembra essere la funzione di garanzia del cittadino sullo svolgimento dell'intero processo di presa in carico istituzionale. È inoltre presente nel 67,5 dei casi la modalità organizzativa per l'avvio e l'accesso ai servizi con convocazione dell'Unità di valutazione distrettuale.

Va evidenziato che il Pua è una modalità di re-

TABELLA 5.11 - Aspetti che il Distretto ha concertato con gli ospedali presenti nel territorio – collegamento ospedale-territorio (Valori percentuali, N= 677)

Area geografica	Protocolli su dimissioni protette
Nord Est	98,6
Nord Ovest	76,8
Centro	87,6
Sud e Isole	50,4
Totale	72,7

Area geografica	Accordi formalizzati con MMG/PLS
Nord Est	64,5
Nord Ovest	62,0
Centro	48,8
Sud e Isole	31,9
Totale	48,1

Area geografica	Presenza formalizzata di operatori ospedalieri nei servizi distrettuali
Nord Est	61,0
Nord Ovest	52,1
Centro	60,3
Sud e Isole	34,4
Totale	48,4

Area geografica	Presenza di operatori distrettuali dedicati a funzione specifica nei servizi ospedalieri
Nord Est	46,1
Nord Ovest	19,0
Centro	45,5
Sud e Isole	17,8
Totale	28,9

Area geografica	Protocolli su ospedalizzazione a domicilio
Nord Est	33,3
Nord Ovest	23,9
Centro	24,8
Sud e Isole	33,0
Totale	29,7

Area geografica	Interscambio tra medici specialisti territoriali ed ospedalieri
Nord Est	73,8
Nord Ovest	56,3
Centro	57,9
Sud e Isole	33,7
Totale	51,2

cente attivazione e, da altre indagini condotte in materia¹³, risulta che è tuttora in fase sperimentale in diverse Regioni. Questo fatto può in parte motivare la difficoltà nell'assunzione della sua funzione principale, di facilitazione nella presa in carico del cittadino.

Rispetto all'accesso all'assistenza domiciliare integrata, va preliminarmente evidenziato che non è più in discussione la necessità di valutazione multidimensionale, confermata da ultimo anche nel Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'Intesa tra Stato e Regioni del 3 dicembre 2009.

Rimangono diversità sulle modalità di realizzazione della valutazione multidimensionale, che talora è effettuata in forma semplificata nella fase iniziale di accesso ai servizi, per poi essere sviluppata in forma multiprofessionale in una fase successiva. In altre realtà, invece, già nella fase propeudeutica all'accesso, la valutazione multidimensionale è anche multi professionale e avviene tramite apposito team (Unità di valutazione multidimensionale).

Il Distretto organizza le modalità di accesso dell'assistenza a domicilio mediamente nel 92% dei casi, con valori simili in tutti gli ambiti geografici. Tale dato evidenzia che questa attività risulta di assoluto rilievo nel Distretto.

La modalità di erogazione in forma diretta rappresenta mediamente la forma prevalente, ad eccezione del Nord Ovest dove equivale all'erogazione tramite voucher sociosanitari. Risulta interessante come al Centro e al Sud e Isole si stiano sviluppando forme indirette (esternalizzate). Ciò riflette la tendenza, rispetto ad un bisogno crescente della popolazione, di diversificare le modalità di assistenza domiciliare. Rispetto all'Indagine 2005, risulta in diminuzione la forma diretta (che allora era oltre il 70%, mentre ora risulta del 63%), che risente anche del blocco del turnover del personale della pubblica amministrazione, previsto dalle leggi finanziarie degli ultimi an-

ni. Andrebbe compreso, con ulteriori studi e ricerche, in quale modo e misura questa forma indiretta possa garantire una presa in carico della persona davvero globale ed unitaria e come i "fornitori esterni" si integrino con i servizi del Distretto ed i Mmg. Va rilevato che un circuito di assistenza primaria così organizzato presenta comunque il rischio di una maggiore frammentazione e richiede al Distretto investimenti di energie maggiori per il suo controllo e governo.

Se l'offerta diretta è in diminuzione, risulta invece in netto aumento, con distribuzione pressoché omogenea nelle diverse aree geografiche, pur con minore presenza nel Nord Ovest, lo svolgimento di verifiche sull'assistenza domiciliare erogata, a seguito di valutazione multidimensionale e, quindi, in relazione ai casi complessi (tab. 5.5).

Dalla tabella 5.6 risulta che l'attività di verifica si orienta prevalentemente sulla congruità degli accessi e sul raggiungimento degli obiettivi del Piano assistenziale individuale (Pai); in forma minoritaria si focalizza anche sulla valutazione di modifica della casistica attraverso il riscontro di parametri di monitoraggio.

Anche rispetto al governo dell'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali (tab. 5.4) risulta un incremento rispetto all'Indagine del 2005, che evidenziava la partecipazione del Distretto nel 20% dei casi, mentre ora si attesta al 65%.

Nel Nord Ovest la situazione in controtendenza rispetto ai dati nazionali è presumibilmente ascrivibile ad una scelta di utilizzo di "voucher" per l'erogazione dell'assistenza presso erogatori pubblici e privati accreditati e, quindi, ad una governance del Distretto relativa ad altri aspetti (programmazione, acquisto, controllo).

Sui percorsi assistenziali (tabella 5.7) si rileva che la partecipazione prevalente dei Distretti avviene rispetto ai pazienti oncologici (oltre il 70%), mentre è mediamente del 50% per altre patologie croniche o post-acute importanti. Risulta più bassa

¹³ Su questo tema si veda il Quaderno di Monitor n. 21 del 2008 dedicato al Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale, che presenta i risultati del progetto di ricerca svolto con diversi Esperti e nove Regioni.

per i malati con diabete mellito e per i malati terminali; questo rende evidente la necessità di incrementare le attività su questo versante, anche alla luce di quanto previsto dalla programmazione nazionale rispetto alle cure palliative (da ultimo nella Legge n. 38 del 2010 e nei decreti attuativi in fase di definizione).

Rispetto agli attori principali dell'assistenza primaria, ossia i medici di medicina generale, si rileva che la partecipazione del Direttore del Distretto nella fase di implementazione dell'ultimo accordo aziendale sulla medicina generale è del 50%, con diversità fra le aree geografiche.

Analogamente solo nel 60% dei casi il Direttore del Distretto fornisce formalmente alla Direzione aziendale elementi di riscontro sul grado di raggiungimento degli obiettivi dell'accordo. Risultano, invece, ampiamente attivate le iniziative per l'attuazione dell'accordo aziendale sulla medicina generale (oltre il 90% dei Distretti).

Globalmente, sembra di cogliere – nel quadro di insieme nazionale e quindi con le dovute eccezioni – un ruolo ancora non adeguatamente riconosciuto del Distretto nell'essere protagonista di percorsi con la medicina generale. Gli accordi aziendali, infatti, rappresentano un'occasione rilevante di indirizzo e di governo della medicina convenzionata, se si vuole realmente elevarla al rango di baricentro dell'assistenza primaria governata dal Distretto.

Nell'Indagine corrente si rileva che la funzione del Distretto si sviluppa meno per gli aspetti di programmazione, pur in un'area che è considerata fondamentale per il territorio. Si potrebbe, quindi, riflettere sulla necessità che vi sia una mag-

giore integrazione tra il Distretto e le scelte che sono adottate negli accordi aziendali sulle modalità associative dei medici di assistenza primaria. Si è, inoltre, voluto indagare se esistono forme di collegamento tra ospedale e territorio, in quanto considerati come elementi fondamentali per rispondere ad esigenze di continuità assistenziale per pazienti non autosufficienti o, comunque, con necessità di assistenza intermedia (intermediate care). In particolare, si sono volute prospettare diverse forme di raccordo, utilizzando gli stessi item già indagati nell'Indagine del 2005.

Nella nuova Indagine risulta che mediamente nel 72% dei Distretti, con ampie variazioni geografiche, esistono protocolli di dimissione protetta; meno rappresentati sono, in sequenza, la presenza di operatori distrettuali dedicati alla funzione di dimissione protetta nei servizi ospedalieri e le forme di interscambio tra medici specialisti.

Rispetto all'Indagine del 2005 è più che raddoppiata la percentuale dei Distretti che segnala l'esistenza di protocolli di dimissione protetta con gli Ospedali presenti nel territorio ed è aumentato anche l'interscambio tra medici specialisti territoriali ed ospedalieri. C'è una sostanziale invarianza per le altre forme, con eccezione degli accordi formalizzati tra Mmg/Pls, Servizi distrettuali e Ospedali, che risultano in sostanziale riduzione.

6. Formalizzazione delle attività e grado di internalizzazione dei valori e degli obiettivi

La tabella 6.1 riassume le risposte sul tema del Distretto considerato facilitatore rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tec-

TABELLA 6.1 - Funzione di facilitatore rispetto alle procedure tecniche, organizzative e di sicurezza (Valori percentuali, N= 675)

Area geografica	Si	No
Nord Est	90,0	10,0
Nord Ovest	90,3	9,7
Centro	89,3	10,7
Sud e Isole	75,2	24,8
Totale	84,1	15,9

niche, organizzative e di sicurezza esplicite e condivise nell'ambito dell'assistenza primaria. Tale ruolo è svolto dall'84,1% dei Distretti e, in particolare, dal 90% dei Distretti del Nord Est, dal 90,3% di quelli del Nord Ovest, dall'89,3% di quelli del Centro e dal 75,2% dei Distretti del Sud e Isole.

Gli audit formalizzati (tab. 6.2) sono svolti all'interno dei Distretti con frequenza *rara* nel 54,2% dei casi, *spesso* nel 24,5% e *mai* nel 21,3%. Le percentuali cambiano tra le aree geografiche: la frequenza di svolgimento più assidua è detenuta dal Nord Ovest con il 39,3%, mentre Sud e Isole detengono il valore massimo di Distretti in cui non sono svolti mai audit (36,1%). Nel Nord Est il 23,4% dei Distretti svolge spesso audit ed il 66,7% li svolge raramente; al Centro le percentuali sono del 20% per la modalità spesso e 65,8% per quella raramente, mentre il 14,2% dei Distretti non svolge mai audit.

I percorsi formativi espressamente dedicati al proprio personale (tab. 6.3) sono svolti *spesso* nel 61% dei Distretti, *raramente* nel 32,6% e *mai* nel 6,4% dei casi. Nel Nord Est il 69,8% dei Distretti svolge con frequenza assidua corsi formativi ed il 2,3% non li svolge affatto. Nel Nord Ovest il 78,6% dei Distretti svolge spesso percorsi formativi ed il

21,4% li effettua raramente. Al Centro è più bassa la percentuale con cui i percorsi vengono svolti in maniera frequente (63,7%) e nel 3,6% dei casi i percorsi non vengono mai effettuati. Al Sud e Isole le percentuali di assiduità sono inferiori e pari al 41,7%, mentre più elevati rispetto alle altre ripartizioni, sono i valori per le voci *raramente* (43,5%) e *mai* (14,8%).

È stato valutato anche l'utilizzo all'interno del Distretto di database e flussi informativi per la raccolta e lo scambio delle informazioni tra gli operatori (tab. 6.4). Nella maggior parte dei Distretti si utilizzano spesso tali strumenti (66%); le percentuali sono più elevate al Nord (75,9% nel Nord Est e 78,6% nel Nord Ovest) rispetto al Centro (65,3%) e al Sud e Isole (54,5%). Nel 27,2% dei casi l'utilizzo di database avviene raramente, con valori crescenti passando da Nord a Sud, mentre l'utilizzo non avviene mai nel 6,8% dei Distretti (in particolare nel 13,3% dei Distretti al Sud e Isole, nel 5% al Centro, nel 2,8% al Nord Est ed in nessuno al Nord Ovest).

La tabella 6.5 mostra come il 99% dei Direttori di Distretto ha organizzato nel corso di un anno almeno un incontro informale, volto al miglioramento del clima organizzativo, con i responsabili delle attività di assistenza primaria. Il numero

TABELLA 6.2 - Svolgimento di audit formalizzati (Valori percentuali, N= 680)

Area geografica	Sì, spesso	Sì, raramente	No, mai
Nord Est	23,4	66,7	9,9
Nord Ovest	39,3	49,7	11,0
Centro	20,0	65,8	14,2
Sud e Isole	18,9	45,0	36,1
Totale	24,5	54,2	21,3

TABELLA 6.3 - Svolgimento di percorsi formativi dedicati al personale legati agli obiettivi di salute (Valori percentuali, N= 677)

Area geografica	Sì, spesso	Sì, raramente	No, mai
Nord Est	69,8	27,9	2,3
Nord Ovest	78,6	21,4	0,0
Centro	63,7	32,7	3,6
Sud e Isole	41,7	43,5	14,8
Totale	61,0	32,6	6,4

di incontri è maggiore di 5 per il 52,5% dei Distretti del Nord Est, per il 60,1% di quelli del Nord Ovest, per il 63,9% di quelli del Centro e per il 55,1% dei Distretti del Sud e delle Isole.

Il livello dei rapporti tra il Direttore ed i diversi attori dell'assistenza primaria (tab. 6.6) è, a giudizio dei Direttori di Distretto: *buono* nella maggior parte dei casi (73,2%) e, in particolare, nel Nord Ovest (81,8%) e nel Nord Est (80,1%), seguiti dal Centro (72,2%) e dal Sud e Isole (65,2%); *insufficiente* solo per l'1,9% dei casi (soprattutto al Nord Ovest con il 2,8% ed al Sud e Isole con il 2,6%); *sufficiente* per il 15,2% dei Distretti (20,6% dei Distretti del Sud e Isole, 16% per quelli del Centro, 13,5% per i Distretti del Nord Est e 6,3% per quelli del Nord Ovest). Un livello *ottimale* dei rapporti è stato indicato da una minoranza dei Direttori, pari al 9,7%, collocati soprattutto al Sud e Isole (11,6%) ed al Centro (10,1%).

Considerazioni sulla formalizzazione delle attività e sul grado di condivisione dei valori e degli obiettivi

Per quanto riguarda la formalizzazione dei comportamenti degli operatori all'interno del sistema di assistenza primaria, si rileva che il Distretto svolge in modo ampio la funzione di facilitatore nell'implementazione di procedure, accordi interorganizzativi, protocolli, sistemi informativi ed altri interventi articolati e complessi, che richiedono una definizione chiara delle azioni, ruoli e responsabilità dei diversi attori, attraverso un approccio sistematico.

Tra gli strumenti di coinvolgimento dei diversi attori per conseguire gli obiettivi di salute della popolazione va annoverata sicuramente la strutturazione dei percorsi formativi, che risultano abbastanza consolidati.

Il Distretto risulta, pertanto, consapevole della le-

TABELLA 6.4 - Utilizzo di database e flussi informativi per la raccolta e lo scambio di informazioni tra operatori (Valori percentuali, N= 680)

Area geografica	Si, spesso	Si, raramente	No, mai
Nord Est	75,9	21,3	2,8
Nord Ovest	78,6	21,4	0,0
Centro	65,3	29,7	5,0
Sud e Isole	54,5	32,2	13,3
Totale	66,0	27,2	6,8

TABELLA 6.5 - Numero di incontri informali organizzati nel corso dell'anno dal Direttore di Distretto con i responsabili delle attività di assistenza primaria (Valori percentuali, N= 673)

Area geografica	0	1-5	> 5
Nord Est	1,4	46,1	52,5
Nord Ovest	0,0	39,9	60,1
Centro	0,0	36,1	63,9
Sud e Isole	1,9	43,0	55,1
Totale	1,0	41,8	57,2

TABELLA 6.6 - Giudizio sul livello dei rapporti tra il Direttore e i diversi attori dell'assistenza primaria (Valori percentuali, N= 673)

Area geografica	insufficiente	sufficiente	buono	ottimo
Nord Est	0,0	13,5	80,1	6,4
Nord Ovest	2,8	6,3	81,8	9,1
Centro	1,7	16,0	72,2	10,1
Sud e Isole	2,6	20,6	65,2	11,6
Totale	1,9	15,2	73,2	9,7

va della formazione, come strumento fondamentale nella funzione di accompagnamento, riflessione e conoscenza dei processi di trasformazione sociosanitari in atto. L'indagine, pertanto, rileva l'importanza di una formazione attenta alle esigenze concrete degli operatori e del territorio, come opportunità di crescita e anche di ripensamento in un ambiente articolato e complesso quale quello del Distretto. La formazione consente di rafforzare e sostenere le interazioni tra le diverse professioni sociosanitarie e favorisce la comunicazione tra i diversi attori rispetto agli specifici obiettivi di salute che si intende conseguire.

Analogamente la maggior parte dei Distretti (66%) utilizza correntemente data-base e flussi informativi per la raccolta e lo scambio di informazioni tra operatori, con minor diffusione nel Sud e Isole. Questa metodologia supporta la condivisione di conoscenze, di obiettivi e di valori (strumento di internalizzazione) e processi di responsabilizzazione, nonché sostiene la conoscenza dell'offerta dei servizi, che deve collegarsi ad una più ampia analisi del bisogno di salute, come strumento fondamentale per la governance distrettuale. Va rilevato che la programmazione nazionale e regionale da sempre attribuisce al Distretto un ruolo di tutela del cittadino attraverso un servizio di prossimità e di comunità che nasce e si rafforza dalla conoscenza del territorio, delle sue risorse e caratteristiche, del bisogno di salute del cittadino strettamente correlato al suo ambiente di vita. In quest'ambito l'osservazione epidemiologica e l'utilizzo dei flussi informativi favorisce l'adozione di politiche sanitarie supportate dalle evidenze e permette di sviluppare criteri di priorità nelle scelte. In questo modo il Di-

stretto ha strumenti rilevanti per ottimizzare la coerenza tra la missione distrettuale e i fini effettivamente perseguiti ai diversi livelli di responsabilità, che vanno ancora più valorizzate nella totalità delle realtà distrettuali.

Sempre nell'ottica di sviluppare "internalizzazione"¹⁴ unitaria dei principi e dei metodi di lavoro, si è voluto indagare anche lo svolgimento di incontri informali del Direttore di Distretto con i responsabili dell'assistenza primaria, rilevando che gli stessi sono relativamente frequenti (maggiori di 5 incontri annuali in media, nel 57,2% dei Distretti).

Collegato a questi elementi risulta il grado di collaborazione tra i diversi attori dell'assistenza primaria, che è percepito dal Direttore di Distretto come *buono* nella maggioranza dei casi e insufficiente in quote marginali; sussistono, pertanto, margini di miglioramento, considerando che il giudizio può divenire *ottimo*.

Queste semplici domande intendevano porre l'attenzione su un obiettivo centrale nelle organizzazioni complesse quali quelle sanitarie, ossia valutare la consapevolezza, da parte dei diversi attori, delle loro interdipendenze e dell'importanza di gestirle, che si traduce nella necessità di conoscenza personale e professionale di ciascuno, dei loro valori e di fiducia reciproca.

Va rilevato che nell'ultimo decennio si è sviluppato un grande interesse verso il miglioramento della collaborazione tra professionisti del sistema sanitario e l'identificazione dei determinanti fondamentali, legati sia all'organizzazione dell'assistenza (quali l'aumento della responsabilità degli operatori; la riduzione dei posti letto ospedalieri e delle giornate di degenza; l'aumento dei carichi di lavoro, etc.) sia alla com-

¹⁴ Con il termine *Internalization* si intende, in questa sede, quanto proposto da D.D'Amour e coll., op. cit. (2008), ossia la conoscenza reciproca, la consapevolezza delle interdipendenze professionali e il rapporto di fiducia, basato essenzialmente sulla percezione della competenza degli altri; tutti elementi rilevati come prioritari in organizzazioni complesse che operano con team multiprofessionali.

L'autore studia il concetto di "collaborazione" e il suo ruolo nelle attività sanitarie, proponendo un modello multidimensionale in cui diversi fattori si influenzano reciprocamente. Essi riguardano:

- relazioni interpersonali (condivisione della vision e degli obiettivi; forte legame tra i professionisti ed esplicitazione dei diversi modelli concettuali, ruoli e responsabilità),
- fattori organizzativi interni (governance, formalizzazione, con indicazione degli obiettivi da raggiungere tramite protocolli, accordi, procedure),
- fattori esterni all'organizzazione (struttura del sistema e modalità di integrazione tra i diversi livelli di organizzazione; sistemi formativi e organizzazioni professionali che hanno un forte impatto nel definire le regole di sistema), valori e pressioni sociali; politiche e regolamenti).

plexità dell'ambiente sociale (maggiore gravità e complessità delle patologie da trattare; tumultuoso sviluppo tecnologico; imprevedibile e complessa natura delle tipologie di intervento; necessità continua di riorganizzazione del lavoro; necessità di approccio multidimensionale dei problemi)¹⁵. Il tema dell'interazione tra attori e servizi diversi è studiato soprattutto rispetto alla necessità di implementare un'organizzazione in rete in sanità, tenendo conto della necessità di riequilibrare la tendenza alla specializzazione delle discipline e alla settorializzazione del "fare" con la necessità di ricondurre ad unitarietà la presa in carico. Ciò anche in ragione del cambiamento di paradigma (da biomedico al biopsicosociale), che richiede modalità di integrazione strutturata ed orizzontale¹⁶. Modalità che non si applicano automaticamente, ma richiedono un processo di cambiamento condiviso, fondato sulla responsabilizzazione degli attori (accountability), che tenda consapevolmente a superare i rischi di autoreferenzialità e parcellizzazione, lontani dalla qualità del servizio che si vuole offrire.

Alla luce delle teorie dell'organizzazione in rete, sviluppate in ambito sociologico ed economico, il cambiamento è avvenuto ed avviene secondo tre direttrici principali¹⁷:

- la trasformazione dei meccanismi e/o cooperazione tra i diversi professionisti che ha interessato anche i pazienti rispondendo alla gestione dell'incertezza e della complessità della presa in carico. Tutto questo ha avviato dei meccanismi di qualità della presa in carico, rendendo più razionale il percorso dei pazienti;
- la migliorata capacità da parte del mondo dei professionisti di considerare la dimensione economica delle cure evidenziando la valenza pedagogica che le reti hanno da questo punto di vista;
- la maggiore trasparenza nel rendere conto, gra-

zie alla partnership data dall'insieme degli attori della rete stessa.

Nella fase attuale i servizi distrettuali operano in un contesto sociale che evidenzia problemi molto complessi, dove la stessa area del disagio diviene più sfumata, più ampia e faticosamente riconoscibile.

I servizi devono perciò rivedere la loro organizzazione e le modalità di intervento, aprendosi e confrontandosi con i contesti locali dove gli individui vivono, per riconoscere i legami di solidarietà, rafforzare le pratiche di vicinanza, condivisione, corresponsabilità, già presenti localmente, ma che vanno potenziate ed estese.

La nuova impostazione dei servizi ha notevoli e immediate ripercussioni sulle professioni socio-sanitarie ed implica un forte rinnovamento rispetto al modo di lavorare tradizionale.

7. Analisi delle relazioni tra alcuni aspetti salienti dell'indagine

In quest'ultimo paragrafo si è compiuto il passo conclusivo dell'analisi statistica che permette di passare dalla semplice descrizione dei fenomeni (analisi descrittiva) ad una loro possibile interpretazione e spiegazione (analisi esplicativa). Ciò è stato possibile attraverso lo studio delle relazioni tra alcune variabili considerate rilevanti nell'attività del Distretto.

Come riportato nella metodologia, le associazioni sono state studiate tenendo conto di alcuni fattori di confondimento ed in particolare: la superficie di competenza in Km², il numero di abitanti, la struttura per sesso ed età della popolazione residente nel Distretto, l'area geografica e una caratteristica strutturale che fa riferimento alla tipologia di Distretto, distinguendo tra unità semplice o complessa.

Si tratta di ipotesi associative che non hanno alcuna pretesa di esaustività, in quanto molti possono essere i fattori che influenzano le attività del Distretto. Si è però voluto circostanziare un pri-

15 Si veda "Comunicazione in Medicina, collaborazione tra professionisti sanitari" di Iole Simeoni, Anna Maria De Santi, Ed. SEEd, 2009

16 Carradori et al. "Le reti, opportunità per una migliore composizione, tra le ragioni della qualità e quelle dell'efficienza", da "Medici Manager", n. 1 del 2010, p. 22-27.

17 Haute Autorité de Santé ANAES. Principes de l'Evaluation des réseaux de santé 1999.

mo livello di relazioni su aspetti che sono considerati prioritari nella programmazione nazionale e regionale e nella letteratura.

Le prime due associazioni indagate sono quelle che mettono in relazione la *coincidenza tra l'ambito territoriale del Distretto e l'ambito sociale* (variabile di esposizione) con l'*esistenza del Punto unico di accesso (Pua) o modalità analoga* (variabile di effetto). L'identificazione di un ambito territoriale unitario è incentivata dalla programmazione nazionale (Legge 328 del 2000, art. 8) e dalla letteratura, allo scopo di facilitare l'integrazione socio-sanitaria sia negli aspetti di programmazione locale sia in quelli di realizzazione delle attività per i soggetti fragili e/o non autosufficienti. Pertanto ci si può attendere che un ambito unitario di riferimento possa influire sugli obiettivi di miglioramento nell'accesso ai servizi.

Al contrario, l'Indagine mostra un'associazione non statisticamente significativa ($p\text{-value} > 0.05$), che può costituire elemento di riflessione.

Per leggere correttamente questo risultato, va rilevato preliminarmente che il Punto unico di accesso (o modalità analoga) risente della recente introduzione di questo elemento organizzativo, tuttora attivato in via sperimentale o comunque non consolidato nella maggior parte delle realtà regionali. È, quindi, possibile attendersi che l'effetto di un miglioramento sul governo dell'accesso possa subentrare in seguito, mentre ora l'attenzione è rivolta al miglioramento dei processi amministrativi e dei percorsi assistenziali, che costituiscono una premessa indispensabile al raggiungimento dell'obiettivo di agevolare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini. Tuttavia il risultato dell'ipotesi associativa evidenzia la necessità di un impegno ulteriore nei meccanismi di accesso e di presa in carico degli assistiti con bisogni complessi.

Un risultato analogo è derivato dalla verifica dell'ipotesi associativa tra *coincidenza tra Distretto e ambiti sociali* (variabile di esposizione) con il *governo dell'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali attraverso modalità esplicite e liste di attesa*

(variabile di effetto). Anche in questo caso l'associazione non è risultata statisticamente significativa ($p\text{-value} > 0.05$). Quindi, anche rispetto alla capacità di accesso dei cittadini in strutture poste sul territorio di riferimento, l'ambito territoriale comune non risulta un elemento determinante. Tuttavia va rilevato che vi sono molte incertezze sia sulle caratteristiche e sulla tipologia di utenti delle strutture residenziali e semiresidenziali, sia sulle modalità previste dalle Regioni o dalle Aziende sanitarie per l'accesso alle stesse strutture. È quindi evidente che l'integrazione può essere favorita dall'unificazione territoriale, ma non può essere l'unico elemento da considerare in un'organizzazione del territorio che risulta molto più complessa e articolata.

Un'ulteriore associazione analizzata è quella tra lo *svolgimento di percorsi formativi dedicati al personale* (variabile di esposizione) e la *frequenza nella valutazione dei bisogni* (variabile di effetto). L'associazione è statisticamente significativa ($p\text{-value} < 0.001$) con un OR pari a 2.93 (IC: 1.99-4.31); dunque, nei Distretti in cui è posta maggiore attenzione alla formazione del proprio personale, la valutazione dei bisogni viene effettuata più spesso rispetto ai Distretti che svolgono raramente o non organizzano mai corsi di formazione.

La leva formativa risulta ancora una volta uno strumento determinante per la realizzazione di una funzione fondamentale, quale quella della valutazione dei bisogni della popolazione, soprattutto se effettuata in termini quantitativi e con attenzione alle specifiche condizioni di salute e socio-economiche dei destinatari. Va evidenziato che la letteratura e la programmazione (a partire dalla Legge n. 833 del 1978 istitutiva del Ssn) sono concordi nell'affidare al Distretto il compito di approfondire la conoscenza degli specifici bisogni della popolazione locale al fine di determinare e migliorare i servizi sanitari. L'ipotesi associativa consente di rilevare che la formazione costituisce uno strumento importante per sviluppare la programmazione distrettuale su basi conoscitive certe (quali risposte per quali biso-

gni), consentendo di attivare la funzione del Distretto come garante del cittadino rispetto ai bisogni di salute e ai livelli essenziali di assistenza sul territorio.

L'attenzione alla *formazione del personale* (variabile di esposizione) è stata messa in relazione anche con l'aspetto legato alla funzione del *Distretto come facilitatore rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tecniche, organizzative e di sicurezza, esplicite e condivise nell'ambito dell'assistenza primaria* (variabile di effetto). L'associazione che ne è risultata è significativa ($p\text{-value} < 0.05$) ed il rischio, nell'accezione statistica del termine, di definirsi "facilitatore" è 2.2 volte più alto ($OR=2.20$; $IC: 1.33\text{--}3.65$) tra chi effettua spesso formazione rispetto a chi la effettua raramente o mai.

L'organizzazione di *percorsi formativi dedicati al personale* (variabile di esposizione) influenza in maniera significativa anche lo *svolgimento di audit formalizzati* (variabile di effetto) ($OR=3.75$; $IC: 2.28\text{--}6.17$) e *l'utilizzo di database e flussi informativi per la raccolta e lo scambio di informazioni tra operatori* (variabile di effetto) ($OR=5.16$; $IC: 3.43\text{--}7.79$).

Anche in questi casi, pertanto, la formazione risulta uno strumento efficace tanto per aspetti legati alla formalizzazione delle attività (ossia all'attuazione consolidata di regole tecniche e organizzative), quanto per la condivisione dei valori, al fine del miglioramento dell'assistenza.

Alcuni degli strumenti di formalizzazione e condivisione (la funzione di facilitatore rispetto a procedure tecniche, lo svolgimento di audit formalizzati, la frequenza di utilizzo di database e flussi informativi e il numero di incontri informali tra Distretto e responsabili dell'assistenza primaria) sono stati studiati in relazione al giudizio espresso dai Direttori sul livello dei rapporti tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria (variabile di effetto).

Tutte le associazioni sono risultate significative ($p < 0.05$) e, pertanto, la probabilità di indicare un livello di giudizio positivo risulta più elevata nei casi in cui vi è maggiore attenzione verso gli stru-

menti suddetti, ossia: realizzazione di audit, attivazione di procedure, utilizzo di data-base e flussi informativi, realizzazione di incontri informali (tab. 7.1). Questo è un risultato che comprova l'efficacia di tali strumenti per il miglioramento delle modalità di lavoro in comune, pur nella complessità di operare in sedi diverse, con professionalità e con tipologie di lavoro diversificate (Mmg, specialisti ambulatoriali, infermieri e altri professionisti del territorio).

È questo forse uno degli elementi più interessanti dell'intera Indagine, in quanto mette in luce come le complessità organizzative possano essere in buona parte superate attraverso un dialogo costante, incontri informali e percorsi di formazione comuni tra i diversi operatori, che consentano la creazione di un clima positivo e di fiducia tra i diversi attori dell'assistenza primaria e la condivisione di principi e procedure operative.

Tra le ipotesi associative, si è voluto indagare anche il ruolo della partecipazione dei cittadini nel miglioramento del sistema di accesso alle strutture del territorio, pur tenendo conto – come già accennato – che la complessità di questo sistema richiederebbe l'approfondimento di altre variabili organizzative che rientrano nell'autonomia regionale e che pertanto non sono oggetto di questa ricerca.

In particolare è stato valutato se l'esistenza, all'interno del Distretto, di *modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività* (variabile di esposizione) influenzi il *governo dell'accesso alle strutture residenziali e semi-residenziali esistenti sul territorio* (variabile di effetto). L'associazione è risultata statisticamente significativa ($p\text{-value} < 0.05$): la probabilità che il Distretto governi l'accesso alle strutture attraverso modalità programmate aumenta del 72% ($OR=1.72$; $IC: 1.14\text{--}2.58$) se lo stesso Distretto prevede al proprio interno il coinvolgimento dei cittadini nella definizione e nel controllo delle attività.

È un risultato che merita una particolare attenzione e che motiva anche attività ulteriori di pro-

mozione di un ruolo attivo della cittadinanza nella costruzione di servizi della comunità. A tal fine si ricorda che il Psn 2006-2008 e la proposta di Psn 2011-2013, in fase di approvazione dopo il primo passaggio in Consiglio dei Ministri nella seduta del 21 gennaio 2011, attribuiscono specifica rilevanza all'*empowerment* del cittadino rispetto ai suoi percorsi di assistenza ed alla partecipazione dello stesso nella definizione e nella valutazione dell'attività sanitaria.

Si è inoltre effettuato un focus sulle *verifiche dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi) a seguito di valutazione multidimensionale*, in quanto elemento prioritario nelle attività del Distretto. In particolare, si è riscontrata un'associazione significativa tra lo *svolgimento di percorsi formativi dedicati al personale* e le *verifiche sull'Adi*. L'OR pari a 2.14 (IC: 1.14-4.03) indica una maggiore probabilità di ve-

rifiche sull'Adi da parte del Distretto nel caso in cui siano svolti con frequenza percorsi formativi legati agli obiettivi di salute propri del Distretto. Anche la funzione di *facilitatore rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tecniche* è associata positivamente con le verifiche sull'Adi (OR=2.14; IC: 1.00-4.62).

Infine, tali verifiche sono state indagate anche come possibili determinanti per lo sviluppo di un migliore rapporto collaborativo tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria. Il risultato è che, laddove il Distretto effettua verifiche sull'Adi, con maggiore probabilità il giudizio sul livello dei rapporti è positivo (OR=2.10; IC: 1.00-4.45). Presumibilmente lo svolgimento di questo momento di verifica non è letto come un sistema di controllo rigido, ma piuttosto come elemento utile per sviluppare collaborazioni.

TABELLA 7.1 - Risultati dei modelli di regressione logistica

Variabile indipendente	Variabile dipendente		
	p-value	OR*	IC 95%
Coincidenza tra ambito territoriale del Distretto e ambito sociale (ex I.328/2000)	Esistenza del Punto Unico di Accesso (PUA) o di una modalità organizzativa unificata per i cittadini		
	No	1	
	Sì	0.665	1.15
Coincidenza tra ambito territoriale del Distretto e ambito sociale (ex I.328/2000)	Governo dell'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali esistenti sul territorio con modalità esplicite ed eventuali liste di attesa		
	No	1	
	Sì	0.365	0.81
Svolgimento percorsi formativi dedicati al proprio personale legati agli obiettivi di salute propri del Distretto	Frequenza con cui viene effettuata la valutazione dei bisogni		
	Raramente o mai	1	
	Spesso	< 0.001	2.93
Svolgimento percorsi formativi dedicati al proprio personale legati agli obiettivi di salute propri del Distretto	Funzione di facilitatore rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tecniche, organizzative e di sicurezza, esplicite e condivise nell'ambito dell'assistenza primaria		
	Raramente o mai	1	
	Spesso	< 0.05	2.20
Svolgimento percorsi formativi dedicati al proprio personale legati agli obiettivi di salute propri del Distretto	Frequenza con cui vengono svolti audit formalizzati		
	Raramente o mai	1	
	Spesso	< 0.001	3.75
Svolgimento percorsi formativi dedicati al proprio personale legati agli obiettivi di salute propri del Distretto	Frequenza di utilizzo di database e flussi informativi per la raccolta e lo scambio di informazioni tra operatori		
	Raramente o mai	1	
	Spesso	< 0.001	5.16

CONCLUSIONI

La letteratura da tempo ha cercato di delineare il ruolo del Distretto, declinandolo a partire dalle indicazioni nazionali sui principi, funzioni e assetto fondamentale dello stesso, di cui al D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. Diversi contributi indicavano che la realizzazione dei modelli organizzativi andava individuata a livello locale, per rispondere ai bisogni specifici della popolazione e per tener conto delle peculiarità e delle risorse della comunità locale.

Queste indicazioni hanno consentito lo sviluppo di una varietà di esperienze, anche di importante livello, che tuttavia hanno ancora difficoltà nell'individuare una loro caratterizzazione, malgrado il passaggio fondamentale effettuato a partire dal Psn 1998-2000 di dedicare maggiori risorse all'assistenza distrettuale rispetto a quella ospedaliera.

Il trend attuale nel Paese sembra essere quello di un Distretto che assume una veste diversa, meno

SEGUE DA PAG. 55 TABELLA 7.1 - Risultati dei modelli di regressione logistica

Variabile indipendente	Variabile dipendente		
	p-value	OR*	IC 95%
	Giudizio sul livello dei rapporti tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria		
Funzione di facilitatore rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tecniche, organizzative e di sicurezza, esplicite e condivise nell'ambito dell'assistenza primaria	No	I	
	Si	< 0,001	4.21 2.40-7.37
	Giudizio sul livello dei rapporti tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria		
Frequenza con cui vengono svolti audit formalizzati	Raramente o mai	I	
	Spesso	< 0.05	2.56 1.35-4.88
	Giudizio sul livello dei rapporti tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria		
Frequenza di utilizzo di database e flussi informativi per la raccolta e lo scambio di informazioni tra operatori	Raramente o mai	I	
	Spesso	< 0.001	2.32 1.46-3.71
	Giudizio sul livello dei rapporti tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria		
Numero di incontri informali, volti al miglioramento del clima organizzativo	≤5	I	
	>5	< 0.001	1.40 1.49-3.87
	Governo dell'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali esistenti sul territorio con modalità esplicite ed eventuali liste di attesa		
Modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività	No	I	
	Si	< 0.05	1.72 1.14-2.58
	Verifiche sull'ADI a seguito di Valutazione Multidimensionale (VDM)		
Svolgimento percorsi formativi dedicati al proprio personale legati agli obiettivi di salute propri del Distretto	Raramente o mai	I	
	Spesso	<0.05	2.14 1.14-4.03
	Verifiche sull'ADI a seguito di Valutazione Multidimensionale (VDM)		
Funzione di facilitatore rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tecniche, organizzative e di sicurezza, esplicite e condivise nell'ambito dell'assistenza primaria	No	I	
	Si	< 0.05	2.14 1.00-4.62
	Giudizio sul livello dei rapporti tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria		
Verifiche sull'ADI a seguito di Valutazione Multidimensionale (VDM)	No	I	
	Si	< 0.05	2.10 1.00-4.45

*Gli OR sono aggiustati per superficie di competenza del Distretto, popolazione residente nel Distretto, sesso, classi di età, area geografica e tipologia di unità operativa.

impegnato negli aspetti di erogazione diretta e più rivolto ad aspetti di governance e di garanzia del cittadino sui livelli essenziali di assistenza sanitaria (ruolo di tutela), in un contesto in cui si rende necessario promuovere ed ampliare l'assistenza primaria, di cui esistono evidenze di efficienza, efficacia ed equità. Tuttavia dall'Indagine emerge che l'integrazione sociosanitaria è ancora un elemento debole del sistema, sulla quale è necessario individuare soluzioni più idonee per un obiettivo irrinunciabile in un sistema sanitario che deve puntare l'attenzione agli aspetti della prevenzione e del trattamento della fragilità e della cronicità.

Risulta importante che il Distretto, nello svolgere la funzione di integrazione e coordinamento per ricomporre l'azione di diversi attori nel soddisfare i bisogni di salute della popolazione, operi nell'ambito di percorsi assistenziali da attivare ed adattare nell'operatività con i professionisti del territorio, a cominciare dai medici di medicina generale, distinguendo i target principali: persona sana, persona con problemi indifferenziati al primo contatto, persona autosufficiente con patologia cronica, persona fragile e/o non autosufficiente. Inoltre la probabilità che il Distretto governi l'accesso alle strutture attraverso modalità programmate aumenta del 72% se lo stesso Distretto prevede, al proprio interno, il coinvolgimento dei cittadini nella definizione e nel controllo delle attività.

Si rileva che, rispetto ai target sopraindicati, l'assistenza primaria presenta le caratteristiche principali di un sistema adattativo complesso, inteso come insieme di attori autonomi nella loro attività, in modo da non essere sempre totalmente prevedibili, e le cui azioni sono interconnesse e tali da influenzarsi a vicenda.

All'interno dell'assistenza primaria è pertanto fondamentale soddisfare il fabbisogno organizzativo di coordinamento/integrazione.

Il coordinamento è inteso come processo di ricomposizione unitaria delle azioni tra le diverse

componenti per raggiungere le finalità proprie dell'organizzazione stessa.

I principali meccanismi di coordinamento sono:

- la gerarchia, attraverso supervisione diretta o attivazione di canali di comunicazione indiretti e formali, per mettere in collegamento tra loro diverse unità organizzative e/o a differente localizzazione fisica;
- la definizione formalizzata di regole e procedure standardizzate;
- la strutturazione di sistemi di definizione di obiettivi e verifica dei risultati;
- lo sviluppo di collegamenti diretti tra i soggetti coinvolti attraverso riunioni, creazioni di ruoli di collegamento, task force e gruppi di lavoro;
- la creazione di processi di armonizzazione dei comportamenti professionali, attraverso meccanismi di gestione delle risorse umane (selezione, formazione, sistemi di progressione di carriera e di incentivazione).

Realizzare un'assistenza centrata sulla persona, e non sui singoli episodi di trattamento, ed attuare logiche e strumenti dell'assistenza primaria sono obiettivi prioritari dell'intero sistema sanitario.

A tal fine è fondamentale:

- valutare l'impatto di modelli esistenti in termini di efficacia, appropriatezza ed economicità (ruolo della ricerca sui servizi sanitari);
- esplicitare e radicare principi e valori universali del sistema di *Primary health care* (Phc), con accordo su obiettivi di base e poche regole fondanti per indirizzare relazioni e prassi operative. Spetta al sistema territoriale e in particolare al Distretto sviluppare questi principi tramite la definizione di accordi e regole condivise con i professionisti e i servizi, per realizzare unitariamente un sistema di assistenza primaria in cui la salute è affrontata, il più possibile, nella sua complessità e come tale con un approccio intersettoriale. A tal fine il Distretto non può che essere un'organizzazione complessa, motore di integrazione e continuità assistenziale. Occorre pertanto riflettere sulle criticità distrettuali ed utilizzarle come opportunità per ridisegnare ruo-

- li e funzioni all'interno della *Primary health care*. Nello specifico, le principali criticità riguardano:
1. il ruolo di legittimazione della *governance* pubblica del sistema di assistenza primaria, al quale viene riconosciuta una funzione baricentrica (oggi ancora erroneamente attribuita all'ospedale), attualmente svolta più dalla direzione della Asl che dal Distretto;
 2. la scarsa integrazione sociosanitaria sia a livello di *policy* che a livello tattico ed operativo. Rispetto alle distinzioni della L. 328/00, appare ancora troppo debole l'integrazione istituzionale rispetto agli altri due livelli di integrazione, ovvero quello gestionale ed operativo, progrediti nel tempo molto di più del primo (istituzionale);
 3. la progressiva riduzione della funzione di produzione direttamente gestita dal Distretto. È evidente che su questo giocano fattori contingenti (ad es. esternalizzazione forzata di pezzi di sistema a causa dei vincoli nelle assunzioni o nel *turn over* del personale), così come scelte di indirizzo politico (riconoscimenti diversi del contributo dei privati quali erogatori di servizi);
 4. la scarsa chiarezza di visione per la definizione dell'apporto della medicina convenzionata al volume quali/quantitativo dei "prodotti" inseriti nei percorsi di salute. Più in generale, lo sviluppo di forme di produzione organizzata nell'assistenza primaria, non a gestione diretta del Distretto, ad esempio svolte dai Medici di medicina generale ed i pediatri di famiglia, da organizzazioni *no-profit* (ad esempio associazioni, cooperative, consorzi) e *for-profit*, è indispensabile per far fronte alle contingenti esigenze di deospedalizzazione;
 5. la necessità di valorizzare i diversi ruoli. In tal senso, il Mmg dal ruolo tradizionale di *gatekeeper* può diventare coordinatore clinico del progetto di assistenza; la professione infermieristica può sviluppare ulteriori potenzialità sia di carattere specialistico che organizzativo tramite ruoli di integrazione, irrinunciabili nella ge-

stione delle malattie *long-term* (funzione di *case management*); gli operatori di assistenza sociosanitaria possono offrire un contributo sempre più qualificato attraverso idonei processi formativi e di affiancamento; gli specialisti, non solo convenzionati, devono essere maggiormente coinvolti nel contesto di Phc in termini di continuità tra il livello primario e secondario di assistenza, anche per facilitare la crescita clinico-professionale dei diversi operatori, curando la loro formazione e la definizione di protocolli clinico-assistenziali adeguati ad attività integrate multidisciplinari e multiprofessionali, acquisendo a loro volta dal "territorio" visioni diverse e più moderne per la gestione delle cronicità e della continuità assistenziale.

Tali criticità possono essere il punto di partenza per sviluppare meccanismi di coordinamento meno gerarchici e più funzionali e professionali. L'integrazione in tale contesto, infatti, è di difficile realizzazione in quanto condizionata non solo da variabili organizzative, presenti nelle unità da coordinare, spesso molto eterogenee a causa dei diversi orientamenti personali e professionali degli operatori, ma anche dalla diversa natura giuridica e mission delle singole organizzazioni interessate e dalle differenti forme contrattuali dei professionisti coinvolti (Asl, Comune, Mmg, terzo settore, organizzazioni *for profit*).

Alla base dello sviluppo di meccanismi di coordinamento più evoluti vi è la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale che si basa su:

- esistenza di obiettivi chiari e condivisi e di una vision comune che comportano un consolidamento dei valori ed una trasformazione delle attività. Diventano necessarie sinergie orientate sui bisogni del cliente/assistito, in quanto esiste una complessa struttura di interessi, che coinvolge differenti tipi di alleanze (cliente/assistito, professionisti, organizzazione, interesse privato ed altre);
- internalizzazione, ossia la consapevolezza, da parte dei professionisti, delle loro interdipendenze

e dell'importanza di gestirle, che si traduce in senso di appartenenza, conoscenza personale e professionale di ciascuno, dei loro valori e fiducia reciproca;

- formalizzazione, ossia la definizione chiara di azioni, ruoli e responsabilità attraverso un approccio sistematico, che utilizza diversi strumenti, quale lo sviluppo di accordi interorganizzativi, protocolli, sistemi informativi, procedure ed altri;
- *governance*, intesa come capacità, da parte degli organismi di governo, di fornire linee di indirizzo chiare ed esplicite, al fine di guidare azioni strategiche in grado di promuovere l'implementazione di processi di collaborazione. *Governance* significa anche *leadership* di manager o professionisti, supporto ai professionisti e apprendimento continuo per sostenere i cambiamenti nelle attività cliniche, condivisione di responsabilità a livello decisionale tra tutti i soggetti coinvolti, collegamento tra individui e organizzazioni facilitato dalla disponibilità di luoghi di incontro.

In questa visione, il Distretto esprime principalmente la funzione di integrazione nei servizi sanitari e sociosanitari tra diversi professionisti, organizzazioni e assistiti, facilitando, nel rispetto delle autonomie dei diversi attori, la crescita del protagonismo degli stessi assistiti (processi di empowerment), della responsabilizzazione degli operatori, delle capacità di programmazione e valutazione delle attività su obiettivi comuni di assistenza.

Un sistema che può trovare nella formazione una leva fondamentale per il cambiamento. Infatti un altro elemento di estremo interesse derivante dall'Indagine riguarda il valore della realizzazione di percorsi assistenziali ed il miglioramento del clima organizzativo del Distretto. La formazione svolge, infatti, un ruolo strategico nel creare non solo una rete professionale, ma una rete organizzativa tra i diversi attori che si muovono nel sistema complesso "Distretto".

Ciò si concretizza nella:

- gestione tecnica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale dell'assistito con patologia cronica o bisogno di salute complesso;
- facilitazione dell'attuazione della continuità assistenziale in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, sostenibilità, mediante la ricomposizione dei saperi specialistici e tecnici delle diverse autonomie professionali;
- rendicontazione e comunicazione di azioni svolte nell'intero sistema di *primary health care*;
- azione di *advocacy* verso i cittadini, ossia sostegno e promozione di programmi di tutela della salute, favorendo la loro attiva partecipazione alla realizzazione di un reale sistema di attenzioni primarie per la salute.

In tal modo, un sistema centrato sull'offerta di prestazioni frammentarie potrebbe evolvere verso un modello in cui l'assistito può trovare risposta ai suoi bisogni mediante l'attivazione di reti e percorsi che, alimentati da risorse e competenze integrate a livello locale, rispondano ad essenziali principi universali di presa in carico istituzionale e di continuità assistenziale.

I risultati dell'indagine si possono unire alle riflessioni del Gruppo di lavoro con i Distretti, da cui emerge una "vision" del Distretto che lo individua come:

- luogo di integrazione professionale, di globalità della presa in carico e della risposta all'utente (in contrapposizione all'assistenza ospedaliera, dove l'evoluzione tecnologica accresce la specializzazione delle competenze e la settorializzazione dell'agire; inoltre le disposizioni istituzionali ed organizzative responsabilizzano non tanto sulla presa in carico quanto sull'efficacia/efficienza della produzione);
- luogo in cui si assicura la produzione dei servizi sul territorio (con una tendenza a integrare l'erogazione diretta con una pluralità di servizi che vengono svolti all'esterno ed acquisiti con forme diverse di convenzioni e garanzie di qualità);
- luogo di allocazione e gestione delle risorse rispetto ad obiettivi predefiniti;

- luogo di prevenzione e medicina pro-attiva, da svolgersi mediante i professionisti del territorio, e prima di tutto i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, rafforzando ed ampliando i programmi e le azioni rilevanti in termini di efficacia (screening, vaccinazioni, chronic care model e attività fisica adattata);
- luogo dove l'integrazione non è tendenzialmente solo funzionale ma diviene sempre più strutturale e fisica: nelle esperienze di Case della salute o in organismi simili, individuate da diverse Regioni nei propri atti di programmazione, i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale agiscono in una interazione funzionale tra loro e con una pluralità di altri professionisti del territorio, quali infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, personale amministrativo, psicologi ed altri. Una modalità di interazione che si costruisce sul bisogno del paziente e supera in larga parte quelle difficoltà che esistono quando ci si confronta con il tema della presa in carico, diminuendo il rischio – ancora frequente – di una interazione tra attori scoordinata, ridondante e caratterizzata da una variabilità che non trova giustificazioni;
- luogo riconoscibile e di ricomposizione di una rete di servizi sempre più articolata, con modalità di integrazione orizzontale, intorno a problemi e obiettivi comuni (con reti virtuali o strutturali) e basati su modalità di fiducia e di relazioni competenti.

NUOVA INDAGINE SUI DISTRETTI SANITARI IN ITALIA - ANNO 2010

Considerazioni finali e proposte

di Elio Guzzanti

Esperto in organizzazione e gestione dei servizi sanitari - Direttore Scientifico IRCCS Oasi Maria SS (Troina EN)

Tra le molteplici attività dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), assumono un particolare significato le indagini svolte sui Distretti sanitari in Italia, la più recente delle quali si fonda su un questionario auto-compilato dai Direttori di Distretto, costituito da 33 domande prevalentemente di tipo qualitativo, con lo scopo di aggiornare al 31 dicembre 2009 la rilevazione effettuata dall'Agenas negli anni 2005-2006.

Un primo dato che emerge è la riduzione dei Distretti dai 945 del 1999 ai 711 nel 2009, dei quali 681 (95,8%) hanno risposto all'indagine, con 16 Regioni con percentuale di risposta del 100%, 2 Regioni con un'adesione superiore al 90% e le rimanenti 3 con percentuali superiori al 70%.

Tutto questo indica, da un lato, che il ruolo dell'Agenas è ritenuto essenziale per l'approfondita conoscenza di un complesso di attività e servizi che, nell'insieme, costituiscono il Ssn, dall'altro testimoniano il senso di responsabilità dei Direttori di Distretto, considerato che le percentuali di risposta ai questionari sono in genere, e non solo in Italia, di gran lunga inferiori.

Ma il dato complessivo indica un ulteriore elemento positivo, cioè la riduzione del numero dei Distretti del 28% nel decennio 1999-2009, che porta la popolazione media residente nei Distretti a 84.452 abitanti, con il 32,1% degli stessi che assiste una popolazione tra 60.000 e 100.000 abitanti e il 32,5% con un bacino di utenza supe-

riore a 100.000.

Il fatto di concentrare le attività e i servizi, che si riferisce sia alla rete ospedaliera sia all'organizzazione extraospedaliera, ha lo scopo di snellire l'organizzazione delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, rendendo più agevole il rapporto con i cittadini che trovano in un unico ambito la risposta alle loro esigenze, e al tempo stesso consente alle aziende di selezionare la dirigenza e di instaurare con la stessa un rapporto più diretto.

Ciò premesso, per meglio guardare al futuro, è opportuno vedere in retrospettiva come è stato vissuto il problema dell'organizzazione extraospedaliera dal momento in cui, superato il "modello Bismarck", cioè l'assicurazione sociale contro la malattia, con la legge 386 del 1974, ci si preparava al passaggio verso il "modello Beveridge", vale a dire il Servizio sanitario nazionale (Ssn), già adottato dal Regno Unito sin dal 1948.

Chi scrive, nel periodo immediatamente anteriore alla Dichiarazione di Alma Ata e della legge istitutiva del Ssn, riguardo all'organizzazione extraospedaliera così si esprimeva:

“La Costituzione dell'OMS, del 1946, dichiara che la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solamente nella assenza di malattia o di infermità.

Il possesso del miglior stato di salute che egli è in grado di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano.

La Costituzione della Repubblica Italiana, del 1947, afferma la tutela della salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Di tutto ciò consegue che la prevenzione, la cura e la riabilitazione vanno considerate ed organizzate in modo unitario e continuo, e che tutta la medicina diventa preventiva, sia pure operativamente distinta in tre fasi. Vi è, infatti, la prevenzione "primaria", che mira ad individuare e a combattere tutte le condizioni e possibili cause di malattia che derivano dall'ambiente fisico, biologico e sociale, un compito svolto da decenni dalla Sanità Pubblica, con la partecipazione dei medici condotti in funzione di ufficiali sanitari.

L'evoluzione nel tempo della demografia, della epidemiologia e della sanità richiedono nuove concezioni, mezzi e metodi della prevenzione primaria.

Recuperando, infatti, lo spirito e il ruolo del medico condotto, ma non più isolato perché coadiuvato da infermieri e da altre figure sanitarie e sociali, il nuovo medico di medicina generale, operante in centri di sanità o case della salute dove collabora con altri colleghi, non solo è in grado di orientare positivamente l'atteggiamento dei suoi assistiti verso la pratica della prevenzione primaria, ma è anche capace di ottenere una maggiore adesione e partecipazione ai programmi di prevenzione secondaria dei fattori precursori delle malattie e/o delle condizioni morbose già presenti ma ancora asintomatiche.

La rinnovata medicina di famiglia, in collaborazione con gli ospedali, svolge altresì un ruolo determinante nella prevenzione terziaria, impedendo o limitando l'evolvere delle condizioni croniche verso le ricadute, le recidive, le comorbidità e le disabilità.

La riforma sanitaria che verrà non si può limitare a modificare gli assetti istituzionali, ma deve fortemente essere orientata verso la "prevenzione in medicina", cioè un atteggiamento attivo e di contrasto che lotta fino all'ultima spiaggia.

Senza questo cambio di paradigma, potremo forse accrescere la quantità degli anni da vivere, ma non otterremo il miglioramento della qualità degli anni vissuti,

cioè quello a cui aspira ciascun essere umano, a qualunque età"¹.

L'anno successivo, il 1978, rappresenta un momento essenziale di svolta riguardo all'assistenza sanitaria extraospedaliera, perché in una Conferenza promossa dall'Organizzazione mondiale della salute (Oms) e tenutasi ad Alma-Ata (Kazakistan, allora parte dell'Urss) dal 6 al 12 settembre 1978, venne affermato il principio della essenzialità della "Primary health care" intesa come "the place of first contact with a national health care system" e posta alla base della strategia della "Health for all by the year 2000", perseguita dall'Oms a sostegno della equità del diritto alla tutela della salute per tutti gli abitanti del mondo.

Queste affermazioni hanno sicuramente influito sulla legge 23 dicembre 1978, n. 833, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale, la quale disponeva, tra l'altro, che:

- la legge dello Stato, in sede di approvazione del Psn, fissa i "livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini";
- con DPR, sono gradualmente unificate, nei tempi e nei modi stabiliti dal Psn, le prestazioni già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali;
- alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme nell'intero territorio nazionale con una rete completa di Usl che si articolano in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto soccorso;
- gli ospedali sono ordinati in dipartimenti, per l'integrazione delle competenze tra specialità affini e complementari, anche attraverso il lavoro di gruppo, e per il collegamento tra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri.

Durante il lungo periodo caratterizzato dalla presenza dei Comitati di gestione nelle Unità sanitarie locali, con la conseguente commistione di

¹ Fonte: Guzzanti E. La Medicina Preventiva: collegamento tra servizi ospedalieri e di territorio. Atti delle VI Giornate su "L'Ospedale in Italia". Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma 1977.

funzioni di indirizzo politico e di attività gestionali, l'auspicata nuova organizzazione delle attività sanitarie extraospedaliere rimaneva inattuata, tanto da richiedere un editoriale sulla rivista della Federazione degli Ordini dei Medici per esprimere i concetti che seguono:

“È urgente l'istituzione dei “Distretti sanitari di base”, che la legge 833 del 1978 ha definito come «strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento».

L'assistenza sanitaria primaria deve essere intesa come il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica.

Dal punto di vista organizzativo, la medicina di base nella moderna concezione si differenzia dalla tradizionale figura del medico “solista” perché il medico di medicina generale ed il pediatra dovranno essere affiancati da un gruppo di altre figure professionali sanitarie, e dovranno avere la possibilità di un facile e pronto riferimento ad alcuni specialisti, in particolare l'ostetrico-ginecologo, il cardiologo, lo psichiatra e l'odontoiatra.

Se a tutto ciò si aggiunge la possibilità che personale dipendente ad altri enti od organismi, quali assistenti sociali e gli addetti ai servizi di assistenza domiciliare, possa essere inserito in programmi congiunti di azione verso gli individui ed i gruppi vulnerabili ed a rischio, ecco completarsi la fisionomia del Distretto che è la vera essenza della riforma sanitaria.

La medicina di base e quella ospedaliera non possono isolatamente risolvere i complessi problemi sanitari di una società moderna e, perciò, riconosciuta la complementarità dei rispettivi ruoli, debbono stabilire delle forme di collaborazione tra una medicina di base, da organizzare, ed una medicina ospedaliera, da rivedere nel suo ruolo e nelle sue funzioni.

Il Servizio Sanitario Nazionale, infatti, ha bisogno di un nuovo modello culturale, ancor prima che organiz-

zativo, di cui la medicina di base e quella ospedaliera rappresentano le due metà tra loro complementari ed indissolubili”².

Incisiva e precisa in seguito è stata la definizione del Distretto contenuta nel d.lgs. 229 del 1999, che affida alle Regioni l'organizzazione del Distretto in modo da garantire *“l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali”*.

Lo stesso D.Lgs. definisce, poi, i compiti del Direttore di Distretto e tratta dell'integrazione socio-sanitaria, materie che sono tuttora oggetto di discussione.

Ancora più incisiva è stata la parte riguardante la disciplina regionale *“della articolazione in Distretti dell'unità sanitaria locale... garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti”* salvo particolari circostanze, un'indicazione che è stata seguita da una effettiva attuazione, come in precedenza si è ricordato circa la comparazione del numero dei Distretti tra il 1999 e il 2009.

Con il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, il Ministero della Sanità assumeva la nuova denominazione di Ministero della Salute, un atto dovuto per allinearsi alla denominazione dell'organismo mondiale di rappresentanza che, nei due acronimi di WHO e OMS, è l'Organizzazione Mondiale della Salute.

D'altro lato il mutato scenario internazionale in termini di epidemiologia, sociologia, demografia, nonché l'evolvere dei rapporti tra medico e assistito dal cosiddetto modello paternalistico a quello collaborativo, richiedeva un mutato atteggiamento anche culturale delle istituzioni. Nel caso italiano, poi, era necessario temperare i criteri definiti dal decreto legislativo 229 del 1999 sull'appropriatezza e l'inappropriatezza delle prestazioni, perché l'evidenza scientifica non poteva esse-

2 Guzzanti E, Longhi T. Medicina di base e medicina ospedaliera. Fondazione Medica 1985;9:1005-1011 (editoriale)

re il solo argomento per accettare o rifiutare la richiesta di prestazioni sanitarie, data la numerosità delle zone grigie persistenti nel sapere medico.

Occorreva, quindi, ampliare l'orizzonte dell'assistenza sanitaria, e in questo senso si è mosso il Ministero della Salute, abbracciando i principi e i criteri della promozione della salute e della prevenzione nel senso più ampio, per poi logicamente passare ai casi bisognevoli di diagnosi, di terapia, di riabilitazione, di assistenza domiciliare e residenziale, ma anche di eventuale assistenza delle fasi terminali della malattia. Va detto, tra parentesi, che questo nuovo paradigma assistenziale trae le sue origini dalla legge 135 del 1990, per la lotta contro l'Aids, che comprendeva anche il concetto di rete assistenziale, l'esigenza della formazione continua e il piano per la ricerca.

Singularmente, però, nel corso del primo decennio del secolo in corso, in Italia si è cominciato a parlare e a scrivere di "cure primarie" e "cure palliative", il che è in perfetta contraddizione non solo con la lingua inglese, ma con le stesse azioni condotte dal Ministero della Salute d'intesa con le Regioni, per far sì che la promozione della salute e la prevenzione bene indirizzata permettesero, al tempo stesso, un miglioramento dello stato di salute di una popolazione consapevole e un contenimento dei costi tali da rendere ancora sostenibile il Ssn.

Un preciso richiamo al riguardo viene lanciato dal World Health Report 2008 della Who, che è dedicato al 30° anniversario della dichiarazione di Alma Ata e porta il significativo titolo: "Primary care: Now more than ever".

Si sostiene nel rapporto che, di fronte al mutare della demografia e dell'epidemiologia, e in presenza di nuove condizioni economiche e sociali che con il loro mutare creano disuguaglianze tra i Paesi e all'interno degli stessi, occorre una nuova configurazione della assistenza sanitaria, troppo sbilanciata verso l'assistenza ospedaliera e fo-

calizzata sulle specializzazioni, le tecnologie e gli specifici problemi di singole malattie. È, quindi, essenziale rivalutare la *primary health care* (Phc), che è una condizione necessaria, anche se non sufficiente, per garantire alle singole comunità la tutela della salute in condizioni di equità.

Il 6 maggio 2009 il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali diffonde il Libro bianco sul futuro del modello sociale nel quale, tra l'altro, spiccano talune affermazioni, quali: "Salute non identifica più semplicemente la cura delle malattie ma, prima ancora, la promozione del benessere e lo sviluppo della capacità personali, tenendo conto delle differenti condizioni di ciascuno. È una autentica rivoluzione che incide sui modelli di organizzazione sanitaria spostando l'attenzione dalla fase acuta alla prevenzione primaria e secondaria, alla promozione di corretti stili di vita, ai rapporti tra salute, sicurezza, ambiente di vita e di lavoro".

"È nel territorio che si sviluppano i servizi sociosanitari rivolti alla prevenzione, alla diagnostica precoce, alle cure primarie, all'assistenza domiciliare".

"È nel territorio che si realizzano i servizi di cura per sostenere la natalità, le azioni personalizzate per contrastare la povertà, le politiche per promuovere l'integrazione della immigrazione a partire dai minori. È sempre nel territorio che vive la famiglia, si esprimono le migliori energie sociali come il volontariato, si realizzano le nuove relazioni industriali di tipo cooperativo e i loro organismi bilaterali".

Alla metà di luglio 2009 viene pubblicato il volume che ha per titolo "L'Assistenza Primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra"³, nel quale si afferma, tra l'altro, che: "Nel XXI secolo, di fronte al mutare della demografia e della epidemiologia, con la transizione in quasi tutto il mondo verso l'invecchiamento della popolazione e il prevalere delle malattie croniche, della disabilità e della non autosufficienza, persistendo tuttavia il pericolo latente, ma anche sorgente e risorgente, delle malattie infettive come l'Aids, la tubercolosi e le malattie respiratorie acute, e in presenza di nuove condizioni econo-

3 Fonte: Guzzanti E. et al. L'Assistenza Primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro squadra. Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma 2009.

miche e sociali, che con il loro mutare creano disegualianze tra i diversi Paesi e all'interno degli stessi, il concetto che l'Assistenza Primaria sia un modello finora lasciato ai margini, e che occorre invece affermare in tutti i Paesi, è largamente condiviso.

Per ambiti ben delimitati e delineati di popolazione occorrono team multiprofessionali che collaborano con i medici per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, al tempo stesso risolvendo una vasta gamma di problemi di salute, siano essi tali effettivamente o così percepiti dalle persone assistite, le quali hanno accordato la loro fiducia al singolo medico e con lo stesso rafforzano nel corso degli anni un rapporto reciproco di conoscenza e comprensione, il che non solo facilita i rapporti interpersonali, ma si estende anche alle dinamiche familiari, quelle attuali e quelle relative alla storia passata, mai come oggi rilevanti nelle prospettive della genetica e della genomica. Sia le persone assistite, sia il medico e l'intero team sanno che non tutti i problemi possono essere risolti in questo contesto, per questo l'Assistenza Primaria diventa anche un hub da cui gli assistiti sono guidati e seguiti nella complessità di un sistema che comprende l'assistenza specialistica, il ricovero ospedaliero, l'assistenza domiciliare, ma anche i programmi di sanità pubblica e i servizi sociali.

Non si tratta, quindi, di contrapporre l'Assistenza Primaria con l'Assistenza Ospedaliera e con la Sanità Pubblica, ma di definire meglio i percorsi di comunicazione, collaborazione e continuità tra i tre ambiti, per far sì che veramente la persona sia al centro del sistema".

Questi concetti sembrano trovare riscontro nella recente indagine Agenas nelle cui conclusioni si afferma, tra l'altro, che "la probabilità che il Distretto governi l'accesso alle strutture attraverso modalità programmate aumenta del 72% se lo stesso Distretto prevede, al proprio interno, il coinvolgimento dei cittadini nella definizione e nel controllo delle attività".

Nelle considerazioni conclusive del volume precedentemente citato vengono, tra gli altri, affrontati dei temi che sono di grande attualità, il primo dei quali è "l'integrazione socio-sanitaria" a proposito della quale si afferma che: "Il bisogno assistenziale socio-sanitario è un bisogno complesso, che

va riferito come livello assistenziale all'Assistenza Primaria, proprio perché possa essere garantita una risposta assistenziale unitaria, inscindibile nelle singole componenti sanitaria e sociale, cui corrisponda una unitarietà organizzativa, gestionale, temporale, ma anche in sede di erogazione e di risorse umane e strumentali che la costituiscono".

Si tratta di un problema di tutte le Regioni, soprattutto a seguito del nuovo Patto per la salute 2010-2012, del 3 dicembre 2009, che riduce il numero dei posti letto ospedalieri a 4 per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, ed infatti, con l'articolo 9 del medesimo Patto si conviene che:

"a) anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA;

b) l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali. La metodologia adottata dalle singole Regioni è comunicata al Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, che ne verifica la corrispondenza con gli strumenti valutativi sopra richiamati;

c) con le modalità concordate in sede di Cabina di regia del NSIS sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS. La valorizzazione delle prestazioni registrate in detti flussi informativi deve coincidere con i valori riportati nel modello LA relativi all'assistenza residenziale e domiciliare".

Il problema è stato di nuovo sollevato nel docu-

mento di Piano sanitario nazionale 2011-2013, attualmente in fase di approvazione dopo il primo passaggio in Consiglio dei Ministri nella seduta del 21 gennaio 2011 che, tra l'altro, a proposito delle "Sfide assistenziali del SSN italiano", afferma: "Si confermano anche nel triennio in esame le due grandi sfide assistenziali che hanno caratterizzato gli ultimi cicli della programmazione nazionale. La prima è quella relativa ai problemi di assistenza socio-sanitaria connessi alla non autosufficienza: nel nostro SSN il tema dell'assistenza agli anziani e ai disabili non autosufficienti già oggi pesa molto di più che in altre realtà a causa della più alta percentuale di anziani e grandi anziani e tende ad assorbire sempre più risorse per servizi di carattere prevalentemente socio-sanitario. La seconda è legata all'incremento dei costi legato allo sviluppo della tecnologia e ai nuovi farmaci. Questi due sottoinsiemi di tematiche assistenziali di fatto segnano un fattore di svolta epocale che assorbirà una ampia parte delle risorse aggiuntive".

La questione, che non ha minore rilevanza in altri Paesi sviluppati, in Italia pone a confronto la dotazione finanziaria del Ssn pari a 103.945 miliardi di euro per l'anno 2010 con circa 6.500 milioni di euro spesi dai Comuni nello stesso anno per interventi e servizi sociali, quasi mai correlandosi con il Ssn.

Non desta, quindi, meraviglia quanto si afferma nelle conclusioni della ricerca Agenas di cui si tratta, vale a dire che: "Dall'indagine emerge che l'integrazione sociosanitaria è ancora un elemento debole del sistema sulla quale è necessario individuare soluzioni più idonee per un obiettivo irrinunciabile in un sistema sanitario che deve puntare l'attenzione agli aspetti della prevenzione e del trattamento della fragilità e della cronicità".

Una seconda considerazione conclusiva del citato volume sull'Assistenza primaria riguarda la "formazione" e così si esprime: "Il riconoscimento di una disciplina specifica della Medicina Generale comporta, accanto al tradizionale ruolo clinico svolto all'interno del SSN, anche il riconoscimento istituzionale del ruolo didattico e di ricerca dei medici di famiglia. In assenza di un insegnamento universitario dedicato,

tale disciplina è nata e si è sviluppata sulla base della raccolta di conoscenze e competenze nell'ambito della pratica professionale, che nel loro insieme hanno costituito il know-how professionale.

La formazione specifica in Italia oggi fa capo all'organizzazione di ogni Regione; la conseguente diversificazione dell'insegnamento rischia di compromettere la garanzia della necessaria uniformità di conoscenze e competenze dei medici di medicina generale su tutto il territorio nazionale. Pertanto si propone:

- di prevedere con atto istituzionale cogente e vincolante, come potrebbe essere un atto d'intesa tra Stato e Regioni, l'adozione di standard organizzativi e di contenuti formativi da parte di tutte le Regioni, a garanzia di una omogeneità e uniformità di competenze della medicina generale su tutto il territorio nazionale;
- di valutare l'opportunità di creare una specializzazione in medicina generale che trovi in ambito universitario la propria collocazione all'interno di una struttura di tipo dipartimentale misto di Medicina generale. La proposta prevede la stesura di una convenzione tra Università e Regione per determinare, tenendo conto di quanto definito nell'ambito degli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali, la regolamentazione del Dipartimento, compiti e funzioni del personale docente e la durata dei contratti, nonché i criteri e le modalità di accreditamento del personale docente. La proposta prevede che l'insegnamento e la ricerca istituzionale nell'ambito di tale Dipartimento siano svolti prevalentemente da medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale".

Le conclusioni della ricerca Agenas sui Distretti del 2010 sono al riguardo preziose quando affermano che: "Altro elemento di estremo interesse derivante dall'Indagine riguarda il valore della realizzazione di percorsi assistenziali ed il miglioramento del clima organizzativo del Distretto. La formazione svolge, infatti, un ruolo strategico nel creare non solo una rete professionale, ma una rete organizzativa tra i diversi attori che si muovono nel sistema complesso "Distretto". Dall'indagine emerge, inoltre, che le modalità organizzative attente al coordinamento, alla valutazione ed alla formazione caratterizzano positivamente la funzione di "facilitatore" del Distretto.

L'argomento della formazione fornisce lo spunto per accennare alle iniziative assunte nel corso del 2010 in altri Paesi sviluppati, convinti sostenitori dell'importanza della primary care. Il 23 marzo 2010 il Presidente degli Stati Uniti ha firmato "The Patient Protection and Affordable Care Act", con l'intento di estendere l'assicurazione sanitaria a quanti ne sono attualmente sprovvisti, anche realizzando nuovi modelli organizzativi e di formazione riguardanti la primary care mediante le seguenti iniziative:

- ***"Create the Independence at Home demonstration program to provide high-need Medicare beneficiaries with primary care services in their home and allow participating teams of health professionals to share in any savings if they reduce preventable hospitalizations, prevent hospital readmissions, improve health outcomes, improve the efficiency of care, reduce the cost of health care services, and achieve patient satisfaction.***
- ***Increase the number of Graduate Medical Education (GME) training positions by redistributing currently unused slots, with priorities given to primary care and general surgery and to states with the lowest resident physician-to-population ratios (effective July 1, 2011); increase flexibility in laws and regulations that govern GME funding to promote training in outpatient settings (effective July 1, 2010); and ensure the availability of residency programs in rural and underserved areas. Establish Teaching Health Centers, defined as community-based, ambulatory patient care centers, including federally qualified health centers and other federally-funded health centers that are eligible for payments for the expenses associated with operating primary care residency programs (Funds appropriated for five years beginning fiscal year 2011).***
- ***Support the development of training programs that focus on primary care models such as medical homes, team management of chronic disease, and those integrate physical and mental health services (Funds appropriated for five years beginning in fiscal year 2010)."***

In Inghilterra, poi, nel luglio 2010 il Department of Health ha presentato un documento a firma del Primo Ministro Cameron e del Vice Primo Ministro Clegg dal titolo: "*Equity and excellence: liberating the NHS*", che propone una profonda e radicale trasformazione dell'attuale organizzazione, abolendo una serie di strutture istituzionali costituite durante il governo laburista e delegando l'80% delle responsabilità del budget del NHS a circa 500 Consorzi di Medici di medicina generale, che diventano erogatori e committenti di servizi nelle singole comunità di riferimento.

Tra i diversi organismi ai quali è stato richiesto di esprimersi sulle proposte governative, rilevante è la risposta del Royal College of General Practitioners, che è stato fondato nel 1952 e conta attualmente 42.000 membri.

Tra le numerose osservazioni, ma anche perplessità che sono state formulate, spiccano le considerazioni circa la formazione, a proposito della quale si afferma che le nuove aspettative che si ripongono sui *general practitioners* si riflettono sulla loro formazione specialistica, che è attualmente più bassa rispetto ad ogni altra disciplina medica. L'estensione a cinque anni della formazione potrebbe garantire la loro capacità decisionale clinica, la migliore comprensione dell'assistenza ospedaliera, l'abilità relativa alla committenza ed all'utilizzazione delle risorse e al tempo stesso la capacità di collaborare con il paziente nella scelta che lo stesso deve effettuare.

Per tornare ai problemi del nostro Paese, e per concludere le considerazioni e le proposte presentate nella pregevole, recente indagine dell'Agens sui Distretti, si cita di seguito quanto si legge nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 che ci riporta alla proposta presentata in materia nel 1977, con la speranza che finalmente l'assistenza primaria affermi finalmente il suo ruolo nel Ssn circa la centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali: "*In un contesto fortemente orientato verso il sapere specialistico vi è la necessità di garantire e mantenere nel tempo una visione integrata ed olistica del benessere, dei problemi di salute e dei relativi pro-*

cessi di cura sia delle singole persone sia le comunità a cui esse afferiscono. Tale compito è affidato anche alle cure primarie, in particolare, alla medicina generalista e alle altre componenti dell'assistenza convenzionata, in una logica di rete”.

I principali obiettivi affidati alle cure primarie nel Psn 2001-2013 sono:

- *Promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute nella comunità, inteso come processo che supporta le persone nell'aumentare il controllo sulla propria salute e nel migliorarla al fine di raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Tale azione non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario bensì coinvolge tutte le aree determinanti della salute, come indicato dall'OMS.*

- *Prendere in carico i pazienti in modo globale e completo. Il medico di medicina generale (MMG) e le altre professionalità della rete si assumono la responsabilità, in modo organico e progettuale, della salute dei pazienti e della loro famiglia lungo due direttrici: una multi-dimensionale (farsi carico della salute nella sua dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale), una temporale (farsi carico della domanda del paziente nelle diverse fasi di evoluzione della sua salute). Ciò comporta lo sviluppo di un tipo d'assistenza basata su un rapporto multidisciplinare (coinvolgimento e corresponsabilizzazione di più professionisti) che promuove meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie, di cura e riabilitazione.*

- *Favorire la continuità assistenziale tramite il coordinamento dell'assistenza nel tempo e tra programmi, unità organizzative e professionisti, in modo che non si abbiano l'interruzione dell'assistenza e/o il cambiamento ingiustificato del trattamento o dei professionisti che assistono il paziente. I professionisti condividono con il Distretto la responsabilità circa l'accessibilità alle cure sanitarie, commissionando e coordinando queste cure quando impossibilitati a fornirle personalmente.*

- *Concorrere ai processi di governo della domanda mediante l'azione di gatekeeping del MMG che consiste nel: conoscere i bisogni autentici di salute della po-*

polazione (intesa a livello di sistema), anche quelli non espressi; valutare la migliore risposta clinico-terapeutica, in termini di efficacia e di appropriatezza; scegliere il percorso assistenziale più conveniente in rapporto ai costi e ai risultati.

- *Valutare gli esiti di salute generata, ovvero misurare il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute del singolo e della comunità direttamente collegato al processo assistenziale (processo di cura in senso lato).*

- *Favorire l'empowerment dei pazienti nel processo di cura.*

La funzione delle cure primarie deve essere riconosciuta nelle strategie aziendali mediante la definizione, nei momenti istituzionali e nei documenti di pianificazione e di strategia aziendale, del ruolo e degli obiettivi assegnati ad esse e al Distretto. A quest'ultimo è, inoltre, affidata la governance del sistema per l'erogazione di livelli appropriati.

Il potenziamento delle strutture e dei servizi territoriali, nello specifico delle cure primarie, porta a riequilibrare il focus tra la “sanità d'attesa” e “sanità d'iniziativa”. La prima, demandata tradizionalmente all'ospedale, deve definirsi all'interno di un alveo preciso per operare con eccellenza sulle acuzie e sulle emergenze; la seconda, espressa dai servizi territoriali, è rivolta sia agli aspetti di prevenzione/counselling/informazione della popolazione sana sia alle attività necessarie per una migliore gestione dello stato di salute di tutte le tipologie di assistiti.

Pur motivatamente riaffermando il concetto e la denominazione di Assistenza Primaria, ciò che conta è vedere finalmente riaffermarsi i principi e i criteri da molti anni sostenuti, nonché il ruolo di rilievo che in tale scenario assumono i Distretti. È questo un ulteriore motivo per ribadire la rilevanza dell'Indagine 2010 con la quale l'Agens ha illustrato, con metodo e chiarezza espositiva, i punti di forza ed i problemi ancora aperti nell'organizzazione e nel funzionamento dei Distretti.

Ne trarranno sicuramente vantaggio sia le Istituzioni sia i professionisti.

RILEVAZIONE “NUOVA INDAGINE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEI DISTRETTI IN ITALIA”

Regione: _____
CODICE REGIONE: _____

Azienda sanitaria (denominazione per esteso, con indicazione della località _____)
CODICE AZIENDA: _____

Azienda sanitaria (di tipo):

sub-provinciale provinciale interprovinciale regionale

Distretto (denominazione per esteso, con indicazione della località _____)

Referente per la compilazione (Direttore di Distretto) _____
(nome e cognome per esteso)

e-mail _____ @ _____ tel _____ / _____

1. Distretto con ambito territoriale prevalentemente in (barrare una sola casella):

- area metropolitana area urbana area extraurbana area montana
 area insulare o per le isole minori

2. Superficie di competenza del Distretto (Km2): _____**3. Popolazione residente nel Distretto*** _____ (totale popolazione) di cui:

Maschi totale (<14) _____ (15-64) _____ (>65 anni) _____

Femmine totale (<14) _____ (15-64) _____ (>65 anni) _____

* I dati della popolazione sono quelli relativi all'ultima fonte di riferimento del 31/12/2008

4. Il Distretto ha al suo interno centri di responsabilità?

- SI NO (passare alla domanda 5)

4.1 Se SI, quanti? (barrare una sola casella)

- 1-3 4-6 > 6

5. Quale è il profilo professionale del Direttore di Distretto o l'Area professionale di competenza? (barrare una sola casella)

- Dirigente del SSN
 Medico di medicina generale (passare alla domanda 6)
 Altro medico convenzionato (passare alla domanda 6)

5.1 Se Dirigente del SSN: (barrare una sola casella)

- Dirigenza medica (passare alla domanda 6)
 Dirigenza medica veterinaria (passare alla domanda 6)
 Dirigenza amministrativa (passare alla domanda 6)
 Dirigenza sanitaria
 Altro (specificare) _____ (passare alla domanda 6)

5.1.1 Se Dirigente sanitario: (barrare una sola casella)

- biologo
 chimico
 farmacista
 fisico
 psicologo
 professione sanitaria (professione infermieristiche, tecnica, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica del ruolo sanitario)
 sociologo

6. Con quale modalità è stato conferito l'incarico di Direttore di Distretto?

- Concorso Nomina fiduciaria Altro (specificare)

7. Qual è la posizione funzionale del Direttore di Distretto? (barrare una sola casella)

- responsabile di unità operativa semplice
- direttore di unità operativa semplice a valenza dipartimentale
- direttore di unità operativa complessa
- direttore di unità operativa complessa con riconoscimento dell'indennità di Direttore
- di Dipartimento

8. Nel periodo 2005-2010, il Distretto (Direttore e Responsabili di Unità Operative) ha partecipato alla definizione e monitoraggio del Piano di Zona (PdZ)? (barrare una sola casella)

- SI, in maniera attiva
- SI, in risposta ad adempimento
- NO, non è stato coinvolto
- NO, non è stato redatto il PdZ

9. Nel periodo 2005-2010, il Distretto ha programmato le attività tramite:

(barrare una sola casella)

- programma delle Attività Territoriali (art 3-quater dlgs 502/92 e mod)
- specificazioni nel Piano Aziendale (ossia il Distretto non ha adottato uno specifico piano distrettuale, ma ha negoziato i propri obiettivi ed attività con la Direzione Generale nell'ambito del piano aziendale)
- altro tipo di Programma annuale
- non esiste alcuna programmazione

10. Il Distretto negozia annualmente con la Direzione Generale gli obiettivi specifici da conseguire?

- SI (passare alla domanda 11) NO

10.1 Se NO, per quale motivo? (barrare una sola casella)

- la direzione generale non ha esplicitato gli obiettivi
- non è stato formalizzato un processo di budgeting
- la Direzione Generale negozia gli obiettivi con altri soggetti

11. Il Direttore di Distretto negozia con la Direzione Generale le risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi?

- SI NO

12. L'ambito territoriale del Distretto coincide pienamente con gli ambiti/zone sociali (ex l 328/00)? SI (passare alla domanda 13) NO**12.1 Se NO, specificare:** (barrare una sola casella)

- il territorio coincide con due o più ambiti/zone sociali
- non è prevista la coincidenza dell'ambito territoriale

13. Nella programmazione distrettuale e nella programmazione degli ambiti/zone sociali (ex l 328/00) gli aspetti socio-sanitari: (barrare una sola casella)

- sono identici nei due atti programmatori distrettuali e sociali
- sono diversi
- hanno alcuni elementi di condivisione
- esiste un unico atto di programmazione distrettuale e di ambito/zona sociale

14. Che ruolo svolge il "Comitato dei Sindaci di distretto" o organismo analogo nella definizione e attuazione delle policy socio-sanitarie?

- ruolo forte
- ruolo debole

15. Esiste il coordinamento dei Distretti nell'azienda USL? SI NO (passare alla domanda 16)**15.1 Se SI:** (barrare una sola casella)

- strutturale funzionale

16. È funzionante l'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) ? SI NO (passare alla domanda 17)**16.1 Se SI, le funzioni principali dell'UCAD sono:** (barrare una o più caselle)

- contribuire alla elaborazione dei programmi delle attività nel Distretto con le relative modalità di verifica e valutazione
- sviluppare azioni idonee all'integrazione tra le diverse figure professionali all'interno del Distretto e collaborare a definire modalità organizzative che favoriscono l'integrazione tra servizi sanitari e tra questi e i servizi socio-assistenziali

17. Nel periodo 2005-2010, il Distretto ha negoziato tipologie di prestazioni con gli erogatori pubblici e/o privati? (barrare una o più caselle)

- SI, su mandato della Direzione Generale
- SI, partecipando alla negoziazione aziendale
- NO

18. Il Direttore di Distretto ha partecipato alla fase di implementazione dell'ultimo accordo aziendale sulla medicina generale?

- SI
- NO (passare alla domanda 19)
- NO, non è presente l'accordo (passare alla domanda 19)

18.1 Se SI: (barrare una o più caselle)

- ha organizzato iniziative per l'attuazione dell'accordo aziendale in merito a: percorsi e protocolli diagnostico-terapeutici, linee operative di prioritarizzazione di visite ambulatoriali, appropriato utilizzo dei farmaci, ecc.
- ha fornito formalmente alla Direzione indicazioni sul grado di raggiungimento degli obiettivi dell'accordo aziendale

19. Il Distretto ha concertato con gli ospedali presenti nel territorio:

(barrare una o più caselle)

- protocolli su dimissioni protette
- accordi formalizzati con MMG/PLS
- presenza formalizzata di operatori ospedalieri nei servizi distrettuali
- presenza di operatori distrettuali dedicati a funzione specifica nei servizi ospedalieri
- protocolli su ospedalizzazione al domicilio
- interscambio, anche a fini formativi e di aggiornamento, tra medici specialisti territoriali ed ospedalieri

20. Nel Distretto esiste il punto unico di accesso oppure una modalità organizzativa unificata per i cittadini?

- SI NO (passare alla domanda 21)

20.1 Se SI, quali sono le sue funzioni: (barrare una o più caselle)

- è un punto informativo e di orientamento
- è uno sportello per gli aspetti amministrativi (esenzione dal ticket, cambio MMG, informazioni sull'invalidità civile, ecc.)
- è una modalità organizzativa per l'avvio e l'accesso ai servizi con convocazione dell'Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) per bisogni complessi
- svolge l'intero processo organizzativo di presa in carico (VMD, Piano di Assistenza Individuale-PAI e monitoraggio)

21. L'erogazione dell'ADI a seguito di VMD avviene prevalentemente: (barrare una sola casella)

- in forma diretta (con personale dipendente)
- in forma indiretta (esternalizzata)
- tramite voucher socio-sanitario o modalità analoga

22. Il Distretto governa l'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali insistenti sul territorio con modalità esplicite ed eventuali liste di attesa?

SI NO

23. Sono previste modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività?

SI NO (passare alla domanda 24)

23.1 Se SI, con quale modalità (barrare una o più caselle):

tramite consulte con i cittadini (comitati consultivi misti)

tramite incontri con associazioni di cittadinanza

con gruppi di lavoro su alcune tematiche

24. Si effettua la valutazione dei bisogni di salute?

SI, spesso SI, raramente NO, mai (passare alla domanda 25)

24.1 Se SI, la valutazione dei bisogni describe: (barrare una o più caselle)

area geografica e tipologie di utenti oggetto di valutazione

caratteristiche degli utenti in termini di età, sesso, condizione socio-economica, gruppo etnico, lingua, stato di salute, condizione abitativa e tipologie di prestazioni sanitarie erogate

sotto-popolazioni con speciali necessità sanitarie (senza fissa dimora, immigrati, lavoratori agricoli stagionali, persone fragili, ecc.)

diversità nello stato di salute all'interno dei sotto-gruppi di popolazione

percezione, da parte dei destinatari della valutazione, del proprio stato di salute e difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari

lacune nel servizio offerto

offerta dei servizi (partecipazioni societarie, servizi condivisi, networks, ecc.)

25. Il Distretto effettua verifiche sull'ADI a seguito di VMD?

SI NO (passare alla domanda 26)

25.1 Se SI (barrare una sola casella):

verifica la congruenza degli accessi

verifica il raggiungimento degli obiettivi formalizzati dal PAI

verifica le modifiche nella casistica attraverso parametri di monitoraggio

26. Il Distretto partecipa alla definizione dei seguenti percorsi assistenziali integrati (PAI) dei pazienti? (barrare una o più caselle)

malati oncologici

malati terminali

malati con scompenso cardiaco

malati con BPCO

malati con diabete mellito

malati post ictus

malati post frattura di femore

27. Il Distretto organizza le modalità di accesso all'assistenza a domicilio

(es: punto unico di accesso e gestione di eventuali liste di attesa)?

SI NO

28. Il Distretto svolge una funzione di facilitatore rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tecniche, organizzative e di sicurezza, esplicite e condivise nell'ambito dell'assistenza primaria (es: sistemi di regolamentazione dei tempi di attesa, percorsi diagnostico-terapeutici) ?

SI NO

29. Nel Distretto sono svolti audit formalizzati?

- SI, spesso
- SI, raramente
- NO, mai

30. Nel Distretto sono svolti correntemente percorsi formativi espressamente dedicati al proprio personale legati agli obiettivi di salute propri del Distretto?

- SI, spesso (proposti all'interno del piano formativo aziendale)
- SI, raramente
- NO, mai

31. Il Distretto utilizza data base e flussi informativi per la raccolta e lo scambio di informazioni tra operatori?

- SI, spesso
- SI, raramente
- NO, mai

32. Nel corso di un anno, quanti momenti di incontro informali, volti al miglioramento del clima organizzativo, il Direttore di Distretto organizza con i responsabili delle attività di assistenza primaria (MMG, specialisti e altri operatori del territorio)?

(barrare una sola casella)

0 1-5 > 5

33. Ritiene che il livello dei rapporti (collaborazione, fiducia reciproca) tra il Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria sia: (barrare una sola casella)

insufficiente sufficiente buono ottimo

Data _____ / _____ /2010

Guida alla compilazione del questionario

In questo questionario, il Distretto è inteso quale facilitatore nella rete dell'assistenza primaria e pertanto necessita di attivare metodi e strumenti che consentano la realizzazione di una interazione sinergica sia tra dimensioni individuali che tra dimensioni organizzative, in una logica multidisciplinare, multiprofessionale e multisettoriale.

La struttura del questionario fa quindi riferimento ai quattro indicatori di collaborazione individuati nel seguente modello proposto da D'Amour et al.: Il questionario va compilato dal Direttore di Distretto, in quanto responsabile e competente dell'organizzazione dei servizi Distrettuali.

La data di riferimento delle informazioni richie-

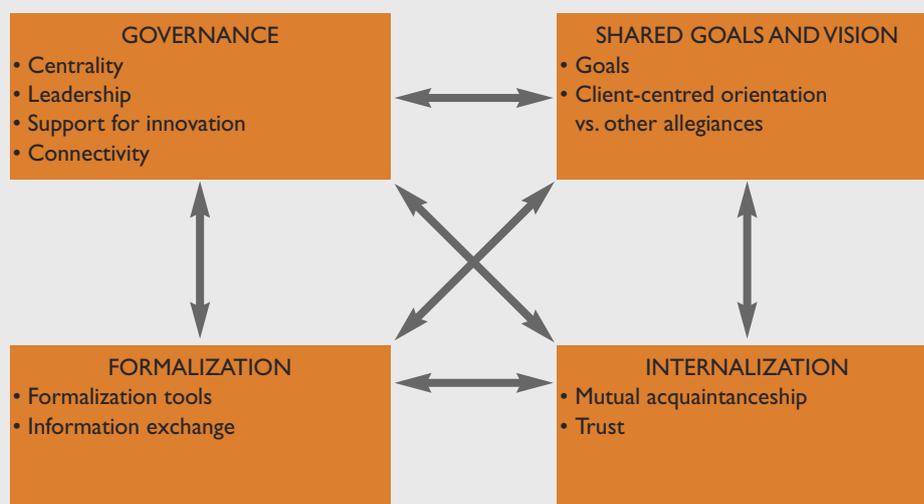
ste è il 31 dicembre 2009, ad eccezione di alcuni quesiti che indicano specificamente un diverso riferimento temporale.

La maggior parte dei quesiti richiedono di rispondere segnando una X all'interno della casella relativa alla corretta informazione che si vuole riferire (es. SI NO); altri quesiti richiedono una risposta testuale o numerica.

Le risposte ai quesiti possono essere di tre tipi:

- *mutuamente esclusive*, in cui è necessario barrare una sola casella (domande n. 1, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 21, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33);
- *mutuamente esclusive con eventuale approfondimento*: in cui è necessario barrare una sola casella che può consentire il passaggio al quesito suc-

FIGURA I -



Fonte: D'Amour D. et al. BMC Health Service Research 2008; 8:188.

cessivo o un approfondimento con un sott quesito a risposta multipla o mutuamente esclusiva (domande n. 4, 5, 10, 12, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 25);

■ *risposta multipla*, dove è possibile barrare una o più risposte (domande n. 17, 19, 26).

Per ulteriori chiarimenti non specificati nella presente guida è possibile contattare il referente regionale:

FIGURA 2 -

DOTT. _____
 e-mail: _____
 numero telefonico: tel. _____

Il questionario compilato, in ogni sua parte, dovrà essere recapitato in formato elettronico al referente regionale, che provvederà a trasmetterlo all'Agenas entro il 28 maggio p.v..

Il file compilato dovrà essere salvato con il seguente nome (vedi fig. 3).

I quesiti iniziali riguardano l'identificazione della Regione (denominazione), dell'Azienda (denominazione e tipologia) e dei relativi codici. In particolare, per i codici della Regione e dell'Azienda è necessario fare riferimento a quelli previsti dal Ministero della Salute (aggiornati al mese di giugno 2009) e allegati alla presente Guida alla compilazione (estratto).

Il Direttore di Distretto è identificato come "referente" per la compilazione. Anche qualora il questionario sia materialmente compilato da un soggetto delegato, si prega di inserire il nome del Direttore di Distretto, in quanto comunque responsabile delle informazioni contenute nel questionario, il numero telefonico e l'indirizzo di posta elettronica. Solo qualora il Distretto non abbia un Responsabile, è possibile inserire un di-

verso referente (in tal caso si chiede di aggiungere un asterisco dopo il cognome; es. MARIO ROSSI *) ed i suoi recapiti.

I **quesiti 1, 2 e 3** comprendono approfondimenti sull'ambito territoriale del Distretto, sulla superficie di competenza, sulla popolazione residente. Per quanto riguarda il quesito sulla popolazione residente nel Distretto, aggregata per 3 fasce di età, si fa riferimento al 31 dicembre 2008.

Il **quesito 4** approfondisce il tema dei centri di responsabilità, intesi come unità organizzative create per il raggiungimento di alcuni obiettivi dell'azienda, con autonomia di funzionamento o meglio guidati da un dirigente che sceglie le azioni da intraprendere, con assunzione della relativa responsabilità. Risponde, in particolare, degli eventuali scostamenti tra i risultati programmati e quelli conseguiti effettivamente. La definizione degli obiettivi e delle relative risorse è, di norma, concordata con la Direzione Strategica.

Il **quesito 5** riguarda il profilo professionale del Direttore di Distretto. Il questionario ne rileva la qualifica distinguendo tra: dirigente del Ssn, Medico di medicina generale o altro medico convenzionato.

Per quanto riguarda la qualifica di dirigente del Ssn, il Direttore di Distretto deve specificare se si tratta di un medico, di un medico veterinario, di un amministrativo, di un sanitario o altro; in questo ultimo caso, si richiede di specificare.

Nel caso fosse un dirigente sanitario, è necessario specificare se: biologo, chimico, farmacista, fisico, psicologo, professionista sanitario o sociologo.

Il **quesito 6** individua la modalità di nomina del Direttore di Distretto indicando la procedura concorsuale, la nomina fiduciaria o altro; in questo

FIGURA 3 -

REGIONE-CODICE AZIENDA-Cognome compilatore.doc
 Esempio: Lazio-105-Rossi.doc

ultimo caso, si richiede di specificare la modalità di attribuzione dell'incarico.

Il **quesito 7** riguarda la posizione funzionale del Direttore di Distretto, distinguendo tra: responsabile di unità operativa semplice, semplice a valenza dipartimentale, complessa o complessa con riconoscimento dell'indennità di Direttore di Dipartimento.

Il **quesito 8** rileva l'eventuale partecipazione del Distretto alla definizione e al monitoraggio dei Piani di Zona (PdZ) nel periodo di riferimento 2005-2010.

Il **quesito 9** intende evidenziare se, e con quale strumento, il Distretto – nel periodo di riferimento 2005-2010 – programma le proprie attività. Le diverse opzioni previste sono:

- elaborazione del *Programma delle Attività Territoriali* (PAT), previsto dall'art. 3-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;
- specificazioni nel Piano Aziendale – ossia il Distretto non ha adottato uno specifico piano Distrettuale, ma ha negoziato i propri obiettivi e le attività con la Direzione aziendale, nell'ambito del piano aziendale;
- altro tipo di programma annuale;
- nessuna programmazione.

Il **quesito 10** riguarda l'eventuale negoziazione degli obiettivi specifici. In caso di risposta negativa, il questionario rileva la motivazione: la Direzione Generale non ha esplicitato gli obiettivi, non è stato formalizzato il processo di budgeting o la Direzione Generale negozia gli obiettivi con altri soggetti. Il **quesito 11** riguarda, invece, l'eventuale negoziazione con la Direzione Generale delle risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi specifici.

Il **quesito 12** fa riferimento all'art. 8, comma 3, della legge 8 novembre 2000, n. 328 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*". Rileva se l'ambito territoriale del Distretto coincide pienamente con gli ambiti/zone sociali. In caso di risposta negativa, è necessario specificare se il territorio coincide

con due o più ambiti/zone sociali oppure se non è prevista la coincidenza dell'ambito territoriale.

Il **quesito 13** indaga il livello di integrazione degli aspetti socio-sanitari degli atti programmatori distrettuali e sociali, che possono essere: identici, diversi, con elementi di condivisione oppure un unico atto di programmazione.

Il **quesito 14** mira ad individuare se il "Comitato dei Sindaci di Distretto" o organismo analogo svolge un ruolo debole o forte nella definizione e attuazione delle policy socio-sanitarie.

In particolare, il "Comitato dei sindaci del Distretto" è un organismo previsto dall'art. 3-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, con funzioni di concorso alla programmazione e alla verifica delle attività e degli obiettivi di salute del Distretto, con particolare riferimento all'area sociosanitaria.

Il **quesito 15** rileva l'esistenza del coordinamento dei Distretti nell'Azienda Asl. In caso di risposta affermativa, è necessario indicare se il coordinamento è di tipo strutturale o funzionale.

In particolare, è *funzionale* quando il Distretto svolge semplici compiti di coordinamento e integrazione nell'ambito di un'organizzazione dipartimentale con propria autonomia gestionale che prevede l'istituzione di Dipartimenti a struttura: Dipartimento Materno-Infantile, Dipartimento di Cure Primarie, Dipartimento per le Dipendenze ecc.; è *strutturale* quando il Distretto ha piena autonomia gestionale delle risorse assegnate con responsabilità di Unità Operative, anche complesse, produttrici di prestazioni.

Il **quesito 16** indaga se nel Distretto è funzionante l'Ufficio di coordinamento per le attività distrettuali (Ucad).

È un organismo previsto dall'art. 3-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che al comma 2 indica: "*Il Direttore di Distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività Distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi Distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno*

dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto”. Anche le funzioni dell’Ucad sono tratte dalla suddetta normativa.

Il **quesito 17** verifica se, nel periodo 2005-2010, il Direttore di Distretto ha negoziato tipologie di prestazioni con gli erogatori pubblici e/o privati e, in caso di risposta affermativa, è necessario specificare se ha agito su mandato della Direzione Generale o se ha partecipato alla negoziazione aziendale.

Il **quesito 18** verifica se il Direttore di Distretto ha partecipato alla fase di implementazione dell’ultimo accordo aziendale sulla medicina generale. In caso di risposta affermativa, approfondisce se il Direttore di Distretto ha organizzato iniziative per l’attuazione dell’accordo aziendale o se ha fornito formalmente alla Direzione indicazioni sul grado di raggiungimento degli obiettivi dell’accordo.

Il **quesito 19** riguarda il rapporto tra il Distretto e gli ospedali presenti nel territorio.

Per “*accordi formalizzati con MMG/PLS*” si intendono modalità per ammissioni e dimissioni accompagnate.

Per “*presenza formalizzata di operatori ospedalieri nei servizi Distrettuali*” si intendono, ad esempio, le consulenze specialistiche per garantire la continuità terapeutica (come nei programmi per la nutrizione artificiale e cure palliative) e talora anche forme di chirurgia breve.

Per “*presenza di operatori Distrettuali dedicati a funzione specifica nei servizi ospedalieri*” si intende, ad esempio, operatori distrettuali che vanno in ospedale a richiesta, a disposizione per le dimissioni protette o ammissioni accompagnate.

Il **quesito 20** mira a rilevare l’esistenza degli strumenti attivati nel Distretto per migliorare l’organizzazione delle cure domiciliari e per facilitarne la fruibilità da parte del cittadino, attraverso la realizzazione di un Punto unico di accesso (Pua) oppure di una modalità organizzativa unificata

per i cittadini.

In caso di risposta affermativa, il quesito approfondisce le funzioni da esso svolte: punto informativo e di orientamento; sportello per gli aspetti amministrativi; modalità organizzativa per l’avvio e l’accesso ai servizi con convocazione dell’Unità di valutazione distrettuale per bisogni complessi; svolge l’intero processo organizzativo di presa in carico.

In particolare, “*il PUA è una modalità organizzativa prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l’accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali non comprese nell’emergenza. Il PUA è costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere. È uno dei luoghi dell’integrazione socio-sanitaria, professionale e gestionale; come tale richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali. Quindi il collegamento con i servizi sociali deve essere sistematico ed integrato, a cominciare da una programmazione concordata*”¹.

Il **quesito 21** riguarda la modalità prevalente di erogazione dell’Assistenza domiciliare integrata (Adi) a seguito della Valutazione multidimensionale (Vmd), che può avvenire in forma diretta (mediante personale dipendente), indiretta (esternalizzata), tramite voucher socio-sanitario o modalità analoga.

Il **quesito 22** verifica se il Distretto governa – mediante modalità esplicite o eventuali liste di attesa – l’accesso alle strutture residenziali e semi-residenziali insistenti sul territorio.

Il **quesito 23** mira a verificare l’esistenza di modalità programmate per la partecipazione dei cittadini alla definizione ed al controllo delle attività. In caso di risposta affermativa, si chiede di indicare una o più modalità tra quelle indicate: consulte con i cittadini, incontri con associazio-

¹ “Punto Unico di Accesso, presa in carico, continuità assistenziale”, in Monitor, 21 (suppl. 2), 2008.

ni di cittadinanza o gruppi di lavoro su alcune tematiche.

Il **quesito 24** riguarda la valutazione dei bisogni di salute. Nel caso venga effettuata, la domanda approfondisce la frequenza (spesso o raramente) e le tematiche descritte dalla valutazione dei bisogni.

Il **quesito 25** riguarda l'effettuazione di verifiche sull'Adi erogata a seguito di valutazione multidimensionale. In caso di risposta affermativa, si chiede di indicare se il Distretto verifica la congruenza degli accessi, il raggiungimento degli obiettivi formalizzati dai percorsi assistenziali integrati (Pai) e le modifiche nella casistica attraverso parametri di monitoraggio.

Il **quesito 26** mira a rilevare se il Distretto partecipa, in qualità di punto di riferimento e di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari dei cittadini, alla definizione dei Pai e specifica, con possibilità di risposta multipla, alcuni profili di cura scelti in ragione della loro rilevanza/frequenza.

Il **quesito 27** verifica se il Distretto organizza modalità di accesso all'assistenza a domicilio.

Il **quesito 28** mira a verificare se il Distretto svolge una funzione di facilitatore rispetto alla produzione, attuazione e verifica delle procedure tecniche, organizzative e di sicurezza esplicite e condivise nell'ambito dell'assistenza primaria. In particolare, per "assistenza primaria" si fa riferimento alle seguenti definizioni:

■ "(...) *Gli elementi chiave che delineano una definizione operativa dell'assistenza primaria territoriale sono:*

- una **fase di primo contatto**, per affrontare le patologie più frequenti attraverso interventi a bassa complessità (ridotta concentrazione di saperi specialistici ed impegno tecnologico) ed una capillare personalizzazione del servizio in prossimità del bisogno (dalla residenza del paziente al setting ambulatoriale o di assistenza intermedia);
- un **processo di presa in carico** dell'assistito che pre-

veda la segnalazione del bisogno, la valutazione dello stesso, la produzione di un piano di assistenza e il suo monitoraggio;

- la **gestione della continuità assistenziale dei pazienti cronici e/o non autosufficienti**. Essa consiste nel fornire un insieme di trattamenti considerando una serie di eventi sanitari tra loro coerenti e collegati, in conformità con i bisogni sanitari del paziente ed il contesto personale. (...)"²

■ "In Italia, l'assistenza primaria comprende l'assistenza erogata dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici della specialistica ambulatoriale territoriale, nonché l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria domiciliare e ambulatoriale per specifiche categorie di persone (area materno-infantile, anziani, disabili, malati cronici, psichiatrici, tossicodipendenti), nella quale sono coinvolti numerosi professionisti medici (di sanità pubblica, pediatri, ginecologi, geriatri, fisiatristi), di altre professioni sanitarie e sociali (infermieri, terapisti, dietisti, psicologi, assistenti sociali, assistenti tutelari) e dell'educazione (educatori negli inserimenti scolastici, educativi)"³.

Il **quesito 29** indaga l'effettuazione di audit formalizzati e, in caso affermativo, ne verifica la periodicità.

Il **quesito 30** richiede se, in relazione agli obiettivi di salute propri del Distretto, vengono svolti programmi di formazione del proprio personale e, in caso di risposta affermativa, ne verifica la periodicità.

Il **quesito 31** rileva l'utilizzo di data base e flussi informativi per la raccolta e lo scambio di informazioni tra operatori e, in caso di risposta affermativa, ne verifica la periodicità.

Il **quesito 32** approfondisce la frequenza di incontri informali, volti al miglioramento del clima organizzativo, tra il Direttore di Distretto e i responsabili delle attività di assistenza primaria; il **quesito 33** verifica, invece, il livello dei rapporti tra il Direttore di Distretto e i diversi attori dell'assistenza primaria.

2 Fonte: Damiani G., De Belvis A.G., Bianchi C.B.N.A., Ronconi A. Assistenza territoriale. In: Osserva Salute, 2008.

3 Fonte: Mete R. Il ruolo del Distretto. In: Guzzanti E.: L'assistenza primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra. Iniziative Sanitarie, 2008, pag. 281 e seg.

TABELLA 1 - Estratto tabella codici asl-ministero della salute (aggiornati al 30 giugno 2009)

Codice Regione	Regione	codice azienda	denominazione azienda	citta'	prov.
010	PIEMONTE	201	TO1	TORINO	TO
010	PIEMONTE	202	TO2	TORINO	TO
010	PIEMONTE	203	TO3	COLLEGNO	TO
010	PIEMONTE	204	TO4	CHIVASSO	TO
010	PIEMONTE	205	TO5	CHIERI	TO
010	PIEMONTE	206	VC	VERCELLI	VC
010	PIEMONTE	207	BI	BIELLA	BI
010	PIEMONTE	208	NO	NOVARA	NO
010	PIEMONTE	209	VCO	OMEGNA	VB
010	PIEMONTE	210	CNI	CUNEO	CN
010	PIEMONTE	211	CN2	ALBA	CN
010	PIEMONTE	212	AT	ASTI	AT
010	PIEMONTE	213	AL	CASALE MONFERRATO	AL
020	VALLE D'AOSTA	101	AOSTA	AOSTA	AO
030	LOMBARDIA	301	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	BERGAMO	BG
030	LOMBARDIA	302	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	BRESCIA	BS
030	LOMBARDIA	303	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	COMO	CO
030	LOMBARDIA	304	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI CREMONA	CREMONA	CR
030	LOMBARDIA	305	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LECCO	LECCO	LC
030	LOMBARDIA	306	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LODI	LODI	LO
030	LOMBARDIA	307	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MANTOVA	MANTOVA	MN
030	LOMBARDIA	308	A.S.L. DI MILANO	MILANO	MI
030	LOMBARDIA	309	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	MAGENTA	MI
030	LOMBARDIA	310	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 2	MELEGNANO	MI
030	LOMBARDIA	311	A.S.L. PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA	MONZA	MI
030	LOMBARDIA	312	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	PAVIA	PV
030	LOMBARDIA	313	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI SONDRIO	SONDRIO	SO
030	LOMBARDIA	314	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE	VARESE	VA
030	LOMBARDIA	315	A.S.L. DI VALLECAMONICA-SEBINO	BRENO	BS
041	P.A. BOLZANO	201	AZIENDA SANITARIA DELLA P.A. DI BOLZANO	BOLZANO	BZ
042	P.A. TRENTO	101	TRENTO	TRENTO	TN
050	VENETO	101	BELLUNO	BELLUNO	BL
050	VENETO	102	FELTRE	FELTRE	BL
050	VENETO	103	BASSANO DEL GRAPPA	BASSANO DEL GRAPPA	VI
050	VENETO	104	THIENE	THIENE	VI
050	VENETO	105	ARZIGNANO	ARZIGNANO	VI
050	VENETO	106	VICENZA	VICENZA	VI
050	VENETO	107	PIEVE DI SOLIGO	PIEVE DI SOLIGO	TV
050	VENETO	108	ASOLO	ASOLO	TV
050	VENETO	109	TREVISO	TREVISO	TV
050	VENETO	110	S. DONA' DI PIAVE	SAN DONA' DI PIAVE	VE
050	VENETO	112	VENEZIANA	VENEZIA	VE
050	VENETO	113	MIRANO	MIRANO	VE
050	VENETO	114	CHIOGGIA	CHIOGGIA	VE
050	VENETO	115	CITTADELLA	CITTADELLA	PD
050	VENETO	116	PADOVA	PADOVA	PD
050	VENETO	117	ESTE	ESTE	PD
050	VENETO	118	ROVIGO	ROVIGO	RO
050	VENETO	119	ADRIA	ADRIA	RO
050	VENETO	120	VERONA	VERONA	VR
050	VENETO	121	LEGNAGO	LEGNAGO	VR
050	VENETO	122	BUSSOLENGO	BUSSOLENGO	VR
060	FRIULIVG	101	TRIESTINA	TRIESTE	TS
060	FRIULIVG	102	ISONTINA	GORIZIA	GO
060	FRIULIVG	103	ALTO FRIULI	GEMONA DEL FRIULI	UD
060	FRIULIVG	104	MEDIO FRIULI	UDINE	UD
060	FRIULIVG	105	BASSA FRIULANA	PALMANOVA	UD
060	FRIULIVG	106	FRIULI OCCIDENTALE	PORDENONE	PN
070	LIGURIA	101	IMPERIESE	SAN REMO	IM
070	LIGURIA	102	SAVONESE	SAVONA	SV
070	LIGURIA	103	GENOVESE	GENOVA	GE
070	LIGURIA	104	CHIAVARESE	CHIAVARI	GE
070	LIGURIA	105	SPEZZINO	LA SPEZIA	SP
080	EMILIA ROMAGNA	101	AZIENDA USL PIACENZA	PIACENZA	PC
080	EMILIA ROMAGNA	102	AZIENDA USL PARMA	PARMA	PR
080	EMILIA ROMAGNA	103	AZIENDA USL REGGIO EMILIA	REGGIO NELL'EMILIA	RE
080	EMILIA ROMAGNA	104	AZIENDA USL MODENA	MODENA	MO
080	EMILIA ROMAGNA	105	AZIENDA USL BOLOGNA	BOLOGNA	BO
080	EMILIA ROMAGNA	106	AZIENDA USL IMOLA	IMOLA	BO
080	EMILIA ROMAGNA	109	AZIENDA USL FERRARA	FERRARA	FE
080	EMILIA ROMAGNA	110	AZIENDA USL RAVENNA	RAVENNA	RA
080	EMILIA ROMAGNA	111	AZIENDA USL FORLI'	FORLI'	FC
080	EMILIA ROMAGNA	112	AZIENDA USL CESENA	CESENA	FC
080	EMILIA ROMAGNA	113	AZIENDA USL RIMINI	RIMINI	RN

SEGUE DA PAG. 79 TABELLA I - Estratto tabella codici asl-ministero della salute (aggiornati al 30 giugno 2009)

Codice Regione	Regione	codice azienda	denominazione azienda	citta'	prov.
090	TOSCANA	101	MASSA CARRARA	CARRARA	MS
090	TOSCANA	102	LUCCA	LUCCA	LU
090	TOSCANA	103	PISTOIA	PISTOIA	PT
090	TOSCANA	104	PRATO	PRATO	PO
090	TOSCANA	105	PISA	PISA	PI
090	TOSCANA	106	LIVORNO	LIVORNO	LI
090	TOSCANA	107	SIENA	SIENA	SI
090	TOSCANA	108	AREZZO	AREZZO	AR
090	TOSCANA	109	GROSSETO	GROSSETO	GR
090	TOSCANA	110	FIRENZE	FIRENZE	FI
090	TOSCANA	111	EMPOLI	EMPOLI	FI
090	TOSCANA	112	VERSILIA	VIAREGGIO	LU
100	UMBRIA	101	CITTA' DI CASTELLO	CITTA' DI CASTELLO	PG
100	UMBRIA	102	PERUGIA	PERUGIA	PG
100	UMBRIA	103	FOLIGNO	FOLIGNO	PG
100	UMBRIA	204	TERNI	TERNI	TR
110	MARCHE	201	ASUR	ANCONA	AN
120	LAZIO	101	RM/A	ROMA	RM
120	LAZIO	102	RM/B	ROMA	RM
120	LAZIO	103	RM/C	ROMA	RM
120	LAZIO	104	RM/D	ROMA	RM
120	LAZIO	105	RM/E	ROMA	RM
120	LAZIO	106	RM/F	CIVITAVECCHIA	RM
120	LAZIO	107	RM/G	TIVOLI	RM
120	LAZIO	108	RM/H	ALBANO LAZIALE	RM
120	LAZIO	109	VITERBO	VITERBO	VT
120	LAZIO	110	RIETI	RIETI	RI
120	LAZIO	111	LATINA	LATINA	LT
120	LAZIO	112	FROSINONE	FROSINONE	FR
130	ABRUZZO ⁴	101	AVEZZANO/SULMONA	CASTEL DI SANGRO	AQ
130	ABRUZZO ⁵	102	CHIETI	CHIETI	CH
130	ABRUZZO	103	LANCIANO/VASTO	LANCIANO	CH
130	ABRUZZO	104	L'AQUILA	L'AQUILA	AQ
130	ABRUZZO	105	PESCARA	PESCARA	PE
130	ABRUZZO	106	TERAMO	TERAMO	TE
140	MOLISE	201	ASREM	CAMPOBASSO	CB
150	CAMPANIA	201	AVELLINO	AVELLINO	AV
150	CAMPANIA	202	BENEVENTO	BENEVENTO	BN
150	CAMPANIA	203	CASERTA	CASERTA	CE
150	CAMPANIA	204	NAPOLI 1 CENTRO	NAPOLI	NA
150	CAMPANIA	205	NAPOLI 2 NORD	POZZUOLI	NA
150	CAMPANIA	206	NAPOLI 3 SUD	CASTELLAMMARE DI STABIA	NA
150	CAMPANIA	207	SALERNO	SALERNO	SA
160	PUGLIA	106	ASL BR	BRINDISI	BR
160	PUGLIA	112	ASL TA	TARANTO	TA
160	PUGLIA	113	ASL BAT	ANDRIA	BA
160	PUGLIA	114	ASL BA	BARI	BA
160	PUGLIA	115	ASL FG	FOGGIA	FG
160	PUGLIA	116	ASL LE	LECCE	LE
170	BASILICATA	201	AZ.SANITARIA LOCALE DI POTENZA ASP	POTENZA	PZ
170	BASILICATA	202	AZ. SANITARIA LOCALE DI MATERA ASM	MATERA	MT
180	CALABRIA	109	LOCRI	LOCRI	RC
180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA	COSENZA	CS
180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE	CROTONE	KR
180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO	CATANZARO	CZ
180	CALABRIA	204	A.S.P.VIBO VALENTIA	VIBO VALENTIA	VV
180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	REGGIO DI CALABRIA	RC
190	SICILIA	101	AGRIGENTO	AGRIGENTO	AG
190	SICILIA	102	CALTANISSETTA	CALTANISSETTA	CL
190	SICILIA	103	CATANIA	CATANIA	CT
190	SICILIA	104	ENNA	ENNA	EN
190	SICILIA	105	MESSINA	MESSINA	ME
190	SICILIA	106	PALERMO	PALERMO	PA
190	SICILIA	107	RAGUSA	RAGUSA	RG
190	SICILIA	108	SIRACUSA	SIRACUSA	SR
190	SICILIA	109	TRAPANI	TRAPANI	TP
200	SARDEGNA	101	SASSARI	SASSARI	SS
200	SARDEGNA	102	OLBIA	OLBIA	OT
200	SARDEGNA	103	NUORO	NUORO	NU
200	SARDEGNA	104	LANUSEI	LANUSEI	OG
200	SARDEGNA	105	ORISTANO	ORISTANO	OR
200	SARDEGNA	106	SANLURI	SANLURI	VS
200	SARDEGNA	107	CARBONIA	IGLESIA	CI
200	SARDEGNA	108	CAGLIARI	CAGLIARI	CA

4 La ASL de L'AQUILA comprende la ASL AVEZZANO-SULMONA (DGR n. 796 del 28/1/2009); utilizzare il codice Azienda 104

5 La ASL di CHIETI comprende la ASL LANCIANO/VASTO (DGR n. 796 del 28/1/2009); utilizzare il codice Azienda 102

RIFERIMENTI NORMATIVI

Il Distretto nella programmazione sanitaria nazionale

di Mariadonata Bellentani*, Leonilda Bugliari Armenio**, Sara Catania**

* Dirigente Sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari – Agenas

** Sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari – Agenas

Il dibattito sulla connotazione specifica dei Distretti e sulla loro organizzazione si è sviluppato a partire dalla Dichiarazione di Alma-Ata del 6-12 settembre 1978, con la quale si stabilisce che *“la salute è uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale”*; prevede che i Governi siano responsabili della salute dei propri cittadini; afferma che *“l’assistenza sanitaria primaria è la chiave di volta per il raggiungimento dell’obiettivo di dare a tutti i popoli del mondo un adeguato livello di salute”*, ribadendo altresì che essa *“rappresenta il primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario in un quadro di effettiva partecipazione”*.

Si afferma, in questo modo, un concetto nuovo di tutela della salute, non solo in senso negativo, come cura della malattia, ma anche come *prevenzione e promozione della salute*; compiti rispetto ai quali un ruolo fondamentale è svolto dal medico di famiglia.

In Italia, la prima definizione del Distretto è contenuta nell’art. 10 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, il quale prevede che *“i Comuni singoli o associati articolano le Unità sanitarie locali in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l’erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento”*, demandando alle Regioni la definizione dei criteri per la loro costituzione.

Il Distretto intendeva conciliare l’unitarietà del sistema sanitario, che doveva essere governato a

livello regionale e gestito dalle Unità sanitarie locali (Usl), con la necessità di portare i servizi vicini al luogo di vita dei cittadini, per assicurare loro l’assistenza di base e per promuovere, attraverso la stessa, la salute dei cittadini, nonché per incentivare la partecipazione degli utenti al servizio.

La Legge n. 833/1978, tuttavia, fornisce pochi elementi per individuare il Distretto: è una struttura tecnico-funzionale per l’erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento; la sua costituzione è eventuale ed affidata ai Comuni, la sua funzione – su cui è nato un ampio dibattito nel primo decennio di vita del Servizio sanitario nazionale (Ssn) – è stata di fatto limitata, nelle poche Regioni dove si è realizzato il processo di distrettualizzazione delle Usl, all’erogazione di alcuni servizi ambulatoriali di primo livello, a volte con la presenza di un infermiere e di un assistente sociale e di alcuni medici specialisti presenti in alcuni giorni della settimana.

Tra le cause di questa limitata attuazione, vi è sicuramente la non chiarezza sul modello organizzativo del Distretto, sull’ambito di autonomia che doveva avere all’interno della Usl, sulla necessità che vi fosse un Coordinatore di Distretto o, piuttosto, un Responsabile di Distretto (ampiamente dibattuta era anche la tipologia di formazione richiesta per tale figura, con prevalenza della tesi di una formazione medico-igienistica, che doveva accompagnarsi ad una di tipo manageriale), su-

gli operatori che dovevano essere presenti nella sede del Distretto, sulla identificazione del luogo fisico del Distretto rispetto ai principali “presidi” distrettuali, ossia gli studi dei medici di medicina generale.

Poche Regioni, inoltre, hanno emanato in questo primo decennio le norme che dovevano dare le indicazioni necessarie alla istituzione dei Distretti.

Anche la frammentazione delle Usl e delle responsabilità dei servizi al loro interno, nonché il complesso e laborioso riparto di competenze tra Enti locali e Regioni, hanno contribuito alla scarsa realizzazione dei Distretti. Va ricordato che la stessa Usl doveva avere, secondo l'indicazione della Legge n. 833/1978, un ambito territoriale di dimensioni modeste, comprendendo – di norma – tra i 50.000 e i 200.000 abitanti, salvo deroghe regionali per caratteristiche territoriali o demografiche. Sulla base di tali indicazioni, nell'anno 1990 sono 659 le Usl istituite sul territorio nazionale.

Il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 successivamente modificato dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 non aggiunge nulla alla configurazione concettuale e organizzativa del Distretto, ma fornisce le prime indicazioni sul Distretto nell'ambito di un processo di riforma del Ssn basato sui principi di regionalizzazione ed aziendalizzazione. Il Distretto cambia significato, collocandosi all'interno di Usl che si trasformano in Aziende e con dimensioni “di norma” provinciali, pertanto ben più ampie di quelle previste dalla Legge n. 833/1978. Il Distretto si configura come articolazione organizzativa dell'Azienda Usl, insieme ai presidi ospedalieri e al nascente dipartimento di prevenzione. Il decreto contiene un solo riferimento al Distretto, all'art. 3, co. 5, dove stabilisce che *“spetta alla Regione disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento delle Aziende USL, definendo, tra l'altro, l'articolazione delle USL in Distretti”*.

Il riferimento previsto nella riforma del 1992 fa assumere una funzione del tutto nuova al Distretto,

che come i presidi ospedalieri e il dipartimento di prevenzione, dovrà essere un centro di governo e non solo di erogazione di servizi; dovrà, pertanto, portare i servizi il più possibile vicino ai luoghi di vita delle persone, e cercare di dare risposta ad un bisogno di integrazione socio-sanitaria che nel D.lgs. n. 502/1992 non è affrontata in modo specifico. La definizione dei Distretti come articolazioni delle Usl senza specificarne le caratteristiche organizzative ha rappresentato un limite che in molti casi ha determinato l'istituzione di Distretti sanitari sul piano formale senza prevedere un'effettiva autonomia operativa e gestionale.

Il D.lgs. n. 502/1992, nell'intento di separare la funzione politica da quella direzionale, esclude i Comuni dalla gestione delle Aziende sanitarie (come invece era previsto dalla Legge n. 833/1978). Considerando l'importanza del raccordo con gli Enti locali, il D.lgs. 517/1993 inserisce nell'Azienda Usl un organo di rappresentanza degli Enti locali, la Conferenza dei Sindaci, che ha compiti di indirizzo e collaborazione nella programmazione aziendale, nonché di verifica dell'andamento generale dell'Azienda Usl, ma con poteri di intervento limitati alla formulazione di proposte ed osservazioni al Direttore generale e alla Regione (art. 3, co. 14). Inoltre, è ben noto agli operatori della sanità che la Conferenza dei sindaci ha avuto, in seguito, notevoli difficoltà ad operare, sia per la grande frammentazione e diversità dei Comuni in Italia, sia per la scarsa stabilità dei Direttori generali delle Aziende sanitarie, e non ultimo per la complessità politica dei rapporti tra organismi eletti dalla cittadinanza e un organo nominato dalle Regioni.

Numerose Regioni hanno individuato altre forme di corresponsabilizzazione degli enti locali, con organismi misti e rafforzando l'uso della delega o delle intese. In questa materia, gli strumenti operativi utilizzati sono stati principalmente quelli individuati dalla Legge 8 giugno 1990, n. 142 sull'ordinamento delle autonomie locali, e principalmente l'accordo di programma, il consorzio,

le convenzioni, la Conferenza dei servizi. Lo stesso D.lgs. n. 502/1992, all'art. 8, disciplinava il rapporto tra il Ssn e i professionisti convenzionati, confermando l'impianto di fondo legato alla stipula di appositi accordi collettivi nazionali e prevedendo alcune novità, tra cui l'individuazione di una parte di compenso "variabile", collegata non alla quota capitaria per assistito ma al conseguimento di concordati obiettivi di tutela della salute, nonché al rispetto di concordati livelli di spesa per assistito (tenendo conto dei livelli di spesa direttamente indotti dallo stesso Mmg/Pls e di quelli indotti da altri professionisti e strutture specialistiche e di ricovero). Si prevedeva anche la promozione di "forme graduali di associazionismo medico". Tutti questi elementi dovevano trovare sviluppo negli accordi collettivi nazionali e anche negli accordi decentrati di livello regionale.

Nascevano, nel decennio successivo alla riforma, esperienze significative di Distretto in diverse Regioni, che miravano anche ad individuare strumenti per rendere più effettiva l'integrazione con la medicina generale. In quest'ambito grande importanza hanno assunto gli Accordi collettivi nazionali stipulati nel 1996 (si fa riferimento al Dpr 484 del 22 luglio 1996 per la medicina generale e al Dpr 613 del 21 ottobre 1996 per la pediatria di libera scelta). Tuttavia, malgrado l'enfasi della letteratura e della normativa nazionale e regionale, spesso i Distretti risultavano articolazioni "deboli", contrassegnate dall'eterogeneità nelle funzioni e dei modelli organizzativi adottati a livello locale, ma soprattutto da una comune difficoltà di riconoscimento di ruolo e risorse rispetto all'ospedale, la cui centralità nel sistema sanitario risultava di fatto incontrastata.

Successivamente questa tematica è stata affrontata anche dai Piani sanitari nazionali triennali del 1994-1996 e 1998-2000, nei quali il Distretto viene caratterizzato come un centro di servizi e prestazioni in cui la domanda di cure viene affrontata in modo unitario e globale e di integrazione socio-sanitaria.

In particolare, il Piano sanitario nazionale 1994-1996 inserisce "la realizzazione del Distretto" tra gli interventi prioritari da conseguire nel triennio. Il Piano fornisce le prime indicazioni operative sul significato del Distretto all'interno della nascente Azienda Usl. Ne sottolinea, in particolare, la funzione di luogo naturale per realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali. Questo elemento evidenzia uno degli aspetti di maggiore rilievo del Distretto e anche di maggiore complessità: la capacità di integrare professionisti diversi, spesso appartenenti a servizi sanitari separati (sia da un punto di vista funzionale sia strutturale, ossia collocati in sedi differenti, come consultori, strutture residenziali, centri di salute mentale) e di integrare gli stessi servizi, con percorsi assistenziali ben definiti. Inoltre, il Distretto deve assumersi il compito di garantire l'integrazione socio-sanitaria, avvicinando i servizi e i professionisti sanitari con i servizi e i professionisti dell'ambito sociale.

Il Piano fornisce alcune indicazioni sulle attività collocabili a livello distrettuale: il supporto all'attività dei medici di medicina generale, l'assistenza domiciliare integrata, il coordinamento dell'assistenza semiresidenziale e residenziale. Rimangono, tuttavia, aperti ancora molti interrogativi sul Distretto, come ben evidenziano le esperienze regionali in materia, che risultano molto differenziate.

Un essenziale momento di passaggio è costituito dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, che inserisce il Distretto nell'ambito delle fondamentali strategie di cambiamento del Ssn, chiarendo alcuni degli aspetti di maggiore incertezza sull'identità e sul ruolo del Distretto, nonché sul modello organizzativo e funzionale dello stesso.

Il Psn 1998/2000, centrato sulla prevenzione e sull'esigenza di equilibrio tra i livelli di assistenza territoriale, di prevenzione e di ospedalità, ha dato forte impulso alla deospedalizzazione e alla creazione di una reale rete di servizi territoriali,

tanto da ridefinire in un unico livello di assistenza sanitaria le attività distrettuali, comprese le aree dell'assistenza sanitaria di base, specialistica semi-residenziale e territoriale, residenziale per non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati, che il Piano sanitario nazionale 1994-1996 teneva distinte. La scelta di ricondurre ad unitarietà tutte le attività territoriali nel livello distrettuale, superando la ripartizione in tre livelli delle attività territoriali prevista dal precedente Piano sanitario nazionale, intende agevolare l'effettiva realizzazione di una rete dei servizi territoriali centrata sul Distretto. Il Piano va oltre questa indicazione, prevedendo che si operi un nuovo equilibrio tra attività e risorse dedicate all'ospedale e quelle dedicate al Distretto: per la prima volta si prevede che al territorio vanno dedicate più risorse di quelle previste per l'ospedale.

Per quanto riguarda le funzioni, il Psn 1998-2000 indica che il Distretto deve diventare:

- *“centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale”, e “punto di riferimento unico per il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini”* e come tale deve lavorare su 3 aspetti fondamentali: costituire un punto di accesso unico per il cittadino per tutti i servizi dell'Azienda e luogo di presa in carico del bisogno di salute del cittadino e luogo elettivo di integrazione socio-sanitaria, oltre che tra gli stessi servizi sanitari;
- *“centro organizzativo e di gestione dell'assistenza sanitaria di base e di tutti i servizi del territorio di competenza”*. Vi trovano, a tal fine, un'ideale collocazione l'assistenza domiciliare integrata (Adi), l'ospedalizzazione domiciliare, la gestione coordinata degli accessi ai servizi, con centri unici di prenotazione, sportelli di informazione all'utente, punti di prelievo per indagini chimico-cliniche.

Per quanto riguarda la collocazione nell'Azienda sanitaria, il Distretto costituisce “struttura operativa dell'Azienda Usl”, con autonomia gestionale e precisi compiti sull'accesso ai servizi, sull'integrazione socio-sanitaria, sul governo della do-

manda, sul coordinamento dei servizi e dei professionisti, con ruolo centrale del medico di medicina generale.

La programmazione distrettuale, inoltre, deve essere svolta d'intesa con le rappresentanze dei Comuni associati, e tale aspetto deve costituire una priorità nei piani sanitari regionali. L'integrazione tra i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali è importante in quanto la gran parte della domanda di salute (età geriatrica; relazione madre-bambino; disabilità; malattia mentale; tossicodipendenza) implica un bisogno sociale che deve essere affrontato insieme al bisogno sanitario per garantire l'efficacia e l'efficienza della risposta assistenziale.

L'effettiva integrazione dei servizi consente: la *continuità dell'assistenza* nell'ambito dello stesso episodio di malattia, indipendentemente dai diversi luoghi del trattamento, riconducendo alla responsabilità del medico di medicina generale le decisioni diagnostico-terapeutiche effettuate al di fuori della degenza ospedaliera; un *corretto orientamento della domanda*, ed in particolare il filtro alla domanda impropria di ricoveri ospedalieri ed al contempo la garanzia di un tempestivo invio del paziente in ospedale quando appropriato, considerando che l'elemento della tempestività risulta un fattore determinante rispetto all'efficacia del trattamento ospedaliero e all'entità delle risorse ad esso associate; *l'attivazione di modalità di comunicazione interna* tra i diversi servizi e i diversi professionisti che agiscono nell'ambito del Ssn, in modo da non costringere l'utente a fungere da veicolo delle informazioni necessarie per supportare le scelte assistenziali.

La Legge 30 novembre 1998, n. 419 delega il Governo all'emanazione di uno o più decreti delegati per la razionalizzazione del Ssn sulla base di una serie di principi e criteri generali. Tra questi, alcuni assumono una valenza immediata per il Distretto: si sottolinea che occorre perseguire l'integrazione dei servizi sanitari e dei servizi sociali come strategia per creare un più ampio ed efficace sistema di offerta di servizi per i cittadini

che richiedono percorsi di cura complessivi e, pertanto, integrati negli aspetti sanitari e sociali. Si prevede, inoltre, la realizzazione di una efficace integrazione fra le attività del livello operativo dell'Azienda Usl e l'attività del medico di famiglia, al fine di garantire un'offerta di prestazioni il più possibile "a misura" del cittadino, ed anche per consentire una sensibile riduzione della domanda di ospedalizzazione o istituzionalizzazione, con conseguenti minori costi umani ed economici. A tal fine la legge delega indica: "L'organizzazione delle attività a livello di Distretto dovrà, pertanto, essere tale da tenere aperto un costante canale di comunicazione con i medici di famiglia, che rappresentano i principali ordinatori di prestazioni e, quindi, di spesa". I principi a cui si fa riferimento sono contenuti all'art. 2, co. 1, ai punti: bb) - I distretti; b) - Integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali.

La centralità del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta sono i riferimenti immediati e diretti per le persone e le famiglie. Sono integrati nell'organizzazione distrettuale e a loro compete sia valorizzare le funzioni educative e di promozione della salute a diretto contatto con l'utenza, sia valutare i bisogni delle persone al fine di orientare e regolare l'accesso al Ssn. L'attivazione coordinata della loro funzione è richiesta per garantire la continuità dell'assistenza al cittadino, in quanto il raccordo tra strutture e servizi sanitari inizia dal medico di medicina generale e risulta centrale anche nella razionalizzazione dell'accesso alle strutture ospedaliere e nella responsabilizzazione nei riguardi della spesa.

Fino alla seconda metà degli anni '90 l'Italia si è contraddistinta quindi da un modello di assistenza primaria centrato sulla singola figura del medico generalista, scelto liberamente dal paziente e incaricato di fornire l'assistenza di base, compresa la prescrizione dei farmaci, nonché di guidare il paziente nell'accesso alle prestazioni specialistiche ed ospedaliere, di promuovere la salute e più in generale di coordinare gli interventi assistenziali attraverso rapporti personali e continuativi

con i propri assistiti; da qui anche l'appellativo di "medico di famiglia".

Successivamente comincia una nuova spinta al cambiamento, sia per effetto dello sviluppo del sistema aziendale sanitario sia per l'analisi delle esperienze britanniche di *fundholding*, dei *Primary care trust* e, più recentemente, dei *Primary care groups*. Tuttavia solo in epoca più recente in Italia si operano decisivi passi per realizzare un nuovo equilibrio tra ospedale e territorio e valorizzare concretamente la medicina primaria (promuovendone anche un percorso di sviluppo in senso aziendalistico), quando questo processo diviene indispensabile per prevenire e per dare risposta a crescenti bisogni complessi di salute, spesso di tipo socio-sanitario, ed anche per conciliare le esigenze di equità e di solidarietà con un quadro di risorse limitate.

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 opera un sostanziale passaggio: prevede che al territorio vadano dedicate più risorse di quelle previste per l'ospedale e, per rafforzare l'unitarietà degli interventi sul territorio, per la prima volta ricompongono tutte le attività territoriali in un unico Livello essenziale di assistenza (Lea distrettuale), superando la logica del Psr 1994-1996 che invece prevedeva tre livelli: assistenza sanitaria di base; specialistica semiresidenziale e territoriale; residenziale per non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati. Lo stesso Piano prevede che la riorganizzazione del Distretto deve avviarsi dalla valorizzazione del suo nucleo fondamentale: la medicina generale.

In coerenza con queste indicazioni, il Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successive modificazioni ed integrazioni segna una svolta per la sanità del territorio attribuendo al Distretto l'autonomia indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di salute. La parte del decreto riferita ai servizi territoriali è divenuta componente determinante degli strumenti normativi per il completamento dell'aziendalizzazione.

Il D.lgs. n. 229/1999 – pur demandando alle Regioni l'organizzazione distrettuale – rappresenta

il primo quadro organico di riferimento legislativo sul Distretto, al quale dedica una serie di norme definendone alcuni principi fondamentali (artt. 3 *quater* e ss.), dotando il Distretto di una forte connotazione organizzativa e valorizzando la riorganizzazione della medicina nel territorio.

Le principali novità riguardano: la garanzia dei servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie e il coordinamento delle attività distrettuali con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri; la disponibilità di risorse autonome in base agli obiettivi di salute della popolazione; l'autonomia economico-finanziaria e tecnico-gestionale con contabilità separata nell'ambito del bilancio dell'Azienda sanitaria locale (Asl).

L'art. 3 *quinquies* prevede che le Regioni disciplinino l'organizzazione del Distretto in modo da garantire l'assistenza primaria e la continuità assistenziale mediante l'approccio multidisciplinare tra Mmg, Pls, servizi di guardia medica e presidi specialistici ambulatoriali.

Rilevante è il collegamento tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta con le strutture ospedaliere e specialistiche al fine di garantire ai pazienti un corretto percorso assistenziale. Il Distretto ha una dimensione molto ampia, di norma 60.000 abitanti, salvo deroghe per aspetti territoriali e demografici, e tra i suoi compiti è inclusa l'erogazione dell'assistenza primaria (operando un salto di qualità rispetto al tradizionale concetto di "assistenza di base") e l'assistenza socio-sanitaria (è questo un elemento di sostanziale novità rispetto alla normativa precedente), nonché l'assistenza specialistica ambulatoriale.

Afferiscono al Distretto, inoltre, le tradizionali aree dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, ma il decreto opera uno sforzo di indicazione per aree di bisogno (attività o servizi per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze; attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia; attività o servizi rivolti a disabili e anziani, attività o servizi per le patologie da Hiv e per le pato-

logie in fase terminale), nell'intento di ricondurre ad unitarietà un'insieme articolato e spesso frammentario di servizi sanitari e socio-sanitari presenti sul territorio. Allo stesso fine di coordinamento delle attività, la norma prevede che nel Distretto trovino una "collocazione funzionale" le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

Nel disegno del D.lgs. 229/1999 il Distretto è sostanzialmente configurato come il sistema al quale è riconosciuta la responsabilità di governare la domanda (ruolo di committenza – valutare quali servizi per quali bisogni) e di assicurare la gestione dei servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione). La norma non specifica le modalità di svolgimento di queste funzioni; rientra nella competenza regionale indicare, ad esempio, se la funzione di produzione è erogata con gestione diretta dei servizi e delle prestazioni o anche ricorrendo alla negoziazione e all'acquisto di prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati accreditati.

Il D.lgs. 229/1999 sviluppa le indicazioni già contenute nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, con il chiaro intento di rafforzare le funzioni del Distretto, sia come punto di riferimento per i cittadini per l'accesso ai servizi della Asl sia come nodo essenziale ed unificante della rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali territoriali, nonché come "luogo naturale" dell'integrazione socio-sanitaria.

A questo fine il D.lgs. n. 229/1999 perviene anche ad indicazioni specifiche, quasi di dettaglio, quali la disciplina del ruolo e della funzione del Direttore di Distretto (art. 3 *sexies*), la configurazione dello stesso come struttura complessa (non indicato in modo esplicito, ma derivante da una serie di indicazioni: il Direttore di Distretto è responsabile degli obiettivi e delle risorse assegnate e fa parte integrante del Collegio di direzione).

Negli anni successivi alla riforma del 1999 assu-

me particolare rilevanza la modifica del titolo V, Parte II, della Costituzione, avvenuta con la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 la quale ha favorito una forte diversificazione nell'organizzazione sanitaria a livello regionale.

In questo periodo noto come "Devolution", la rete distrettuale diviene la migliore soluzione per l'applicazione di nuove forme di assistenza ed è paragonata come il motore per la mobilitazione delle risorse della comunità.

A seguito della modifica della Costituzione, la definizione e le scelte sul Distretto, come ogni altro aspetto dell'organizzazione dei servizi sanitari, spettano alle Regioni e l'attenzione si sposta su come garantire ai cittadini, dovunque essi si trovino, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (Lea).

Si evidenziano, inoltre, alcuni aspetti fondamentali nella definizione delle attività dei Distretti.

Il Distretto deve operare pianificando le proprie attività, tramite il Programma delle attività territoriali (Pat) o – secondo l'indicazione di diverse Regioni – il "piano territoriale della salute".

Il Pat potrebbe definirsi come l'atto della programmazione negoziata con gli enti locali degli obiettivi e delle attività da erogare, sulla base delle risorse assegnate e tenendo conto delle indicazioni pianificatorie del Direttore generale e degli orientamenti regionali.

In realtà il D.lgs. 229/1999 attribuisce al Pat funzioni più limitate:

- definire la localizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari distrettuali;
- determinare le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico della Usl e dei Comuni.

La funzione concreta del Pat non può che essere più ampia, riguardando almeno la definizione operativa dei programmi socio-sanitari, la fissazione dei volumi e tipologie delle prestazioni socio-sanitarie, le modalità di coordinamento delle attività distrettuali con quelle delle altre articolazioni dell'Azienda, quali i presidi ospedalieri, del di-

partimento di prevenzione e del dipartimento di salute mentale.

Il Pat è proposto dal direttore del Distretto sulla base delle risorse assegnate e delle priorità stabilite dalla Regione; è elaborato con la partecipazione degli enti locali, ossia con il Comitato dei sindaci del Distretto (è prevista l'intesa del Comitato per le attività socio-sanitarie e il parere dello stesso sugli altri aspetti); è approvato dal Direttore generale dell'Azienda.

Per il coordinamento con gli enti locali, il D.lgs. 229/1999 prevede la costituzione nel Distretto di un organismo di rappresentanza comunale: il Comitato dei sindaci di Distretto che concorre alla predisposizione del Pat e alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dallo stesso; l'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati dalla Regione.

Un aspetto su cui il D.lgs. n. 229/1999 non interviene è il coordinamento tra i Distretti, esigenza che è chiaramente sentita dai cittadini (che spesso lamentano di trovare, anche in Distretti limitrofi, percorsi o procedure amministrative diverse). Nelle Regioni i Distretti si coordinano o all'interno di un più ampio dipartimento territoriale o di medicina di base; poco presente sembra essere un organismo specifico per il coordinamento composto dai Direttori di Distretto.

Il D.lgs. n. 229/1999 prevede che i Distretti devono avere una popolazione minima di almeno 60.000 abitanti, salvo che la Regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità di popolazione, stabilisca diversamente. È l'unico riferimento a un determinato bacino di utenza contenuto nel D.lgs. 229/1999, che non ripropone il criterio provinciale indicato, per le Aziende Usl, dall'originario testo del D.lgs. n. 502 del 1992.

Il riferimento ad un rilevante bacino di utenza per i Distretti è suggerito da esperienze regionali in materia, che lo indicano come un aspetto rilevante per potere realmente rappresentare i bisogni di una comunità locale e divenire sede di programmazione concertata degli aspetti sanitari

e socio-assistenziali con i Comuni.

Un altro importante riferimento in questo senso è contenuto nella Legge 8 novembre 2000, n. 328 conosciuta come legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che indica alle Regioni, come elemento non obbligatorio ma da considerare come importante e prioritario, la coincidenza tra Distretti sanitari e ambiti sociali.

Spetta alla Regione definire i criteri per l'articolazione dell'Azienda Usl in Distretti, mentre il Direttore generale, nell'atto aziendale, dovrà individuarli specificamente e definirne le modalità organizzative e di funzionamento al pari di ogni altra articolazione aziendale.

La riforma attribuisce al Distretto un ambito di autonomia analogo a quello previsto per le altre due articolazioni organizzative dell'Azienda, costituite dai presidi ospedalieri e dal dipartimento di prevenzione e specificamente:

- autonomia economico-finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate, con contabilità finanziaria all'interno del bilancio della Usl. Spetta al Direttore generale attribuire al Distretto un volume di risorse determinato in funzione degli obiettivi di salute e del volume programmato di attività del Distretto;
- autonomia gestionale nell'ambito dei programmi approvati dall'Azienda, tenendo conto dei Piani di zona dei servizi, definiti di comune intesa con i Comuni interessati.

Per quanto riguarda le funzioni di produzione del Distretto, l'art. 3 *quinquies* esplicita che è compito del Distretto garantire:

- l'*assistenza primaria* (concetto mutuato dalla "Primary care" del sistema sanitario inglese, e che va ben oltre l'assistenza "di base"), *ivi compresa la continuità assistenziale*. Le modalità devono comprendere il coordinamento, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- l'*erogazione delle prestazioni socio-sanitarie ad ele-*

vata integrazione sanitaria, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria delegate dai Comuni. In questo modo si esplicita che è compito istituzionale del Distretto garantire le prestazioni socio-sanitarie, per lo meno quelle caratterizzate da elevata integrazione sanitaria. Si tratta di una novità introdotta dal D.lgs. n. 229/1999, a fronte dell'esigenza di rispondere a bisogni del cittadino che non possono essere settorialmente divisi nelle istanze sanitarie ed in quelle sociali, valorizzando il rapporto tra la Asl e gli Enti locali, prima di tutto nel Distretto, anche se rimane la difficoltà nell'individuazione delle prestazioni e la necessità che si affronti in modo unitario un bisogno socio-sanitario in continua crescita.

Gli ambiti di attività del Distretto comprendono, pertanto:

- assistenza di base;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- attività o servizi consultoriali per la tutela della salute di infanzia, donna e famiglia;
- attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- attività o servizi di assistenza domiciliare integrata (Adi);
- attività o servizi per le patologie da Hiv e per le patologie in fase terminale.

Trovano collocazione funzionale nel Distretto le articolazioni organizzative dei:

- dipartimento della salute mentale;
- dipartimento della prevenzione.

Il Distretto non è solo luogo di produzione di servizi, ma anche di programmazione, sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione e della definizione degli obiettivi. Da tale analisi inizia il percorso della definizione delle priorità, delle attività e delle risorse necessarie per attuarle, della scelta se utilizzare servizi interni all'Azienda o acquistarli all'esterno.

In tale funzione, assume un ruolo fondamentale il Direttore del Distretto e la capacità dello stesso di rapportarsi da un lato con la direzione azien-

dale dall'altro con i Comuni e con i medici interessati, ed in primo luogo con i medici di medicina generale. Per poter garantire concretamente lo svolgimento della funzione di committenza, che si potrebbe riassumere nell'individuazione di "quali servizi per quali bisogni", alcune Regioni stanno distinguendo le responsabilità: la funzione di committenza è attribuita direttamente al Direttore di Distretto; la produzione di servizi al Responsabile del dipartimento cure primarie (in altre Regioni "dipartimento servizi sanitari di base").

La norma prevede, inoltre, che vi sia un "coordinamento con i medici di medicina generale".

La formula conferma l'orientamento per l'utilizzo esplicito e valorizzativo dell'apporto epidemiologico valutativo ed operativo dei medici di medicina generale nell'ambito del rapporto convenzionale per le finalità di servizio sanitario.

Nella realtà operativa è molto sentita l'esigenza che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta siano realmente integrati nel Distretto, con la possibilità di guidare il cittadino nel percorso assistenziale necessario tra i diversi servizi della Asl e di fornire tutta la ricchezza delle loro possibilità di apporto conoscitivo e valutativo della situazione sanitaria e delle esigenze della popolazione servita.

Si tratta di un obiettivo che le Regioni stanno perseguendo con nuove soluzioni. Una delle modalità è quella di promuovere l'associazionismo dei medici di medicina generale (inteso come associazione su programmi e non solo messa in comune di strumenti operativi) e di attuare pienamente la potenzialità di quanto previsto dagli Accordi collettivi nazionali dei Mmg e dei Pls sulla quota variabile del compenso legata ai programmi di Distretto. In quest'ambito si pone la costituzione di "nuclei di cure primarie" o "gruppi di cure primarie" costituito da medici di medicina generale di un determinato ambito territoriale (15.000, 20.000 abitanti) all'interno di un più ampio "Dipartimento di cure primarie".

La norma fissa il principio, non le modalità: il Di-

stretto deve garantire il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale.

Il Direttore del Distretto è una figura importante, per la prima volta disciplinata da una norma primaria, per il concreto svolgimento dei livelli di autonomia attribuiti al Distretto; ha la responsabilità generale delle attività, sia programmatiche sia gestionali, del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla direzione generale e della gestione delle risorse assegnate al Distretto.

A tal fine organizza le attività distrettuali, in modo da perseguire pari opportunità di accesso ai servizi da parte dei cittadini, garantire l'integrazione e la continuità dell'assistenza (coordinandosi anche con l'assistenza ospedaliera). Supporta la direzione generale nei rapporti con i Sindaci del Distretto.

Le funzioni, pertanto, sono tipicamente manageriali e si riconducono almeno a: analisi dei bisogni, progettazione e valutazione dei servizi; gestione di dati sanitari, sociali, economici; gestione del *budget* e programmazione; gestione organizzativa di personale, strutture, processi; sviluppo delle risorse umane; comunicazione interna; comunicazione esterna.

Per quanto riguarda i requisiti per ricoprire l'incarico di Direttore di Distretto, la norma indica che l'incarico può essere attribuito a:

- un dirigente dell'Azienda, che abbia acquisito una specifica esperienza nei servizi territoriali ed adeguata formazione nell'organizzazione dei servizi territoriali;
- un medico convenzionato con almeno dieci anni di servizio.

Le norme regionali, cui spetta disciplinare le modalità per l'attuazione della norma, non forniscono in genere ulteriori requisiti (sembra prevalere la scelta "*intuitus personae*", ossia lasciare al Direttore generale ampia discrezionalità nella nomina, con pochi vincoli). Raramente, inoltre, le norme identificano la necessità di superare corsi specifici

ci atti ad acquisire un'adeguata formazione nell'organizzazione dei servizi territoriali (sia per il medico di medicina generale sia per il dirigente) anche se alcune Regioni o talune Aziende hanno sperimentato corsi di formazione manageriale per Direttori di Distretto.

Le figure professionali presenti come Direttore di Distretto sono in realtà le più varie. Solo alcune Regioni hanno richiesto esplicitamente (generalmente con normativa antecedente al D.lgs. n. 229/1999) una certa figura professionale, in genere un dirigente "medico", con formazione di preferenza nell'area dell'organizzazione dei servizi di base o con competenze nell'area socio-sanitaria.

È competenza del direttore di Distretto gestire le risorse assegnate dalla direzione generale che dovrebbero essere rapportate agli obiettivi di salute da conseguire. Per facilitare questo difficile percorso, la Legge 23 dicembre 2000, n. 388 (Finanziaria 2001), nell'ambito delle misure per razionalizzare la spesa sanitaria, ha previsto la *sperimentazione del "budget di Distretto"*.

Il co. 2 dell'art. 86 ha stabilito, a tal fine, che ogni Regione assegni, in via sperimentale, a uno o più Distretti, una *"dotazione finanziaria virtuale, calcolata sulla base del numero di abitanti moltiplicato per la parte della quota capitaria concernente le spese per prestazioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche, ospedaliere e residenziali, che si presumono indotte dall'attività prescrittiva dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali e convenzionati e dei medici di continuità assistenziale"*.

Inoltre, l'art. 86 nei commi seguenti prevede che tale budget deve essere oggetto di monitoraggio, nei 12 mesi successivi l'inizio della sperimentazione, di un apposito Comitato, con l'obiettivo di contenere la dinamica della spesa e di garantire trimestralmente la verifica della *"compatibilità tra la proiezione di spesa e la dotazione finanziaria complessiva"*.

In particolare: il budget di Distretto può considerarsi da un lato uno strumento operativo delle

Aziende Usl, dall'altro un sistema di programmazione e controllo, teso al miglioramento continuo dell'attività dei medici a rapporto convenzionale con il Ssn e dei fattori produttivi del Distretto per il monitoraggio della quota di spesa indotta. La realizzazione richiede, pertanto, sia la ricostruzione della spesa riferibile ai medici a rapporto convenzionale con il Ssn, sia l'individuazione degli interventi necessari per recuperare margini di efficienza e per migliorare l'utilizzo dei servizi in termini di appropriatezza e accessibilità. In tutto il processo vanno coinvolti direttamente i medici di medicina generale e gli altri operatori del territorio.

La sperimentazione, con i criteri della Legge n. 388/2000, è stata in seguito condotta da circa metà delle Regioni (Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, P.A. Bolzano, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Molise, Campania, Puglia, Basilicata) e solo in alcune ha riguardato la totalità delle Asl (Piemonte e Bolzano). Sperimentazioni specifiche, che tengono conto di criteri diversi rispetto a quelli della Legge n. 388/2000 sono state avviate dal Friuli Venezia Giulia, dalle Marche e dalla P.A. di Trento e regolate da proprie leggi regionali.

Il D.lgs. n. 229/1999 prevede, inoltre, che vi sia un *"coordinamento con i medici di medicina generale"*. La formula conferma l'orientamento per l'utilizzo esplicito e valorizzativo dell'apporto epidemiologico valutativo e operativo dei medici di medicina generale nell'ambito del rapporto convenzionale per le finalità di servizio sanitario. Nella realtà operativa, è molto sentita l'esigenza che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta siano realmente integrati nel Distretto, con la possibilità di guidare il cittadino nel percorso assistenziale necessario tra i diversi servizi della Asl e di fornire tutta la ricchezza delle loro possibilità di apporto conoscitivo e valutativo della situazione sanitaria e delle esigenze della popolazione servita.

Grande importanza hanno assunto, per la medicina generale, gli Accordi collettivi nazionali del

2000 e i successivi accordi decentrati approvati dalle Regioni.

Il Decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 di recepimento della “Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli” come modificato dal Decreto legislativo 8 luglio 2003, n. 277 di recepimento della “Direttiva 2001/19/CE che modifica le direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive del Consiglio concernenti le professioni di infermiere professionale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico” introduce, inoltre, il corso di formazione specifica in medicina generale e rende obbligatorio il relativo diploma per ogni “nuovo” medico chirurgo che intenda esercitare la professione di medico di medicina generale nell’ambito del Ssn.

La Legge n. 328 del 2000 riporta alcune indicazioni di particolare rilievo per il Distretto.

L’art. 8, co. 3, lett. a) fa riferimento al coordinamento o coincidenza tra l’ambito territoriale delle zone sociali e quello dei Distretti sanitari. Questa norma risulta di particolare rilievo, in quanto la coincidenza tra l’ambito territoriale del Distretto e quello della zona sociale può favorire l’appartenenza ad una comunità locale e, quindi, la costruzione di programmi integrati di tutela della salute e di assistenza alla persona a fronte dei bisogni più complessi.

L’art. 19, invece, fa riferimento al coordinamento tra la pianificazione zonale e quella distrettuale: i Comuni afferenti al Distretto sanitario predispongono il Piano di zona in accordo con l’Azienda Usl, così come il D.lgs. n. 229/1999 prevede che il Programma delle attività territoriali del Distretto avvenga su parere dei Comuni (Comitato dei sindaci di Distretto) per la parte sanitaria, e d’intesa con i Comuni per la parte socio-sanitaria. Il coordinamento della programmazione mira a favorire la realizzazione di programmi integrati per il cittadino e di un punto unico di riferimento per la comunità locale.

Il Dpcm 29 novembre 2001 di definizione dei

Lea all’allegato 1 inserisce un’importante disaggregazione del livello “Assistenza distrettuale” in una serie di sotto-livelli, che mirano ad approfondire la conoscenza su tematiche centrali per l’assistenza sul territorio.

Appaiono così, per la prima volta, le diverse tipologie di assistenza sanitaria domiciliare: da quella più semplice di tipo infermieristico; alla presenza programmata a domicilio dei medici di medicina generale; a quella – ben più complessa – che richiede l’integrazione tra più servizi sanitari e servizi sociali.

Vengono, inoltre, inserite le forme di assistenza residenziale e semiresidenziale distinte in relazione ai destinatari: anziani non autosufficienti; tossicodipendenti o alcooldipendenti; persone con problemi psichiatrici; persone disabili; pazienti nella fase terminale; persone con infezione da Hiv. Si conferma, inoltre, l’attenzione all’assistenza sanitaria di base, distinta dalla continuità assistenziale notturna e festiva e dalla guardia medica turistica (ancora, tuttavia, legati unicamente al rapporto numerico paziente-medico, per la difficoltà di rilevare i servizi e le prestazioni riconducibili alla *Primary care*).

Altre aree sono ormai classiche, come l’assistenza farmaceutica (distinguendo i farmaci essenziali, di fascia A, da quelli parzialmente rimborsabili), l’assistenza integrativa (con fornitura di prodotti o presidi a soggetti con particolari malattie, come il morbo celiaco e il diabete mellito) e quella protesica.

Il Dpr 28 luglio 2000, n. 270 riguarda l’Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. La normativa comporta una riorganizzazione complessiva dell’area della medicina generale ed accentua il ruolo delle Regioni, delle Aziende e delle organizzazioni sindacali nelle loro diverse articolazioni territoriali per stimolare la crescita di una dinamica innovativa che migliori la qualità dell’assistenza e che contribuisca allo sviluppo di una cultura e di un modo di operare teso all’uso appropriato dell’offerta di prestazioni sanitarie.

L'Accordo, inoltre, attua i principi affermati sotto vari profili dal D.lgs. n. 229/1999 che prevede specifiche norme per il coinvolgimento del medico di medicina generale nelle problematiche distrettuali ed in particolare stabilisce nelle premesse che *“il medico di medicina generale partecipa alle procedure di verifica della qualità delle prestazioni, all'individuazione e al perseguimento degli obiettivi del Distretto e alla elaborazione di linee guida volte anche alla ottimizzazione dell'uso delle risorse”*. Una quota variabile dello stipendio dei medici di medicina generale è legata alla sua adesione ad obiettivi del Distretto, quali l'Assistenza domiciliare integrata, l'Assistenza domiciliare programmata e l'Assistenza domiciliare nelle residenze sanitarie per gli anziani.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 è il primo Piano, dopo il riassetto istituzionale dei poteri tra Stato, Regioni, Enti locali, operato con la riforma del Titolo V della Costituzione.

Tale Psn, pertanto, individua principi e obiettivi fondamentali del sistema sanitario, riconoscendo che spetta alle Regioni e agli Enti locali lo sviluppo e l'organizzazione del sistema operativo per realizzarli.

Per quanto riguarda i servizi sanitari territoriali, vi sono due obiettivi di specifico rilievo:

- *“promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari”*;
- *“promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili”*.

Anche un altro obiettivo, più generale, ha notevole rilevanza per il territorio:

- l'attuazione dei Lea e la riduzione delle liste di attesa, con particolare attenzione agli aspetti di appropriatezza ed integrazione: temi rispetto ai quali si possono delineare molte linee di intervento per l'assistenza territoriale e per l'integrazione con i servizi ospedalieri.

Interessante è notare che il Piano non contiene riferimenti specifici al Distretto, ma sempre alla rete dei servizi territoriali, presumibilmente per-

ché il Distretto costituisce un modello organizzativo la cui attuazione compete alle Regioni.

Con il primo obiettivo, il Piano rileva la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi che sono assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica che non è più sostenibile.

A tal fine, il Piano prevede l'individuazione di un nuovo assetto dei servizi territoriali, che individui anche soluzioni innovative, organizzative e gestionali per orientare diversamente la domanda di prestazioni e garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Lea. Il Piano indica alcuni elementi essenziali del nuovo assetto: una medicina del territorio riportata al centro del sistema con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta chiamati a partecipare agli obiettivi di salute e a governare i percorsi di cura; un sistema di offerta di servizi territoriali corretta e razionale; una stretta integrazione tra servizi sanitari e sociali; una reinterpretazione del rapporto tra territorio ed ospedale affrontando i connessi temi delle liste di attesa, il sottoutilizzo e l'utilizzo improprio di risorse nel sistema. Il riordino, inoltre, deve garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del medico dell'assistenza sanitaria di base.

Interessante è anche il cambio di prospettiva operato dal Piano: il territorio è sempre stato considerato erogatore di servizi extra ospedalieri, oggi è necessario indirizzare chiaramente una nuova e razionale offerta di prestazioni sul territorio, che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza extra territoriale sempre più riservato alle patologie acute. È una linea che inverte il tradizionale sistema 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 socio-assistenziali dei cittadini.

Con il secondo obiettivo, il Piano prevede l'indi-

viduazione di nuove strategie per rendere più efficace ed efficiente la gestione dei servizi esistenti. In particolare, prevede lo sviluppo di interventi preventivi volti a limitare le disabilità e il potenziamento delle cure domiciliari ed altre forme di sostegno alla famiglia.

Si tratta di sviluppare un sistema di servizi diversificati e più efficaci anche con l'introduzione di meccanismi competitivi e di attribuire una maggiore capacità di scelta ai beneficiari finali dei servizi; di sperimentare nuove modalità di organizzazione dei servizi ricorrendo a collaborazioni con il privato e sostenendo la rete di assistenza informale ed il volontariato.

Vanno, infine, attivati sistemi di garanzia di qualità e adeguati controlli per gli erogatori di servizi sociali e sanitari.

Per sostenere queste scelte, il Ministero della Salute, in accordo con le Regioni, inserisce le "cure primarie" tra i 5 obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale 2003-2005, sostenuti da appositi finanziamenti (ai sensi dell'art. 1, co. 34, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662), cui le Regioni accedono previa presentazione di specifici progetti. Il Psn 2003-2005, ed ancor più il successivo Piano sanitario nazionale 2006-2008, chiedono al sistema la capacità di innovarsi, a partire dalla Primary care, tradotta come "cure primarie", ma che mira a cogliere tutta la ricchezza del concetto nel mondo anglosassone, che comprende l'integrazione socio-sanitaria e le diverse tipologie di assistenza (da quella domiciliare a quella semiresidenziale e residenziale).

Con il Psn 2006-2008, in particolare, si mira a rafforzare l'integrazione del Mmg/Pls nel sistema promuovendo lo sviluppo delle forme aggregative innovative della medicina generale, quali le équipe territoriali e i nuclei o unità di cure primarie fino alle Unità territoriali di assistenza primaria (Utap), ispirandosi chiaramente al modello del "Primary care trust". Il Piano, inoltre, stabilisce che le Regioni attribuiscono ancora più risorse finanziarie all'assistenza territoriale, fino a raggiungere questi parametri tendenziali: 51% as-

sistenza distrettuale; 44% assistenza ospedaliera; 5% prevenzione.

Inoltre l'Accordo tra Stato e Regioni del 23 marzo 2005, conosciuto come "Patto di stabilità in materia sanitaria", nell'aggiornare quanto previsto dall'Accordo 8 agosto 2001, prevede che le Regioni devono sviluppare una serie di azioni per contenere la spesa sanitaria e per raggiungere un diverso equilibrio tra ospedale e territorio, tra cui:

- ridurre i posti letto ospedalieri fino a pervenire, entro l'anno 2007, allo standard medio di 4,5 posti letto ospedalieri per mille abitanti in ogni Regione, comprensivi sia dei posti letto per acuti sia di quelli per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- promuovere le forme brevi di ricovero ospedaliero medico o chirurgico (*day hospital* e *day surgery*, con durata entro le 12 ore diurne) e potenziare le forme alternative di ricovero ospedaliero;
- ridurre il tasso di ospedalizzazione, fino a pervenire a 180 ricoveri ospedalieri per mille abitanti residenti, di cui quelli a regime diurno di norma pari al 20%;
- prevedere una durata massima dei ricoveri ospedalieri di lungodegenza oltre i quali si applica un abbattimento tariffario (fino all'adozione delle norme regionali, la durata massima è fissata in 60 giorni, oltre i quali si applica una tariffa ridotta del 30%).

Lo stesso Accordo approva il Piano nazionale della prevenzione e prevede il successivo sviluppo di un Piano nazionale per il contenimento delle liste di attesa. Quest'ultimo è stato in seguito disciplinato sia dalla legge Finanziaria 2006 (Legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, co. da 279 a 284), sia da un apposito Accordo Stato-Regioni siglato il 28 marzo 2006.

Il successivo Psn 2006-2008 afferma che un importante ambito di rinnovamento del Ssn è la riorganizzazione delle cure primarie delle quali va accelerato il processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgi-

mento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio.

Il Piano sottolinea, inoltre, la necessità di completare l'offerta dei servizi nel raccordo ospedale-territorio, con il rafforzamento delle cure intermedie (*intermediate health care*) e lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'ospedale di comunità.

Una scelta che caratterizza il Patto per la salute 2006-2009 che – nell'intento di rafforzare l'assistenza territoriale come “secondo pilastro della sanità” – al fine del miglioramento delle prestazioni del Ssn richiede un significativo rafforzamento dell'attività di prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie nonché lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti.

Tra le tematiche di particolare rilevanza per il Ssn, il Patto per la salute 2006-2009 ribadisce che per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino/paziente – oltre a generalizzare le già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Utap – promuove ulteriori forme e modalità erogative dell'insieme delle cure primarie, attraverso l'integrazione dei medici di famiglia tra di loro e con la realtà distrettuale, con i medici della continuità assistenziale e con i medici del 118, anche allo scopo di migliorare le varie forme di assistenza domiciliare.

Il Patto per la salute 2010-2012 all'art. 9 dispone che nelle singole Regioni e Province autonome – al fine di promuovere un'adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti – la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti so-

no oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente Dpcm di fissazione dei Lea; inoltre, l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata all'effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

Anche l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 marzo 2009 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009 – di fronte a cambiamenti che impongono alla sanità pubblica scenari di assistenza assai diversi rispetto al passato quali la migliore aspettativa di vita, l'invecchiamento della popolazione, il conseguente incremento dell'incidenza delle malattie croniche e degenerative – si sofferma sul tema delle cure primarie ribadendo come nel corso dell'ultimo decennio, una parte significativa dei servizi sanitari pubblici dei Paesi occidentali più avanzati ha riconosciuto la strategicità dei sistemi di assistenza primaria per garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute e di assistenza. Le cure primarie vengono individuate come “l'area sistema” nella quale si realizza l'approccio primario alla promozione e tutela della salute della popolazione.

L'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina generale, siglato a febbraio 2005, prevede lo sviluppo di forme aggregative della medicina generale, ed in particolare dell'équipe territoriale per una maggiore integrazione nel Distretto e la realizzazione di obiettivi di tutela della salute.

In particolare, l'art. 26 prevede che le Regioni e le Aziende, attraverso l'istituzione di équipes territoriali, realizzino forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, la continuità dell'assistenza, la presa in carico del paziente e il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali. L'équipe territoriale è:

- strumento attuativo della programmazione sanitaria;

- momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel Distretto per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.

Inoltre, in coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004, le Regioni possono prevedere, in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle Utap. Questa è intesa come organismo operativo distrettuale, e struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.

Gli Accordi Collettivi Nazionali dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, firmati il 27 maggio 2009, riprendono in generale quanto contenuto negli Accordi precedenti. Tra gli aspetti innovativi, questi Accordi prevedono:

- l'adesione – obbligatoria secondo quanto previsto dall'art. 45 e 44 “Compiti del medico” rispettivamente dell'Acn dei Mmg e dell'Acn dei Pls – alle *unità complesse delle cure primarie* (introdotte dagli Acn 2009), che tra le funzioni di base hanno quella di “*contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i Distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza*”.

L'Acn del 2009 sancisce anche l'obbligatorietà per i Mmg di partecipare alle *Aggregazioni funzionali territoriali* con lo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della “*evidence based medicine*” nell'ottica più am-

pia della “*clinical governance*”;

- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di “*peer review*”;
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

L'Aggregazione funzionale persegue le finalità previste attraverso:

- l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;
- la condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;
- la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità previste.

L'ultimo atto normativo di riferimento è rappresentato dal documento di Piano sanitario nazionale 2011-2013 attualmente in fase di approvazione, dopo il primo passaggio in Consiglio dei Ministri nella seduta del 21 gennaio 2011, che con il capitolo 2.7 sottolinea la “*Centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali*”. In particolare, il Psn 2011-2013 precisa che “*la funzione delle cure primarie deve essere riconosciuta nelle strategie aziendali mediante la definizione, nei momenti istituzionali e nei documenti di pianificazione e di strategia aziendale, del ruolo e degli obiettivi assegnati ad esse e al Distretto. A quest'ultimo è, inoltre, affidata la governance del sistema per l'erogazione di livelli appropriati*”.

Il Psn 2011-2013 prevede, inoltre, che la programmazione regionale definisca “*i modelli organizzativi delle cure primarie più rispondenti ai bisogni*”

del proprio territorio e attiva, ove necessario, modelli sperimentali per i PLS, ai fini di adeguare il servizio ai nuovi bisogni”.

Ai fini del miglioramento della qualità delle cure primarie, ed in particolare per il tema dei Distretti, il Psn 2011-2013 prevede il ricorso a:

■ *leve di governance (dimensione strategica) volte al contenimento degli interessi dei diversi attori verso gli obiettivi di qualità delle cure primarie. Le principali leve sono:*

- *strumenti di programmazione territoriale/distrettuale (Pal/Pat)*
- *accordi con la medicina convenzionata (Accordi attuativi aziendali - Aaa)*
- *processo di valutazione e di miglioramento continuo delle cure primarie*

■ *leve di gestione (dimensione operativa), intese come l'insieme delle azioni poste in essere per perseguire gli obiettivi definiti a livello strategico. I principali strumenti di gestione delle cure primarie sono:*

- *forme organizzative, tra le quali le Aggregazioni funzionali territoriali (Acn 2009 e Acn 2010), che comprendono al proprio interno le medicine di gruppo;*
- *sistema di monitoraggio;*
- *processi d'integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico-terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione socio-sanitaria) sia a livello informatico/informativo (Acn 2009 e Acn 2010);*
- *formazione continua.*

Il Mmg ed i professionisti territoriali vedono rafforzato il loro ruolo attraverso la realizzazione di sistemi d'integrazione tra coloro che operano nel territorio (rete orizzontale) e tra le diverse strutture d'offerta, in particolare tra territorio ed ospedale (rete verticale).

Il percorso delineato deve consentire un'organizzazione della sanità che definisca esattamente il ruolo dell'ospedale e del territorio a garanzia della continuità delle cure e della centralità della persona.

Nell'ambito del paragrafo 2.7.2, la “Continuità delle cure e integrazione ospedale territorio”, il Psn 2011-2013 “prevede appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team carat-

terizzato da competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione di appropriatezza, delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali”.

“Per gli assistiti che vengono dimessi dall'ospedale e presi in carico sul territorio la continuità delle cure deve essere garantita, già durante il ricovero, da un'attività di valutazione multidimensionale che prenda in esame sia le condizioni cliniche sia quelle socio-assistenziali del paziente ai fini di definire, in accordo con il Mmg e durante il ricovero stesso, il percorso assistenziale più idoneo in compatibilità con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistenti.

Anche nella gestione integrata delle cronicità il Mmg è il principale referente e corresponsabile della presa in carico e del percorso diagnostico terapeutico più appropriato per il paziente stesso. La gestione della cronicità può prevedere un'organizzazione territoriale che comprenda la possibilità di disporre di posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da Mmg e personale infermieristico, all'interno di apposite strutture di cure intermedie, e al contempo percorsi dedicati per il ricovero ospedaliero”.

“Il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale vengono garantiti dal Distretto al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (Mmg e altre professionalità convenzionate).

Il Distretto rappresenta, inoltre, l'interlocutore degli Enti locali ed esercita tale funzione in modo coordinato con le politiche aziendali”.

Per quanto riguarda il paragrafo 2.7.3, “Rete assistenziale territoriale”, prendendo a riferimento quanto già attivato da diverse Regioni, “la rete assistenziale territoriale può avvalersi dei seguenti strumenti:

- *attivazione di posti letto territoriali gestiti dal Mmg e dal personale infermieristico;*
- *possibilità di una gestione della fase acuta a domicilio mediante un'assistenza domiciliare integrata garantita da gruppi multidisciplinari che offrano consulto im-*

mediato, organizzino la presa in carico strutturata sulla base di un piano terapeutico individuale ed integrino l'offerta di servizi sul territorio;

- disponibilità di posti letto in strutture intermedie intraospedaliere il cui coordinamento è affidato a team infermieristici con il medico specialista che svolge funzioni di consulenza a fronte di specifici bisogni di assistenza e monitoraggio;
- programmi di dimissione assistita o programmata dall'ospedale previa identificazione del percorso da seguire successivamente alla dimissione;
- programmi di dimissione protetta del paziente fragile dall'ospedale con l'identificazione della modalità di presa in carico;

- albergo sanitario, servizio gestito completamente da infermieri all'interno di apposite unità di tipo ambulatoriale e a bassa intensità assistenziale, rivolto sia a pazienti dimessi da una struttura ospedaliera sia a pazienti che attendono un ricovero ospedaliero programmato;
- programmi di ospedalizzazione domiciliare;
- strutture intermedie di riabilitazione post acuzie;
- centri di comunità/poliambulatori specialistici in cui sono presenti medici specialisti, Mmg ed infermieri;
- i team infermieristici di comunità che si recano al domicilio dei pazienti, spesso cronici, terminali o con esigenze riabilitative offrendo servizi di diversa intensità assistenziale”.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AA.VV. Sanità nel territorio. Studi ed esperienze di Distretto nelle Regioni. Monitor 2005; 13 (Suppl.).
- Achard PO. Economia e organizzazione delle imprese sanitarie. Franco Angeli, Milano, 1999.
- Bellentani M et al. Lo stato di attuazione dei Distretti in Italia. Un'indagine conoscitiva. Documento Agenas, 2006.
- Bellentani M, Guglielmi E. Aspetti innovativi delle cure primarie. Salute e territorio 2009; 175:214-8.
- Bellentani M, Bugliari Armenio E. I Fondi per le Politiche per la Non Autosufficienza nelle Regioni. Documento Agenas, novembre 2009.
- Bergamaschi M. L'organizzazione delle aziende sanitarie. McGraw-Hill, Milano, 2000.
- Borgonovi E. ASL, Distretto, medico di base. Egea, Milano, 1999.
- Braga G. Diritto alla Salute e accesso ai servizi sanitari: quale cooperazione. Cleup, Padova, 2005.
- Buiatti E, Carnevale F, Geddes M, Maciocco G. Trattato di Sanità Pubblica. La Nuova Italia Scientifica 1993.
- Carradori et al. "Le reti, opportunità per una migliore composizione, tra le regioni della qualità e quelle dell'efficienza", da "Medici Manager", n. 1 del 2010, p. 22-27.
- Cavallo M.C., Gerzeli S., Vendramini E. "Organizzazione e gestione delle cure primarie – un'indagine nazionale", Ed. McGraw-Hill, 2002;
- Cicchetti A. La progettazione organizzativa. Franco Angeli, Milano, 2004.
- Cittadinanzattiva IX Rapporto Cnamc "Malattia cronica e diritti: zona ad accesso limitato", <http://www.cittadinanzattiva.it/cnamc-malati-cronici/ix-rapporto-cnamc.html>.
- Claudi MC. Profilo storico del Distretto nell'organizzazione sanitaria italiana. Igiene e sanità pubblica, 2002:4.
- Comodo N, Maciocco G. Igiene e Sanità Pubblica. Carocci Editore, 2002.
- D'Amour D et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res 2008; 8:188.
- D'Amour D et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional care 2005; 51: 116–31.
- Da Col P. Apporto del distretto alla ridefinizione delle strategie aziendali. Studi Zancan - politiche e servizi alle persone, n. 6, 2000.
- Damiani G, De Belvis AG, Bianchi CBNA, Visca M. Assistenza territoriale. Rapporto Osservasalute. Milano, 2009.
- Damiani G, Ricciardi W. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Editore Idelson – Gnocchi, 2010.
- Damiani G, Colosimo SC, Cosentino M, Ricciardi W. Assistenza primaria e Distretto, dallo sviluppo di modelli al modello di sviluppo. Spunti di riflessione per una Vision Sostenibile. "La qualità del sistema di assistenza territoriale e il valore delle relazioni per un distretto con-vincente". In: Atti del 8° Congresso Nazionale Card. Padova 16-17-18 settembre 2010: 135-147.
- De Franchis R. Sanità, l'azione manageriale nelle aziende sanitarie ed ospedaliere. Idelson, Napoli, 1997.
- Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata (USSR), 6-12 September 1978.
- Donna S, Nieddu G, Bianco M. Management Sanitario. Modelli e strumenti per gli operatori delle aziende sanitarie. Centro Scientifico 2001.
- Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F. Rapporto Sanità. Il Mulino, Bologna, 2001.
- Fiorentini G. I servizi sanitari in Italia. Il Mulino, Bologna, 2002.

- Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*, 2009; 374:170-73.
- Guzzanti E, Longhi T. Medicina di base e medicina ospedaliera. *Federazione Medica*, 1985; 9, 1005-1011.
- Guzzanti E. L'assistenza primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra. *Iniziative Sanitarie* 2009.
- Haute Autorité de Santé ANAES. Principes de l'Evaluation des réseaux de santé 1999.
- Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *International Journal for Quality in Health Care* 2008; 20 (5): 308-13.
- IOM. Primary Care in Medicine: A Definition. In *A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1978. Ch. 2.
- Longo, F. (a cura di) – ASL, distretto, medico di base. Logiche e strumenti manageriali. EGEA, 1999.
- Maciocco G. La società della salute. *Salute e territorio*, 2002:32.
- Marini A., Grilli G. L'accreditamento dei distretti: una panoramica sui modelli regionali. In *Annali di Igiene*, n. 4, luglio-agosto 2001.
- Mete R, Sedita L. Il Distretto - La nuova organizzazione sanitaria di territorio. Editore SEU, 2001.
- Mete R, Sedita L. Guida ai servizi sanitari di Distretto. Editore SEU, 2001.
- Mete R. Il ruolo del Distretto nelle cure primarie. *Monitor*, 2008; 20.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Rapporto sulla non autosufficienza in Italia - 2010. Roma, 2010. <http://www.governo.it/Notizie/Ministeri/dettaglio.asp?d=59103>
- Montesanti F. L'organizzazione ideale del distretto. *Mondo sanitario*, n. 9 ottobre 2001.
- Montesanti F, Claudi MC. Il distretto: evoluzione normativa e contesto organizzativo in funzione della continuità assistenziale. Rapporto Sanità della Fondazione Smith Kline, Ed. Il Mulino, 2001.
- Network Non Autosufficienza. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto 2009. Maggioli Editore, 2009.
- Oleari F. Territorio e distretto come area di governo dopo il D.Lgs.229/99. *Studi Zancan*, n. 6/2000.
- Simeoni I, De Santi A.M., "Comunicazione in Medicina, collaborazione tra professionisti sanitari" Ed. SEEd, 2009
- Starfield B. Measuring the attainment of primary care. *J Med Educ*. May; 54 (5): 361-9, 1979.
- Starfield B. Primary care, concept, evaluation and policy. Oxford University Press, New York/Oxford, 1992.
- Starfield B, Primary care. Balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press, New York/Oxford, 1998.
- Starfield B., Shi L., Macinko J., Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 2005; 83: 457-502.
- Tedeschi P et al. Interdisciplinary collaboration within primary care teams. *European Forum for Primary Care Position Paper - Second draft* 2009.
- Testa F, Buccione C. Il Distretto sanitario: Funzioni e potenzialità di governo della domanda sanitaria, *Mecosan*, 2002:44.
- Vecchiato T. Il distretto e l'integrazione sociosanitaria. *Sanità Pubblica*, n. 5, maggio 2000.
- Vecchiato T. L'integrazione sociosanitaria nel distretto dopo il PSN 1998-2000 e il D. Lgs. 229/99. *Studi Zancan*, n. 1, 2000 e n. 6/2000.
- World Health Organization (WHO), The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever, Almaty, Kazakhstan.
- WHO European Ministerial Conference on Health Systems "Health Systems, Health and Wealth", Tallinn, Estonia 25-27 June 2008 : report.
- World Health Organization (WHO). Primary health care, including health system strengthening. 124th session, agenda item 4.5. 26 January 2009.
- Zanon D, Scaramagli S. Ruolo del Distretto socio sanitario. *Salute e territorio*, 2002; 132.

LA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E LO SVILUPPO DEI DISTRETTI

LA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E LO SVILUPPO DEI DISTRETTI

di **Filippo Palumbo**

Capo Dipartimento della Qualità – Ministero della salute

104

I QUADERNI DI **medior**

A partire dalla dichiarazione universale Oms di Alma Ata del 12 settembre 1978, i servizi sanitari pubblici dei Paesi occidentali più avanzati, nel corso dell'ultimo decennio, hanno riconosciuto la strategicità dei sistemi di assistenza primaria per garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute e di assistenza.

Allo stato attuale ci troviamo di fronte a cambiamenti che impongono alla sanità pubblica scenari di assistenza assai diversi rispetto al passato: la migliore aspettativa di vita e l'invecchiamento della popolazione sono elementi positivi che consentono di individuare una nuova idea di promozione della salute e di prevenzione che coinvolge la medicina generale e i servizi territoriali nello sviluppo di una medicina "di iniziativa" e non solo "di attesa", valorizzando il rapporto con la persona e con la comunità locale.

Uno scenario che chiede al sistema sanitario di diventare promotore di politiche intersettoriali per favorire l'invecchiamento attivo e in buona salute. Vi è, inoltre, un incremento dell'incidenza delle malattie croniche e degenerative, che pongono la necessità di riorganizzare il sistema per garantire una efficace presa in carico anche di cronicità e disabi-

lità e portano con sé l'esigenza di rafforzare i sistemi di assistenza primaria per offrire livelli di assistenza sul territorio appropriati ed efficaci, con percorsi di cura e assistenza ben organizzati all'interno della rete dei servizi.

Nell'ambito del "Forum Sanità Futura" di Cernobbio del 2004, promosso dal Ministero della Salute, si è pervenuti ad un importante livello di concertazione con le Regioni e rappresentanti del mondo scientifico. Si sono individuate cinque priorità per lo sviluppo del Sistema sanitario nazionale (dichiarazione congiunta di Cernobbio, aprile 2004): il rilancio della prevenzione primaria e secondaria; la ridefinizione delle "cure primarie" (si utilizza questo termine in senso ampio e comprensivo della medicina generale e dell'insieme dei servizi e professionisti che operano sul territorio); la qualificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici secondo l'approccio della *clinical governance*; la maggiore caratterizzazione dei livelli di assistenza sanitaria e del sistema di garanzia dell'erogazione sul territorio.

La centralità della *primary care* e delle strutture territoriali è ripresa e affermata con forza dal documento di Piano sanitario nazionale 2011-2013 attualmente in fase di approvazione, dopo il primo passaggio in Consiglio dei Ministri nella seduta del

21 gennaio 2011.

Il Piano evidenzia come macro obiettivo del Servizio sanitario nazionale la promozione del “benessere e della salute dei cittadini e delle comunità”, nella consapevolezza che “la vera ricchezza del sistema sanitario è la salute dei cittadini”.

Il Piano fa riferimento alla Carta di Tallin (2008) dell’Oms e all’impegno assunto dall’Italia per garantire cure primarie ed efficaci, che svolgano una funzione di interfaccia tra servizi sanitari di base e famiglie, per la cooperazione tra settori assistenziali e tra professioni e per la promozione della salute.

In quest’ambito occorre che il Servizio sanitario nazionale assuma il ruolo di facilitatore di una strategia di coordinamento tra le diverse istituzioni e d’integrazione degli indirizzi delle politiche inter-settoriali ai fini di orientare positivamente e in maniera sinergica i determinanti della salute e del benessere.

I principi e gli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale 2006-2008, confermati nel documento di Piano sanitario nazionale 2011-2013, individuano le grandi sfide assistenziali nelle seguenti quattro direttrici:

1. rilancio della prevenzione;
2. sviluppo delle cure primarie;
3. qualificazione della medicina specialistica ospedaliera;
4. integrazione tra questi livelli e, all’interno di questi livelli, di ciascuno degli specifici settori di attività.

Il Distretto è chiamato in campo a collaborare alla prima direttrice che è quella dell’attività di prevenzione; è protagonista fondamentale della seconda direttrice, che riguarda il rilancio delle cure primarie; è ovviamente meno coinvolto nella qualificazione della medicina specialistica ospedaliera, anche se una parte della medicina specialistica è svolta in ambito distrettuale.

Il Distretto è chiamato fortemente in campo sulla quarta direttrice, che riguarda l’integrazione delle tre linee precedenti. È, infatti, il Distretto che fa da perno per assicurare la continuità tra gli in-

terventi di prevenzione, gli interventi assunti nelle cure primarie e gli interventi nella specialistica ospedaliera.

È evidente che questo avviene nel momento in cui il quadro dell’assetto istituzionale e organizzativo delle Aziende sanitarie locali è cambiato. Il nostro sistema sanitario si è avviato con la Legge n. 833/78 prevedendo un’Unità sanitaria locale con dimensioni contenute di popolazione. Con l’aziendalizzazione, avvenuta con il D.Lgs. n. 502/1992, si è avuto un riferimento provinciale il quale, però, solo negli ultimi anni si è definitivamente consolidato.

Questo cambiamento ha comportato una rivoluzione del Distretto, nelle sue dimensioni territoriali e nelle sue conseguenti funzioni. In un’Azienda sanitaria di norma a dimensione provinciale il Distretto non può svolgere unicamente una funzione di produzione di limitati servizi di primo livello, dovendo invece rappresentare un vero riferimento per il cittadino rispetto alla complessità della rete dei servizi ed un centro di coordinamento dei servizi sanitari territoriali sul territorio oltre ad essere un “luogo naturale” dell’integrazione sanitaria e sociosanitaria come indicato già dal primo Piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994-1996. Rispetto alla dimensione territoriale si è passati da un ambito molto contenuto, nell’ordine anche di soli 5-10.000 abitanti degli anni Ottanta, fino ad arrivare a Distretti che – soprattutto nelle aree metropolitane – superano in diverse realtà i 100.000 abitanti. In un contesto così ampio e complesso il Distretto diventa uno degli attori principali per realizzare l’integrazione della rete dei servizi e dei percorsi assistenziali, con un ruolo fondamentale di facilitatore dell’integrazione. Queste funzioni trovano conferma dall’indagine del 2010 curata dall’Agenas, che evidenzia prima di tutto che i Distretti sono una realtà ben presente che partecipa attivamente allo sviluppo della rete dei servizi, soprattutto nel campo della fragilità e della non autosufficienza.

Da questo punto di vista la vicenda distrettuale si dovrà misurare con due forti linee di tendenza.

La prima è quella relativa ai processi aggregativi dei medici di famiglia, che costituiranno di fatto dei poli di servizio per la presa in carico dei pazienti complessi o non autosufficienti. Senza dimenticare, poi, che una recente normativa individua anche le farmacie come una rete territoriale di servizi al cittadino, dedicata ai bisogni di salute semplici o meno complessi.

Però mentre queste due reti, quella delle farmacie con i nuovi servizi e quella dei Medici di medicina generale nelle nuove forme aggregative, sono, comunque, pensate per i bisogni dell'individuo, occorrerà pensare ad un rilancio di ulteriori istanze organizzative che prendano in carico gruppi di popolazione a rischio, come tossicodipendenti, soggetti portatori di disabilità, utenti nel campo materno-infantile.

Questi gruppi troveranno nel Distretto il riferimento adeguato, che diventerà sempre più il luogo della presa in carico di gruppi di popolazione a rischio, fermo restando che l'approccio di popolazione deve poi essere coniugato con l'attenzione al singolo individuo, per assicurare comunque una risposta personalizzata.

L'altro versante che va evocato nel prospettare il ruolo del Distretto è quello della continuità assistenziale.

È il Distretto che deve farsi carico di creare un ponte tra il setting assistenziale ospedaliero e quello delle cure primarie e della medicina generale.

L'ambito territoriale dell'Azienda sanitaria locale è ormai molto ampio, mentre spetta al Distretto l'importante funzione di garantire alla persona la continuità delle cure ed esercitare un'attività di coordinamento, verifica e controllo della realizzazione dei percorsi soprattutto nei confronti dei tanti pazienti estremamente fragili, le cui condizioni vanno riverificate molto spesso.

Il Distretto può essere anche promotore dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni ricompresa nell'ambito distrettuale. Si è chiusa una fase storica in cui, per definizione, tutto ciò che veniva fatto fuori dall'ospedale era auspicato ma non monitorato attentamente. C'era una sorta di pre-

giudizio positivo sull'area territoriale, mentre in seguito si è rilevato che laddove i servizi territoriali si sono sviluppati, possono anche in quest'ambito verificarsi fenomeni di inappropriatazza.

In questa fase anche il Distretto è chiamato a individuare criteri di eleggibilità e a chiedersi se davvero tutti i pazienti siano trattati nelle sedi appropriate, residenziali, diurne e domiciliari.

Questo obiettivo è perseguito tramite la valutazione multidimensionale del bisogno, ed è fisicamente rappresentato dalle Unità di valutazione multidimensionale (Uvm), che hanno una naturale collocazione distrettuale. Il Distretto, attraverso i suoi strumenti organizzativi quali la Uvm, è un po' il traduttore tra il quadro dei bisogni dei singoli pazienti e il quadro delle linee prestazionali che noi riusciamo a mettere in campo per venire incontro a questi bisogni. Come pilotare il progetto assistenziale del singolo paziente verso quel pacchetto dei servizi che meglio soddisfa la specifica esigenza assistenziale.

Per ciò che attiene agli aspetti rilevanti sulla tematica del Distretto in riferimento alle Regioni impegnate nei Piani di rientro, va ricordato che tali Piani hanno avuto una prima fase di prevalente attenzione al contenimento delle grandi diseconomie: eccessivi costi assorbiti dalla rete ospedaliera, cattiva gestione del personale dipendente dalle Aziende sanitarie, inadeguata capacità di acquisizione di beni e servizi. Si è passati poi nella seconda fase alla riapplicazione delle risorse che si liberavano grazie a questi fenomeni di razionalizzazione per riorientarle nello sviluppo di servizi territoriali.

Questa prima fase ha coinciso di fatto con il primo triennio di vigenza dei Piani di rientro, tutti relativi al periodo 2007-2009. La seconda fase 2010-2012, di continuazione dei Piani, ha un diverso sviluppo. Nei cosiddetti programmi operativi per i medesimi anni, si assiste finalmente ad una espansione di questi servizi. Tutto questo chiama il Distretto, nelle Regioni interessate, a responsabilità nuove. In alcune realtà i Distretti svolgevano effettivamente una funzione molto limitata, spesso proprio per la scarsità dei servizi, e ora hanno nuove

responsabilità.

Il sistema delle cure primarie è chiamato a svolgere un importante compito nell'ambito dell'accesso e della presa in carico delle persone, soprattutto a fronte delle patologie croniche e complesse, con un lavoro in team e multidimensionale. Tra i principali obiettivi ad esse affidati vi sono la presa in carico dei pazienti in modo globale e completo; favorire la continuità assistenziale; concorrere ai processi di governo della domanda; valutare gli esiti di salute generata; favorire l'empowerment dei pazienti nel processo di cura.

La funzione delle cure primarie deve essere riconosciuta nelle strategie aziendali mediante la definizione, nei momenti istituzionali e nei documenti di pianificazione e di strategia aziendale, del ruolo e degli obiettivi assegnati a esse e al Distretto al quale è affidata la governance del sistema per l'erogazione di livelli appropriati.

Nello specifico delle cure primarie, il potenziamento delle strutture e dei servizi territoriali porta a riequilibrare il focus tra la "sanità d'attesa" e "sanità d'iniziativa". La prima, demandata all'ospedale, deve definirsi all'interno di un alveo preciso per operare con eccellenza sulle acuzie e sulle emergenze; la seconda, espressa dai servizi territoriali, è rivolta sia agli aspetti di prevenzione/counselling/informazione della popolazione sana sia alle attività necessarie per una migliore gestione dello stato di salute di tutte le tipologie di assistiti.

Il Piano sanitario nazionale 2011-2013 affronta il tema del miglioramento della qualità delle cure primarie: leve di governance relative alla dimensione strategica volte al contemperamento degli interessi dei diversi attori verso gli obiettivi di qualità delle cure primarie e leve di gestione relative alla dimensione operativa, intese come l'insieme delle azioni poste in essere per perseguire gli obiettivi definiti a livello strategico.

Il Medico di medicina generale e i professionisti territoriali vedono rafforzato il loro ruolo attraverso la realizzazione di sistemi d'integrazione tra co-

loro che operano nel territorio (rete orizzontale) e tra le diverse strutture d'offerta, in particolare tra territorio ed ospedale (rete verticale). Il percorso delineato deve consentire un'organizzazione della sanità che definisca esattamente il ruolo dell'ospedale e del territorio a garanzia della continuità delle cure e della centralità della persona.

Per quanto attiene alla continuità delle cure e all'integrazione tra ospedale e territorio il modello assistenziale prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione di appropriatezza, delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali. Il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale vengono garantiti dal Distretto al quale sono affidati i compiti di ricerca, promozione e realizzazione di opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie.

Il Distretto rappresenta l'interlocutore degli enti locali ed esercita tale funzione in modo coordinato con le politiche aziendali.

Il Piano sanitario nazionale 2011-2013 richiama gli strumenti di cui può avvalersi la rete assistenziale territoriale facendo riferimento a quanto già attivato dalle diverse Regioni (attivazione di posti letto territoriali; programmi di dimissione protetta e assistita o programmata, programmi di ospedalizzazione domiciliare; centri di comunità e poliambulatori; team infermieristici di comunità che si recano al domicilio dei pazienti, spesso cronici, terminali o con esigenze riabilitative offrendo servizi di diversa intensità assistenziale, ecc.).

Nella quasi totalità delle Regioni italiane le cure domiciliari sono inserite nelle cure primarie e l'ambito territoriale elettivo in cui si collocano è il Distretto, che rappresenta per la sua dimensione territoriale anche il luogo ottimale di realizzazione delle attività integrate con il comparto sociale.

FORME ASSOCIATIVE DI MEDICINA GENERALE E RAPPORTI CON IL DISTRETTO

di **Claudio Cricelli**

Presidente della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

108

I QUADERNI DI **medior**

Banca Dati Sanitaria Farmaceutica

VDA Net

Il Sistema sanitario nazionale affronta oggi un ennesimo adattamento alle esigenze della popolazione di questo Paese con due sfide principali.

La prima sfida riguarda la capacità di rispondere alla diversificazione della domanda di salute che si sposta in maniera molto consistente verso le malattie croniche, le conseguenze invalidanti o disabilità delle malattie croniche e, quindi, verso la complessità di organizzazione sanitaria che si contrappone al vecchio concetto di gravità o severità clinica. In sostanza, il Sistema sanitario nazionale comincia a comprendere che la futura organizzazione sanitaria deve basarsi sulla complessità delle cure, in altre parole un diverso peso e una diversa struttura che deve essere innanzitutto pensata e poi organizzata prevalentemente sul territorio.

Il comparto delle acuzie diventa sempre più selettivo e deve essere in grado di garantire risposte rapide alle grandi patologie soprattutto di tipo cardiovascolare ed oncologico; una capacità di grande intervento e di risposta che si sposa bene con la necessità di garantire la qualificazione delle strutture ospedaliere e anche di snellire l'ospedale come luogo di ricovero destinando sempre di più le cure secondarie e, quindi, soprattutto l'o-

spedale, a luogo di terapia di urgenza e di terapia elettiva acuta e di minima degenza. Una selettività e una concentrazione che diventa necessaria per consentire questo percorso, che è molto costoso in quanto riguarda processi di cura intensivi, ma anche percorsi delle cure secondarie.

Le cure primarie, quindi, le cure territoriali affrontano anche l'altra sfida che non è soltanto quella della buona cura delle cronicità, della senilità, della vecchiaia, delle disabilità parziali e totali, ma anche quella di consentire una ospitalità ed un'assistenza precoce a patologie che una volta si sviluppavano a lungo all'interno della struttura ospedaliera.

Questo è un aspetto molto importante: la capacità delle cure territoriali di intercettare una serie di percorsi o di urgenze/emergenze – che tradizionalmente e non sempre appropriatamente si rivolgono all'ospedale e al pronto soccorso – trovando le condizioni organizzative per intercettarle e tenere sul territorio una parte delle urgenze e anche qualche emergenza di primo e di secondo livello.

Se pensiamo alla struttura territoriale del prossimo futuro dobbiamo pensarla come un'aggregazione dei professionisti che non abbia al suo in-

terno una componente che riguardi solo le cure mediche, ma anche una importante componente che riguardi la parte assistenziale; in realtà dobbiamo, in maniera tridimensionale, pensare ad una larga componente di servizi erogabili e a come i professionisti avranno relazioni fra loro, in una seconda dimensione, a quali servizi questi professionisti devono essere indirizzati ad erogare. Se noi pensiamo che il territorio debba farsi carico della grande maggioranza dei processi di cura e di assistenza è evidente che non potrà trattarsi di una semplice giustapposizione di competenze ma occorre che queste competenze e queste attività siano svolte all'interno di un'organizzazione complessa, i cui aspetti organizzativi devono essere affidati a figure e a competenze di tipo manageriale.

È giusto pensare a questo processo di evoluzione del sistema sanitario, che si potrebbe definire "evoluzione trasformativa" nel senso che per alcuni aspetti continuerà a sviluppare le linee di pensiero dell'organizzazione del passato, mentre per altri aspetti avrà dei momenti di rottura e di passaggio ad un altro modello organizzativo.

L'interrogativo è capire quale linea di continuità esiste tra questi modelli evolutivi basati sui bisogni oggettivi sui quali tutti concordiamo e il vecchio modello; ed ancora se si debba creare una sorta di continuità mantenendo le "funzioni preziose" che sono state create in questi decenni o delineare un percorso di sostanziale discontinuità.

Va ricordato che il tema del Distretto era un tema molto caro alla Legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale; il successivo sviluppo delle forme organizzative regionali di Distretto ha avuto in ogni Regione una sua originale interpretazione (anche se in alcune Regioni una assai modesta interpretazione); in ogni caso il Distretto ha rappresentato, nella cultura sanitaria degli ultimi trent'anni, il punto di snodo tra le cure del territorio e le cure della medicina generale. In realtà, per i limiti intrinseci anche alle potestà che gli sono state attribuite, spesso il

Distretto non è riuscito né ad essere il vero snodo centrale della sanità pubblica né a rappresentare un vero interlocutore organizzativo e coordinativo della medicina generale, che sono andati avanti come due profili interagenti ma abbastanza separati. Questa analisi, nelle grandi linee, è condivisa sostanzialmente anche dai responsabili di Distretto con i quali noi ci stiamo confrontando da tanto tempo. In futuro sosteniamo che il modello distrettuale di per sé, cioè la distrettualizzazione o, meglio, la ripartizione dell'erogazione delle cure per micro bisogni di area, sia un concetto molto valido perché consente una interlocuzione diretta con l'utente finale. Allo stesso tempo, però, sosteniamo che il Distretto come formula burocratica abbia fatto il suo tempo e che non dovrebbe essere superato in astratto, ma diventare più che un luogo burocratico un luogo di organizzazione e di facilitazione degli operatori e dei servizi.

Stiamo provando ad immaginarci un possibile assetto delle cure del territorio articolato in un bacino di utenza di medie dimensioni, quindi nel Distretto di medie dimensioni, che potrebbe comprendere da 50 a 100.000 cittadini per macroarea.

Quello che occorre creare non è una recisione verticale o verticistica. Il Distretto non coordina da solo; questa è una visione che appartiene ad un modello di programmazione sanitaria che non funziona.

È invece importante partire da una serie di esigenze sulle quali bisogna dimensionare i servizi, poi si può passare al dimensionamento e alla identificazione dei servizi. È chiaro che i servizi sono quelli di tipo medico, di tipo assistenziale e di tipo preventivo (per esempio l'intervento sulle abitazioni che deve essere assolutamente pensato in una società che invecchia; l'intervento sulla socialità, oltre che sull'area socio-assistenziale). Ora è importante parlare di medicina di iniziativa. La prevenzione, l'intervento sulla salute, l'educazione sanitaria, l'educazione di fine vita, l'educazione all'alimentazione e al movimento, ecc. vanno

integrati con i tradizionali temi della diagnosi, cura e terapia.

Così si può pensare di prevedere all'interno del modello organizzativo dell'immediato futuro, quello che chiamiamo delle "unità di cure complesse", non solo aggregazioni di medici ma anche la compartecipazione di alcuni specialisti di primo livello e tutte le figure sanitarie non mediche: l'infermiere, l'assistente domiciliare, l'ostetrica di base, ecc. e alcune funzioni diagnostiche di base per esempio integrabili come la diagnostica di primo livello, la piccola chirurgia di ambulatorio sia d'elezione che di urgenza con un minimo di diagnostica: tutto questo complesso deve costituire l'unità di riferimento delle unità di cure complesse.

Che si mantenga un tradizionale Distretto o che si crei un'unità nuova, quello che conta non è tanto il nome, ma quanto che questo elemento manageriale di coordinamento esista. L'idea è quella di chiedere ai Distretti di svolgere una funzione nuova, di facilitazione e anche di coordinamento di unità che sono più tecniche. Abbiamo bisogno di un modello che sia evolutivo delle esperienze che questo Distretto ha portato nel passato, eliminando accuratamente tutto ciò che ha dimostrato di non essere né utile né funzionale al sistema. È ormai chiaro che l'assenza di un finanziamento specifico e di un'autonomia gestionale-finanziaria da parte del Distretto ne impedisce il corretto dimensionamento: se il Distretto è un gestore passivo delle risorse umane per l'assistenza domiciliare e si limita a prendere atto di esigenze che vengono decise a livello di azienda sanitaria e a livello regionale, il Distretto finisce per svuotarsi di significato, come un'unità leggera di allocazione delle risorse.

Per esempio, se il numero di infermieri per l'assistenza al domicilio su un determinato territorio è già predeterminato in modo rigido nell'ambito della dotazione organica dell'Azienda sanitaria locale e non deriva invece dal bisogno del territorio, letto ed individuato dal Distretto, allora il Distretto non riuscirà a svolgere corretta-

mente le funzioni assistenziali. Allo stesso modo se il Distretto si limita semplicemente a ricevere gli ordinativi dei vaccini antinfluenzali, ha una funzione passiva di tipo burocratico. È evidente che il Distretto deve invece occuparsi, come unità di coordinamento e di facilitazione, di capire per quale ragione sul territorio la vaccinazione non è soddisfacente o insufficiente; deve intercettare le persone fragili ed agire incisivamente sul territorio di riferimento.

Va rilevato che siamo di fronte anche ad un'altra esperienza interessante, cioè al fatto che vi sono responsabili di distretto che vengono selezionati all'interno della medicina generale.

I primi esempi e tentativi di affidare la responsabilità dei distretti a medici di famiglia risale ormai alla metà degli anni Novanta. Le ragioni allora erano che i responsabili delle Aziende sanitarie locali cercavano di individuare i modi migliori per riuscire veramente ad interagire con la medicina generale. Poiché spesso i responsabili di distretto venivano da carriere burocratiche-aziendali e quindi avevano forse più difficoltà a comprendere il fenomeno. L'idea era che, affidando l'incarico a un medico esperto della medicina generale, si potesse risolvere il problema. Questa scelta, se poteva essere anche giusta in linea di principio, di fatto non è stata da sola in grado di migliorare il sistema. La ragione va trovata in un significato più ampio, ossia: bisogna mettere persone che capiscono di quello di cui si sta parlando.

Dalla recente indagine che l'Agenas ha condotto sullo stato di attuazione dei Distretti, risulta che vi è un numero esiguo di direttori di distretto che sono medici di medicina generale o medici convenzionati. La maggior parte dei direttori di distretto è un medico, e credo che questo elemento sia positivo, perché viene caratterizzato come una persona che deve avere certe competenze in materia sanitaria. Purtroppo non vi sono invece normative regionali che definiscono con chiarezza quale tipo di formazione deve avere il Direttore di distretto in merito all'organizzazione dei servizi territoriali, per poter svolgere un ruo-

lo così complesso.

Questo corrisponde anche ad una ragione di “tipo modellistico” della Pubblica Amministrazione italiana: poiché quello che conta in Italia è il valore legale dei titoli e della laurea, è evidente che il lavoro all’interno delle aziende sanitarie, del distretto ecc. diveniva prevalentemente appannaggio di alcune professionalità, ad esempio di tipo igienistico. L’allargamento ai medici di famiglia corrispondeva ad una visione più professionale del problema; invece di privilegiare il titolo di studio si dà attenzione all’esperienza sul campo. In ogni caso nessuna di queste figure professionali ha avuto una formazione specifica per prepararsi a questo modello nuovo di Distretto che si intende implementare, come modello integratore, di organizzazione, di analisi e che è capace di riportare immediatamente sul territorio le rilevazioni che ha effettuato. Non appena si rileva una criticità su un territorio delimitato, il Distretto è l’unità funzionale che può rispondere immediatamente, apportando modifiche organizzative senza i tempi lunghi che invece richiederebbe l’azienda sanitaria (che ha dimensioni ben più ampie, con una media nazionale di circa 450.000 abitanti).

È importante chiarire che la funzione di Direttore di Distretto richiede una formazione specifica, più che uno specifico titolo di laurea.

Nel Regno Unito, ad esempio, il concetto di “management” non è quasi mai associato ad una specifica categoria professionale. Il management generale dei sistemi e delle organizzazioni viene visto come caratterizzato da una conoscenza appropriata delle tecniche generali di management. Dopo di che, naturalmente, nel settore specifico ci sono degli approfondimenti e delle specializzazioni.

I percorsi di avvicinamento al management vogliono dire, dal punto di vista delle convenzioni, che noi stiamo già cominciando a prevedere per i medici di medicina generale, all’interno del cosiddetto “ruolo unico”, una congerie di specifiche competenze. In questo modo il medico di

medicina generale, continuando ad appartenere al comparto della medicina generale, può, per esempio, specializzarsi in formazione, in organizzazione sanitaria, in organizzazione distrettuale, in management delle unità di cure complesse o anche in uno dei diversi servizi tipici del suo settore.

Non penso più solo ad un medico che faccia diagnosi e cura e che poi, eventualmente, abbia una evoluzione, ma penso ad una medicina generale che contenga già in partenza figure verticalmente più propense a svolgere quelle funzioni, compreso il management. Per esempio stiamo cominciando ad approfondire il tema dei cosiddetti medici di famiglia con interessi speciali.

Se consideriamo come attualmente è strutturata la medicina generale e la medicina all’interno di un’aggregazione più ampia di 20, o fino a 50 medici, è chiaro che il coordinamento delle attività (per esempio per le grandi patologie cardiovascolari, il diabete) deve essere gestita da persone che hanno particolari interessi. In tutti i grandi gruppi di aggregazioni già esistenti abbiamo una particolare attenzione nei confronti di quel gruppo più ristretto di medici che hanno una più spiccata cultura o propensione nei confronti di alcuni temi. Dovremmo rapidamente formare dei medici manager, dei medici che sappiano di organizzazione sanitaria. Alcuni medici hanno una particolare conoscenza della patologia cardiovascolare e senza portare al livello specialistico normali processi di cura gestibili all’interno delle cure primarie sono già in grado di organizzare in larga parte l’assistenza primaria nei confronti, ad esempio, della patologia specialistica, della patologia diabetica, delle patologie degenerative degli anziani.

Tutte le unità di cure complesse debbono avere una particolare attenzione – prima ancora di andare al domicilio del paziente sia esso anziano, disabile, ecc. – all’adattamento dell’abitazione. È straordinario quante persone potrebbero essere assistite al domicilio se soltanto il domicilio fosse reso vivibile ed adattabile.

Questo è uno degli elementi di conoscenza che vanno introdotti con più forza nella disciplina del territorio, nella medicina generale e delle cure territoriali. Pensiamo a medici di famiglia con particolari interessi.

Va ricordato che i sistemi organizzativi “statici” sono destinati a estinguersi, mentre i buoni sistemi sono quelli che, con più o meno difficoltà, sanno riconoscere i sintomi di criticità e sanno evolvere.

È chiaro che si ha molto timore dei cambiamenti, e si ha la tendenza a prefigurarli subito come peggiorativi, però in questo momento, per una professione abbastanza provata dalle esperienze negative degli anni passati, il poter mettere a frutto tutte le più grandi esperienze positive di cui le cure primarie e la medicina generale sono molto ricche, è motivo di grande orgoglio e costituisce un grande stimolo.

È importante lavorare “in rete”, e questo significa coinvolgere il distretto, le altre figure professionali del territorio, essere coinvolti nel governo clinico delle aziende sanitarie.

È tra i grandi contributi che questa professione chiede di poter apportare, è un sentire molto dif-

fuso all’interno della professione. Il tema che sta dilagando nella professione della medicina generale è la cosiddetta “accountability” che è un elemento di forza, per medici che sono abituati a rendere conto quotidianamente del loro agire con ogni paziente.

Non più i sistemi informativi individuali, abbiamo creato da tempo la rete dicendo: qui dentro è racchiusa tutta la nostra esperienza professionale e la possibilità di capire se quello che stiamo facendo è fatto bene, e quali modifiche apportare. Siamo la prima professione in Italia ad essere sottoposta ad un processo di revisione positiva. Ecco perché in fondo i medici non temono questa sfida. Sono passati i tempi in cui si diceva “vengono a guardarci per poi punirci”. Nessuno più pensa a questo, in realtà tutti noi pensiamo che la valutazione di quello che facciamo non possa essere altro che finalizzata al miglioramento. La risposta a mio parere è ampiamente positiva. Mai come in questo momento nella storia sanitaria del Paese c’è stata una voglia di cambiamento dal basso soprattutto, non solo tra i cittadini, ma anche tra gli operatori sanitari.

RETI SOCIO-SANITARIE E STRUMENTI DI INTEGRAZIONE: QUALE RUOLO PER IL DISTRETTO?

di **Francesco Longo**

Direttore del CERGAS Bocconi

Il termine rete è uno dei concetti che ci appare più ovvio e di facile comprensione, quando invece risulta già difficile nella sua definizione e ancora di più nella sua dimensione interpretativa di fenomeni sociali organizzati. Cos'è una rete? Perché è difficile crearle e gestirle? Cosa spiega i differenziali di diffusione? Qual è il ruolo che il Distretto socio-sanitario delle Ausl può agire per promuoverle e con quali strumenti? Sono alcune delle domande a cui questo scritto cerca di rispondere, insieme all'analisi dei possibili strumenti operativi per implementarle concretamente. A questo scopo l'indice logico del lavoro è il seguente:

- a) proporre una possibile definizione di rete socio-sanitaria e discuterla;
- b) analizzare gli elementi facilitanti e impedenti la nascita e diffusione di reti;
- c) discutere le principali interdipendenze nel settore sanitario;
- d) analizzare il possibile ruolo che possono esercitare i Distretti per promuovere le reti e l'integrazione;
- e) proporre alcune possibili logiche e strumenti operativi per l'integrazione dei nodi in sanità.

LE RETI INTER-ISTITUZIONALI: UNA POSSIBILE DEFINIZIONE

Una rete è un insieme di nodi autonomi caratterizzati da interdipendenze. Le interdipendenze sono di norma date e non sono una scelta. I condomini di un palazzo sono tra loro interdipendenti, anche se probabilmente aspirano alla massima autonomia (i rumori dell'uno influenzano l'altro, lo standard di pulizia dell'uno influenza l'intero palazzo, le scelte di riscaldamento – individuali o collettive – determinano l'economia del condominio). All'aumentare della complessità e della densità dei sistemi sociali, le interdipendenze date, quindi non scelte, aumentano. Questa è la prospettiva analitica (ovvero di strumento di analisi) del concetto di rete, che prescinde dalla volontà degli attori (Soda, 1998).

Assumendo una prospettiva invece normativa, che contiene quindi delle ipotesi di comportamento auspicabili per gli attori, la rete può essere definita come un insieme di nodi autonomi interdipendenti tra di loro, che decidono di organizzare le interdipendenze, perché questa organizzazione produce valore. L'assenza di organizzazione delle interdipendenze distrugge valore. Torniamo all'esempio dei condomini di prima. Co-

me detto, essi sono interdipendenti e possono decidere se adottare un'antenna televisiva centralizzata oppure lasciare ad ogni condomino la facoltà di dotarsi autonomamente della propria antenna. Sappiamo che un'antenna centralizzata di qualità costa meno dell'acquisto e dell'installazione separata di numerose antenne, che la qualità del segnale sarà verosimilmente migliore e che l'impatto estetico di un impianto singolo è migliore di molteplici e differenti antenne sullo stesso tetto condominiale. Organizzare l'interdipendenza (nel nostro caso quella di infrastrutturazione di un condominio) genera valore, non organizzarla distrugge valore (tante antenne: costi superiori, qualità peggiore, estetica deteriorata).

Il concetto di rete è utile per molteplici tipologie di nodi a cui possiamo pensare in un quadro di relazioni sociali. I nodi possono essere persone e le loro reti sono quelle familiari, amicali, religiose, culturali, sportive. I nodi possono essere famiglie o gruppi di persone. I nodi possono essere *cluster* di professionisti, che costruiscono reti professionali. I nodi possono essere costituiti da istituti, ovvero sistemi sociali organizzati, come le imprese, le aziende non profit, le aziende e le istituzioni pubbliche. In questo scritto ci concentriamo sulle reti di istituti, in particolare quelli sanitari e socio-sanitari, anche se molte riflessioni proposte possono essere contestualizzate per le reti di persone o professionali.

Cos'è dunque una rete di istituti o aziende? È un insieme di istituti giuridicamente autonomi, con distinti soggetti economici, caratterizzati da interdipendenze organizzate, per generare valore di sistema distribuito equamente tra i nodi (Kickert, Klijn, Koppenjan, 1997; Soda, 1998).

Ciò che qualifica la rete interaziendale è quindi la presenza di una pluralità di istituti autonomi, ognuno dotato di un proprio soggetto economico. Qualora i singoli nodi fossero giuridicamente autonomi, ma dotati di un unico soggetto economico, cioè di un unico "proprietario", saremmo in presenza di un gruppo di aziende e non di una rete di aziende (Longo, 2005).

Il secondo tratto distintivo delle reti è l'interdipendenza tra i nodi. L'interdipendenza è un dato di fatto, emergente, di cui non necessariamente vi è piena consapevolezza. L'interdipendenza può riguardare le risorse finanziarie, i mercati di sbocco, la complementarità rispetto alle fasi del processo produttivo, l'accesso ai fattori produttivi o ai prodotti innovativi, la logistica, ecc.

Il terzo tratto distintivo delle reti è rappresentato dal fatto che le interdipendenze sono organizzate. L'organizzazione può essere informale, basata su una implicita condivisione sociale e culturale. È il caso di due aziende sanitarie che insistono su un comune bacino di utenza che nel tempo hanno costruito di fatto delle vocazioni specifiche e distintive evitando sovrapposizioni e vuoti d'offerta, senza che vi siano stati espliciti atti programmatori o accordi interaziendali. L'organizzazione delle interdipendenze, viceversa, può avvenire anche in maniera estremamente formalizzata e strutturata, utilizzando strumenti di pianificazione e coordinamento di area vasta.

L'organizzazione delle interdipendenze genera valore di sistema, mentre interdipendenze non organizzate distruggono valore (Kooiman, 2003). Due Mmg di uno stesso quartiere presentano delle evidenti interdipendenze. Se condividono un ambulatorio, delle piccole tecnologie, una segreteria sono in grado di dimezzare i loro costi per i servizi di supporto ed aumentare il portafoglio di servizi per gli utenti. Viceversa, se rimangono separati nei loro ambulatori, senza organizzare le interdipendenze, aumentano i loro costi e diminuiscono i servizi ai loro iscritti.

Il quarto tratto distintivo delle reti è quello di riuscire a distribuire equamente tra i nodi il valore aggiunto di sistema generato (Bardach, 1998). L'equità riguarda l'equilibrio tra contributi e ricompense che ogni nodo scambia con la rete (Ruffini e Valotti, 1994). L'equità non è una dimensione oggettiva, ma soggettiva e riguarda la sfera delle percezioni e delle interpretazioni sociali. Pertanto risulta determinante l'equità percepita dei singoli nodi, alla luce dei rapporti di

forza socio-economici esistenti (Del Vecchio, 2001).

La creazione di valore, grazie all'organizzazione delle interdipendenze in essere, e la percezione di equità nella distribuzione di tale valore aggiunto tra i nodi, garantisce il perdurare nel tempo della rete.

PERCHÉ È DIFFICILE GENERARE DELLE RETI ORGANIZZATE?

La diffusione e il consolidamento delle reti tra aziende, soprattutto nel settore pubblico, ci appare un processo altamente problematico, seppur con significative differenze locali e inter-regionali nel grado di implementazione raggiunto. Perché?

Per costruire una rete esplicita, alla luce dell'approccio normativo proposto, occorre organizzare le interdipendenze. Per organizzare le interdipendenze è necessario che tutti i nodi cedano alla rete alcune prerogative di governo, rinunciando ad alcuni gradi di autonomia. La cessione di alcune prerogative di governo da parte dei nodi è indispensabile per concertare l'organizzazione delle interdipendenze. La cessione avviene ad una nuova meta-azienda, la rete appunto. Ogni nodo è parte del soggetto economico della rete, cioè degli stakeholder che esercitano il potere, ma in una quota inevitabilmente minoritaria, in funzione del numero e della rilevanza degli altri nodi. Aderire ad una rete significa passare da uno scenario di autonomia assoluta, in cui si subiscono le conseguenze delle interdipendenze non organizzate, ad uno scenario concertativo in cui si cerca collegialmente di organizzare le interdipendenze.

In caso di forti interdipendenze, la rinuncia ad alcune prerogative di governo aziendali rappresenta una scelta razionale, perché capace di generare più valore per il nodo, rispetto alla totale autonomia dell'istituto (Borgonovi, 2002). L'adesione ad una rete non è quindi necessariamente frutto di una scelta valoriale di tipo filantropico o altruistico ("facciamo sistema"), ma all'opposto

è frutto di una valutazione di tipo razionale, perché vi è convenienza per i singoli nodi e per il sistema complessivo. Paradossalmente questo favorisce i potenziali processi di costituzione e governo delle reti, perché sgombra il campo dalla necessità di finalismi altruistici per fare rete.

Ma allora perché rimane difficile fare rete tra aziende, in particolare tra quelle pubbliche? La cessione di prerogative di governo avviene se vi è capacità di leggere il razionale e il vantaggio competitivo che emerge dalla costituzione di reti e quindi implica la presenza di una precisa competenza cognitiva sistemica.

La cessione di prerogative di governo avviene se vi è fiducia reciproca tra i nodi, aspettandosi tutti che anche gli altri attori cedano reciprocamente alcune prerogative di governo. La scarsità di fiducia tra i nodi impedisce l'organizzazione delle interdipendenze, perché ognuno attende che siano gli altri ad iniziare il gioco di cessione delle prerogative, il quale non riesce a produrre visibili benefici, fino a quando tutti non abbiano contribuito al processo concertativo.

A questo proposito è utile introdurre il concetto di capitale sociale definibile come capacità dei nodi di leggere le interdipendenze e la presenza di un'abitudine a connettersi, cedendo prerogative di governo, fiduciosi del comportamento simmetrico degli altri nodi, consapevoli che ciò genera valore aggiunto di sistema (Putnam, 2001). L'abitudine al gioco rete crea valore di sistema e conferma la razionalità della connessione e della cessione parziale di prerogative di governo, alimentando il capitale sociale. La mancata esperienza del valore aggiunto di rete, al contrario, alimenta un clima di disabitudine al coordinamento, crea mappe cognitive focalizzate sul valore aggiunto estraibile dall'indipendenza dei nodi, distruggendo capitale sociale (Osborne, 2000). A titolo esemplificativo tre Comuni veneti o emiliano-romagnoli, se debbono costruire le infrastrutture per la funzione di depurazione, di smaltimento rifiuti e di logistica merci, grazie alla loro memoria storica positiva, pensano ad una ge-

stione ad area vasta con un'unica infrastruttura per funzione per l'intero territorio, perché al crescere delle dimensioni e delle economie di scala, si abbassano i prezzi e le esternalità ambientali negative. Quindi concertano dove collocare l'unico depuratore, inceneritore ed interporto di area vasta, allocandone uno per Comune, con le necessarie compensazioni finanziarie. Tre Comuni, di Regioni a basso capitale sociale, tenderanno all'opposto, a causa dell'assenza di *imprinting* storico sulla positività della collaborazione inter-istituzionale ad una gestione monocomunale di ogni funzione, con maggiori costi e danni ambientali, non ricercando e non fidandosi della collaborazione reciproca.

A questo proposito i nodi che si propongono come leader delle reti, come fondatori e promotori, sono quelli che cedono per primi alcune prerogative di governo alla rete, per dimostrare agli altri nodi interdipendenti di credere nel valore aggiunto che nasce dall'organizzazione delle interdipendenze, sicuri del valore aggiunto di rete, per sé e per gli altri (Huxham, Vangen, 2000). La presenza di alcuni nodi promotori del vantaggio competitivo di rete può essere una risposta all'iniziale carenza di capitale sociale diffuso.

In un quadro di sintesi, gli elementi di maggiore criticità nella costruzione e gestione delle reti sono i seguenti:

- le reti nascono se i nodi sono in grado di leggere ed interpretare le interdipendenze, comprendendo il vantaggio nell'organizzarle e il danno individuale e di sistema nell'assenza di coordinamento (Rebora e Meneguzzo, 1990);
- le reti perdurano se i nodi distribuiscono equamente il valore aggiunto generato dalla rete, garantendo ai singoli nodi una sostanziale equità percepita tra contributi e ricompense scambiate con la rete (Del Vecchio, 2001).

LE INTERDIPENDENZE NEL SETTORE SANITARIO

Il settore sanitario e socio-sanitario è tra quelli più complessi e densi e dove le interdipendenze

inter-istituzionali raggiungono uno dei propri picchi. La stessa genesi dei sistemi sanitari nazionali, come quello italiano nato su imitazione del Nhs inglese, può essere considerata come una risposta istituzionale alla necessità di organizzare le interdipendenze, mettendo tutti i processi (assicurativi, redistributivi, di cura, di ricerca e didattica) in un unico perimetro sistemico, proprio per facilitare le interconnessioni. A questo proposito è utile sottolineare come i sistemi sanitari basati su una geografia istituzionale molto frammentata, come i sistemi assicurativi misti o quelli mutualistici alla Bismark, sono quelli che oggi registrano le maggiori difficoltà a fronteggiare i fabbisogni di coordinamento e integrazione, cioè di messa in rete dei servizi.

Ma quali sono le principali tipologie di interdipendenze nei sistemi sanitari?

- 1) **Interdipendenze da risorse.** Assicuratore ed erogatore sono strettamente interdipendenti: l'aumento dei costi del secondo genera tensioni sul prelievo per il primo e viceversa. La competizione tra i produttori in sanità è un gioco a somma zero: maggiori risorse ad un produttore, significano automaticamente minori per i concorrenti.
- 2) **Interdipendenze nei processi di cura.** Al crescere delle patologie croniche e stabilizzate, i processi di diagnosi, cura e assistenza tagliano trasversalmente i servizi e i diversi erogatori: se ben coordinati questo facilita il lavoro di tutti i provider ed aumenta la qualità assistenziale percepita e sostanziale. Questo illumina soprattutto le interdipendenze tra settori del welfare: sanità, socio-sanitario, socio-assistenziale, ma vale con uguale intensità nelle collaborazioni per l'emergenza/urgenza.
- 3) **Interdipendenze nelle specializzazioni e nelle vocazioni.** In sanità vi sono delle soglie minime di quantità di pazienti per patologia o stadio di patologia necessarie per sviluppare le economie di specializzazione utili per garantire una buona assistenza. Se in un bacino territoriale esiste un eccesso di offerta

- per alcune specialità, queste si collocheranno al di sotto dei volumi necessari (Lega, 2002).
- 4) **Interdipendenze nell'acquisizione di fattori produttivi.** La sanità è caratterizzata da un portafoglio di acquisto di beni e servizi estremamente specializzato e polverizzato: la costruzione di pool di acquisto garantisce importanti economie di scala e di competenze.
 - 5) **Interdipendenze cognitive.** La sanità è un settore knowledge based, il cui focus è la costruzione (ricerca), sperimentazione, diffusione (didattica di base e long life learning) e valutazione delle pratiche. L'accumulazione del sapere diffuso in medicina è un processo collettivo organizzato, il cui grado di sviluppo dipende soprattutto dalla gestione del complesso sistema di accumulo e diffusione distribuito (Lega, 2008).
 - 6) **Interdipendenze informative.** Le informazioni sui percorsi storici dei pazienti sono rilevanti sia per la gestione delle cure individuali sia per la programmazione dei sistemi di difesa collettivi. Le informazioni sono generate e immagazzinate lungo tutta la geografia dei produttori (si pensi a titolo esemplificativo ai dati in possesso dei Mmg e non ottenibili dalle Ausl e viceversa): la loro connessione e possibilità di lettura integrale li rende fertili. La loro dispersione (ogni erogatore detiene alcune informazioni sul singolo paziente) non organizzata rappresenta un altro esempio di costo di interdipendenze non organizzate.

Le interdipendenze risultano più visibili da una prospettiva aziendale se:

- l'azienda sanitaria ha una responsabilità globale sulla tutela di salute di un preciso bacino di utenza;
- è responsabile dei consumi sanitari dei propri residenti a prescindere dal soggetto erogatore;
- gli ambiti geografici hanno delle dimensioni tali da rendere intelligibili le interdipendenze perché coerenti con le reali capacità amministrative disponibili.

Queste determinanti sono tutte contemporanea-

mente presenti nei distretti socio-sanitari delle Ausl, che costituiscono il punto di caduta organizzativo delle interdipendenze. Il distretto ha una responsabilità di salute complessiva sulla popolazione del proprio territorio, essendo il luogo responsabilizzato sui consumi sanitari con l'obiettivo di rimodulare gli ambiti di cura, in coerenza al quadro epidemiologico emergente, spostando l'assistenza dagli ambiti specialistici a quelli territoriali. La più ridotta dimensione dei distretti, tra i 50.000 e i 200.000 abitanti, rispetto alle dimensioni medie delle Ausl (450.000 ab.) li rende un luogo privilegiato in cui le interdipendenze sono più facilmente intelleggibili ed assumono natura concreta gestionale.

Nel caso in cui l'Azienda sanitaria abbia natura di semplice erogatore del sistema (es. l'Azienda ospedaliera), senza responsabilità complessive sulla tutela di salute, le interdipendenze risultano più visibili, se è costretta a negoziare i contratti di fornitore con un'azienda che ha responsabilità di presa in carica complessive. In questo caso è il sistema di *accountability* di sistema che impone la prospettiva delle convenienze di rete (Del Vecchio, 2008).

L'organizzazione delle interdipendenze può avvenire a tre distinti livelli di lavoro, che richiedono diversi e distinti strumenti operativi. (1) Il livello sistemico può essere costituito dalla Regione o dal Ssn stesso, creando gli incentivi e le piattaforme istituzionali ed organizzative per organizzare le interdipendenze. (2) L'integrazione può nascere spontaneamente tra aziende che colgono il razionale e il vantaggio reciproco mutuabile dalla collaborazione. (3) La messa in rete può nascere tra i professionisti a livello infra-aziendale (es. la rete interna di oncologia o rete interna per il percorso nascita) con scopi prevalentemente di allineamento e coordinamento dei servizi e di organizzazione dei momenti di passaggio dei pazienti da una unità all'altra, oppure a livello inter-aziendale con scopi prevalentemente di *knowledge management* e di definizione delle vocazioni delle singole aziende.

Se le aziende vogliono riuscire ad organizzare le interdipendenze devono interrogarsi su quale sia il luogo organizzativo privilegiato per questa funzione e quali siano gli strumenti da attivare: questo è l'oggetto dei seguenti paragrafi.

IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO COME LUOGO ORGANIZZATIVO DELLA GESTIONE DELLE INTERDIPENDENZE

La struttura organizzativa classica delle Aziende sanitarie si basa sulla centralità di unità organizzative e dipartimenti per materie e discipline mediche, ovvero una struttura di assegnazione delle responsabilità, che valorizza e privilegia la specializzazione e la riconoscibilità organizzativa e professionale delle diverse specializzazioni mediche. Il paziente attraversa orizzontalmente le diverse "canne d'organo" specialistiche in luoghi e tempi di fruizione distinti e non coordinati, riponendo su di sé la fatica della ricomposizione o spostandosi nel tempo e nello spazio tra i diversi luoghi specialistici oppure istituzionalizzandosi presso un ambito di cura. Il distretto nasce, all'opposto, come unità organizzativa aziendale responsabile dell'integrazione dei processi a favore del paziente, chiamato a ricomporre i fattori produttivi che agiscono sullo stesso cittadino. Per l'esercizio di questa funzione sono disponibili diversi possibili meccanismi di *empowerment* organizzativo. (1) Il distretto può essere posto come capo gerarchico di tutti i fattori produttivi che operano in un determinato territorio dell'Ausl, in una prospettiva di piena divisionalizzazione territoriale dell'azienda. Questa soluzione è molto forte sul piano gerarchico ma pone il problema, tipico di organizzazioni professionali specializzate, sull'afferenza disciplinare del direttore. Esso non può che essere espressione di una delle specializzazioni coinvolte, non essendo del tutto riconosciuto dalle altre, rispetto a cui può esercitare un potere organizzativo generalistico, ma non specialistico-professionale. (2) La soluzione organizzativa opposta è quella di assegnare al distretto un ruolo funzionale, invitandolo ad attivare

processi di coordinamento inter-disciplinari tra le distinte professioni che mantengono però il confine organizzativo e la gerarchia all'interno di unità operative mono-disciplinari. Questa è una soluzione più coerente alla tradizione organizzativa per specialisti, ma più debole per quanto riguarda la leva gerarchica rispetto al primo assetto discusso. (3) La terza soluzione cerca di promuovere un coordinamento spontaneo tra le diverse discipline mediche, lavorando sui loro valori e sulle loro mappe cognitive, cercando di rendere visibili i vantaggi dell'integrazione delle interdipendenze, non solo per i pazienti, ma anche per le singole discipline coinvolte. In questo terzo assetto, si rinuncia del tutto alla leva gerarchica, puntando sui vantaggi mutuabili dalle specialità, attraverso l'auto-coordinamento in corrispondenza ad un rinnovato quadro cognitivo.

Purtroppo sul piano empirico molte Ausl del Ssn limitano la responsabilizzazione del distretto al solo disegno strutturale delle responsabilità formali, trascurando lo sviluppo sistematico di uno o più dei sistemi di *empowerment*. Pertanto si assiste frequentemente all'assegnazione di responsabilità gerarchiche al distretto solo di una parte dei fattori produttivi territoriali, tipicamente la medicina generale, la continuità delle cure, l'assistenza domiciliare, i consultori e la farmaceutica convenzionata esterna. Si trascura quindi la connessione con la specialistica territoriale, con la sanità pubblica, con la salute mentale e le dipendenze, con i servizi per gli anziani. Oppure si assegna un ruolo più funzionale senza precisi obiettivi di coordinamento orizzontale, senza una valorizzazione organizzativa e senza un'accurata selezione dei direttori di distretto tra coloro che hanno competenze di coordinamento non gerarchico. Oppure si percorre la terza via, ma senza in realtà disseminare nuove mappe cognitive che renda visibile e conveniente l'organizzazione delle interdipendenze tra le divisioni specialistiche.

Il distretto non è però solo il luogo organizzativo dell'integrazione tra diverse unità operative

che operano sul territorio, come le cure primarie con l'assistenza infermieristica, la salute mentale con le dipendenze, ma anche il luogo di integrazione tra l'ospedale ed il territorio.

L'ospedale è per sua funzione più strutturalmente portato a ragionare per specialisti. Gli stessi dipartimenti ospedalieri sono una somma di specialisti che focalizzano l'attenzione sul coordinamento dei saperi e sull'ottimizzazione nell'uso dei fattori produttivi, più che sull'integrazione dei processi di fruizione e di cura rispetto al paziente. L'ospedale esprime però sempre più forte l'esigenza di coordinarsi con i servizi territoriali per la nuova *mission* assegnatagli: limitarsi ad essere il luogo di cura acuto ed intenso, che rapidamente stabilizza il paziente, interviene sulla fase acuta laddove possibile e definisce il percorso assistenziale successivo, che però deve essere seguito dai servizi territoriali. L'ospedale esprime quindi un bisogno rilevante di integrazione con il territorio, ma non ha una geografia interna delle responsabilità tale da allocare questa funzione. Pertanto, anche se il bisogno all'integrazione tra ospedale e distretto è bi-direzionale, questo ricade in termini di responsabilità esplicitate e visibili più sul territorio, il quale è anche atteso essere il luogo competente per la strutturazione di processi di integrazione. Questo è facilitato laddove al distretto sia riconosciuto il ruolo e quindi il sistema delle misure delle performance considera i progressi nei processi di coordinamento (es. aumento dimissioni protette) con corrispondenti meccanismi di riconoscimento organizzativo, a partire dalla progressiva concessione di fattori produttivi aggiuntivi, al crescere del trasferimento di pazienti sul territorio. Laddove invece vi siano solo attese di maggior integrazione, ma senza meccanismi di valorizzazione dei risultati raggiunti, cadono gli incentivi allo sviluppo del coordinamento.

Al distretto socio-sanitario viene però chiesto un terzo livello di integrazione, oltre quello tra tutti i servizi sanitari territoriali e quello con l'ospedale, cioè quello con tutta la rete dei servizi so-

cio-assistenziali gestiti dai Comuni e dai loro erogatori e con la rete socio-sanitaria, oggi in larga parte esternalizzata presso produttori privati. Se rispetto all'integrazione con l'ambito socio-assistenziale risulta rilevante la leva dell'autorevolezza istituzionale e professionale, all'opposto, rispetto al settore socio-sanitario, risulta decisivo il controllo diretto da parte del distretto del budget di risorse necessario per acquistare i servizi di questo comparto largamente esternalizzato. Nel primo caso infatti le risorse sono in possesso degli EE.LL. e il driver per l'integrazione è riuscire a rendere visibili i vantaggi reciproci della collaborazione. Nel secondo caso invece ciò che conta è il controllo delle spese della Ausl nei confronti dei produttori socio-sanitari, per poter acquistare prestazioni e servizi integrati con il resto della rete del welfare sanitario e socio-sanitario locale. In un quadro di sintesi emerge come il distretto socio-sanitario abbia tre distinti piani di lavoro per l'integrazione: quello tra tutti i servizi territoriali, quello tra ospedale e territorio nel perimetro dell'Ausl, quello esterno nei confronti degli EE.LL. e loro produttori per il coordinamento con il comparto socio-assistenziale e quello socio-sanitario con i produttori di questo settore. Ognuno di questi distinti piani di lavoro presenta delle determinanti e dei driver diversi utili per spiegare i successi e gli insuccessi del distretto e le sue potenzialità di azione.

Non è però sufficiente disporre di un quadro organico di leve e tensori aziendali per agire il coordinamento e l'integrazione di servizi, occorre anche operationalizzarlo con precise logiche e strumenti utili allo scopo: questo è il tema del prossimo ed ultimo paragrafo.

STRUMENTI DI INTEGRAZIONE PER COSTRUIRE E GESTIRE RETI NEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI

Per poter definire, sviluppare ed implementare degli strumenti aziendali e distrettuali di integrazione, occorre innanzitutto definire i contenuti operativi del concetto integrazione ed organiz-

zazione delle interdipendenze, altrimenti foriero di molti significati o troppo ampi o troppo generici. Proponiamo diversi livelli di analisi del concetto di integrazione, a cui successivamente possiamo abbinare precisi strumenti manageriali:

- a. integrazione delle strategie e politiche aziendali;
- b. integrazioni operative-organizzative;
- c. unitarietà diagnostico-assistenziale;
- d. unitarietà del percorso di fruizione (Compagni, Tediosi, Tozzi, 2010).

Integrazione delle strategie e politiche aziendali

Le aziende delle reti locali di welfare attuano strategie e politiche non sempre coordinate tra loro, se non addirittura conflittuali. Questo avviene talvolta attraverso espliciti processi di pianificazione strategica, più spesso per posizionamenti strategici impliciti, frutto di stratificazioni storiche, di comportamenti di fatto, di dinamiche delle singole aziende governate da impulsi “carsici”, di cui non sempre vi è piena consapevolezza. L'introduzione di elementi competitivi può disincentivare l'adozione di logiche collaborative e non sempre la competizione garantisce, nel settore socio-sanitario, un gioco a somma positiva. A titolo d'esempio, una competizione tra un Comune e una Ausl per scaricarsi reciprocamente la titolarità di un'area di bisogno impedisce l'ottenimento dell'integrazione e probabilmente non determinerà un ottimo nella gestione ed erogazione dei servizi.

Integrazione delle strategie e delle politiche aziendali significa per ogni istituto della rete socio-sanitaria conoscere le proprie ed altrui convenienze strategiche, negoziare delle soluzioni concertate, capaci di garantire valore ad ogni nodo della rete. A titolo d'esempio, un'assistenza domiciliare efficace, frutto del coordinamento del Sad comunale con le cure domiciliari dell'Ausl, potrebbe garantire per il Comune un risparmio in termini di mancati ricoveri in istituto (e quindi mancate integrazioni delle rette di ricovero) e

determinare per l'Ausl un risparmio sui ricoveri in Rsa (di cui la sanità paga direttamente circa il 50% dei costi) e una probabile riduzione dei ricoveri ospedalieri. In altri termini l'integrazione potrebbe determinare dei costi sorgenti, ma offrire la possibilità di ottenere dei risparmi complessivi.

Integrazioni operative-organizzative

L'organizzazione delle interdipendenze può avvenire sul piano delle strategie e delle politiche, lasciando però separate le strutture produttive, oppure può arrivare a ricercare un coordinamento tra le unità operative. In questo caso la collaborazione strategica avviene anche, se non soprattutto, sul piano della produzione congiunta. Si costruiscono forme di collaborazione tra le unità operative, se non addirittura unità organizzative integrate, in capo ad uno dei nodi della rete, oppure congiunte (Corsalini e Vendramini, 2010).

Unitarietà diagnostico-assistenziale

I livelli di analisi del concetto d'integrazione fin qui proposti partono dal punto di vista dell'azienda: se ribaltiamo la prospettiva d'osservazione e assumiamo quella del paziente o del disagio sociale, per lei/lui integrazione significa soprattutto trovare un sistema capace di elaborare un piano diagnostico ed assistenziale unitario. Ciò che l'utente si attende dalla rete è che vi sia un unico *gate* che esprima una diagnosi unitaria (dietro il quale evidentemente vi è un lavoro di raccordo tra i diversi professionisti delle diverse aziende socio-sanitarie) e che lo indirizzi lungo un percorso delineato e coerente con la diagnosi (Tozzi, 2004). Il paziente è anche disponibile a pagare il prezzo della frammentazione nella fruizione, ma perlomeno desidera trovare integrazione nella parte tecnico-professionale. Invece, a titolo d'esempio, è frequente che lo specialista ospedaliero non si raccordi con il Mmg e che questo successivamente non sia pienamente coordinato con coloro che disegnano il percorso riabilitativo.

Unitarietà del percorso di fruizione

Per l'utente integrazione non significa solo unitarietà e coerenza nel processo diagnostico-assistenziale, ma significa anche unitarietà del processo di fruizione, senza la necessità di innumerevoli passaggi, magari presso aziende diverse, sicuramente presso operatori diversi, per ottenere un servizio che può esistere solo come sommatoria di frammenti. Talvolta, come detto, l'utente può anche essere disposto a barattare l'unitarietà della fruizione per l'unitarietà diagnostico-assistenziale, ma l'asimmetria informativa del settore può anche attribuire nella qualità percepita un maggior valore all'unitarietà della fruizione.

L'unitarietà della fruizione significa ottenere un servizio nel numero minimo di passaggi, di spostamenti, di operatori interfacciati e di tempo.

L'integrazione delle strategie e delle politiche afferisce più il livello di lavoro aziendale e rappresenta una pre-condizione esistente e facilitante o un'assenza impedente il lavoro ai distretti socio-sanitari. I livelli logici dell'integrazione organizzativa, dell'unitarietà della fruizione per il paziente e dell'integrazione professionale dei Pdta afferiscono più al livello distrettuale, proprio per la loro natura operativa, concreta e localmente contestualizzata.

Nella concreta dinamica attuativa delle aziende e dei distretti socio-sanitari, non tutti questi aspetti dell'integrazione sono raggiungibili con uguale intensità nel breve periodo, essendo associati a strumenti distinti che non possono essere implementati tutti contestualmente. Occorre valutare e decidere quali aspetti dell'integrazione si ritiene prioritari e prevalenti per poter selezionare i correlati strumenti che si ritengono efficaci per raggiungerli. Pertanto per la concreta costruzione e gestione di reti è possibile scegliere tra una pluralità di possibili strumenti di integrazione e organizzazione delle interdipendenze, a seconda della dimensione di rete che si ritiene prevalente. Di seguito analizziamo gli strumenti operativi per ognuno dei quattro distinti livelli di rete che abbiamo proposto.

STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE DELLE STRATEGIE E POLITICHE AZIENDALI

I. Accordi strategici interaziendali

Se lo scenario strategico è disegnato in maniera coerente esso dovrebbe spingere le aziende del sistema socio-sanitario a ricercare forme di collaborazione, determinando essa un gioco a somma positiva, vantaggioso per tutti i contraenti. Molti istituti del welfare pubblico da tempo negoziano e definiscono accordi, convenzioni o contratti interistituzionali orientati allo sviluppo dell'integrazione e della collaborazione. Gli accordi possono essere costruiti per coordinare servizi o per acquistare/delegare funzioni, dietro equivalente copertura degli oneri finanziari. Di norma questi accordi palesano alcune debolezze:

- a. nel caso di delega o acquisto di servizi, l'ente acquirente agisce la funzione di committenza in maniera estremamente debole, se non assente. Prevale la logica contenuta alla lettera nel termine delega: incarico un altro soggetto, che se ne fa carico, e quindi è possibile disinteressarsi dei servizi conferiti. In altri termini prevale un modello istituzionale su quello aziendale: si incarica un altro ente pubblico e ciò dà al delegante/committente la sensazione di essere garantito, senza esercitare più alcuna funzione di programmazione e controllo, limitandosi a finanziare le spese.
- b. Nel caso di coordinamento di servizi talvolta prevale la sottolineatura dell'accordo istituzionale-politico senza significativi contenuti operativi correlati, altre volte prevale la regolazione di alcuni processi o procedure analitiche, quasi mai si osserva la negoziazione di volumi e mix di attività, la definizione di target di utenti e di correlati obiettivi.

A queste debolezze storiche è possibile rispondere con le seguenti suggestioni.

- a. Qualsiasi accordo si sottoscriva, la variabile critica è che esso venga agito, controllato, gestito. La funzione di committenza e la costruzione di collaborazioni non possono esaurirsi

nel momento negoziale e di firma, ma diventano una normale funzione aziendale costantemente attiva e dinamica. La committenza controlla, rinegozia, programma, interrogandosi costantemente sull'appropriatezza e sull'efficienza delle prestazioni; la collaborazione interistituzionale è costantemente attiva sul campo.

- b. Per sviluppare processi di integrazione l'accordo interistituzionale deve contemperare il livello politico con quello programmatico e quello operativo. Ognuno dei tre livelli è necessario per rendere efficace gli altri due. In altri termini, alla volontà politica di collaborare deve seguire la programmazione dei volumi e dei mix di attività, la correlata suddivisione degli oneri finanziari, per realizzare i quali occorre disegnare procedure e sistemi operativi congiunti o perlomeno condivisi (Meneguzzo, 1996).

Gli strumenti giuridici oggi disponibili per sottoscrivere accordi interistituzionali presentano una gamma ricca ed esauriente: accordi di programma, convenzioni, contratti di servizio, deleghe, conferenze dei servizi, ecc. (AA.VV., 1999). A giudizio di chi scrive, nella scelta dello strumento è importante ricercare, pur nella sostenibilità di tutte le soluzioni, una configurazione che favorisca la gestione attiva e dinamica della relazione interistituzionale, a partire dal piano simbolico. A titolo d'esempio, uno strumento come il contratto di servizio, al confronto con la delega dei servizi, richiama maggiormente la dimensione gestionale e, in ultima analisi, quella aziendale.

L'accordo strategico può basarsi su diverse opzioni rispetto alla gestione dei servizi:

- a. ogni ente titolare della funzione mantiene la responsabilità sulla produzione o sull'acquisto da terzi dei servizi, addivenendo ad un coordinamento degli output;
- b. uno degli enti titolari acquista dall'altro servizi, conferendogli in toto o in parte la gestione (il Comune può acquistare servizi dall'Ausl,

quest'ultima può comprare prestazioni dal Comune);

- c. gli enti titolari procedono ad acquisti incrociati di servizi, conferendosi reciprocamente la gestione dei servizi che meglio sanno produrre (ad esempio l'Ausl acquista dall'azienda ospedaliera esami diagnostici, quest'ultima acquista dall'Ausl prestazioni per organizzare le dimissioni protette e precoci);

2. Società interistituzionali

Nel settore socio-sanitario è in corso un processo di accelerazione nel ridisegnare gli assetti istituzionali e le formule di gestione dei servizi. Come anche in altri settori forte è la tendenza al contracting in, cioè la costituzione di aziende pubbliche controllate e al contracting out, verso il privato profit o non profit (Valotti, 1994). Vi sono anche numerose esperienze di società miste pubblico-privato (Anessi Pessina e Cantù, 2006). La modesta dimensione dei Comuni italiani impone che molte di queste forme si sviluppino in maniera interistituzionale (Valotti, 2000): sulla scia di questo processo vi sono anche i primi tentativi di costituire aziende che coinvolgano sia Comuni sia Ausl sia le ex Ipab. Un'azienda mista tra una pluralità di istituti può rappresentare un potente strumento di integrazione. La nascita di società miste determina però il rischio di ricadere nell'illusione che unitarietà istituzionale garantisca integrazione. Per sterilizzare questo rischio occorre prevedere un forte meccanismo di accountability interna o di committenza esterna per verificare la reale attivazione di strutture organizzative e servizi integrati nel nuovo istituto. L'azienda interistituzionale non è infatti condizione sufficiente per ottenere servizi integrati.

INTEGRAZIONI OPERATIVE-ORGANIZZATIVE

3. Acquisti socio-sanitari congiunti

I servizi socio-sanitari sono spesso acquisiti dagli enti titolari da produttori esterni, pubblici (come gli ospedali azienda, gli Irccs, le fondazioni) o pri-

vati (profit o non profit). L'acquisto può avere per oggetto prestazioni socio-sanitarie finite (es. un ricovero) oppure prestazioni intermedie (es. un servizio di cure domiciliari). La procedura di acquisizione può necessitare la preventiva autorizzazione al funzionamento per l'erogatore, il successivo accreditamento ed infine la sottoscrizione di un contratto con l'ente terzo pagante, oppure può basarsi su un appalto pubblico. In entrambi i casi siamo di fronte ad un processo di acquisto.

Gli enti titolari dei servizi, che da tempo esternalizzano una quota molto significativa dei loro servizi, possono costruire un processo di integrazione, effettuando acquisti congiunti, sia per prestazioni finite, sia per prestazioni intermedie. Ciò è facilitato dal fatto che molto spesso il produttore a cui si rivolgono è il medesimo. Da un altro punto di vista si potrebbe arrivare a sostenere che è paradossale che due partner pubblici acquistino separatamente da uno stesso fornitore. A titolo esemplificativo è quindi immaginabile che il contratto per l'acquisto di ricoveri in Rsa abbia come acquirente l'Ausl congiuntamente ai Comuni, oppure che l'appalto per le cure domiciliari sia unico ed integrato. In questo caso si trasla sul produttore l'onere operativo di costruire dei servizi socio-sanitari integrati. Questo dovrebbe essere uno sviluppo naturale del processo storico in corso che vede il soggetto pubblico, nel settore socio-sanitario, spesso ricorrere a forme di esternalizzazione.

L'acquisto congiunto di prestazioni socio-sanitarie sposta il focus della collaborazione interistituzionale sul lato della committenza, cioè sulla programmazione dei mix e dei volumi di attività, sulla negoziazione della ripartizione degli oneri finanziari, sulla selezione dei fornitori, sulla gestione dei contratti di fornitura, sulla selezione degli utenti.

4. Progettazione congiunta dei servizi

Uno strumento potente di integrazione è la progettazione congiunta dei servizi. Per progettazione dei servizi intendiamo la definizione analitica

dei contenuti delle prestazioni, la definizione e la selezione degli utenti, la scelta delle modalità di erogazione, le politiche tariffarie e l'individuazione degli strumenti di comunicazione/attivazione delle prestazioni. Per progettazione congiunta intendiamo che, nel rispetto delle titolarità, le aziende che intendono collaborare costruiscano insieme il disegno dei servizi, per evitare sovrapposizioni, ambiguità, bisogni non tutelati e conflittualità.

La progettazione congiunta non determina automaticamente l'integrazione sul lato della produzione, attraverso esternalizzazioni congiunte (vedi strumento 3.) o attraverso équipe miste (vedi strumento 5.), anche se non le esclude, potendo rappresentarne la logica fase iniziale di analisi. In altri termini, la progettazione congiunta può garantire integrazione tra linee di produzione che rimangono distinte, pur avendo definito precisi confini e momenti sinergici o, al contrario, può essere la premessa per la completa fusione delle linee di produzione (acquisti congiunti o équipe miste). Sono possibili anche soluzioni intermedie, con una parte delle linee di produzione mantenute distinte e una parte integrante in un unico corpo produttivo condiviso.

La variabile critica nella progettazione congiunta dei servizi è la regolazione del conflitto, quando nella concretezza dell'operatività vi sono interpretazioni diverse su singole situazioni, rispetto alle regole definite a livello interistituzionale. A tal proposito è necessario costruire dei meccanismi rapidi ed efficaci di concertazione o arbitrato.

5. Equipe/servizi/sedi misti

L'integrazione operativa diventa ancora più intensa se arriva a condividere spazi fisici di erogazione, erogare servizi congiunti e costruire équipe miste. Queste tre istanze possono comparire separatamente o congiuntamente. Esse presentano livelli crescenti di integrazione attesa.

La condivisione di spazi erogativi (es. sede di un distretto socio-sanitario utilizzato sia dai servizi dell'Ausl, sia dal sociale del Comune) garantisce

attiguità e vicinanza, nella ragionevole speranza che essa possa attivare percorsi di confronto, coordinamento e integrazione.

Erogare servizi congiuntamente (pur lasciando le équipes separate, cioè con distinti responsabili gerarchici) è un passo significativo in direzione dell'integrazione. Pensiamo al proposito ad un servizio di cure domiciliari con letti di vacanza assistenziale gestito congiuntamente da Ausl e Rsa. In questo caso, pur rimanendo le responsabilità distinte, il coordinamento della produzione è molto forte. Questa costituisce una soluzione che non determina elevati livelli di conflitto in fase iniziale di progettazione organizzativa (in quanto vengono rispettate le gerarchie delle aziende che si integrano), ma può determinare conflitto nella gestione in quanto non essendovi un responsabile unico, tutte le decisioni devono essere concertate tra le parti. La costruzione di équipes miste comporta una forte integrazione organizzativa, che arriva a individuare e attribuire responsabilità unitarie (un unico dirigente per operatori che appartengono a diverse aziende). Questa è una soluzione che, al contrario della precedente, può generare maggiore conflitto in fase progettuale (occorre scegliere per ogni linea d'attività un solo responsabile tra due), ma potrebbe registrarne di meno durante la gestione. La costituzione di équipes miste, probabilmente multidisciplinari, dovrebbe garantire un coefficiente di integrazione significativo.

Per essere praticabili queste linee d'azione delineate, apparentemente semplici e risolutorie, richiedono due condizioni fondamentali, che sono difficilmente rintracciabili nel panorama nazionale:

- che il soggetto pubblico abbia mantenuto una gestione diretta di buona parte della produzione;
- che le aziende che intendono interfacciarsi abbiano modelli organizzativi simili, in grado di connettersi, ad esempio per generare équipes miste.

UNITARIETÀ DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE

6. Gate d'ingresso unici: unità di valutazione multidimensionali congiunte

Il sistema socio-sanitario italiano non è in grado di rispondere a tutti i bisogni, avendo dei tassi di risposta in molti settori significativamente inferiori alla domanda potenziale. È pertanto importante definire le priorità sociali e regolare gli ingressi nel sistema per far sì che le priorità individuate siano realizzate. Per fare questo occorrono due condizioni:

- che esista un *gate* di ingresso unico che applichi le regole di individuazione degli utenti;
- che il circuito della produzione sia coordinato e accetti l'esistenza di questo unico *gate* d'ingresso, che determina la perdita del controllo delle liste d'attesa per i produttori.

Il *gate* unico di ingresso non è chiamato solo a selezionare l'utenza, ma anche a definire i percorsi assistenziali. Anzi, nella prassi essi tendono a soffermarsi solo su questo secondo compito trascurando il primo (tra l'altro impossibile da agire in assenza di una strategia sulle priorità e di una programmazione dei mix di attività), determinando quindi o l'assenza di una lista d'attesa unica o una lista costruita su priorità cronologiche e non sociali.

Il *gate* unico è uno strumento di integrazione potenzialmente forte perché impone ai diversi soggetti committenti di definire priorità sociali e programmazione dei volumi congiunte, modalità di selezione condivise oltre a necessitare la costruzione di una équipe multidimensionale di valutazione.

L'efficacia rispetto alla ricostruzione di un'unitarietà nel processo diagnostico-assistenziale dipende da:

- la quota del sistema d'offerta accessibile dall'unico *gate* d'ingresso;
- la capacità del *gate* di valutare dinamicamente nel tempo i bisogni e di riaggiornare costantemente il piano assistenziale.

Pertanto è vero che il *gate* unico di accesso ai ser-

vizi è uno strumento potenzialmente capace di ricomporre ad unitarietà il processo di diagnosi e cura, ma la sua realizzazione impone a monte l'integrazione della programmazione dei diversi committenti.

7. Case manager interistituzionale

Lo sviluppo e la diffusione delle idee proposte dal cosiddetto disease management hanno suggerito l'utilizzo della figura del *case manager*, vale a dire di un operatore socio-sanitario che si fa garante nel tempo dell'intero processo diagnostico-assistenziale del paziente, svolgendo direttamente parte delle prestazioni, ma soprattutto interfacciandosi lui stesso con i diversi operatori per assicurare continuità e tutela degli interessi del paziente. Talvolta a questa figura è attribuita anche una responsabilità economica sui consumi del paziente, per ottimizzare i benefici ottenibili da un ammontare prestabilito di risorse associate ad ogni patologia.

Il *case manager* può essere una soluzione organizzativa efficace per rafforzare processi di integrazione interistituzionali, potendo egli seguire il paziente per i diversi passaggi presso i distinti operatori. Per ottenere ciò sono necessarie alcune condizioni:

- a. il *case manager* deve essere riconosciuto, condiviso e probabilmente cofinanziato da tutti gli attori in gioco;
- b. i servizi e le prestazioni garantite all'utente devono essere stabilite e comunicate al *case manager* preventivamente, perché questi non sia chiamato a fare l'avvocato dei consumi illimitati. Per fare ciò bisogna costruire un piano assistenziale per il singolo paziente (ad esempio con il gate unico d'ingresso di cui allo strumento 6.) oppure definire un ammontare finanziario massimo di consumi correlato alla patologia;
- c. le regole di fruizione (modalità di erogazione, tempi di attesa, ecc.) e i meccanismi di confronto professionale con il *case manager* devono essere disciplinati.

Nel sistema socio-sanitario italiano il ruolo di *case manager* può essere giocato dal Mmg/Pls o dall'assistente sociale per patologie o bisogni sociali di tipo generale, oppure da uno specialista del settore per casi più complessi (es. psichiatrici).

UNITARIETÀ DEL PERCORSO

DI FRUIZIONE

8. Reingegnerizzazione interaziendale dei processi assistenziali

Gli utenti sono di norma costretti a ricondurre ad unitarietà la fruizione a proprie spese, obbligati ad innumerevoli passaggi amministrativi, sociali e sanitari in sedi, orari e con operatori diversi. Questa fatica può essere tollerata per una patologia sanitaria acuta, che si esaurisce in un arco temporale limitato, in cui è chiaro il momento della "malattia" e il recupero della "salute". Nel quadro epidemiologico emergente, in cui i bisogni prevalenti sono cronici e compositi, questo prezzo è talvolta insopportabile, generando frequentemente problemi di compliance o di exit degli utenti.

La risposta a questa frammentazione dell'offerta è il ridisegno dei processi produttivi partendo dal punto di vista dell'utente, arrivando a limitare le prestazioni alle sole patologie con rilevante valore aggiunto per il paziente e a compattare i passaggi della fruizione (Tozzi, 2004).

La reingegnerizzazione di processo ha mostrato enormi spazi di miglioramento sia dal punto di vista dei benefici per gli utenti, sia dal punto di vista dei costi di produzione (Casati, 1999). Queste potenzialità sono probabilmente ulteriormente accentuate nel caso di servizi interaziendali. È possibile giungere a dispiegare queste tecniche solo dopo aver raggiunto accordi di intesa strategica tra i nodi della rete e dopo aver creato un primo substrato di collaborazione organizzativa e operativa (vedi strumenti 2., 3., 4., 5.).

CONCLUSIONI

Il concetto di rete è utile per leggere le interdipendenze che fisiologicamente esistono e da cui

TABELLA I - Strumenti di integrazione interaziendali per organizzare le interdipendenze

INTEGRAZIONE DELLE STRATEGIE E POLITICHE AZIENDALI

1. Accordi strategici interaziendali

2. Società interistituzionali

INTEGRAZIONI OPERATIVE-ORGANIZZATIVE

3. Acquisti socio-sanitari congiunti

4. Progettazione congiunta dei servizi

5. Equipe/servizi/sedi misti

UNITARIETÀ DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE

6. Gate d'ingresso unici: unità di valutazione multidimensionali congiunte

7. Case manager interistituzionale

UNITARIETÀ DEL PERCORSO DI FRUIZIONE

8. Reingegnerizzazione interaziendale dei processi assistenziali

non si può scappare. La rete non è quindi una scelta, ma una condizione in cui si trovano le aziende. La scelta è “se e come” organizzare le interdipendenze che ci sono. Questo dipende dalla capacità cognitiva che hanno gli attori di cogliere le interdipendenze, dalla fiducia reciproca che li porta a cedere prerogative di governo a una meta-organizzazione di rete di cui sono soci di minoranza, e dalle competenze nello scegliere gli strumenti di integrazione. Essi presentano oggi un portafoglio estremamente ricco ed articolato, che agisce a diversi livelli (strategico, operativo e di processi) per i professionisti e per i pazienti, a livello di azienda e di distretto. Rimane da decidere chi nel Ssn è l'attore chiave per cogliere e organizzare le interdipendenze attivando il mix corretto di strumenti, favorendo il loro sviluppo progressivo nel tempo. A giudizio di chi scrive se non si rilancia la centralità delle aziende e del loro management, scelto con logiche di competenza e sui risultati storici conseguiti, la logica di rete troverà molte viscosità, perché il Ssn e le Regioni possono dare incentivi ma non attuare e i professionisti possono attuare, ma difficilmente controllano tutte le leve con una visione d'insieme, mentre le aziende sono proprio il costrutto sociale che coniuga una visione istituzionale sufficientemente ampia con le giuste leve attuative. In particolare dentro le aziende, il *middle management* dei distretti e dei dipartimenti è quel-

lo fisiologicamente chiamato a esercitare questo ruolo. La capacità di cogliere, disegnare e implementare processi di integrazione dovrebbe proprio essere una delle competenze distintive del direttore del distretto socio-sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., Il contratto di servizio tra AMA e Comune di Roma: caratteristiche e contenuti, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 1999
- Anessi Pessina E. e Cantù E., Rapporto OASI 2005, L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Milano, Egea, 2005
- Anessi Pessina E. e Cantù E., Rapporto OASI 2006, L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Milano, Egea, 2006
- Bardach E., Getting Agencies to Work Together: The Practice and Theory of Managerial Craftmanship, Washington DC, Brooking Institution, 1998
- Borgonovi E., Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Milano, Egea, 2002
- Casati G., Il percorso del paziente. La gestione per processi in sanità, Milano, Egea, 1999
- Compagni A., Tediosi F., Tozzi V., L'integrazione tra ospedale e territorio nelle aziende sanitarie, in Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Milano, Egea, 2010
- Corsalini E. e Vendramini E., Integrare la rete dei servizi territoriali, Milano, Egea 2010
- Del Vecchio M., Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati, Milano, Egea, 2001
- Del Vecchio, Deintegrazione istituzionale e integrazione

funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche, Milano, Egea, 2008

- Kickert W.J.M., Klijn E.H., Koppenjan J., *Managing Complex Networks: strategy for the Public Sector*, London, Sage Publications, 1997
- Kooiman J., *Governing as governance*, London, Sage Publication, 2003
- Huxham C., Vangen S., *Leadership in the shaping of collaboration agendas: how things happen in a (not quite) joined up world*, *Academy of Management Journal*, n. 43, 2000
- Lega F., *Gruppi e reti aziendali in sanità. Strategia e gestione*, Milano, Egea, 2002
- Lega F., *Management dell'azienda brain intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*, Milano, Egea, 2008
- Longo F., *Governance dei network di pubblico interesse*, Milano, Egea, 2005
- Meneguzzo M., *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Milano, Egea, 1996
- Osborne S. (ed.), *Public-Private Partnerships: Theory and practice in an International perspective*, London, Routledge, 2000
- R. Putnam: *Social Capital: measurement and consequences*. ISUMA- *Canadian Journal of Policy Research* (2001)
- Rebora G. e Meneguzzo M., *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Torino, Utet, 1990
- Ruffini R. e Valotti G., *Assetti istituzionali e governo delle aziende pubbliche*, Milano, Egea, 1994
- Soda G., *Reti tra imprese. Modelli e prospettive per una teoria del coordinamento*, Roma, Carocci, 1998
- Tozzi, V., *La gestione per processi in sanità*, *Mecosan*, n. 50, 2004
- Valotti G., *Economicità e innovazione nelle imprese di servizi locali*, Milano, Egea, 1994
- Valotti G., *Riforma delle autonomie locali: dal sistema all'azienda*, Milano, Egea, 2000

DINAMICHE DI CAMBIAMENTO PER LA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

di **Valeria D. Tozzi**
Cergas - SDA Bocconi

La natura e la tipologia dei servizi territoriali in Italia ha subito significativi cambiamenti nel corso degli ultimi dieci anni in ragione di importanti modifiche nell'architettura istituzionale delle Aziende sanitarie, nelle attese dell'utenza, nelle dinamiche delle comunità professionali.

In sintesi si è modificato l'ambiente di riferimento¹ (Airoldi et al., 1994), il "liquido amniotico" all'interno del quale operano le Aziende sanitarie territoriali che ne alimenta le scelte. Si tratta di fenomeni di ampio respiro che, in ragione del contesto regionale e delle prerogative di governo, hanno generato processi di cambiamento importanti che toccano e toccheranno sempre più le condizioni di funzionamento dei servizi del "territorio".

È opportuno sottolineare che per tale tipologia di servizi il cambiamento è una condizione endemica e non occasionale, in quanto la loro efficacia dipende anche dalle modalità organizzative di erogazione (Starfield, 1991) e non vi sono target clinici specifici poiché rivolti alla comunità

(Saltman, 2006). La personalizzazione del servizio territoriale è qualità da rintracciare prioritariamente nelle modalità erogative del servizio e da non limitare alle condizioni di ortodossia professionale.

Le questioni alla base di tali dinamiche di cambiamento si rintracciano anche a livello internazionale. Il dibattito manageriale, infatti, ha visto il decollo di alcune piste di ragionamento e intervento quali, ad esempio, il passaggio da un sistema organizzativo orientato al servizio ad uno patient-centered (Roberts, 1999; English Department of Health, 2003); l'organizzazione dei servizi di cure primarie in network o reti integrate (Saltman, 2006; Sheaff et al., 2006); il rafforzamento del ruolo della medicina generale (Delnoij et al., 2000; Gross et al., 2000). Questioni che hanno attecchito sia nel dibattito sia nell'esperienza italiani (Corsolini et al., 2010).

Di seguito si utilizzeranno alcune delle evidenze emerse da ricerche condotte dal Cergas e dalla Sda Bocconi con l'obiettivo di esplorare le dina-

¹ Per ambiente si intende l'insieme delle condizioni e dei fenomeni esterni all'istituto che ne influenzano significativamente la struttura e la dinamica.

miche ed i processi di cambiamento che stanno coinvolgendo l'assistenza territoriale.

LE SPINTE AL CAMBIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

I processi di cambiamento che hanno "smosso" l'assistenza territoriale in Italia hanno riguardato attori centrali dell'ambiente di riferimento: a) le Regioni hanno avviato processi importanti di ridisegno istituzionale e della rete di offerta modificando la numerosità delle Aziende territoriali, la dotazione e l'organizzazione degli ospedali e rimettendo in discussione i confini tra ospedale e territorio; b) per quel che concerne le spinte provenienti dall'utenza, si segnala la pressione verso la crescente domanda per bisogni cronici, promossa principalmente dal progressivo invecchiamento della popolazione che preme sullo sviluppo di forme intermedie di assistenza; c) le comunità professionali stanno promuovendo modelli "a rete" di assistenza che propongono specifiche forme di presa in carico integrando i diversi livelli di intensità della cura (reti cliniche) e stanno acquisendo consapevolezza del trend demografico all'interno del quale sono inserite, elaborando strategie di sopravvivenza e rafforzamento nel medio lungo termine.

Regioni, utenti e professionisti sono quindi i principali motori delle dinamiche di cambiamento che stanno trasformando l'assistenza territoriale in Italia; di seguito se ne dettaglierà la natura e la portata, mentre in conclusione si rifletterà sulle conseguenze prodotte.

I CAMBIAMENTI INDOTTI DAL RIASSETTO REGIONALE

Le Regioni hanno riformulato in modo robusto l'assetto istituzionale dell'intero gruppo regionale (Longo, 2005) promuovendo agli inizi del 2000 forme di integrazione di sistema per garantirne il governo unitario (Del Vecchio M. et al, 2003).

Rilevante è il ridisegno della rete ospedaliera attraverso accorpamenti, riconversioni funzionali o dismissioni soprattutto delle strutture di dimensioni limitate per dotazione e attività (Carbone

C. et al, 2010). La dotazione di posti letto pubblici ed equiparati si è ridotta del 34% dal 1997 al 2007, anno in cui la dotazione media nazionale di posti letto in regime ordinario e diurno è stata del 3,8 per mille abitanti per acuti e 0,6 per i non acuti (in linea con lo standard massimo di 4,5 posti letto per mille abitanti identificato dall'Intesa Stato-Regioni del marzo 2005). Anche in questo caso, il confronto regionale svela situazioni molto variegate: Molise, Abruzzo e Sardegna hanno una dotazione di posti letto per acuti superiore al 4 per mille abitanti, mentre Lazio, PA di Trento e Molise superano l'1 per mille abitanti nella dotazione di posti letto per non acuti. Il processo di downsizing dell'ospedale ha visto tra il 1998 ed il 2008 una riduzione delle dimissioni (3,7%) e delle giornate di degenza (14%) ed un incremento del 50% dei ricoveri diurni. Nel 2008 il 96% dei circa 12 milioni di ricoveri è stato per acuti. Si profila un ospedale focalizzato sull'acuzie e sull'impiego del day hospital.

La riduzione del 34% dei posti letto ha indotto forme di razionalizzazione nell'utilizzo del setting ospedaliero, fino al raggiungimento in media nazionale del tasso di ospedalizzazione standardizzato al 2008 proposto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, e lo sviluppo di forme di gestione "territoriale" di attività che in passato trovavano spazio in ospedale.

Per quel che concerne la configurazione dell'assistenza territoriale, appaiono centrali le seguenti questioni. La numerosità delle Asl e i relativi confini sono in costante ridimensionamento (Carbone C. et al, 2010): se nel 1995 si registravano 228 Asl, nel 2010, in seguito agli ultimi accorpamenti nella Regione Abruzzo, se ne rilevano 146, con una popolazione media di residenti di circa 400.000 abitanti. Tale ridisegno ha avuto dirette implicazioni sul numero e sull'ampiezza dei Distretti: essi sono passati da 945 nel 1999 a 835 nel 2005, fino a 711 nel 2009, registrando una generale tendenza alla diminuzione in tutto il territorio nazionale (Agenas, indagine Distretti, 2010) con una popolazione media accresciuta di circa

13.000 unità (da 66.107 a 79.478) nel medesimo arco temporale.

Il Distretto rappresenta, quindi, una partizione del territorio aziendale di dimensioni eterogenee da Regione a Regione che ha visto nel periodo 1997-2007 importanti trasformazioni anche della propria rete di offerta. Le strutture territoriali sono accresciute del 41% circa e la percentuale di strutture private accreditate è passata dal 34% al 51%, sempre nel decennio 1997-2007, concentrando quasi esclusivamente nella residenzialità e semiresidenzialità. Significa che esiste una complessità nuova della rete di offerta all'interno dei confini distrettuali che richiede specifiche competenze ed abilità per il suo governo.

I risultati della ricerca sull'“*Integrazione fra ambito ospedaliero e territoriale*”, commissionata dal Siveas (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria) al Cergas Bocconi, rivelano un'esperienza importante sviluppata all'interno delle Asl e una pluralità di iniziative per connettere l'assistenza ospedaliera a quella territoriale. Lo studio ha effettuato una ricognizione delle iniziative di integrazione in tal senso in 83 Aziende sanitarie. Delle 12 tipologie di strumenti/iniziative per favorire l'integrazione, la tipologia più frequente è rappresentata dai programmi di dimissione protetta (90% delle Aziende) e assistita (69% delle Asl). Si riscontrano sforzi per “riempire” la filiera dei servizi territoriali allo scopo di sopprimere al restyling dell'ospedale: programmi di gestione domiciliare mediante gruppi multidisciplinari, di ospedalizzazione domiciliare, centri di comunità/poliamulatori specialistici e team di infermieri di comunità sono presenti in circa la metà delle Asl investigate.

Lo scenario appena descritto impone una serie di riflessioni:

- le rilevazioni di dati medi a livello nazionale appaiono sempre meno significative, poiché la contingenza regionale propone scelte e configurazioni dell'offerta di servizi sanitari specifiche: cosa c'è all'interno nella filiera dei servizi, quali sono gli attori e quali sono le di-

mensioni della rete di offerta territoriale dipende dal contesto regionale di riferimento;

- l'eterogeneità descritta disincentiva il dibattito, in via generale, sulla “modellistica” del Distretto spostando l'attenzione sulla complessità di funzionamento di processi erogativi che si giocano all'interno di confini sempre più ampi, con una complessa rete di attori e di relazioni istituzionali. A rendere inadeguata la riflessione sul modello organizzativo del Distretto, in una prospettiva nazionale, contribuisce anche il fatto che esso si incardina in un disegno regionale specifico;

- si profila sempre più una vera e propria rete di servizi territoriali, contenuta nei confini distrettuali, con i suoi hub ed i suoi spoke che necessita di essere “managed” allo scopo di garantire adeguati livelli di funzionamento integrandosi verticalmente, rispetto alla complessità degli ambiti di cura, e orizzontalmente in relazione alle questioni di allineamento professionale;

- dalla riflessione precedente discende la conseguenza che anche la responsabilità organizzativa del distretto acquisisce tratti e caratteristiche locali e si incentra sulla capacità di far funzionare “catene erogative” istituzionalmente (si pensi al ruolo crescente del privato accreditato, ad esempio) ed organizzativamente complesse. Si profila un ruolo, quello di direttore della rete dei servizi distrettuali, sempre più attento alle questioni dell'“operations management” e sbilanciato sulle abilità di governo del network composto da una filiera di servizi eterogenei per natura ed afferenza istituzionale;

- accanto ai tradizionali sforzi per integrare i servizi dell'ospedale con quelli del territorio, relativi alla dimensione della cosiddetta transitional care (Anon, 1998; Cotter et al, 2002) nella misura in cui preserva e presidia la presa in carico del malato a prescindere dal setting assistenziale, si assiste allo sviluppo di importanti progettualità che organizzano nuovi servizi e nuove strutture di livello intermedio (in-

termediate care – Brooten et al, 1998;Vaughan et al, 1999; Steiner, 2000, Steiner et al, 2008).

I CAMBIAMENTI INDOTTI DAL QUADRO DEI BISOGNI

Altro fenomeno che detta forme di cambiamento è quello della tipologia e natura dei bisogni (e quindi della domanda) rispetto ai quali le scelte relative all'assistenza territoriale devono convergere e dimostrare efficacia.

Nel 2009 l'Italia ha dimostrato il primato degli ultrasessantacinquenni sulla popolazione residente nel panorama delle nazioni UE27 e una percentuale al di sotto di quella media dei Paesi UE27 per i bambini fino a 14 anni di età (insieme con Germania e Grecia). Sebbene l'invecchiamento della popolazione tocchi tutte le aree del Paese, in Liguria risiede il 26,8% degli ultrasessantacinquenni mentre la PA di Bolzano e la Campania hanno il maggior numero di residenti under 14 (rispettivamente 16,6% e 16,4%).

Alle dinamiche demografiche dell'invecchiamento si sovrappongono, pur non coincidendo del tutto, quelle epidemiologiche collegate alle patologie croniche. In tal senso, la ricostruzione del quadro di riferimento nazionale aggiornato al 2010 ci consente di sintetizzare che:

- il 38,8% dei residenti in Italia dichiara di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche (Istat, 2009);
- il 57,2% dei residenti tra i 55 e i 59 anni e l'86,9% degli over 75 soffre di almeno una malattia cronico degenerativa (IX rapporto sulle politiche per la cronicità, 2010);
- il 20,3% ha almeno due patologie e tra gli over 75 la percentuale tocca il 68,2% dei "grandi vecchi" (IX rapporto sulle politiche per la cronicità, 2010);
- le malattie croniche più diffuse sono l'artrosi/artrite (17,8%), l'ipertensione (15,8%); le malattie allergiche (10,2%), l'osteoporosi (7,3%), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (6,2%), il diabete (4,8 %) (IX rapporto sulle politiche per la cronicità, 2010).

Le patologie croniche si stanno affermando come una delle priorità di intervento dell'assistenza territoriale che si caratterizzano per manifestare almeno uno dei seguenti tratti (Oms, 2004): a) si tratta di una malattia permanente; b) tende a sviluppare un tasso di disabilità variabile; c) è causata da un'alterazione patologica non reversibile; d) richiede una formazione speciale per il raggiungimento di una buona qualità della vita; e) necessita di un lungo periodo di controllo, osservazione e cura. La risposta a tali bisogni, quindi, deve prevedere:

- a) frequenza periodica e routinarietà del contatto del cittadino. Ciò significa che la continuità dell'osservazione e della cura, l'individuazione di una figura che costantemente faccia da riferimento per il paziente, l'accessibilità logistica alle strutture di offerta rappresentano condizioni prioritarie per l'organizzazione dei servizi destinati alle cronicità;
- b) centralità del contenuto assistenziale più che sanitario del servizio offerto: il mantenimento o il miglioramento della qualità della vita del paziente cronico richiede una valutazione integrata delle condizioni di salute/malattia, del contesto sociale del malato, del suo stile di vita. Queste ultime rappresentano aree di intervento che fanno riferimento a servizi che riguardano diverse realtà istituzionali (Asl ed enti locali) e a professionalità differenti che devono sviluppare forme di integrazione;
- c) informazione e consapevolezza della malattia da parte del cittadino. Alcune condizioni di cronicità possono essere autogestite da parte del paziente. Ciò implica la progettazione di specifiche azioni finalizzate all'arricchimento del bagaglio informativo da parte del paziente e alla rassicurazione rispetto alla capacità di self management. Sebbene il ventaglio delle patologie croniche sia molto ampio e diversificato, occorre far riferimento anche a quelle patologie che in passato esitavano eventi infausti (si pensi, a titolo esemplificativo, ai traguardi raggiunti in campo oncologico) e che grazie allo sviluppo scientifico e tec-

nologico raggiungono significativi tassi di sopravvivenza.

Attivare strumenti e progettualità che consentano di ricostruire, in prima battuta, il quadro complessivo dei bisogni (attraverso i consumi per patologia interpretati anche attraverso il sapere delle diverse comunità mediche) rappresenta uno sforzo che in passato è appartenuto al livello istituzionale delle Aziende sanitarie e che adesso sta pervadendo quello regionale. Se in passato, infatti, molte sono state le esperienze condotte dalle singole Aziende che attraverso la ricostruzione dei Pdta (percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali) su specifiche patologie rileggevano la prevalenza dei bisogni e ragionavano rispetto all'appropriatezza clinica ed organizzativa (Tozzi, 2004), ora iniziano a proporsi alcune esperienze su scala regionale. Ad esempio, l'Agenzia regionale sanitaria della Liguria ha compiuto tale operazione sull'intero bacino dei residenti: il "Progetto Nocchiero" (2009) ha consentito di mappare l'intera popolazione regionale (circa 1,6 milioni di residenti) individuando gruppi omogenei per caratteristiche cliniche e fabbisogni sanitari; tutti i gruppi rappresentano delle macro-aggregazioni per tipologie di patologie croniche e/o degenerative². In sintesi, più di un terzo della popolazione risulta affetta da almeno una patologia cronica e, in molti casi, si tratta di pazienti polipatologici³.

Organizzare risposte adeguate per i bisogni dei pazienti cronici appare una traiettoria di sviluppo per la rete dei servizi territoriali⁴. Rispetto alle evidenze proposte e alle riflessioni fatte si aprono alcune prospettive di ragionamento:

- la natura assistenziale dell'intervento sui cronici prevede forme organizzate di integrazione anche di natura interistituzionale. Infatti, svi-

luppare forme di coordinamento con gli interlocutori degli enti locali, del privato accreditato e del terzo settore consentirebbe di coordinare e fluidificare il processo erogativo per patologia o aree di bisogno che trova di frequente nei confini istituzionali barriere quasi invalicabili (ad esempio, l'intercettazione del disagio, l'intervento sull'ambiente sociale e la presa in carico attraverso programmi domiciliari);

- la logistica dei servizi appare una variabile centrale nel governo della rete dei servizi. Questioni quali la prossimità, l'accessibilità fisica alle strutture, il governo delle piattaforme "produttive" (da quelle ambulatoriali a quelle residenziali) trovano risposta in competenze di gestione operativa che sono largamente sottostimate sul territorio;
- la concentrazione fisica di alcune tipologie di attività territoriali quali ad esempio, la specialistica ambulatoriale, la medicina generale in forma associata, diagnostica in vitro fino ad arrivare a posti letto a "gestione territoriale" consentono di intervenire in modo diretto sui percorsi di fruizione dei pazienti e di organizzare "poli" di offerta specializzati sulla cronicità (focus factories per la cronicità). In tale prospettiva è cruciale il ruolo della medicina generale e le sue forme di organizzazione. L'intervento di ricomposizione dei processi erogativi non può prescindere dall'avvio di forme di allineamento di natura professionale attraverso le quali si condividono gli approcci al malato e le scelte di terapia ed assistenza;
- appare prioritario il popolamento della rete di quei servizi di natura "intermedia" che appaiono particolarmente cruciali per la cronicità "stabilizzata" e per la non autosufficienza.

2 Il metodo si basa sui flussi informativi regionali ed è correlato al consumo. Tuttavia, il sistema non si limita a mappare i cronici ma riesce ad individuare l'intera popolazione mediante l'inclusione di tutti coloro i quali non siano ricompresi nelle categorie con label di patologia. Chiaramente, i malati cronici che non consumano servizi del Ssr non vengono intercettati da questo sistema.

3 Sono state individuate 890.000 patologie su 560.000 pazienti.

4 Anche in passato le patologie croniche sono state un ambito di intervento per l'assistenza territoriale, rispetto alle quali molte prestazioni trovavano, però, erogazione in ambiente ospedaliero.

I CAMBIAMENTI INDOTTI DALLE COMUNITÀ PROFESSIONALI

Le comunità professionali agiscono con un ruolo centrale nell'ambiente di riferimento delle Aziende sanitarie e in questa sede si focalizza l'attenzione su due fenomeni che producono implicazione sui servizi territoriali.

Il primo attiene alla demografia e al "trapasso generazionale" che nei prossimi anni toccherà le diverse comunità di specialisti. Il secondo riguarda lo sviluppo di modelli di assistenza per specifiche aree di bisogno formulati e/o diffusi grazie ai processi di innovazione del sapere e alla coesione all'interno delle comunità professionali.

Le statistiche Ocse hanno sempre posto l'Italia tra i Paesi a maggiore densità medica⁵. Da un lato la densità medica in Italia è ancora oggi maggiore che in gran parte dei Paesi occidentali. Tale fenomeno deriva dal fatto che la tradizione clinica e assistenziale italiana dal dopoguerra ad oggi ha prediletto una situazione in cui la presenza di medici era maggiore che altrove e, in generale, si accompagnava invece ad una minore disponibilità di personale assistenziale (infermieri, ecc.) (De Pietro, 2009). Ciò ha avuto conseguenze sulla divisione del lavoro (ad esempio facendo sì che attività in altri Paesi svolte dagli infermieri restino invece in Italia di esclusiva competenza medica) e sullo status sociale della professione (ad esempio facendo sì che le retribuzioni dei medici italiani oggi risultino in media inferiori a quelle riconosciute in Paesi con condizioni socio-economiche simili). Sotto un'altra prospettiva il profilo di età dei medici e la distribuzione tra discipline crea disequilibri che, a meno di decise correzioni nella determinazione dei numeri chiusi di corso di laurea e scuole di specializzazione, potrebbero perdurare e anzi aggravarsi nel prossimo futuro. Il forte aumento nel numero d'iscritti al corso di laurea in

medicina e chirurgia di alcuni decenni fa, che ha poi portato a istituire il numero chiuso nel 1986, ha generato un effetto coorte tuttora evidente nel profilo di età dei medici praticanti in Italia, con una presenza massiccia di medici laureatisi negli anni Settanta e nei primi anni Ottanta. La crisi demografica si va profilando per ciascuna comunità professionale con caratteri specifici.

Gli impatti di tali fenomeni sulla rete dei servizi territoriali si associa al fatto che molte famiglie di specialisti svolgono in ospedale una quota significativa dei servizi ad esse attribuibili. I processi di ridisegno della rete di offerta, avviata in via prioritaria per le strutture ospedaliere, implicano che una quota parte di tali servizi sono destinati ad essere riposizionati sul territorio; si tratta di un processo di trasferimento dei saperi tecnico specialistici in setting nuovi e non ospedalieri che richiedono un sapere organizzativo nuovo.

Inoltre, accanto alle questioni del nuovo ambito di erogazioni di alcune prestazioni specialistiche ospedaliere, dovranno essere valutate anche quelle di *knowledge transfer* tra comunità professionali: a fronte di vincoli rispetto alla dotazione potenziale di risorse occorrerà considerare forme di alleanza tra comunità professionali. Ad esempio, la presa in carico dei pazienti con insufficienza renale cronica fino al terzo stadio da parte dei Medici di medicina generale prevede non solo lo spostamento sul territorio di tale attività ambulatoriale ma anche l'acquisizione di un certo sapere nefrologico da parte di questi ultimi. In sintesi, riformulare alcuni servizi fuori dall'ospedale prevede lo sviluppo di conoscenze organizzative nuove e di alleanze tra più famiglie mediche con l'obiettivo di presidiare l'appropriatezza e la sostenibilità dell'intera filiera di servizi specialistici.

⁵ Fino al 1999 l'Italia risultava il Paese più ricco di medici praticanti tra tutti i membri Ocse. Dal 2000 invece il nostro Paese è superato dalla Grecia, alla quale dal 2005 si sono aggiunti anche Belgio, Svizzera e Spagna, dal 2006 Paesi Bassi e Norvegia e dal 2007 (ultimo anno per il quale abbiamo disponibili i dati) anche Austria e Islanda (De Pietro, 2010).

La seconda spinta al cambiamento indotta dalle dinamiche professionali è relativa allo sviluppo di modelli di organizzazione dei servizi specialistici “a rete”. Alcuni contributi focalizzati sulla realtà italiana (Lega e Tozzi, 2009; Lega, Sartirana e Tozzi, 2010) hanno dedicato attenzione a tale fenomeno: la rete clinica prevede che le scelte di riallocazione dei servizi all’interno della filiera di offerta sia ospedaliera che territoriale prevedano forme di allineamento professionale e di invio dei pazienti a seconda della complessità e del bisogno; rappresentano, in sintesi, soluzioni di allineamento tra le razionalità istituzionali di razionalizzazione della filiera di offerta e quelle della comunità professionale. Sono stati, inoltre, identificati i seguenti tratti salienti:

- tra il 2002 e il 2005 il tema della rete clinica è entrato nel vocabolario della programmazione regionale, avendone rintracciato più di una nei Psr analizzati;
 - tra le comunità professionali che si sono maggiormente impegnate nel disegno di reti cliniche vi è quella oncologica. Le esperienze più mature appaiono quelle della Lombardia (ROL), del Piemonte e della Valle d’Aosta (ROP), della Toscana (ITT – Istituto Toscano Tumori), della Romagna (IRST – Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori), del Friuli Venezia Giulia e della Provincia Autonoma di Trento;
 - il modello delle sei reti in oncologia è molto eterogeneo e varia da configurazioni ad elevata formalizzazione (ITT, IRST, ROP, ROL) a forme prive di ampi gradi di formalizzazione (rete del Friuli Venezia Giulia e della Provincia Autonoma di Trento);
 - la comunità dei professionisti ha giocato un ruolo centrale nella genesi del modello e nel funzionamento della rete clinica in oncologia.
- Il fenomeno delle reti cliniche induce le seguenti riflessioni per quel che riguarda l’assistenza territoriale:
- le forme di presa in carico territoriale possono trovare spazio all’interno della dialettica di rior-

ganizzazione dei servizi che le reti cliniche propongono. La domiciliarità, la residenzialità, ad esempio, diventano prospettive di gestione del paziente alternative all’ospedale in un dibattito proprio della comunità professionale che sta sviluppando un’autonoma riflessione sulle soluzioni di gestione del malato;

- le reti cliniche possono essere interpretate come una “strategia di sopravvivenza” di determinate famiglie professionali che consentono di presidiare la clinical governance del paziente, mantenendo la “titolarità” di un determinato sapere distintivo, e di far erogare a terzi servizi che in passato erogavano direttamente;
- tutte le progettualità di rete clinica prevedono forme di integrazione a monte e a valle (per l’intercettazione ed il follow up) con la medicina generale che oltre ad avere un ruolo di “filtro” per il bisogno che deve trovare risposta appropriata in ospedale, può acquisire segmenti della filiera dei servizi;
- pivotale appare il ruolo che potrà avere la figura infermieristica non solo nei processi di delega di un certo sapere medico specialistico (come potrà capitare anche per il Medico di medicina generale) ma anche per l’esperienza e la competenza nel far “girare” l’organizzazione dei servizi territoriali (si pensi alle responsabilità di coordinamento).

I FENOMENI DI TRASFORMAZIONE DELL’ASSISTENZA TERRITORIALE

I processi di ridisegno dell’architettura delle Aziende, le prospettive della domanda di servizi destinati alle patologie croniche e le iniziative promosse (reti cliniche) e subite (crisi demografica) da parte delle famiglie professionali sono le spinte che promuovono forme di riconfigurazione della rete dei servizi territoriali. A fronte di tali pressioni, contingenti per portata ed impatto, occorre intercettare le firme di risposta elaborate nel contesto italiano. A tale fine si prende in considerazione la ricerca condotta dal

Cergas Bocconi e da Card (Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto) “I driver di sviluppo e i servizi territoriali: analisi comparativa delle best practice del SSN” (Corsalini et al, 2010)⁶, con l’obiettivo di intercettare le “reazioni” della rete dei servizi territoriali alle dinamiche di cambiamento precedentemente analizzate. Si tratta di uno studio che ha avuto l’obiettivo di individuare dieci esperienze, maturate da almeno un biennio all’interno dei Distretti, rispetto alle quali leggere le dinamiche di cambiamento sottese. I risultati dello studio offrono una serie di elementi di valutazione rispetto alle dinamiche di ambiente appena presentate.

1. La rete dei servizi territoriali sta sviluppando forme di integrazione della filiera dei servizi.

Le Asl sono impegnate a sostenere progetti che integrano l’erogazione piuttosto che la fruizione del servizio da parte dell’utenza. Le spinte “integrative” non riguardano quindi solo il sistema regionale nella sua globalità (si pensi alla trasformazione degli ospedali di insegnamento o alla definizione di livelli decisionali “meso” quali i consorzi di acquisto a livello regionale) ma toccano

anche l’assistenza territoriale. In generale si tratta di fenomeni che non stravolgono il servizio ripensandolo ex novo, ma ne propongono un continuo e costante labor limae; solo un progetto ha descritto la creazione di un nuovo servizio a completamento della rete di offerta dei servizi⁷, in tutti gli altri casi le Aziende hanno interpretato come auspicabile sia per l’efficacia gestionale sia per quella clinico assistenziale intervenire sulle modalità di erogazione dei servizi. È come se una volta arricchita la gamma dell’offerta dei servizi territoriali con soluzioni sempre più specialistiche e settoriali, le Aziende avessero colto la necessità di ricomporre tale offerta in percorsi unitari di erogazione e di fruizione dei servizi (Montanelli e Tozzi, 2010).

La tabella 1 propone una rilettura delle diverse forme di integrazione intercettate attraverso i casi nello studio: l’integrazione professionale/organizzativa e quella fisica da un lato messa a confronto con la diversa natura istituzionale dei servizi integrati (integrazione tra servizi sanitari e amministrativi dell’Asl e tra questi ed i servizi sociali dei Comuni).

L’integrazione professionale e organizzativa⁸ è quella che prevede la definizione di un sistema di

TABELLA 1 - Forme di integrazione nella rete dei servizi territoriali

	Integrazione professionale e organizzativa	Integrazione fisica
Integrazione tra servizi sanitari o amministrativi dell’Asl	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe Territoriali – Asl 2 Perugia • Progetti Casa della Salute – Asl 11 Empoli: AFA e PDTA • Coordinatore di percorso – APSS Trento • Screening CCR – Asl Mantova • Specialistica Ambulatoriale – Asl Taranto • 	<ul style="list-style-type: none"> Porta Medicalizzata – Asl Imola
Integrazione tra servizi dell’Asl e servizi sociali Comunali	<ul style="list-style-type: none"> • UVMD – Ulss 3 Bassano • Infermiere di Comunità – ASS Bassa Friulana 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina di Gruppo Integrata – Ulss 4 Bassa Friulana • PUA – Asl Modena

6 La ricerca in oggetto, sviluppata nel corso del 2010, ha preso in esame i seguenti casi aziendali: Infermiere di comunità (Ass Bassa Friulana); Coordinatore di percorso (APSS Trento); Ottimizzazione dell’offerta specialistica (Asl Taranto); Implementazione procedura operativa per la gestione dell’Unità di valutazione multi divisionale - Uvmd (Ulss 3 Bassano); Screening del colon retto (Asl Mantova); Casa della Salute (Asl 11 Empoli) con attivazione di due progetti (Attività fisica adattata, Pdta dello scompenso cardiaco); Porta medicalizzata (Asl Imola); Punto unico di accesso (Asl Modena); Qualità delle cure primarie: le equipe territoriali (Asl 2 Perugia); Medicina di gruppo integrata (Ulss 4 Alto Vicentino).

7 Si tratta del progetto dell’infermiere di Comunità, introdotto nell’Ass Bassa Friulana.

coerenze tra professionisti e strutture che intervengono sul paziente rispetto alla medesima patologia o bisogno. La condivisione di criteri di gestione del paziente e di modalità di utilizzo del servizio sono le forme più frequenti di coordinamento avviate. L'integrazione fisica⁸ dei servizi prevede che all'interno della medesima sede si concentrino servizi che in passato erano dislocati in punti differenti del territorio distrettuale. Si pensi all'integrazione di sedi dei Mmg in prossimità fisica di ambulatori specialistici del Distretto, della continuità assistenziale e del servizio che si occupa di Adi. L'integrazione fisica, generando forme di mutuo aggiustamento e di confronto tra i professionisti, è in alcuni casi uno strumento, in altri casi la naturale conseguenza dei processi di integrazione sul piano professionale ed organizzativo.

I fenomeni di integrazione fisica e professionale/organizzativa hanno riguardato anche il ridisegno di servizi a cavallo tra la dimensione sanitaria e quelle sociale. Infatti, nella tabella 1 il campione di esperienze analizzate è stato suddiviso a seconda che esse toccassero servizi della medesima filiera istituzionale delle Asl o considerasse anche quelli dell'ente locale. Progetti che avvicinano chi valuta e chi eroga risposte sociali e sanitarie per il medesimo paziente (o nucleo familiare) sono orientati al conseguimento dell'unitarietà dell'intervento anche oltre i confini della singola Azienda.

I fenomeni di integrazione istituzionale appaiono ad elevata complessità e rivelano una storia pregressa di sforzi dedicati a quella fisica ed organizzativo/professionale: è come se vi fosse una sorta di ciclo di vita dello sforzo di integrazione della rete dei servizi che parte con quello professionale e organizzativo per poi ten-

dere alle forme di integrazione fisica e istituzionale.

2. I casi analizzati sono il consolidamento di esperienze "pilota" sviluppate con gradualità nel tempo.

I processi di cambiamento "territoriali" sono frequentemente il risultato degli sforzi di personalizzazione che gli operatori attivano "istituzionalmente" per rispondere al meglio alle esigenze dell'utenza. Lo studio evidenzia che gran parte delle progettualità sono il frutto della razionalizzazione ex post di progetti nati in modo sperimentale in contesti territoriali limitati da parte di un gruppo piccolo e coeso di operatori. Ciò forse sottolinea uno dei tratti distintivi dei processi di cambiamento sul territorio: la frequenza del contatto con l'utenza e la personalizzazione della risposta rendono plastici i servizi territoriali alle dinamiche della domanda. Infatti, i processi di cambiamento osservati sono stati attivati in larga parte in modo "inconsapevole" per via di un adattamento automatico dei servizi ai fabbisogni emergenti dell'utenza: l'assenza di un project manager, la mancata pianificazione del progetto, la carente rilevazione puntuale dei costi e dei risultati ne sono una prova. Meccanismi di "ascolto" dell'utenza, in primis, e degli operatori, in seconda battuta, rappresentano formule a disposizione delle Asl per supportare i processi di cambiamento orientati alla soddisfazione dell'utenza e al ridisegno costante dei servizi.

3. Appare superato parlare di cure primarie e di assistenza distrettuale.

Parlare delle cure primarie in senso stretto appare limitativo a fronte della crescente complessità

⁸ Questa categoria di analisi è una specifica della dimensione organizzativa di tipo funzionale indicata nella prima matrice di interpretazione dei casi. La matrice proposta in questo paragrafo evidenzia come i casi analizzati si siano focalizzati non sulla riprogettazione di compiti all'interno di un singolo servizio ma sulla ricerca di forme di integrazione di tipo professionale e organizzativo tra servizi diversi.

⁹ L'integrazione fisica è una specifica della dimensione organizzativa di tipo strutturale indicata nella prima matrice di interpretazione dei casi. L'assunzione di questa dimensione di analisi, nella presente matrice, è giustificata dall'evidenza che nella maggior parte dei casi per soluzione strutturale si sia intesa la condivisione di spazi nell'erogazione di servizi già esistenti e non la creazione di nuovi servizi.

della domanda (si pensi ai servizi rivolti alle patologie croniche ed alla popolazione anziana in generale). La fusione tra Asl, la costituzione di dipartimenti di integrazione tra ospedale-territorio o di natura interaziendale, la progettazione di reti per patologia sono alcuni tra i fenomeni che hanno “allargato” i confini delle cure primarie. Le spinte ad integrare l’assistenza in convenzione all’interno dei meccanismi di funzionamento della rete gestita direttamente dalle Asl si rintraccia in tutte le esperienze di integrazione fisica dei servizi: organizzare all’interno del medesimo spazio un ventaglio di servizi eterogeneo ma complementare rispetto ai bisogni del malato sostiene la dimensione logistica della presa in carico. Questo è solo uno degli esempi di “internalizzazione” che è possibile rintracciare nel campione delle esperienze mappate dalla ricerca. Laddove non è possibile intervenire con soluzioni che operano in tale direzione, occorre valorizzare la capacità di committenza delle Aziende sanitarie per tutelare l’unitarietà di governo della rete territoriale. Per un esempio, si pensi al ruolo del privato accreditato. Tutti questi fenomeni ampliano di significato e sfumature le cure primarie.

4. La rete dei servizi territoriali sta organizzando servizi sempre più complessi.

Il servizio erogato dalla rete di offerta territoriale diventa progressivamente più complesso sia nei contenuti (si pensi alle forme di integrazione tra servizi sanitari e socio sanitari) sia nelle modalità di fruizione (ad esempio, Pdta o sedi uniche di erogazione di più prestazioni). La complessità è il frutto di processi di integrazione di diversa natura: si sviluppano progetti che riempiono di connessioni “deliberate” la rete dei servizi; si disegnano servizi che “riempiono” i vuoti della rete (ad esempio, l’infermiere di comunità) o ruoli organizzativi che si occupano dell’organizzazione di percorsi fisici dei pazienti (ad esempio, il coordinatore di percorso); si concentrano fisicamente i servizi per arricchire il

portafoglio prestazioni del territorio: si pensi alla porta medicalizzata che filtra l’accesso in ospedale e presidia il “primo intervento” piuttosto che alla medicina di gruppo integrata che associa servizi socio assistenziali a quelli di natura sociale. Si attivano, in sintesi, progetti che sistematizzano e rendono routinari i meccanismi di contatto e connessione tra i diversi punti della rete di offerta. Lo scambio professionale non è più attivato in modo estemporaneo e sulla base della conoscenza reciproca tra professionisti, ma si attivano forme di organizzazione del lavoro che disegnano automatiche modalità di connessione. Cambia in questo modo sia il contenuto dei servizi che la modalità di fruizione da parte del cittadino.

5. Occorre intervenire sui sistemi di governo della rete dei servizi territoriali.

Gli scambi all’interno della rete si fanno sempre più “densi” e numerosi e inducono l’elaborazione di una visione condivisa di obiettivi e strumenti di supporto della rete stessa. Ciò implica che i sistemi manageriali devono essere riformulati ed armonizzati per la rete; ad esempio, i sistemi operativi, tradizionalmente distinti per strutture di offerta o natura istituzionale tra gli attori coinvolti, sono chiamati a sostenere i processi di networking attraverso la formulazione di obiettivi sinergici e complementari tra gli attori che devono partecipare al medesimo gioco di squadra, il monitoraggio di variabili integrate di consumo e la corresponsabilità dei risultati conseguiti.

Ciò prevede un radicale processo di rivisitazione di tutti i sistemi operativi (dal budget ai sistemi informativi, alla reportistica, ecc.) con l’obiettivo di sostenere una visione consapevole del gioco di rete e di supportare le spinte collaborative piuttosto che competitive al suo interno. Da qui la necessità di costruire piattaforme uniche di negoziazione con gli attori “convenzionati” poiché partecipano ad un sistema di offerta chia-

mato a presidiare i medesimi bisogni (ad esempio, le cronicità).

6. Le forme associative della medicina generale rappresentano lo “zoccolo duro” intorno al quale sviluppare la concentrazione fisica di servizi.

Il tema dell'associazionismo medico appare un fenomeno consolidato. Molto più interessanti appaiono le progettualità che intendono “costruire” intorno all'associazionismo medico forme evolute di organizzazione dei servizi. La ricerca Cergas Card evidenzia esperienze di ampliamento del portafoglio prestazionale che gravita intorno alla medicina generale sia nel caso venga chiesto al medico di famiglia di erogare attività “acquisite” da altri ambiti assistenziali (ad esempio nel caso di assunzione di funzioni quali quelle di filtro dell'utilizzo dell'ospedale in generale e del pronto soccorso nello specifico) sia nel caso in cui si posizionano altri servizi in diretta prossimità fisica degli ambulatori dei medici associati. Queste nuove formule di erogazione dei servizi implicano nuove modalità di organizzazione del lavoro, di ripartizione delle competenze e di allineamento professionale.

7. I processi di knowledge-transfer stanno rafforzando le reti professionali del “territorio”.

La “territorializzazione” dei servizi significa che le comunità professionali che popolano la rete di offerta: a) sviluppano nuovi saperi (ad esempio di carattere specialistico); b) definiscono modalità di connessione veloce e scambi informativi densi. La diagnosi precoce e la presa in carico dei malati cronici, infatti, prevedono o che la medicina generale acquisisca un sapere specialistico in passato presidiato da altri professionisti oppure che il livello di integrazione con questi ultimi migliori grandemente. La prima prospettiva apre il fianco alla seguente riflessione: quale è il processo di empowerment profes-

sionale dei Medici di medicina generale? Essi rappresentano il “contatto” più immediato e frequente per il cittadino ed è l'ambito assistenziale che meglio si presta alla prevenzione della malattia ed alla diagnosi di quelle di natura cronica. Sviluppare progetti di arricchimento professionale all'interno delle associazioni di Medici di medicina generale (con qualsiasi forma di aggregazione) in modo che identifichino professionalità a “leggero” orientamento specialistico rappresenta una possibile soluzione. Che vi sia un Medico di medicina generale ad orientamento nefrologico associato a quello che ha un know-how distintivo reumatologico consente di diagnosticare più velocemente l'insufficienza renale cronica, gestendola negli stadi meno evoluti, e l'artrite reumatoide, rendendo più efficace la strategia terapeutica che lo specialista definirà. La seconda prospettiva è quella di concentrare fisicamente servizi della medicina generale e quelli di alcune branche specialistiche. La vicinanza fisica consente non solo al Medico di medicina generale di poter avviare uno scambio professionale sulla gestione dei casi, naturalmente indotto dalla condivisione di spazi, risorse e “muri”, ma anche al paziente di fruire in modo integrato e non segmentato di più prestazioni collegate al medesimo bisogno (il contatto con il medico di base e il consulto strumentale o specialistico).

8. Si sta sviluppando un sapere gestionale che occorre mantenere e rendere visibile.

Come anticipato, molte delle best practice considerate nascono da progetti pilota gestiti in modo artigianale. Il processo di sistematizzazione e divulgazione dell'“esperimento gestionale” prevede in primo luogo che diventi esplicito un sapere tacito di natura organizzativa e, in seconda istanza, di farne patrimonio dell'intera rete. Si tratta di un sapere che costituisce il canovaccio di funzionamento della rete, i confini dell'azione dei singoli attori e le regole di reciprocità alle quali attenersi. L'efficace funzionamento della rete dei

servizi territoriali prevede, oltre alla condivisione di un orientamento strategico e di una visione unitaria, la socializzazione di un sapere gestionale che si associa a quello professionale che appare più intuitivo e scontato. Sempre più pressanti sono le attese da parte dell'utente rispetto alla capacità di "presa in carico": il professionista è chiamato a conoscere i "nodi" e le specificità di una rete professionale ed organizzativa sempre più ampia, non solo per la gestione appropriata del bisogno del malato ma anche per dare risposta alle attese dell'utente.

BIBLIOGRAFIA

- Airolodi G., Brunetti G., Coda V., "Economia aziendale", Il Mulino, 1994
- Anon, Tracking long term functional outcomes helps refine inpatient care, post discharge support, Data Strat. Benchmarks, 1998
- Brooten D, Brown L, Munro B, et al, Early discharge and specialist transitional care, J Nursing Scholar, 1998, 20. 64-8
- Carbone C., Ferrè F., Liotta A., "La struttura del SSN", in Cantù E. (a cura di), "L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto Oasi 2010, Milano, EGEA
- Cotter J, Smith W and Boling P, Transitions of care: the next major quality improvement challenge, British Journal of Clinical Governance, Volume 7, N 3, 2002
- Cittadinanzattiva, « IX Rapporto sulle politiche per la cronicità, Malattie croniche e diritti », www.cittadinanzattiva.it
- Corsalini E., Vendramini E., "Integrare la rete dei servizi territoriali. Contenuti, forme e risultati delle best practice in Italia", Egea, 2010
- Delnoij D.M.J., Van Merode G., Paulus A. and Groenewegen P.P., "Does general practitioner curb health care expenditure?", Journal of Health Services Research and Policy, 2000, Vol. 1: 22-26
- De Pietro C., "L'invecchiamento del personale SSN", in E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009, Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. e Carbone C., "Stabilità aziendale e mobilità dei Direttori Generali nelle aziende sanitarie", in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002, Milano, EGEA.
- English Department of Health, "Investing in General Practice: The New General Medical Services Contract: The Stationery Office", Department of Health, 2003, London
- Gross R., Tabenkin H. and Braamli-Greenberg S., "Who needs a gatekeeper? Patients' view of the role of the primary care physician", Family Practice, 2000, Vol. 17(3): 222-229
- ISTAT, Annuario Statistico Italiano, 2009
- Lega F., Tozzi V., "Il cantiere delle reti cliniche in Italia: analisi e confronto di esperienze in oncologia", in E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009, Milano, EGEA.
- Lega F., Sartirana M., Tozzi V., "L'osservazione continua delle reti cliniche in oncologia: evidenze da un'indagine qualitativa", in E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010, Milano, EGEA.
- Longo F., "Governance dei network di interesse pubblico", Egea, 2005:35-37
- Montanelli R., Tozzi V., "Le lezioni apprese dall'analisi dei casi: implicazioni di policy e management", in Corsalini E., Vendramini E., "Integrare la rete dei servizi territoriali. Contenuti, forme e risultati delle best practice in Italia", Egea, 2010
- Roberts K.J., "Patient empowerment in the United States: a critical commentary", Health Expectations, 1999, Vol. 2: 82-92
- Saltman R.B., "Drawing the strands together: primary care in perspective", in Saltman R.B., Rico A. and Boerma W.G.W. eds, Primary Care in the driver's seat ?, Open University Press, New York, 2006
- Saltman R.B., Rico A. and Boerma W.G.W. eds, "Primary Care in the driver's seat ?", Open University Press, New York, 2006
- Sheaff R., Gené-Badia J., Marshall M. and Svab I., "The evolving private-public mix", in Saltman R.B., Rico A. and Boerma W.G.W. eds, Primary Care in the driver's seat ?, Open University Press, New York, 2006
- Starfield B., "Primary care and health. A cross-national comparison", Journal of the American Medical Association, 1991, Vol. 266(16): 2268-2271.
- Steiner A, Intermediate care: a conceptual framework and review of the literature, King's Fund 1998, p. 12 Szecsenyi J et al.. German diabetes disease management program-

mes are appropriate for restructuring care according to the chronic care model: an evaluation with the patient assessment of chronic illness care instrument. *Diabetes Care*, 31:1150–1154, 2008

- Steiner A, Robinson J, Webb D et al, How is primary care organized for older people? Proceedings from the an-

nual conference of the British Society of Gerontology, 2000

- Tozzi, V., "La gestione per processi in sanità", *Mecosan*, n. 50, 2004
- Vaughan B, Steiner A, Hanford L, Intermediate care: the shape of the team, King's Fund, 1999

LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA ED IL VALORE DELL'INTEGRAZIONE PER IL DISTRETTO

di *Gianfranco Damiani**, *Simona C. Colosimo**, *Mimma Cosentino**, *Angela Anselmi**, *Valentina Farelli**, *Alessia Errico**, *Walter Ricciardi**

* Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

L'assistenza primaria o Primary health care (Phc) rappresenta l'insieme di interventi di primo livello, caratterizzati da una fase di primo contatto e da azioni di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione, counselling, rivolte a patologie acute a bassa complessità specialistica e tecnologica, a patologie croniche, a condizioni di fragilità e/o non autosufficienza, in varie sedi di trattamento (es. domicilio, residenze, ambulatorio).

Lo stesso livello assistenziale si occupa anche:

- della presa in carico, processo organizzativo che prevede la segnalazione del bisogno e sua valutazione, la produzione di un piano di assistenza individuale e sua realizzazione attraverso l'integrazione di organizzazioni ed operatori sanitari e socio-sanitari, ed infine il monitoraggio del piano stesso e sua rivalutazione;
- dell'indirizzo unitario tra livelli assistenziali diversi;
- della garanzia della continuità assistenziale, che consiste nel fornire un insieme di trattamenti considerando una serie di eventi sanitari tra di loro coerenti e collegati, in conformità con i bisogni sanitari del paziente ed il contesto personale[1,2,3,4].

Nel corso degli anni, il concetto di Phc ha subito un'evoluzione caratterizzata da diverse tappe fondamentali, rappresentate nella figura 1. In particolare, si è passati dall'attenzione sul singolo individuo a quella sulla collettività concentrandosi, oltre che sull'offerta dei servizi, anche su aspetti organizzativi quali l'integrazione tra professionisti e assistiti[23].

Con la Dichiarazione Universale di Alma-Ata del 1978 e, di recente, con alcuni report dell'Organizzazione mondiale della sanità [5,6,7,8], ne sono stati definiti i principi fondanti quali:

- accessibilità ed equità dei servizi offerti;
- centralità dei bisogni delle popolazioni;
- utilizzo "cost effective" ed appropriato di tecnologie e servizi;
- integrazione dei diversi livelli di assistenza;
- coinvolgimento dell'assistito e della comunità nel progetto assistenziale;
- collaborazione tra i diversi settori sanitari e altri ambiti interessati.

Negli anni successivi, l'Institute of Medicine (IOM) prima [9] e Barbara Starfield poi [10] ne hanno evidenziato le funzioni principali:

- accessibilità all'assistenza (accessibility), ossia facilità del primo contatto per prossimità di servizi al-

l'utenza, tempi di apertura e modalità di gestione delle liste d'attesa;

- attenzione rivolta ai bisogni di salute del paziente nel suo complesso, piuttosto che a segni e sintomi specifici di organi o apparati (comprehensiveness);
- coordinamento o integrazione tra i diversi attori coinvolti nel sistema (coordination);
- continuità temporale dell'assistenza (continuity/longitudinality);
- rendicontazione periodica dei professionisti su processi e risultati dell'assistenza per il miglioramento continuo di competenze e servizi offerti, e la corretta informazione agli assistiti per realizzare scelte informate (accountability).

In risposta ai bisogni assistenziali, l'assistenza primaria si rivolge a quattro tipologie di assistiti (target) [11,12]:

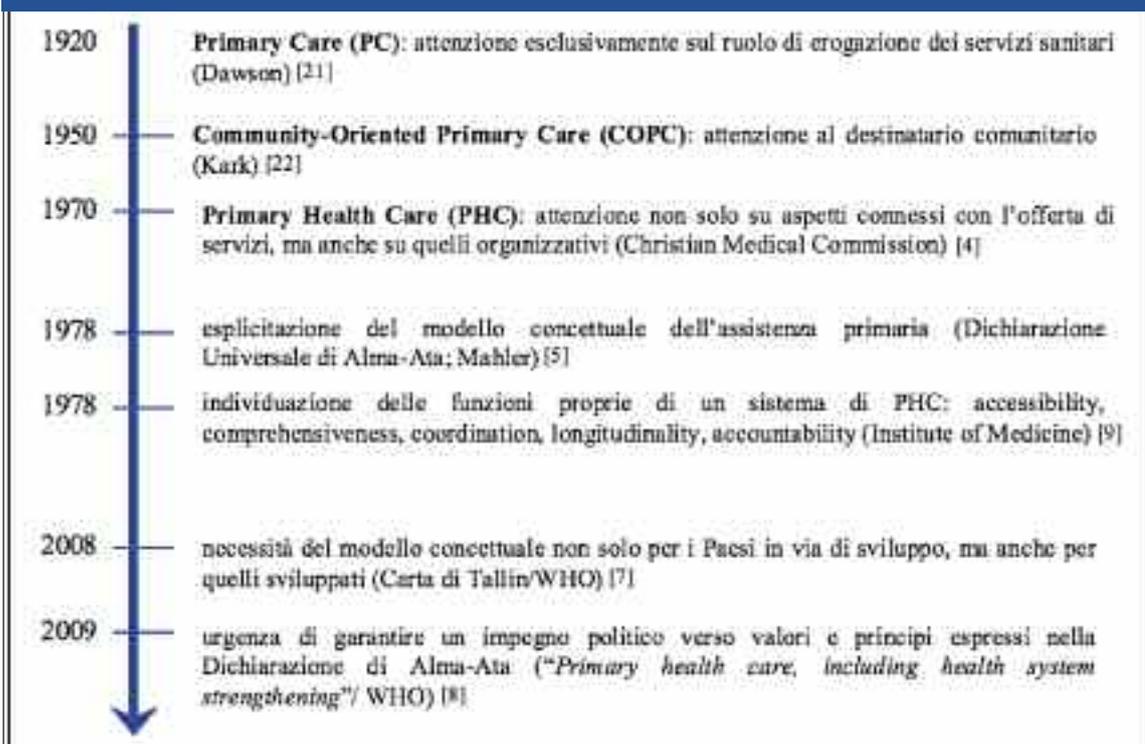
- ano o apparentemente sano: soggetto sul quale si può intervenire a scopo preventivo col supporto della medicina di opportunità e di iniziativa basata sull'educazione alla salute, sulla partecipazione

strutturata a programmi di prevenzione attiva (primaria: promozione di stili di vita sani, vaccinazioni; secondaria: screening);

- non classificato: soggetto al primo contatto con il sistema sanitario, in regime di elezione od urgenza per situazioni "non complesse" dal punto di vista specialistico e tecnologico;
- cronico: paziente affetto da malattie croniche (quali diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronico-ostruttiva) la cui gestione si realizza attraverso l'utilizzo di un insieme di principi e metodologie integrate basate sulle evidenze, tipo Chronic Care Model [13];
- non autosufficiente e/o fragile: per "non autosufficiente" si intende un soggetto che ha difficoltà a svolgere una o più funzioni della vita quotidiana (Adl) autonomamente e che necessita di assistenza per lunghi periodi di tempo di tipo residenziale o domiciliare [14].

Per soggetto "fragile" si intende colui che si trova in una condizione di rischio e di vulnerabilità, caratterizzata da un equilibrio instabile di fronte a

FIGURA 1: EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA



eventi negativi, includendo deperimento di massa muscolare, forza fisica e perdita di peso, perdita della capacità di resistenza, diminuzione dell'equilibrio, rallentamento nelle capacità motorie e potenziale diminuzione della funzione cognitiva[15].

L'assistenza primaria presenta le caratteristiche principali di un sistema adattativo complesso (inteso come insieme di attori autonomi nella loro attività, in modo da non essere sempre totalmente prevedibili, e le cui azioni sono interconnesse e tali da influenzarsi a vicenda)[16].

In particolare, tali caratteristiche riguardano:

- la presenza di limiti indefiniti, con continui cambiamenti che possono portare anche ad azioni inaspettate (es. il concetto di assistenza intermedia, l'estensione dei profili professionali);
- la capacità di dare risposte attraverso l'utilizzo di un set di regole interiorizzate capaci di guidare le azioni stesse (es. esperienze di buona pratica nei distretti)[17];
- la capacità di interagire con altri sistemi che ne influenzano la sua evoluzione, creando tensioni e paradossi non necessariamente da risolvere, quanto piuttosto da vivere in modo positivo come occasione per migliorare la performance collettiva di tutti i soggetti coinvolti, attraverso approcci originali alla risoluzione dei problemi (es. interazione con ospedale, sociale, terzo settore, privato for profit);
- l'imprevedibilità, essendo caratterizzata da elementi mutevoli, relazioni non lineari e comportamenti sensibili a piccoli cambiamenti (azione di leadership di singoli o gruppi, modifiche organizzative o istituzionali, adozione di strumenti innovativi tecnico-professionali o organizzativi).

All'interno dell'assistenza primaria è pertanto fondamentale soddisfare il fabbisogno organizzativo di coordinamento/integrazione.

Il coordinamento è inteso come processo di ricomposizione unitaria delle azioni tra le diverse componenti per raggiungere le finalità proprie dell'organizzazione stessa[18].

I principali meccanismi di coordinamento sono:

- la gerarchia attraverso supervisione diretta o attivazione di canali di comunicazione indiretti e formali, per mettere in collegamento tra loro diverse unità organizzative e/o a differente localizzazione fisica;
- la definizione formalizzata di regole e procedure standardizzate;
- la strutturazione di sistemi di definizione di obiettivi e verifica dei risultati;
- lo sviluppo di collegamenti diretti tra i soggetti coinvolti attraverso riunioni, creazioni di ruoli di collegamento, task force e gruppi di lavoro;
- la creazione di processi di armonizzazione dei comportamenti professionali attraverso meccanismi di gestione delle risorse umane (selezione, formazione, sistemi di progressione di carriera e di incentivazione)[19].

Nel nostro Paese, la struttura operativa dell'Azienda sanitaria locale (Asl) deputata a contribuire alla garanzia dei Livelli essenziali di assistenza riferibili al sistema della Phc è rappresentata dal distretto sanitario, che ha tra le sue finalità caratterizzanti quella dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria.

Tale integrazione, intesa come ricomposizione unitaria delle azioni di istituzioni, organizzazioni, singoli operatori e assistiti per il raggiungimento degli obiettivi della Phc, nel rispetto di una governance pubblica consona ad un sistema sanitario di Welfare, si traduce principalmente nella proposizione, attuazione e verifica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale e nella realizzazione della continuità assistenziale per pazienti cronici e con bisogni assistenziali complessi.

Infatti, in un sistema sanitario che prevede come diritto fondante la tutela della salute dei cittadini, il processo organizzativo di presa in carico assume valenza di impegno istituzionale per fornire risposte adeguate a bisogni socio-sanitari legati alla cronicità ed alle multipatologie. Tale visione prevede che ci sia un coinvolgimento ed un impegno responsabile a livello strategico (policy), tattico (gestionale-organizzativo) ed operativo (clinico-assistenziale).

Nello stesso sistema di Phc è inoltre fondamentale

garantire la continuità assistenziale che, secondo Haggerty [20], consiste nel fornire un insieme di trattamenti considerando una serie di eventi sanitari tra di loro coerenti e collegati, in conformità con i bisogni sanitari del paziente ed il contesto personale. In essa si identificano la presenza di un percorso di trattamento a medio-lungo termine e l'attenzione del percorso stesso su un destinatario individuale.

La continuità assistenziale si articola in tre dimensioni di riferimento:

- continuità di informazione: uso di informazioni sugli eventi passati e sulle circostanze personali utili per effettuare un piano di assistenza individuale appropriato;
- continuità di gestione: approccio unitario e coerente nella gestione della condizione di salute in risposta ai bisogni del paziente;
- continuità di relazione: presenza di una relazione terapeutica continua tra il paziente ed uno o più fornitori di assistenza.

Le considerazioni precedentemente espresse trovano conferma in studi primari presenti in letteratura scientifica che evidenziano l'efficacia dell'impatto di specifiche modalità di coordinamento (quali l'utilizzo di un piano assistenziale individuale conseguente a valutazione multidimensionale, l'azione di team multidisciplinari, il processo di case management e la realizzazione di interventi strutturati) sui diversi target dell'assistenza primaria.

È stata, pertanto, effettuata una revisione sistematica della letteratura per fornire una sintesi quantitativa che faciliti l'interpretazione dell'impatto di tali modalità di coordinamento sul miglioramento di outcome di salute e output.

È stata condotta una revisione sistematica della letteratura sulla relazione tra la presenza/assenza di coordinamento/integrazione ed esiti, sui principali motori di ricerca generici e specifici (Pubmed, Embase), utilizzando parole chiave combinate con gli operatori booleani "and" e "or". In aggiunta ulteriori articoli di interesse sono stati reperiti attraverso snowball searching e consultazioni di documenti di letteratura grigia.

In particolare sono stati presi in esame articoli che rispondevano ai seguenti criteri:

- periodo temporale: pubblicati tra febbraio 1985 e maggio 2010;
- disegno dello studio: studi osservazionali o sperimentali che presentavano un esplicito confronto tra presenza o assenza di almeno una delle seguenti modalità di coordinamento:
 - piano assistenziale individuale a seguito di valutazione multidimensionale (Pai, piano assistenziale post-dimissione);
 - team multidisciplinare;
 - case management;
 - interventi strutturati, ossia azioni ben definite in termini di incontri periodici e procedure di tipo organizzativo e professionale (audit, percorsi diagnostico-terapeutici, protocolli e/o sistemi di monitoraggio quali reporting, feedback, alert).

Ogni singolo studio è stato considerato come unità di analisi.

Sono state condotte analisi statistiche descrittive per studiare le caratteristiche del campione in esame. Successivamente, per ogni studio è stato analizzato se la presenza di coordinamento migliorava gli outcome di salute o output ed è stato valutato l'effetto positivo o non positivo del coordinamento stesso sugli esiti studiati.

In particolare, l'effetto del coordinamento è stato definito positivo quando riportava miglioramenti in più del 50% degli outcome/output; mentre è stato definito non positivo quando si evidenziava un miglioramento nel 50% o meno degli esiti.

È stata stimata, con il relativo intervallo di confidenza (IC) al 95%:

- la proporzione di studi con effetto positivo;
- la proporzione di studi con effetto non positivo.

Il confronto tra le due proporzioni è stato valutato tramite l'analisi dei relativi intervalli di confidenza. Analoghi confronti sono stati effettuati in relazione alla presenza di ciascuna modalità di coordinamento, nonché all'interno dei target maggiormente rappresentati nel campione.

Successivamente è stato effettuato un test del Chi-quadrato, con la correzione di Yates, al fine di valu-

tare se le proporzioni di articoli con effetto positivo ed effetto non positivo fossero indipendenti dalle diverse combinazioni di modalità di coordinamento presenti nel campione di studi. È stato fissato un livello di significatività del 5% ($\alpha = 0.05$). È stato inoltre stimato un modello di regressione logistica al fine di quantificare il contributo che la presenza delle diverse modalità di coordinamento aveva sul miglioramento di outcome/output, tenendo conto anche di altre caratteristiche degli studi analizzati (anno, Paese di pubblicazione, target). È stata verificata l'assunzione di linearità per la variabile "anno" ed effettuato il test di Hosmer-Lemeshow per valutare la bontà del modello. Per tutte le analisi statistiche è stato utilizzato il software SPSS, versione 13.0.

RISULTATI

Sono stati reperiti in totale 2356 articoli. Di questi ne sono stati esclusi 2245 dopo lettura di titoli ed abstract. Dei 111 rimanenti, dopo una lettura integrale del testo, 68 sono risultati rispondenti ai criteri di inclusione ed inseriti nella revisione (figura 2).

Dall'analisi degli studi selezionati emerge che il 76.5% è stato pubblicato in anni relativamente re-

centi (post-2000). La maggior parte degli articoli (73.5%) sono stati pubblicati in America, mentre l'11,8% in Europa ed il 14.7% in Oceania.

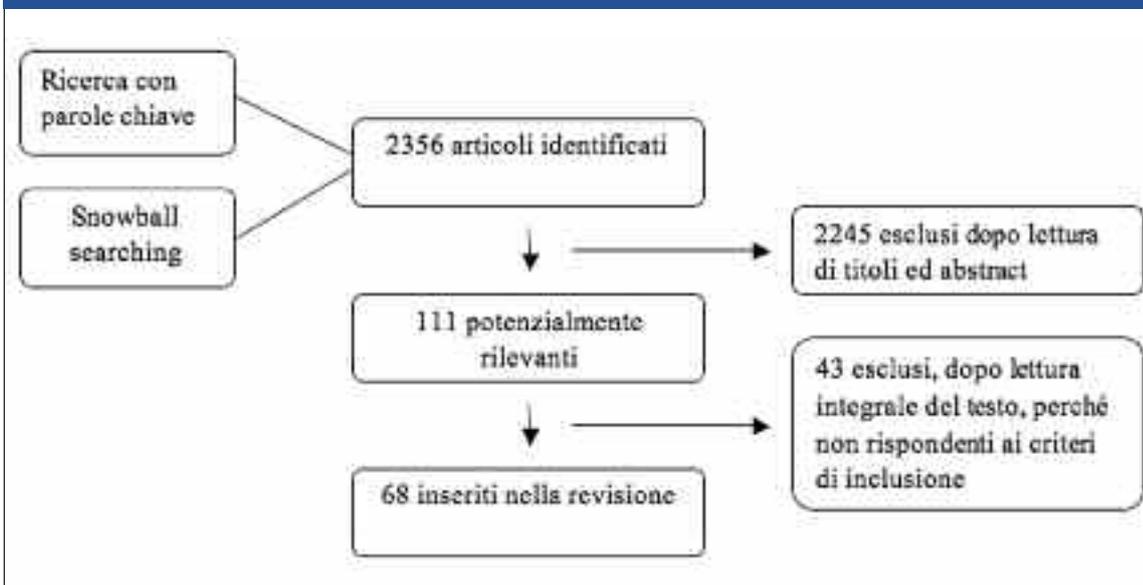
Quanto al target predominante, i soggetti cronici costituiscono circa il 77.9% del campione, i soggetti non autosufficienti e/o fragili il 16.2%, i soggetti non classificati il 4.4%, mentre un solo studio riguarda soggetti sani o apparentemente sani.

Gli interventi strutturati (95.6%) e il team multidisciplinare (83.8%) rappresentano le modalità di coordinamento più frequenti in letteratura. Il piano assistenziale individuale, a seguito di valutazione multidimensionale, ed il case management sono presenti rispettivamente nel 32.4% e 48.5% dei casi. La tabella 1 mostra una sintesi delle diverse combinazioni di modalità di coordinamento emerse dagli studi selezionati e le relative frequenze.

Dei 68 articoli selezionati, riportati nella tabella 2, la proporzione di quelli con esito positivo è lo 0.81 (IC al 95%: 0.70 - 0.88), mentre solo lo 0.19 (IC al 95%: 0.11 - 0.30) ha rivelato un esito non positivo. Tali differenze sono statisticamente significative data la non sovrapposizione tra gli intervalli di confidenza.

Le proporzioni di effetto positivo e non positivo stimate per ciascuna modalità di coordinamento so-

FIGURA 2 – FLOW CHART DELLA SELEZIONE DEGLI ARTICOLI PER LA REVISIONE SISTEMATICA SULLA RELAZIONE TRA PRESENZA/ASSENZA DI COORDINAMENTO ED ESITI



no riportate in figura 3. Per ogni specifica modalità, la differenza tra i due effetti è statisticamente significativa.

Inoltre, nessuna singola modalità di coordinamento presenta un effetto positivo significativamente maggiore rispetto alle altre, data la non sovrapposizione degli intervalli di confidenza stimati attorno alle relative proporzioni di studi con impatto positivo. Visto l'esiguo numero di articoli relativi ad

alcuni specifici target di popolazione, per le successive analisi l'attenzione si è concentrata sui sottocampioni di studi relativi ai target più numerosi (cronico, non autosufficiente e/o fragile).

In particolare sono state osservate (tabella 3) differenze statisticamente significative per tutte le modalità di coordinamento per il target dei soggetti cronici, mentre per i soggetti non autosufficienti e/o fragili non si osservano differenze statistica-

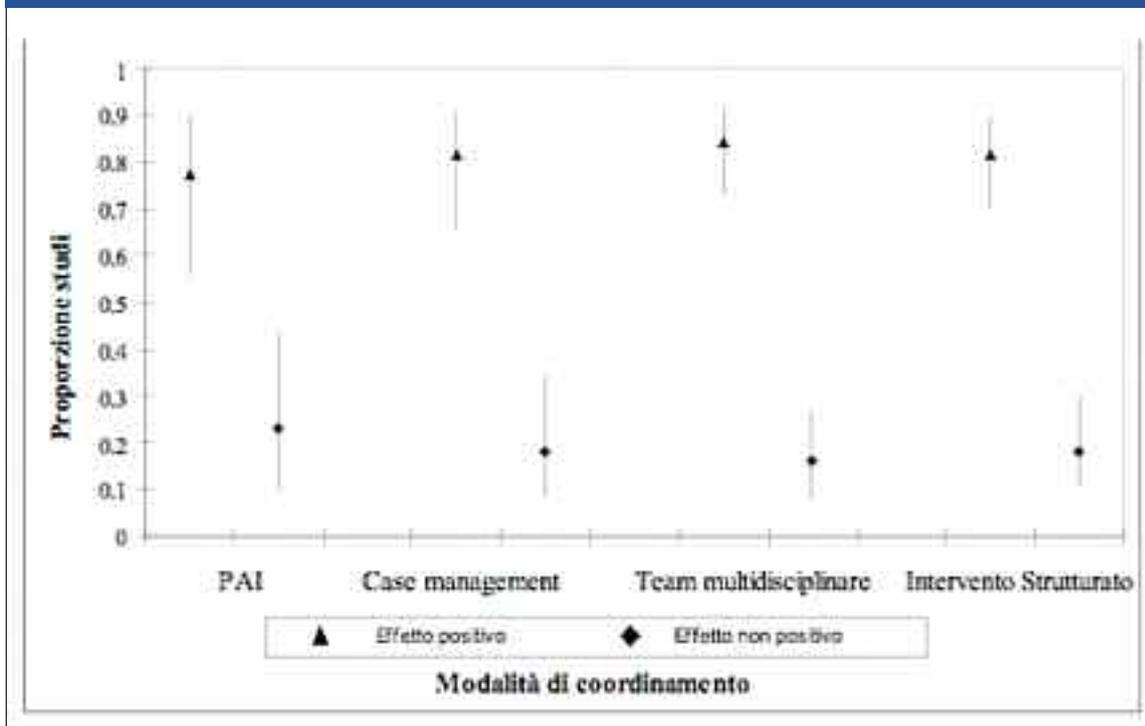
TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DEGLI STUDI PER LE DIVERSE COMBINAZIONI DELLE MODALITÀ DI COORDINAMENTO

"Combinazione delle modalità di coordinamento"	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale (%)
Intervento strutturato	5	7.35
Intervento strutturato + Case management	5	7.35
Intervento strutturato + Team multidisciplinare	22	32.35
Intervento strutturato + Team multidisciplinare + Case management	11	16.18
Intervento strutturato + Team multidisciplinare + Piano Assistenziale Individuale	7	10.29
Piano Assistenziale Individuale + Case management + Team multidisciplinare	1	1.47
Piano Assistenziale Individuale + Case management + Team multidisciplinare + Intervento strutturato	16	23.53
Totale	68	100

TABELLA 2 – LISTA DEGLI ARTICOLI SELEZIONATI E RELATIVO EFFETTO IN TERMINI DI ESITI

AUTORE	ANNO	EFFETTO	AUTORE	ANNO	EFFETTO
Allen KR et al	2002	Positivo	Liu CF et al	2003	Positivo
Bartels S et al	2004	Non positivo	Llewellyn-Jones RH et al	1999	Positivo
Béland F et al	2006	Non positivo	McInnes E et al	1999	Non positivo
Bogden PE et al	1997	Positivo	Modell M et al	1998	Positivo
Borenstein JE et al	2003	Positivo	Morales-Asencio JM et al	2008	Positivo
Brand C et al	2004	Non positivo	Naji S et al	1994	Non positivo
Bray K et al	2008	Positivo	Preen D et al	2005	Positivo
Burns R et al	2000	Positivo	Rabow MW et al	2004	Positivo
Byng R et al	2004	Non positivo	Rea H et al	2004	Positivo
Choe HM et al	2005	Positivo	Reuben D et al	1999	Positivo
Coughney K et al	2010	Positivo	Rollman B et al	2005	Positivo
Doughty RN et al	2002	Positivo	Rollman BL et al	2009	Positivo
Druss BG et al	2001	Positivo	Rothman RL et al	2005	Positivo
Farmer JE et al	2005	Positivo	Roy-Byrne P et al	2001	Positivo
Finley PR et al	2003	Positivo	Samet JH et al	2003	Non positivo
Gater R et al	1997	Positivo	Schofield RS et al	2005	Positivo
Hedrick SC et al	2003	Positivo	Segal L et al	2004	Non positivo
Hermiz O et al	2002	Non positivo	Sellors J et al	2003	Non positivo
Hughes SL et al	2000	Positivo	Simon GE et al	2001	Positivo
Jameson J et al	1995	Positivo	Simon GE et al	2009	Positivo
Joubert J et al	2006	Positivo	Sin D et al	2004	Positivo
Kasper E et al	2002	Positivo	Smith BJ et al	1999	Non positivo
Katon W	1999	Positivo	Sommers LS et al	2000	Positivo
Katon W et al	1997	Positivo	Sorensen L et al	2004	Positivo
Katon W et al	1999	Positivo	Spillane LL et al	1997	Non positivo
Katon W et al	2004	Positivo	Straka RJ et al	2005	Positivo
Katon W et al	2006	Positivo	Unutzer J et al	2002	Positivo
Katon W et al	2005	Positivo	Unutzer J et al	2008	Positivo
Katzelnick D et al	2000	Positivo	Vera M et al	2010	Positivo
Kobb R et al	2003	Positivo	Vierhout WP et al	1995	Positivo
Koopmans GT et al	1996	Non positivo	Vlek J et al	2003	Positivo
Krein SL et al	2004	Positivo	Wang C et al	2005	Positivo
Lin E et al	2000	Positivo	Watts BV et al	2007	Positivo
Litaker D et al	2003	Positivo	Zimmer JG et al	1985	Positivo

FIGURA 3 – PROPORZIONE DI STUDI AD “EFFETTO POSITIVO” ED “EFFETTO NON POSITIVO” PER MODALITÀ DI COORDINAMENTO



mente significative, eccetto per il team multidisciplinare che risulta ai limiti della significatività (lieve sovrapposizione degli intervalli di confidenza calcolati attorno alle stime puntuali delle proporzioni in esame).

La realizzazione di un esito positivo è risultata inoltre indipendente ($p\text{-value} = 0.386$) dalle diverse combinazioni delle modalità di coordinamento presenti negli studi.

La stima del modello di regressione logistica (ta-

bella 4) ha evidenziato, inoltre, che nessuna singola modalità di coordinamento è un predittore statisticamente significativo dell'impatto positivo del coordinamento stesso sugli outcome/output, a parità delle altre variabili considerate. Tuttavia, dall'analisi del modello emerge che la macroarea di pubblicazione dello studio risulta associata ($p\text{-value} = 0.011$) ai miglioramenti di outcome/output. Infatti, rispetto agli studi pubblicati in America la probabilità che il coordinamento abbia un effetto po-

TABELLA 3 - PROPORZIONE DI STUDI PER EFFETTI DELLE DIVERSE MODALITÀ DI COORDINAMENTO PER CIASCUN TARGET DI RIFERIMENTO

	Proporzioni di studi e relativo IC al 95%	
	Effetto positivo	Effetto non positivo
Cronico		
PAI	0.81 (0.57 - 0.90)	0.19 (0.07 - 0.43)
Case management	0.81 (0.63 - 0.92)	0.18 (0.08 - 0.37)
Team multidisciplinare	0.86 (0.73 - 0.96)	0.14 (0.06 - 0.27)
Intervento strutturato	0.84 (0.72 - 0.92)	0.16 (0.08 - 0.28)
Non autosufficiente e/o fragile		
PAI	0.80 (0.37 - 0.96)	0.20 (0.04 - 0.62)
Case management	0.80 (0.37 - 0.96)	0.20 (0.04 - 0.62)
Team multidisciplinare	0.80 (0.49 - 0.94)	0.20 (0.06 - 0.51)
Intervento strutturato	0.70 (0.39 - 0.89)	0.30 (0.11 - 0.60)

sitivo su outcome/output si riduce dell'88% per l'Oceania e del 93% per l'Europa. La bontà del modello stimato è stata confermata dal test di Hosmer-Lemeshow (p -value = 0.095).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La revisione sistematica della letteratura e le analisi statistiche effettuate sul campione di studi selezionato hanno evidenziato l'efficacia complessiva del coordinamento, a prescindere dall'attivazione di una specifica modalità o combinazioni di esse.

Le modalità di coordinamento realizzate in America presentano un'efficacia maggiore rispetto all'Europa e all'Oceania.

Tali prove di efficacia a sostegno del coordinamento per la risposta a bisogni sanitari crescenti sono un'indicazione utile per policy maker, manager e professionisti, per supportare scelte di potenziamento della Phc anche nel nostro Paese.

Realizzare un'assistenza centrata sulla persona e non sui singoli episodi di trattamento e attuare logiche e strumenti dell'assistenza primaria sono obiettivi prioritari dell'intero sistema sanitario.

A tal fine è fondamentale:

- valutare l'impatto di modelli esistenti in termini di efficacia, appropriatezza ed economicità (ruolo della ricerca sui servizi sanitari);
- esplicitare e radicare principi e valori universali del sistema Phc con accordo su obiettivi di base

condivisi e poche regole fondanti per indirizzare relazioni e prassi operative;

- riflettere sulle criticità distrettuali ed utilizzarle come opportunità per ridisegnare ruoli e funzioni all'interno della Phc.

Nello specifico, le principali criticità riguardano:

1. il ruolo di legittimazione della governance pubblica del sistema di assistenza primaria, il quale viene riconosciuto più alla direzione della Asl che al distretto;
2. la scarsa integrazione socio sanitaria sia a livello di policy che a livello tattico ed operativo;
3. la progressiva riduzione della funzione di produzione direttamente gestita dal distretto;
4. lo sviluppo di forme di produzione organizzata nell'assistenza primaria, non a gestione diretta del distretto, quali Medici di medicina generale (Mmg), organizzazioni no profit (cooperative e consorzi), organizzazioni for profit, anche alla luce delle contingenti esigenze di deospedalizzazione;
5. la necessità di valorizzare i diversi ruoli. In tal senso, il Mmg dal ruolo tradizionale di gate-keeper può diventare coordinatore clinico del progetto di assistenza; la professione infermieristica può sviluppare ulteriori potenzialità sia di carattere specialistico che organizzativo tramite ruoli di integrazione (funzione di case management); gli operatori di assistenza socio-sa-

TABELLA 4 - STIMA DEL MODELLO DI REGRESSIONE LOGISTICA

Wald	Variabili indipendenti P-value	Odds Ratio (95% C.I.)	
Anno	1.1 (0.91 - 1.32)	0.95	0.329
<i>Popolazione target:</i>			
Cronico	1.00		
Non autosufficiente e/o fragile	0.58 (0.09 - 3.92)	0.31	0.581
<i>Macroarea:</i>			
America	1.00		
Oceania	0.12 (0.02 - 0.74)	5.22	0.022
Europa	0.07 (0.01 - 0.56)	6.32	0.012
Team multidisciplinare	5.06 (0.66 - 38.80)	2.43	0.119
Case management	0.52 (0.09 - 2.94)	0.55	0.460
PAI	0.70 (0.11 - 4.50)	0.14	0.707
Intervento strutturato	0.85 (0.02 - 33.05)	0.01	0.930

nitaria possono offrire un contributo sempre più qualificato attraverso idonei processi formativi e di affiancamento; gli specialisti, non solo convenzionati, possono essere maggiormente coinvolti nel contesto di Phc in termini di continuità tra il livello primario e secondario di assistenza. Gli stessi potranno, altresì, consentire la crescita clinico professionale dei diversi operatori curando la loro formazione e consentendo il radicamento di protocolli clinico assistenziali aggiornabili in un contesto di integrazione multidisciplinare e multiprofessionale.

Tali criticità possono essere il punto di partenza per sviluppare meccanismi di coordinamento meno gerarchici e più funzionali e professionali. L'integrazione in tale contesto, infatti, è di difficile realizzazione in quanto condizionata non solo da variabili organizzative presenti nelle unità da coordinare, spesso molto eterogenee a causa dei diversi orientamenti personali e professionali degli operatori, ma anche dalla diversa natura giuridica e mission delle singole organizzazioni interessate e dalle differenti forme contrattuali dei professionisti coinvolti (Asl, Comune, Mmg, terzo settore, organizzazioni for profit).

Alla base dello sviluppo di meccanismi di coordinamento più evoluti vi è la collaborazione multidisciplinare e multi professionale [24,25], che si basa su:

- esistenza di obiettivi condivisi e di una vision comune che comportano una radicale trasformazione di valori e attività. Diventano necessarie sinergie orientate sui bisogni del cliente/assistito, in quanto esiste una complessa struttura di interessi, che coinvolge differenti tipi di alleanze (cliente/assistito, professionisti, organizzazione, interesse privato ed altre);
- internalizzazione, ossia la consapevolezza, da parte dei professionisti, delle loro interdipendenze e dell'importanza di gestirle, che si traduce in senso di appartenenza, conoscenza personale e professionale di ciascuno, dei loro valori e fiducia reciproca;

- formalizzazione, ossia la definizione chiara di azioni, ruoli e responsabilità attraverso strumenti diversi, quali accordi interorganizzativi, protocolli, sistemi informativi, procedure ed altri;
- governance, intesa come capacità, da parte degli organismi di governo, di fornire linee di indirizzo chiare ed esplicite, al fine di guidare azioni strategiche in grado di promuovere l'implementazione di processi di collaborazione. Governance significa anche leadership di manager o professionisti, supporto ai professionisti e apprendimento continuo per sostenere i cambiamenti nelle attività cliniche, condivisione di responsabilità a livello decisionale tra tutti i soggetti coinvolti, collegamento tra individui e organizzazioni facilitato dalla disponibilità di luoghi di incontro.

In questa visione, il distretto esprime la funzione di integrazione nei servizi sanitari e socio-sanitari tra diversi professionisti, organizzazioni e assistiti, facilitando, nel rispetto delle autonomie dei diversi attori, la responsabilizzazione degli operatori e la programmazione e la valutazione delle attività su obiettivi comuni di assistenza.

Ciò si concretizza nella:

- gestione tecnica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale dell'assistito con patologia cronica o bisogno di salute complesso;
- facilitazione dell'attuazione della continuità assistenziale in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, sostenibilità, mediante la ricomposizione dei saperi specialistici e tecnici delle diverse autonomie professionali;
- rendicontazione e comunicazione di azioni svolte nell'intero sistema di Phc;
- azione di advocacy verso i cittadini, ossia sostegno e promozione di programmi di tutela della salute, favorendo la loro attiva partecipazione alla realizzazione di un sistema di Phc.

In tal modo, un sistema centrato sull'offerta di prestazioni frammentarie potrebbe evolvere verso un modello in cui l'assistito può trovare risposta ai suoi bisogni in maniera sussidiaria, mediante l'attivazione di reti e percorsi che, alimentati da risorse e com-

petenze integrate a livello locale, rispondano però ad essenziali principi universali di presa in carico istituzionale e continuità assistenziale gestita.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Guzzanti E, Longhi T. Medicina di base e medicina ospedaliera. *Federazione Medica*; 9: 1005-1011 (editoriale), 1985.
- (2) Guzzanti E. L'assistenza primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra. Edizione Iniziative Sanitarie, 2009.
- (3) Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*, 374: 170-73, 2009.
- (4) Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*, 94: 1864-74, 2004.
- (5) World Health Organization. Alma-Ata 1978: Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization, 1978.
- (6) World Health Organization (WHO), The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever, Almaty, Kazakistan.
- (7) WHO European Ministerial Conference on Health Systems “Health Systems, Health and Wealth”, Tallinn, Estonia 25-27 June 2008 : report.
- (8) World Health Organization (WHO). Primary health care, including health system strengthening. 124th session, agenda item 4.5. 26 January 2009.
- (9) IOM. Primary Care in Medicine: A Definition. In A Manpower Policy for Primary Health Care : Report of a Study. Washington, D.C. : National Academy Press, 1978. Ch. 2.
- (10) Starfield B. Measuring the attainment of primary care. *J Med Educ. May*; 54 (5): 361-9, 1979.
- (11) Batty C. Systematic review: interventions intended to reduce admission to hospital for older people. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 17: 6; 2010.
- (12) Damiani G et al. An ecological study on the relationship between supply of beds in long-term care institutions in Italy and potential care needs for the elderly. *BMC Health Serv Res*. Sep 24;9:174, 2009.
- (13) Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.*; 74(4):511-44; 1996.
- (14) Katz S et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*; 185:914-9; Sep 21 1963.
- (15) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Med Sci*; 56 (3): M146-M156; Mar 2001.
- (16) Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. *BMJ*. 323 (7313): 625-8; Sep 15 2001.
- (17) Corsalini E, Vendramini E. Integrare la rete dei servizi territoriali. Contenuti, forme e risultati delle best practice in Italia. Egea 2010.
- (18) Lawrence P, Lorsch J. Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*; 12: 1-30; 1967.
- (19) Perrone V. Le strutture organizzative d'impresa. Criteri e modelli di progettazione. Egea, 1990.
- (20) Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G.K. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*; 327: 1219-1221; 2003.
- (21) Dawson L. Interim Report on the future provision of medical and allied services. Consultative Council on medical and allied services. Cmd 693. London: HMSO, 1920.
- (22) Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-Oriented Primary Care: historical perspective. *J Am Board Fam Pract*, 14:54-63; 2001.
- (23) Damiani G, Colosimo SC, Cosentino M, Ricciardi W. Assistenza primaria e Distretto, dallo sviluppo di modelli al modello di sviluppo. Spunti di riflessione per una Vision Sostenibile. “La qualità del sistema di assistenza territoriale e il valore delle relazioni per un distretto con-vincente”. In: Atti del 8° Congresso Nazionale Card. Padova 16-17-18 settembre 2010: 135-147.
- (24) D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof care*. 2005 May; 19 Suppl. 1: 116-31.
- (25) D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martin-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in health care organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008 Sep 21; 8:188.

I PIANI DI RIENTRO: UN'OCCASIONE PER RILANCIARE I DISTRETTI

P. Benetollo*, **M. Ghiotto****, **D. Marcer*****, **M. Pevere°**, **A. Rosito°°**, **M. Saugo°°°**, **R. Toffanin[§]**

* P. Benetollo – Direttore Sanitario, A.O.U.I. Verona

** M. Ghiotto – Dirigente Statistico, Segreteria Regionale Sanità, Regione Veneto

*** D. Marcer – Medico Igienista, Direzione Sanitaria A.O.U.I. Verona

° M. Pevere – Fisioterapista, Centro Servizi “Papa Luciani”, Altavilla Vicentina

°° A. Rosito – Consulente organizzazione sanitaria

°°° M. Saugo – Responsabile Servizio Epidemiologico, ULSS 4 “Alto Vicentino”

§ R. Toffanin – Direttore Sanitario, ULSS 4 “Alto Vicentino”

Senza dubbio un tema di grande attualità è la necessità di assicurare l'equilibrio economico-finanziario delle Aziende sanitarie e la spesa sanitaria entro i limiti previsti dal finanziamento stanziato annualmente.

L'art. 3, co. 2 e l'art. 4, co. 8 del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i. hanno stabilito l'obbligo di ogni Azienda Usl e di ogni Azienda ospedaliera di garantire il pareggio di bilancio. In quest'ambito, si inseriscono le indicazioni del D.Lgs. n. 229/1999 che hanno aggiunto, all'art. 19-ter, un'inconsueta ed importante procedura nel caso di disavanzi sanitari. L'art. 19-ter, infatti, fissa le prime regole in tema di “Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale” percorrendo una serie di interventi divenuti di grande attualità in questi ultimi anni. Prima di tutto prevede che il Ministro della salute determini i “valori di riferimento” in merito ai livelli essenziali di assistenza e più specificamente relativi: “all'utilizzazione dei servizi, ai costi e alla qualità dell'assistenza, anche in relazione alle indicazioni della programmazione nazionale e con comparazioni a livello internazionale, relativamente ai livelli di assistenza sanitaria, alle articolazioni

per aree di offerta e ai parametri per la valutazione dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità della gestione dei servizi sanitari, segnalando alle Regioni gli eventuali scostamenti osservati”.

La stessa norma individua, per la prima volta nel nostro ordinamento giuridico, la definizione di un “programma operativo di rientro dal deficit”, con le seguenti modalità:

- il Ministro della salute, avvalendosi anche dell'Agenas – Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, procede alla verifica degli eventuali scostamenti rispetto ai valori di riferimento individuati a livello nazionale;
- le Regioni coinvolte, avvalendosi anch'esse dell'Agenas, procedono alla ricognizione delle cause degli scostamenti ed elaborano programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali di durata non superiore al triennio;
- le stesse Regioni stipulano un'apposita convenzione con il Ministro della salute e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni per il sostegno del programma operativo di rientro dal deficit. La convenzione definirà obiettivi, modalità, tempi, forme di penalizzazione per ritardi o inerzie nell'at-

tuazione del programma. In questa norma c'è già la premessa e l'impianto di riferimento per affrontare i disavanzi sanitari tramite una procedura di concertazione tra il livello nazionale e quello regionale e sono delineati i passaggi fondamentali per l'attuazione: verifica dei disavanzi, ricognizione delle cause, stipula di una convenzione tra livello centrale e regionale, con relativa elaborazione di Piano di rientro triennale, di riequilibrio finanziario e di riorganizzazione dei servizi (possono esservi anche potenziamenti). Un procedimento che vede coinvolta anche l'Agenas, con una funzione di supporto alla Regione soggetta a piano di rientro in tutto il percorso di risanamento.

Queste indicazioni vengono riprese e assumono una connotazione diversa nell'ambito del più ampio processo di riforma istituzionale in senso federalistico avviato con il d.lgs. n. 56/2000 ed ora con la L. n. 42 del 2009 sul federalismo fiscale, sia con riforme costituzionali, quali quelle che incidono sull'ordinamento delle Regioni e la nomina del Presidente della Giunta regionale (Leggi Costituzionali n. 1 del 1999, n. 2 del 2001) ed ancor più con la L. Cost. n. 3 del 2001 di riforma del Titolo V, Parte II, della Costituzione.

In questo quadro di riforme istituzionali si avvia una nuova modalità di collaborazione tra Stato e Regioni, che si spinge negli anni fino a rappresentare un "governo condiviso del sistema sanitario". In materia sanitaria, allo Stato sono assegnati i compiti di definizione dei livelli essenziali di assistenza e di verifica dell'effettiva erogazione degli stessi, nonché il compito di programmazione delle risorse finanziarie necessarie per l'erogazione dei predetti livelli essenziali di assistenza in condizione di efficienza e di appropriatezza. In tal senso lo Stato deve contemperare le esigenze derivanti da quanto stabilito dagli articoli 32, 81 e 119 della Costituzione e i vincoli derivanti dall'adesione al Patto di stabilità e crescita. Alle Regioni compete l'organizzazione del Servizio sanitario regionale, in funzione dei bisogni sanitari dei cittadini del proprio territorio, sulla base delle risorse programmate (as-

segnate dallo Stato a cui eventualmente si aggiungono quelle ulteriori stabilite dalle Regioni e reperite attraverso l'attivazione della leva fiscale regionale ovvero attraverso l'introduzione di forme di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria).

Quanto al rispetto delle procedure di leale collaborazione, assume rilevante importanza il ruolo svolto in proposito dall'Agenas, in quanto ente dotato di competenze tecnico-professionali e pertanto in grado di realizzare quelle forme di affiancamento-valutazione e di consulenza-controllo che appaiono le più idonee a contemperare autonomia con responsabilità.

Nello specifico l'Agenas può collaborare con la Regione nello svolgimento delle seguenti attività:

- monitoraggio dello stato di attuazione dei Piani di rientro, valutazione delle criticità rilevate nella loro attuazione e individuazione di proposte per il loro superamento;
- partecipazione alle attività di affiancamento delle Regioni che hanno sottoscritto l'accordo precedentemente citato;
- ruolo di stimolo e di coordinamento nei confronti delle Regioni coinvolte nelle partnership per il processo di attuazione dei singoli Piani.

Il perseguimento delle finalità privilegia modalità di lavoro che prevedano lo scambio continuo e tempestivo tra l'Agenas e le strutture regionali anche mediante la costituzione di commissioni e gruppi di lavoro misti per le diverse problematiche.

Nell'attività di monitoraggio un elemento di criticità è rappresentato dalla disponibilità dei dati e delle informazioni che devono necessariamente essere disponibili a livello locale per garantire la tempestività e anche la completezza e l'attendibilità delle informazioni. In quest'ambito, l'Agenas può garantire lo sviluppo di alcuni processi, ed in particolare:

- facilitare l'introduzione di metodologie di audit e l'uso di strumenti come il lavoro di gruppo e per processi al fine di sviluppare la cooperazione tra le istituzioni, creare consenso nei portatori di interesse, trasferire le pratiche migliori presenti nel

Paese, realizzare progetti di fattibilità in una sorta di processo di formazione orientato alla crescita delle competenze delle risorse umane disponibili ma anche della loro responsabilità;

- comprendere ed individuare le competenze e le esperienze professionali necessarie a superare le criticità e, inoltre, garantire l'utilizzo razionale ed efficiente attraverso una funzione di coordinamento continuo;
- intervenire costantemente da stimolo allo sviluppo del processo di cambiamento culturale;
- supportare il Piano di comunicazione a tutti i livelli: istituzionale, professionale e ai cittadini al fine di condividere obiettivi, risorse, responsabilità e misurare risultati attesi sia nel breve che nel lungo periodo.

GOVERNO CONDIVISO DEL SISTEMA SANITARIO

Questo sistema di affiancamento e monitoraggio intende costituire una forma innovativa di "governo condiviso del sistema sanitario"; un tema che rappresenta oggi una delle maggiori sfide che l'orientamento "federalista" si trova a dover affrontare. I suoi effetti non sono ancora chiari in termini di impatto sull'intero sistema dei servizi garantito dalle Regioni, anche perché richiede di attivare non solo interventi congiunturali ma anche una serie di manovre strutturali (quali la riorganizzazione della rete ospedaliera, il potenziamento dei servizi territoriali e la loro azione di rete etc.), i cui effetti si realizzano inevitabilmente nel medio-lungo termine. Tuttavia un aspetto risulta fin d'ora positivo: l'aver richiamato fortemente le Regioni alla loro responsabilità di governo del sistema ed avere spezzato il meccanismo negativo di una implicita "aspettativa del ripiano dei disavanzi da parte dello Stato" (EMassicci, 2009) in forma generalizzata e sostanzialmente attuato secondo i criteri del riparto ordinario.

La definizione di Accordi e del Piano di rientro invece, potrebbe iscriversi addirittura all'interno di un meccanismo di "federalismo cooperativo" (in attuazione dei principi di cui agli artt. 118 e 120

della Costituzione), anche se si muove nel sottile e complesso confine tra le competenze di diversi livelli istituzionali, mentre se si estremizza può divenire una sorta di "amministrazione controllata" da parte dello Stato su un ambito, quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, riservato alla competenza regionale dall'art. 117 della Costituzione.

Lo scorso 3 dicembre 2009 è stato sancito, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, il nuovo Patto per la salute 2010-2012.

I contenuti principali del Patto per la Salute – recepiti, per le parti prescrittive, nella legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Finanziaria per l'anno 2010) – riguardano l'avvio di un diverso sistema di monitoraggio dei fattori di spesa e la puntualizzazione delle modalità di adozione, conduzione e verifica dei Piani di rientro e degli eventuali commissariamenti delle Regioni in disavanzo.

Per quanto riguarda il sistema di monitoraggio, la principale novità è relativa alla previsione, fortemente voluta dalle Regioni, di un nuovo organismo definito Struttura tecnica di monitoraggio istituita, ai sensi dell'art. 3, co. 2, presso la Conferenza Stato-Regioni e formata da componenti scelti in maniera paritetica tra Ministero dell'Economia e delle finanze, Ministero della Salute e Dipartimento per gli Affari regionali e dai rappresentanti delle Regioni con competenze di tipo economico e sanitario; è presieduta da un'ulteriore componente, scelta d'intesa fra lo Stato e le Regioni e si avvale per lo svolgimento delle proprie funzioni del supporto dell'Agenas e dell'Aifa. Tale organismo di monitoraggio (c.d. STEM), si affianca ai preesistenti tavoli tecnici: il Tavolo di verifica degli adempimenti presso il Ministero dell'Economia e finanze e il Comitato per la verifica dei LEA, presso il Ministero della Salute, che fino ad oggi hanno condotto l'istruttoria dei Piani di rientro in materia di verifiche trimestrali e annuali degli adempimenti regionali e dell'attuazione dei Piani di rientro.

La difficoltà più sostanziale dei Piani di rientro è quella di conciliare l'esigenza finanziaria di un rientro e di un ripiano rapido del deficit di bilancio con la necessità di prevedere, contemporaneamente

te, interventi e operazioni non congiunturali ma strutturali che richiedono una implementazione pluriennale. Inoltre, questo processo richiede un forte processo di accompagnamento rispetto al quale è stato chiesto un ruolo attivo dell'Agenas a supporto del Sistema SIVEAS del Ministero e in un'ottica di stretta collaborazione con le Regioni.

LE AZIONI PORTANTI DEL PIANO DI RIENTRO

Come abbiamo detto precedentemente, i Piani di rientro sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate e, sulla base della ricognizione regionale delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi di gestione, individuano ed affrontano selettivamente le diverse problematiche emerse nella Regione stessa.

Ma è opportuno sottolineare che i Piani di rientro rappresentano un'opportunità per avviare interventi strutturali di riqualificazione della rete dei servizi. In particolare, è fondamentale operare per un corretto equilibrio tra attività e risorse dedicate all'ospedale e al territorio.

In questo senso, i Piani si configurano come un vero e proprio "Piano industriale" che deve affrontare, in modo strutturale, la revisione dell'assetto organizzativo ospedaliero, territoriale e della rete delle Emergenze per incidere sia sui fattori di spesa sfuggiti al controllo sia sulla qualità dell'offerta assistenziale qualora emergano particolari criticità.

In questo contesto l'Agenas svolge molteplici attività di collaborazione per assicurare alle Regioni supporto per la predisposizione dei documenti previsti dal Piano e affiancamento per facilitarne l'attuazione, promuovendo la diffusione e la circolarità delle migliori esperienze a livello nazionale nel rispetto delle caratteristiche delle singole realtà (diversità geografiche, di popolazione, di strutture, ecc.). I livelli di intervento del Piano di rientro di ciascuna Regione sono plurimi: dalla ristrutturazione (in alcuni casi profonda) dell'infrastruttura contabile interna, alla revisione degli accordi contrattuali con gli erogatori privati; da nuove politiche per

il personale, ad azioni specifiche per il governo della spesa farmaceutica.

Ovviamente tutti gli interventi non possono però prescindere dalle analisi di adeguatezza del sistema di offerta, seguita da una proposta di riassetto se, come è frequente, si evidenziano criticità importanti ed è proprio questo l'ambito di maggior impatto verso il personale sanitario ed ancor più nei confronti dei cittadini.

Le azioni portanti della riorganizzazione sono:

1. ridefinire, nel rispetto di standard e criteri di efficienza e qualità erogativa, l'offerta ospedaliera;
2. strutturare in maniera efficace ed efficiente la rete dell'emergenza;
3. definire tipologia e criteri di determinazione del fabbisogno e dell'offerta di assistenza territoriale.

L'intervento sul livello di offerta ospedaliera è, nella generalità dei casi, quello a maggiore impatto sia dal punto di vista economico che dell'immaginario collettivo. Si traduce fundamentalmente in due azioni di enorme portata, la cui necessità (così come la difficoltà) è ormai ben chiara: chiudere/riconvertire i piccoli ospedali, che sono poco sicuri per i pazienti e fortemente inefficienti, e strutturare la rete ospedaliera secondo una chiara logica hub and spoke.

A sua volta, la strutturazione della rete di emergenza si sta evidenziando sempre più come la vera chiave di volta dell'intero processo: un razionale, moderno e capillare sistema di emergenza, uniforme ed integrato a livello regionale e strutturato su base territoriale in grandi aree (per 500.000-1.000.000 di abitanti o più, a seconda dell'orografia e del grado di dispersione della popolazione) può riuscire a garantire ad intere popolazioni la certezza di presa in carico delle emergenze in modo efficace e tempestivo, evitando clamorosi casi di malasanta, ed aiutare la politica a far comprendere alla cittadinanza che per garantire la risposta al sacrosanto bisogno di salute e sicurezza ci sono possibilità ben più efficaci del piccolo ospedale sotto casa (ne esistono anche da 25-30 posti letto!).

Invero le due suddette riorganizzazioni (della rete

ospedaliera e della rete dell'emergenza) non possono prescindere da una vera e propria ristrutturazione dell'assistenza territoriale, in grado di recepire e gestire una vasta gamma di istanze.

IL RUOLO DEL TERRITORIO

Il lavoro, quando si arriva ad affrontare nei diversi tavoli tecnici il ruolo del territorio, è particolarmente arduo.

Innanzitutto, mentre il modello di intervento sul livello ospedaliero e sulla rete dell'emergenza può essere riprodotto in maniera relativamente omogenea nelle diverse Regioni (pur dovendo ovviamente tener conto delle specificità demografiche e orografiche, nonché dello stato di fatto delle singole reti ospedaliere), a livello territoriale più che un modello può essere proposto soltanto un metodo: troppe sono le differenze socio-economiche e culturali di ciascuna Regione, ed enormi sono le differenze sullo stato di fatto delle reti di servizi (basti pensare ai diversi livelli di diffusione delle Cure domiciliari, alle concrete realtà distrettuali spesso assai lontane dal proprio modello regionale, che a loro volta sono assai diversi fra loro). È anche vero che mentre il modello strutturale, organizzativo e funzionale dell'ospedale risulta chiaramente codificato, non appare altrettanto definito il modello organizzativo del territorio. Si è perciò scelto di proporre, appunto, non un modello ma un metodo utilizzabile in ogni Regione per definire una nuova programmazione a partire dall'analisi della realtà. Per fare questo è opportuno definire quali sono gli obiettivi e gli ambiti assistenziali che il territorio deve garantire per poi declinare i diversi modelli organizzativi (anche a seconda dei diversi gradi di complessità assistenziale).

Ma la prima difficoltà che ci si trova ad affrontare è di tipo culturale: i principali stakeholder, sia a livello regionale che dello Stato centrale, oscillano fra attese messianiche sul ruolo che potrebbe essere giocato da un Distretto ideale, in grado di governare tutti i principali percorsi diagnostico-terapeutici per i malati cronici ed armonizzare il lavoro di centinaia di medici di medicina generale e pe-

diatri, medici di continuità assistenziale e specialisti ambulatoriali, e una sfiducia di fondo nelle capacità dei Distretti attuali, che arriva in alcuni casi a ventilare la proposta di far governare il territorio dagli ospedalieri...

Questa ambivalenza, che si riscontra anche tra coloro che hanno in mano le leve decisionali, non può essere semplicemente tacciata di superficialità o essere imputata alla scarsa conoscenza del mondo dell'assistenza primaria.

Dobbiamo riconoscere che, a distanza di anni dalla costituzione dei Distretti, e dopo che molto è stato scritto, anche in Italia, sul ruolo dell'Assistenza primaria, ancora oggi nella maggior parte dei territori l'unica struttura sanitaria aperta h 24, anche al sabato ed alla domenica, è l'ospedale, e la capacità dei Distretti di "prendersi in carico", tutti i giorni dell'anno, di un paziente, sia esso affetto da deterioramento cognitivo, o da diabete, oppure con un'ulcera distrofica agli arti inferiori, senza ricorrere all'ospedale, è assai limitata in quasi tutte le realtà.

Si capisce allora che sono molteplici le variabili coinvolte: la qualificazione delle professionalità, la formazione continua, il lavoro in equipe.

PROPOSTE DI INTERVENTO

Con quale logica le Regioni e l'Agenas si stanno muovendo a questo riguardo? È evidente che si tratta di mediare fra le attese di ciascuna Regione, che resta ovviamente pienamente titolare del processo di riorganizzazione, e le conoscenze derivate dal confronto fra diverse realtà e lo studio delle esperienze di successo.

Concretamente, è necessario muovere da una delle azioni portanti del Piano di rientro che, come già detto, consiste nella chiusura/riconversione dei piccoli ospedali. Questa può innescare un processo virtuoso che inizia con un immediato spostamento di risorse (sia strutturali che professionali) dal livello di assistenza ospedaliera al livello territoriale (il trasferimento dei professionisti negli ospedali più grandi, salvo casi particolari, non avrebbe la stessa valenza positiva), pur richiedendo per l'appunto un processo di accompagnamento e di for-

mazione, che si sviluppa realizzando una prima dimostrazione che esistono alternative valide alla risposta ospedaliera.

Quindi, con il duplice obiettivo di rendere meno traumatico il cambiamento per la popolazione e di offrire reali alternative all'assistenza ospedaliera, il primo intervento che viene studiato è quello riguardante il riuso dei piccoli ospedali, almeno quando non presentino gravi criticità strutturali, in relazione soprattutto alla normativa antisismica. A tali valutazioni sul patrimonio edilizio dovrà poi seguire un'opera di formazione/affiancamento del personale medico e sanitario in genere sulla specifica modalità di presa in carico del paziente a livello territoriale, con particolare riguardo ai principi del *Chronic Care Model*, alla valutazione multidimensionale ed al lavoro di gruppo.

A partire da ciò, quattro soluzioni possono sequenzialmente essere prese in considerazione nelle singole realtà:

- la riconversione di piccoli ospedali in Nuclei di Cure Intermedie (*Intermediate Care Unit*) che, in alternativa, possono essere creati in strutture residenziali già esistenti. Si tratta di nuclei residenziali per ricoveri esclusivamente temporanei, fortemente integrati – anche dal punto di vista informativo – sia con l'ospedale che con il distretto (Cure Domiciliari, medici di famiglia, medici di continuità assistenziale). Può essere assai utile, ad esempio, che il Pronto Soccorso o il medico di continuità assistenziale, nel momento stesso in cui intervengono sulla singola persona con patologia cronica, sappiano che è seguita dalle Cure domiciliari, con una data frequenza settimanale, e che terapia esegue;
- la riconversione di piccoli ospedali o la creazione ex novo di Case della Salute / Ospedali Distrettuali / Centri di Assistenza Primaria / ... (nella pratica, i termini vengono utilizzati in maniera sostanzialmente intercambiabile, sulla base di sensibilità politiche più che tecniche): strutture di offerta aperte 12h/dì, per bacini di utenza medio-ampi (da 15 a 30.000 abitanti) in grado di erogare uno spettro il più ampio possibile

di Lea territoriali: dal punto prelievi, all'assistenza specialistica, alla fornitura dei presidi, alla valutazione multidimensionale, all'assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare, etc.; in queste strutture il fulcro è costituito dai Medici di medicina generale, affiancati dagli specialisti ambulatoriali interni, in integrazione con il servizio di continuità assistenziale per garantire risposta nelle 24 ore. Presso le Case della Salute è previsto un Servizio Distrettuale di continuità infermieristica che copre – tra servizio attivo e reperibilità – l'intero arco delle 24h; ove possibile, vengono affiancate da Servizi residenziali, Nuclei di cure intermedie, con l'obiettivo primario di assicurare la continuità della presa in carico per i pazienti già inseriti in programmi di cura domiciliare. Infine, presso le Case della Salute possono essere ubicati i Punti di Primo Intervento della rete di emergenza;

- la riorganizzazione dell'offerta di residenzialità extraospedaliera per anziani e disabili. Quasi ovunque la situazione è caratterizzata da forti squilibri territoriali (con tassi di posti letto variabili anche di 10-20 volte fra un'Azienda sanitaria e quella vicina) e da una tendenza a programmare nuclei a forte specializzazione (es. Sla, disturbi del comportamento alimentare). In questo contesto e nella impossibilità di programmare un consistente aumento dell'offerta (siamo in Piano di rientro! In ogni caso, l'iter per la creazione ex novo di strutture richiederebbe in diverse Regioni molti anni), si danno indicazioni orientate a diminuire le differenze di offerta fra i diversi territori, prendendo anche in considerazione aree territoriali più ampie di una singola Asl. Si prevede altresì di agire su riconversioni mirate anche a contenere un'eccessiva frammentazione dell'offerta (alcuni studi, condotti ad esempio in Lombardia, hanno dimostrato come, a fronte di una elevata specializzazione nell'offerta di strutture di riabilitazione estensiva – nuclei per dementi, per malattie neurologiche, per "casi sociali", ... – la tipologia dei pazienti realmente accolti sia sostanzialmente la stessa nei vari contesti);

■ il potenziamento delle Cure domiciliari, progettando di reimpiegare in questo livello di assistenza almeno una quota parte del personale (infermieristico, medico, tecnico) recuperato dalla riconversione dei piccoli ospedali e opportunamente formato per il lavoro sul territorio. Sul Servizio infermieristico distrettuale, con copertura di servizio (attivo e in reperibilità) per 24 h/di, si possono incardinare ulteriori importanti servizi (ad es. numero unico per la continuità assistenziale infermieristica e per quella medica, rintracciabilità del palliativista, ...). Particolare rilievo viene dato specificamente alla presa in carico delle situazioni più pesanti (ad es. Cure domiciliari di secondo e terzo livello, secondo la classificazione della Commissione LEA, 2006) e delle situazioni di terminalità oncologica e geriatrica, sviluppando così anche l'ambito delle cure palliative.

È sufficiente la riorganizzazione del sistema di offerta territoriale?

Come si è visto, rispondendo alle attese e alle specifiche richieste sia delle Regioni che del livello centrale, l'attenzione è fondamentalmente concentrata sulle azioni di riorganizzazione, che possono essere attuate con modalità diverse, ma che comportano sempre lo spostamento di risorse significative dall'Ospedale al Distretto: si tratta di interventi di programmazione concreti, facilmente misurabili e potenzialmente di rapida realizzazione una volta che siano state superate le forti resistenze a livello decisionale.

Ma sarà questo sufficiente perché le persone anziane affette da patologie croniche, che affollano oggi tanti piccoli ospedali con più o meno grande insoddisfazione di tutti, siano curati adeguatamente in luoghi diversi? Molti di noi sono certi di no.

Oltre agli interventi sopra richiamati nei Piani di rientro è necessario che sia chiaramente esplicitato e non solo previsto in modo vago, che il Territorio deve diventare in grado di:

■ governare realmente la domanda, guidandola verso una maggiore appropriatezza, attraverso il forte coinvolgimento dei professionisti a cui è affi-

data la messa a punto di percorsi diagnostico terapeutici condivisi fra medici della medicina generale (inclusa la Continuità assistenziale) e specialisti ospedalieri e territoriali;

■ “prendersi carico” in modo continuativo dei pazienti, con particolare riferimento agli anziani fragili e non autosufficienti: non è affatto sufficiente una valutazione multidimensionale effettuata correttamente e tempestivamente (benché già questo avvenga solo in poche realtà, oggi). È indispensabile che questa valutazione avvenga non secondo una logica autorizzativa, ma di presa in carico: chi valuta come necessaria un'accoglienza residenziale, deve ovviamente preoccuparsi di attivare una decente assistenza domiciliare nel tempo di attesa prima dell'ingresso effettivo (e così facendo, scoprirà che una parte non piccola delle famiglie, al momento della chiamata, preferirà mantenere a domicilio il proprio congiunto, lasciando libero il posto per situazioni più gravi). Per dare garanzia di attuazione è strategico prevedere la definizione di Progetti assistenziali individualizzati, condivisi con la famiglia;

■ sostenere attivamente il processo di evoluzione della medicina convenzionata, in particolare della Medicina generale che da medico singolo si organizza per diventare forma associativa, processo già in atto, ma che deve proseguire il più rapidamente possibile, mettendo a disposizione dei clinici le competenze organizzative dei Distretti ed integrando fino in fondo nelle singole forme associative gli infermieri, i terapisti e gli amministrativi del Distretto.

NON SOLO ORGANIZZAZIONE, MA LEADERSHIP

La realtà è che le capacità necessarie per attuare quanto deve essere garantito a livello territoriale non si possono imporre con un atto di programmazione, serve una evoluzione culturale. Le attribuzioni di funzioni strategiche alla Dirigenza del Distretto (coordinamento dei servizi, definizione dei processi, controllo e garanzia di appropriatezza, programmazione e negoziazione di obiettivi e ri-

sorse disponibili) richiedono impegno personale e disponibilità del Sistema a garantire la formazione specifica.

Man mano che i Piani di rientro inizieranno a produrre effetti concreti, verranno spostate sul territorio grandi risorse, sia in termini di strutture e personale, che economiche, e l'organizzazione distrettuale avrà la possibilità di essere strutturalmente arricchita.

A quel punto serviranno una "vision" forte, chiara e spendibile sul piano della politica sanitaria locale, oltre a doti di leadership, per aggregare gli operatori professionali, sia dipendenti che convenzionati, intorno a questa vision, individuando obiettivi concreti, alla portata dei professionisti e allo stesso tempo sfidanti.

L'indagine effettuata da Agenas dimostra come per troppo tempo l'attenzione si sia concentrata quasi esclusivamente sugli aspetti organizzativi dei Distretti, descrivendo le esperienze di successo in termini di modello organizzativo.

Servono ora Direttori di Distretto, Direttori delle Cure Primarie, referenti delle forme associative della Medicina generale preparati e, perché no, coraggiosi, decisi ad intraprendere e guidare percorsi di cambiamento importanti. Ci sono in una regione

professionisti con queste caratteristiche? Certamente sì: le Aziende hanno l'importante compito di selezionarli, mentre ciascuno di loro ha responsabilità di formarsi, di sviluppare una rete di relazioni con l'ospedale e la medicina di famiglia e di guidare la sua équipe.

L'occasione dei Piani di rientro costituisce per le Regioni coinvolte una opportunità per innovare il Sistema e renderlo in grado di affrontare le sfide/criticità assistenziali (cambiamenti demografici, sociali, epidemiologici, contrazione delle risorse, ecc.): non ci sarà più spazio per i Dirigenti che lavorano nei Distretti di lamentarsi eternamente di essere trascurati; è affidata a loro la grande responsabilità di riuscire a guidare questi importanti processi di cambiamento, pena il fallimento dello stesso modello distrettuale. La posta in gioco è troppo alta, se il Distretto non riuscirà a rendere concreto, efficace e gradito alla popolazione lo sforzo di riportare il Sistema sanitario alla centralità delle cure primarie, utilizzando l'opportunità degli squilibri economici collegati all'impostazione ospedalocentrica prevalente, sarà un fallimento pericoloso perché altri, con una visione solo economica, saranno legittimati a quel punto a prendere la guida del Sistema con gravi e prevedibili conseguenze.

IL DISTRETTO COME SPAZIO PROFESSIONALE DI CURA, RICERCA E SPERIMENTAZIONE

di **Tiziano Vecchiato**
Fondazione Zancan - Padova

IL DISTRETTO COME AMBIENTE DI CURA E SALUTE

La missione del distretto è delineata nella riforma ter (D.Lgs. n. 229/99). A dieci anni di distanza è possibile fare il punto su quanto ha realizzato, tenendo conto che il distretto è nello stesso tempo macro livello essenziale di assistenza, struttura operativa, centro di servizi, erogatore di risposte a valenza domiciliare, intermedia e residenziale.

Attribuendo al distretto compiti strategici si fa leva sulla tutela del diritto alla salute e sulla sua missione di prevenzione, cura e riabilitazione, in una logica di continuità assistenziale e personalizzazione dell'assistenza. Il distretto è, infatti, chiamato a concorrere alla definizione e attuazione delle strategie aziendali, sul piano tecnico-gestionale ed economico-finanziario, con le risorse di cui dispone, conferite dall'azienda sanitaria e dagli enti locali con deleghe di gestione.

Negli ultimi dieci anni sono intervenute numerose norme regionali e atti di programmazione, che hanno impresso sviluppi differenziati ai distretti. Come ben evidenziano le analisi di Card (2010), Moirano, Bellentani e altri (2010), il bilancio è a favore dei risultati di natura gestionale e organizzati-

va, non lo è altrettanto per i risultati di salute. La loro quantificazione è ancora affidata ad analisi epidemiologiche, a studi osservazionali, piuttosto che a verifiche di efficacia dell'operatività distrettuale. Questa difficoltà, nel breve periodo, è fisiologica, visto che la crescita dei distretti ha assorbito non poche attenzioni alla infrastrutturazione e al consolidamento degli assetti operativi e organizzativi, necessari alla qualificazione delle risposte. Anche per questo, i risultati positivi evidenziano quanto resta da fare a vantaggio dell'esito (l'outcome), soprattutto in un momento in cui la transizione federalista chiederà ai sistemi locali di welfare di garantire le infrastrutture di Lea con maggiore equità distributiva e omogenea capacità di risposte ai bisogni, come previsto dalla L. 42/2009 sul federalismo fiscale.

Se, quindi, la missione primaria del distretto è promuovere salute, con cure integrate in diverse condizioni operative – domiciliari, intermedie e residenziali – proprio questo dovrà essere misurato, documentato, comunicato. È, quindi, necessario capire se e come nei prossimi anni il distretto saprà misurarsi con questa sfida.

Gli ostacoli sono classici: il difficile rapporto con

l'ospedale, le difficoltà con i medici di medicina generale, il monitoraggio dei processi assistenziali, le disuguaglianze nell'accesso ai servizi, la combinazione dei fattori produttivi, la valutazione dei bisogni, il lavoro per prestazioni a scapito del lavoro per progetti personalizzati, i deficit di continuità assistenziale. Sono problemi conosciuti, studiati, a cui corrispondono soluzioni, da meglio validare, stabilizzare, generalizzare.

Le difficoltà hanno radici anche esterne al distretto, visto che la previsione dell'art. 3-quater, comma 4, del D.Lgs. n. 229/99, "Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali", è stata scarsamente esercitata dagli enti locali. Un maggiore impegno nella verifica dei "risultati di salute", conseguiti nel territorio, avrebbe fortemente incentivato lo sviluppo di un distretto più orientato alla salute, come auspicato dalle norme e in letteratura. Vedremo che le potenzialità non sono da cercare soltanto nel distretto che conosciamo, ma anche in ulteriori modi di essere e di operare in quanto distretto.

CONDIZIONI PER PRODURRE SALUTE

Le condizioni per produrre salute sono indicate nell'art. 3-quinquies del D.Lgs. n. 229/99. Prevede che il distretto, come centro unitario di servizi e prestazioni, garantisca:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da Hiv e per le patologie in fase terminale.

I termini "assistenza" e "attività" sono entrambi risultati di scelte professionali e di processo, clinico e organizzativo. Potremmo chiederci: queste scelte

sono basate su evidenze scientifiche? Quanto sono condizionate da scelte amministrative? Quanto dipendono dalle risorse disponibili? Quanto sono conseguenza del "come sempre", dove la coscienza professionale supplisce la carenza di raccomandazioni scientifiche?

Si potrebbe rispondere che le raccomandazioni scientifiche non mancano, che la loro abbondanza rende difficile discernere nel mercato delle proposte. Potremmo aggiungere: ma quanto raccomandato in letteratura è stato realmente prodotto in modo sperimentale dentro l'operatività distrettuale? È stato verificato in setting operativi di distretto, nelle stesse condizioni per una adeguata probabilità di efficacia? Si tratta di domande che dovrebbero trovare maggiore spazio nel dibattito, per capire se abbiamo a che fare con vere o false evidenze e se parte di esse non siano altro che ricettari di dubbia affidabilità.

Potremmo spingere oltre i nostri dubbi, verificando un campione di raccomandazioni di pratica clinica riguardanti l'epidemiologia distrettuale. Scopriremmo che quelle affidabili riguardano soprattutto singole prestazioni, non processi assistenziali, come invece dovremmo aspettarci. L'operatività distrettuale è invece spesso chiamata ad operare con bisogni complessi, quelli elencati nell'articolo 3-quinquies, non solo bisogni semplici, trattabili con buone prestazioni.

Un criterio discriminante per valutare la portata delle evidenze è la differenza, tecnica e clinica, tra lavoro per prestazioni e lavoro per processi/progetti personalizzati. Le due modalità non possono essere assimilate e confuse, appartengono entrambe all'operatività distrettuale, ma a livelli tecnici diversi. A bisogni semplici possono corrispondere risposte di tipo prestazionale. Non altrettanto per i bisogni multifattoriali, che richiedono una presa in carico adeguata, da gestire in continuità temporale, in modo integrato, coerente con la natura e la complessità del problema e degli esiti da conseguire (Vecchiato, 2004a).

Pur essendo questioni note a chi lavora sul campo, non è altrettanto per la ricerca sperimentale. L'of-

ferta di letteratura non è generosa, anzi vengono scoraggiati i ricercatori che pensano di investire in questa direzione, visto che la complessità dei disegni sperimentali utilizzabili non promette facili risultati. Le loro potenzialità sono ritenute poco redditizie dai finanziatori, che preferiscono i vantaggi della ricerca sull'esito delle prestazioni, meglio remunerate, pur essendo meno efficaci.

DI QUALI EVIDENZE STIAMO PARLANDO

Da una parte abbiamo le raccomandazioni di fonte normativa, quindi riconducibili al livello del "parere di esperti" o di "gruppi competenti", che hanno maturato consenso sul problema. Gli esempi non mancano. Ruotano attorno a due coordinate. La prima si concentra sul significato tecnico di integrazione sociosanitaria, precisando che riguarda "tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale" (art. 3-septies D.Lgs. n. 229/99).

La seconda è delineata nell'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria (Dpcm 14 febbraio 2001), all'art. 2, comma 2, dove si dice che "Le prestazioni sociosanitarie di cui all'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata". Al comma 5 si aggiunge "La complessità dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato". L'articolo 4, comma 3, precisa che "Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'eroga-

zione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti".

È, quindi, chiara, sul piano giuridico, la finalizzazione verso l'efficacia clinica, non soltanto a vantaggio dell'appropriatezza di processo. La differenza non è di poco conto, perché si attribuisce al distretto la responsabilità di affrontare problemi diversi dall'acuzie, dove invece l'appropriatezza di prestazione (chirurgica, farmacologica, riabilitativa...) è condizione per indici di efficacia apprezzabili.

Molte delle evidenze che abbiamo a disposizione sono state ottenute in contesti sperimentali di tipo ospedaliero, dove è dominante l'approccio per prestazioni. Come sappiamo, storicamente la differenziazione tra ospedali normali e ospedali di ricerca ha trovato ragioni scientifiche e strategiche proprio nel far coesistere cura e sperimentazione, facendo di questa coesistenza un differenziale di eccellenza. Molte evidenze oggi disponibili nascono da questa strategia, utilizzata come palestra di ricerca e di crescita professionale, dove molti giovani professionisti (medici, infermieri e altri profili) hanno modo di sviluppare la propria professionalità di cura e ricerca¹.

Ma se venissero classificate le evidenze in base al contesto in cui la loro efficacia è stata dimostrata, dovremmo tener conto di due ulteriori variabili importanti: il loro "ambiente generativo" e il loro "tracciato" nei setting dove sono state validate. Sarebbe così più facile associare l'epidemiologia trattabile in condizioni omogenee per ottenere i medesimi esiti. Il trasferimento di molte soluzioni in altri contesti (ad esempio dall'ospedale al domicilio, o viceversa) non necessariamente garantisce gli stessi risultati. Le ragioni sono più chiare oggi, rispetto al passato, visto che anche la relazione tra geni e ambiente ci ha aperto a nuovi paradigmi. Ci

¹ Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono enti dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità (D. Lgs 16 ottobre 2003, n. 288).

aiutano a meglio comprendere l'impatto delle cure e la maggiore o minore forza dei loro esiti, negli spazi di cura e di vita facilitanti una maggiore adesione della persona.

La ricerca di evidenze nei contesti di cura distrettuali va quindi meglio finalizzata e meglio identificata nei suoi caratteri propri. Sono caratteri basati su contenuti clinici, scelte interprofessionali, processi integrati. La principale resistenza è la paura della complessità, visto che aumentano i fattori da considerare, tenere sotto controllo, rispetto ai setting di ricerca tradizionali, e questo non è gradito ai ricercatori. Servono quindi nuovi approcci e maggiori investimenti per trovare evidenze misurabili e trattabili nel distretto, così da meglio gestire il rapporto tra bisogni ed esiti.

L'efficacia in ambito distrettuale è conseguibile con azioni congiunte di "cure" e "care", basate sul curare e prendersi cura. Non dipendono solo dall'appropriatezza delle prestazioni (il curare), ma anche dal governo dei processi assistenziali personalizzati (il prendersi cura) basati su forme di presa in carico integrata. Cure e care insieme possono dare risposta ai bisogni multifattoriali, quelli che richiedono integrazione sociosanitaria, cioè integrazione delle responsabilità, prima ancora che delle risorse. Questa combinazione ci rende consapevoli che l'appropriatezza dei processi assistenziali dipenderà sempre più dalla composizione personalizzata delle scelte associabili a risultati di salute.

Anche per questa ragione nel lavoro distrettuale l'integrazione delle responsabilità si estende dai professionisti ai familiari. Insieme possono condividere risorse umane che sono costitutive della "tecnologia" distrettuale e fare la differenza nel gestire problemi complessi e di lungo periodo.

FORZA DELLE EVIDENZE E CURE DISTRETTUALI

La questione della forza delle raccomandazioni nasce dall'esigenza di capire se i paradigmi utilizzati per classificare le evidenze sono sufficienti, sono in grado di tener conto dell'effetto congiunto di prestazioni e processi assistenziali. Il problema ha avuto

tradizionalmente una soluzione nel binomio "scienza e coscienza". Ha significato e significa seguire le raccomandazioni scientifiche disponibili, valorizzando la responsabilità professionale, con gradi di libertà, per evitare di seguire acriticamente quanto raccomandato (Rugs, Hills, Moore, Peters, 2011; Harris, Kearley, Heneghan, Meats, Roberts, Perera, Kearley-Shiers, 2011).

La Ebm (Evidence-based medicine) negli ultimi vent'anni ha ridotto il divario tra scienza e coscienza (Ellis, Mulligan, Rowe, Sackett, 1995), ma i risultati sono inferiori alle aspettative (Sackett, Rosenberg, 2000; Straus, Richardson, Glasziou, Haynes, 2005; Timmermans, Mauck, 2005). Analoghi investimenti sono avvenuti anche in ambito sociale (MacDonald, 2003; Roberts, Yeager, 2006).

Straus e McAlister (2000) sintetizzano le principali criticità: non danno sufficiente valore all'esperienza, sono un repertorio di ricette, privilegiano la riduzione dei costi, sono una torre d'avorio per esperti di letteratura e non di pratica clinica. Queste critiche, molto forti, non evidenziano due problemi: le condizioni sperimentali con cui le evidenze sono ottenute e la verifica preventiva di impatto sulla popolazione a cui sono destinate.

Infatti può succedere che disegni sperimentali raffinati, proprio a causa di questo, considerino popolazioni così selezionate da non rappresentare persone reali, ma soltanto variabili rilevanti del problema. Le raccomandazioni ottenute in questo modo non descrivono l'impatto atteso sulla popolazione concreta fatta di persone con determinati bisogni, ma l'impatto di prestazioni estranee all'epidemiologia distrettuale. Molti studi randomizzati selezionano popolazioni "normali", non la popolazione bersaglio portatrice del problema da affrontare. Le soluzioni ottenute in questo modo sono tecnicamente valide, ma scarsamente applicabili al lavoro distrettuale. A sostegno di queste critiche, dati di monitoraggio evidenziavano che per la medicina generale la percentuale di evidenze associabile a studi controllati può variare tra il 30% e il 50% (Grimshaw, Russell, 1993; Hampton, 1997). Ma sarebbero indici sovrastimati, se tenessimo con-

to che nel distretto la medicina generale è parte di un tutto interprofessionale, e quindi l'evidenza di prestazione, non associata a quella di processo, è per sua natura settoriale. Può spiegare l'outcome associato ad una risposta, ma non l'outcome esito di un percorso personalizzato di risposta a bisogni multifattoriali (Vecchiato, 2004a).

Questa questione è ben evidenziata nella discussione dei risultati del progetto Mattoni SSN, mattoncino 8 – “Misura dell'Outcome, analisi della situazione attuale”, con particolare riferimento al tema “Volume di attività ed esito delle cure: revisione sistematica della letteratura” (Davoli, Amato, Minozzi, Bargagli, Vecchi, Perucci, 2005).

“La letteratura scientifica sull'associazione tra volume di assistenza e esito degli interventi sanitari è vasta, tanto che la nostra ricerca, condotta fino a febbraio 2005, ha identificato ben 11 revisioni che rispondevano ai criteri di inclusione. Alcuni degli studi inclusi nelle revisioni valutano l'esito di cicli complessi di trattamento, altri valutano l'esito di singole procedure. La maggioranza degli studi valuta l'effetto di specifiche procedure chirurgiche. Ciò è probabilmente dovuto a ragioni legate alla fattibilità degli studi; infatti gli studi sono condotti in ospedali su pazienti ricoverati e spesso utilizzano come misura di esito la mortalità intraospedaliera. Le patologie che richiedono terapia medica, magari a lungo termine e non in regime di ricovero, sono molto più difficili da studiare per ragioni anche legate al lungo follow up che sarebbe necessario per rilevare le misure di esito ed alla conseguente difficoltà di attribuire l'esito alla esposizione in studio. ... D'altronde gli studi osservazionali di esito valutano l'efficacia operativa (effectiveness) di interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per i quali sono già disponibili prove sperimentali di efficacia (efficacy) o sono impossibili studi sperimentali (i.e. RCT) ovvero per i quali i risultati di questi studi sperimentali hanno limiti di generalizzazione.” (p. 13).

Le difficoltà evidenziate in precedenza sono qui ben delineate e sottolineano la necessità di trovare soluzioni. Non è difficile trovare studi sperimentali che riducono la numerosità delle variabili, per meglio tenerle sotto controllo, ma ridu-

cendo la complessità e quindi il loro grado di aderenza alla realtà. Anche per queste persone con bisogni complessi non soddisfano facilmente i criteri di inclusione di disegni randomizzati e non vengono considerate volentieri, mentre sono sottoposte alla lente di ingrandimento degli studi osservazionali, con risultati ben diversi e con incerti indici di efficacia (Tinetti, Sidney, Bogardus, Agostini, 2004).

Da una parte quindi gruppi “sperimentali” meglio gestibili, ma non associabili ai problemi ricorrenti nella vita quotidiana, dall'altra patologie a eziologia multifattoriale osservate, ma senza cercare sperimentalmente come meglio dare loro risposte.

Il divario tra ricerca e pratica clinica è anche per questo destinato ad accentuarsi, senza un'inversione di tendenza. C'è quindi motivo di preoccuparsi, visto che non sono disponibili sufficienti evidenze per associare esiti di efficacia a quanto si va facendo.

Una possibile inversione di tendenza può nascere dal superamento di criteri di inclusione non rappresentativi dell'epidemiologia reale, che sottorappresentano i problemi, con risultati poco applicabili, costringendo chi lavora nel distretto a fare appello all'esperienza e alla coscienza professionale e non abbastanza alla scienza. Da qui un dubbio: se una parte dei risultati della ricerca clinica sono ottenuti sotto vuoto sociale, tecnicamente potremmo dire “fuori dalla realtà”, con disegni sperimentali formalmente adeguati (from the bench), potranno essere di vero aiuto nelle pratiche distrettuali quotidiane (to the bedside), per chi opera a diretto contatto con i bisogni delle persone e delle famiglie?

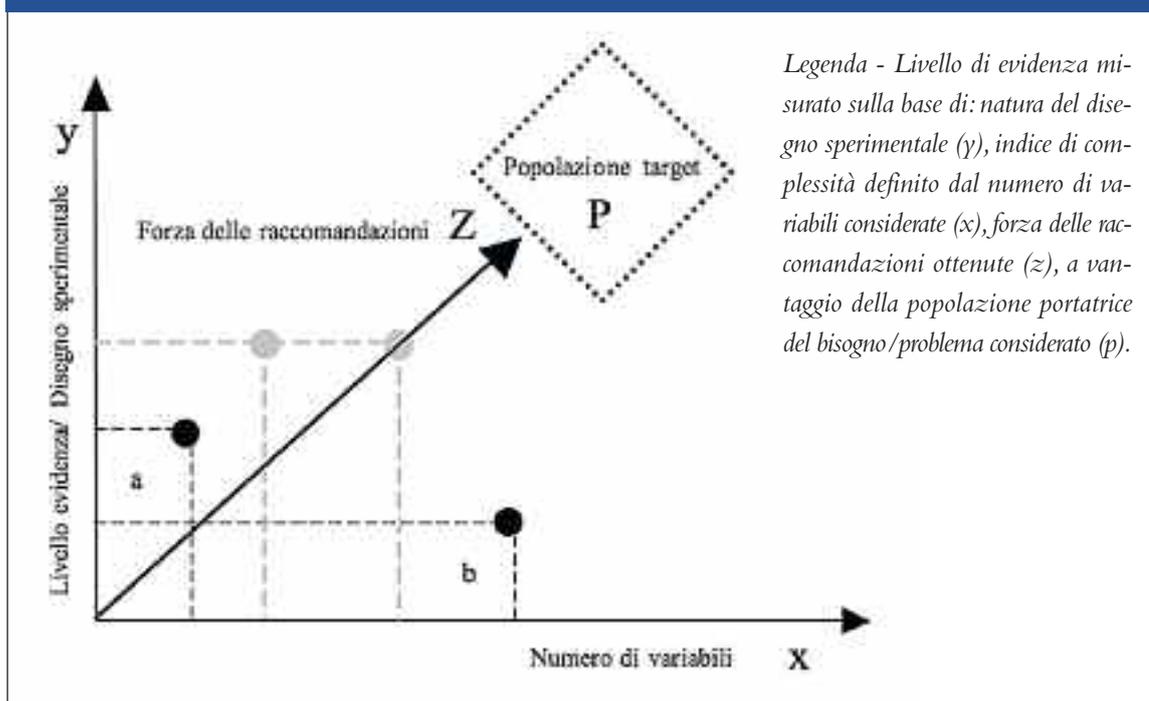
FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI E LAVORO DISTRETTUALE

Attualmente la graduazione della forza delle raccomandazioni dipende dall'affidabilità e complessità dei disegni sperimentali utilizzati. Avviene ad esempio con la metodologia SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2008) integrabile con altri approcci (Phillips, Ball, Sackett, Bade-

noch, Straus, Haynes, Dawes, 2001).
 Si va dal livello più basso a quello con maggiore forza, come se fossero isomorfi. Se si segue la raccomandazione di livello più alto (meta analisi) si avrà maggiore fiducia di ottenere un beneficio misurabile. Se invece la raccomandazione dipende dal punto di vista di esperti, si affida alle buone prassi. Il termine “buone” nasconde la loro carenza di evidenze sperimentali. Rientrano in questa categoria anche le raccomandazioni adottate con atti di amministrazione, che aggiungono alla bontà della prassi la forza della fonte istituzionale proponente. Come sappiamo il Programma nazionale per le linee guida (Pnlg) ha promosso maggiore attenzione all’efficacia (Agenzia per i servizi sanitari regionali, 1999, 2000), mettendo a disposizione criteri e strumenti per aumentare l’appropriatezza e meglio collegarla ai livelli essenziali di assistenza. Ha privilegiato i gruppi di consenso, contribuendo a ridurre la variabilità delle scelte. Di più potrà venire da metodi sperimentali ripensati, più capaci di misurarsi con il lavoro distrettuale, evitando le semplificazioni e guardando alle con-

dizioni di efficacia globale dei percorsi assistenziali. Non vanno a questo fine eliminate variabili necessarie per comprendere i problemi nella loro complessità e conoscere l’impatto delle scelte cliniche, basate su piani personalizzati di assistenza. I rischi delle semplificazioni vanno affrontati superandole e non evitandole ma, se seguiamo il paradigma corrente, ben rappresentato da Sign, maggiore è il numero delle variabili, meno “sofisticato” sarà il disegno sperimentale, con meno forza dimostrativa, quindi meno appetibile. Il problema va quindi riportato ai suoi fondamentali teorici ed epistemologici (Vecchiato, 2010; Canali, Vecchiato, 2011). Perché i risultati ottenuti con disegni sperimentali di rango inferiore otterranno necessariamente risultati meno validi? Perché una sperimentazione in grado di governare molte variabili ha un minore valore esplicativo? Perché la forza di un risultato dipende dal metodo con cui è stato ottenuto e non anche dalla sua capacità di affrontare e risolvere i problemi? Il modello culturalmente dominante ci dice che la

FIGURA 1 – FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI PER QUALI BISOGNI



Legenda - Livello di evidenza misurato sulla base di: natura del disegno sperimentale (y), indice di complessità definito dal numero di variabili considerate (x), forza delle raccomandazioni ottenute (z), a vantaggio della popolazione portatrice del bisogno/problema considerato (p).

forza delle raccomandazioni dipende da una graduazione verticale: il grado di complessità dello studio. Ma a questo modello possiamo aggiungere un asse orizzontale, definito dal numero delle variabili gestite nella sperimentazione. Insieme possono identificare indici di complessità utili a meglio caratterizzare la forza delle evidenze e delle raccomandazioni ottenute.

Nella fig. 1 l'asse verticale (la natura del disegno) è una scala nominale che va da 4 a 1+++. Non misura differenze, si limita a identificarle, nella gerarchia della forza delle prove. L'asse orizzontale evidenzia, con una scala ordinale, il numero di variabili gestite dallo studio. È possibile ottenere un indice rapporto tra x e y , per stimare l'impatto dei risultati sui problemi concreti, potendo anche proiettarli sull'epidemiologia distrettuale (p). È una base diversa per misurare gli indici di efficacia conseguibili, avendo la possibilità di collegare la forza delle raccomandazioni (z) alla popolazione target degli interventi (p), per capire quanto meglio si potrebbe fare, integrando responsabilità e risorse distrettuali con processi assistenziali il cui esito risulta verificabile.

CONCORSO AL RISULTATO E COSTO/EFFICACIA

I fattori considerati nella figura 1 ci aiutano anche a distinguere tra efficacia reale e concorso al risultato di salute determinato dall'aiuto professionale e non professionale. Nel lavoro distrettuale spesso i familiari collaborano al lavoro di cura e concorrono essi stessi al risultato assistenziale. Tecnicamente significa mettere in rapporto i contenuti dell'aiuto professionale con le risorse non professionali, definibili come variabile "altro", cioè tutte le cure ulteriori che i caregiver familiari garantiscono quotidianamente nelle cure domiciliari integrate, potenziandone gli esiti.

È un fattore di sussidiarietà che caratterizza in sen-

so proprio l'aiuto domiciliare. Non va quindi considerato come fattore aggiuntivo ed estrinseco. È funzione di utilità sociale, misurabile in termini di controvalore, rispetto all'apporto professionale, con impatto positivo sui costi complessivi delle cure distrettuali. Ma ridurlo a solo valore economico sarebbe riduttivo, visto che nel contempo è anche e soprattutto concorso al risultato di efficacia. L'incontro tra fattori professionali e non professionali, tra costi diretti e di altra natura, tra esiti professionali e non professionali (familiari) ci descrive altrettanti potenziali del distretto, perché capace di integrarli, di produrre efficacia, non soltanto assistenza.

A ben vedere, oltre che questione di efficacia, è anche di "costo/efficacia", visto che il concorso al risultato di salute è associabile al valore dell'apporto necessario per ottenerlo. Infatti per riconoscere l'apporto della variabile non professionale è necessario identificare il valore di sostituzione del lavoro di cura professionale da parte di quello non professionale².

Il fatto che alcuni abbiano ipotizzato di remunerare i risultati di efficacia ("Paying for Performance") piuttosto che remunerare le prestazioni erogate ("Fee-for-service Practice") (Fischer, 2006) è stato visto come provocazione di politica sanitaria. È però anche un problema che la ricerca può considerare sotto altri profili, ad esempio per modulare in modo più equo il concorso alla spesa dell'assistenza richiesto alla famiglia, quando essa contribuisce ai risultati di salute. Oggi non se ne tiene abbastanza conto, al punto da scoraggiare i compiti di cura familiari, chiedendo la stessa compartecipazione economica alle famiglie collaboranti e non collaboranti.

Quello che abbiamo appena visto è un esempio di ricerca potenzialmente utile al distretto per meglio integrare esiti clinici e condizioni per produrli. Pertanto uno spostamento dall'enfasi sulle prestazioni

2 Si fa riferimento alla funzione di produzione $f(S,A)$, dove S è l'apporto dei servizi e A l'apporto della variabile "altro non professionale". Il problema è affrontato da un progetto di ricerca sperimentale multicentrico in tre regioni, coordinato da Dosi e Vecchiato, per approfondire queste dimensioni, avendo come riferimento persone anziane affette da demenza e polipatologia e i loro familiari che collaborano ai piani di cura personalizzati.

raccomandate, ma non necessariamente efficaci, ad una maggiore attenzione ai risultati di efficacia e alle scelte che li rendono possibili, può in futuro fare la differenza tra lavoro proceduralmente appropriato, con pochi risultati, e lavoro basato su progetti personalizzati con migliori indici di efficacia. Negli ultimi anni una serie di sperimentazioni prefigurano questa prospettiva. Ad esempio, sono state facilitate da PERSONAlab (Personalised Environment for Research on Services, Outcomes and Need Assessment), un laboratorio multicentrico che guarda alle sperimentazioni collaborative come ad una prima tappa facilitante distretti più capaci di gestire insieme cura e sperimentazione³. Le indicazioni emergenti da PERSONAlab evidenziano condizioni tecniche per governare disegni sperimentali complessi, mettendo in collaborazione più centri di responsabilità, afferenti distretti di diverse Regioni e, in prospettiva, anche di altri Paesi (Vecchiato, 2008; Whittaker, 2008; Zeira e altri, 2008). Interessano i potenziali sviluppi del lavoro sociosanitario, per migliorare in modo strutturale l'integrazione tra sistemi sanitario e sociale, utilizzando non solo le buone prassi ma anche risultati di sperimentazioni a ciò finalizzate (Vecchiato, 2007; Vecchiato, Mazzini 2008; Vecchiato, Canali, Innocenti

2009).

L'intenzione è di promuovere una presa in carico più personalizzata e contestualizzata dei bisogni, in regime domiciliare, diurno e residenziale, con valutazione di efficacia degli interventi, identificando i fattori che meglio di altri spiegano l'outcome e a quali condizioni. Il fatto di poter mettere in rapporto indici di efficacia e di costo, per profili assistenziali e per diverse tipologie di cura, è condizione strategica per meglio identificare ed erogare i livelli essenziali di assistenza, nelle condizioni più trasparenti e sostenibili prefigurate dal federalismo.

VERIFICHE SPERIMENTALI NEL DISTRETTO

Le ricerche sperimentali che hanno utilizzato la piattaforma collaborativa PERSONAlab mettono in rapporto l'evidenza attesa con il numero e la complessità delle variabili considerate, riferite alla popolazione target a cui applicare la forza delle raccomandazioni. I problemi affrontati in questo modo, con ricerche sanitarie finalizzate, sono riconducibili alle tipologie di bisogno delineate dall'articolo 3 septies del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e sono in buona parte descritte nella successiva tab. 1.

³ Le diverse sperimentazioni hanno interessato distretti di 13 regioni, con riferimento ai problemi indicati nella successiva tab. 1. Pubblicazioni che documentano alcuni risultati di PERSONAlab sono indicate in www.fondazionezancan.it

TABELLA 1 – Database casi sperimentali PERSONAlab

Titolo ricerca	Casi	Aree di bisogno
Un modello assistenziale innovativo per l'assistenza al malato di Alzheimer con disturbi comportamentali e al suo caregiver (2005)	58	Demenza
La depressione dell'anziano: profili di assistenza, soluzioni interprofessionali, indicatori di efficacia (2005)	48	Depressione
Fattori di disuguaglianza nell'accesso ai servizi che penalizzano le persone con gravi disabilità e le loro famiglie (2005)	11	Paralisi cerebrale infantile
	73	Demenza
Interventi per malati di Alzheimer da includere nei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria (2006)	60	Demenza
Sperimentazioni di presa in carico socio-sanitaria di diverse tipologie di bisogno (2006)	49	Demenza (18), Ictus (13), Femore (6), Cardiopatia (6), Cure fine vita (6)
Strumenti Operativi per una Rete Integrata di Servizi Sanitari e Socio-sanitari sul Territorio (2007)	177	Demenza (67), Frattura femore (49) Cure di fine vita (61)
L'assistenza domiciliare e i percorsi di presa in carico professionale (2007)	33	Demenza (18), Ictus (15)
Sperimentazione di progetti personalizzati capaci di considerare congiuntamente i bisogni della persona e della famiglia (2007)	27	Famiglie multiproblematiche
Il modello organizzativo delle cure domiciliari e la valutazione multidimensionale (2007)	296	Anziani con demenza e polipatologia
Condizioni di efficacia degli interventi per persone in situazioni multiproblematiche (2007)	4	Multiproblematicità
Strategie per valutare l'impatto delle scelte regionali nella rete integrata dei servizi (2008)	31	Cure di fine vita
	26	Demenza
Soluzioni professionali e organizzative per qualificare le risposte domiciliari nella rete integrata dei servizi socio-sanitari (2008)	193	Demenza (70), frattura femore (32), famiglie multiproblematiche (91)
Qualificazione delle risposte nella rete dei soggetti del sistema regione e locale dei servizi alla persona (2009)	52	Demenza
	45	Polipatologia
Risc – Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo (2010)	127	Minori a rischio di allontanamento
Totale	1310	

I casi che compongono il database (1310⁴) consentono analisi di diversa natura, visto che possono essere definiti sottoinsiemi di casi sperimentali e controllo, con indici di efficacia interfacciabili con variabili demografiche, di gravità di condizione, di contesto operativo (domiciliare, intermedio e residenziale) e altro ancora, a partire da medesimi criteri di inclusione.

Sta avvenendo anche per lo studio multicentrico MEAS⁵ che coinvolge distretti di 7 aziende sanitarie. L'arruolamento atteso è di circa 200 persone ripartite tra gruppi sperimentali e controllo su tre aree problema (demenza con disturbi del comportamento, cure di fine vita, famiglie multiproblematiche con minori). Il principale obiettivo è speri-

mentare modalità di integrazione cliniche e organizzative tra medico di medicina generale, assistente sociale e altri operatori coinvolti nella presa in carico dei bisogni e nella valutazione di efficacia. È anche definire la base conoscitiva necessaria perché le diverse professioni possano considerare le dimensioni organica e funzionale, cognitiva e comportamentale, socio ambientale e relazionale, sperimentando soluzioni metodologiche facilitanti la condivisione delle informazioni e delle valutazioni. Entrambi i gruppi (sperimentale e controllo) vengono valutati con i medesimi strumenti. In particolare, il gruppo di controllo (TAU+ treated as usual plus assessment) viene preso in carico "come sempre", con valutazioni aggiuntive (schema pola-

4 Ulteriori ricerche in corso stanno aggiungendo altri 400 casi sperimentali al database, affrontano in particolare le condizioni di efficacia nelle cure di fine vita, per la demenza con disturbi del comportamento, la polipatologia in età anziana, i minori ad alto rischio di allontanamento con famiglie multiproblematiche.

5 Il tema di studio è: "Nuove soluzioni per la presa in carico dei bisogni e la valutazione dell'efficacia dell'assistenza socio-sanitaria, con particolare riferimento all'apporto integrato dei medici di medicina generale, degli assistenti sociali e delle altre professioni sanitarie e sociali".

re), mentre il gruppo sperimentale (TARP treated as suggested by the research protocol) viene valutato prima e dopo la presa in carico con schema polare e indici di esito osservato/atteso. La valutazione di esito può così essere realizzata con due modalità: il differenziale S-P prima/dopo e gli indici di esito atteso/osservato.

8. UNA DIFFICOLTÀ UTILE E IMPREVISTA

I comitati etici per la sperimentazione e per la pratica clinica, interpellati per pareri di conformità e coerenza con le istanze etiche sottese alle scelte sperimentali, hanno espresso alcune difficoltà nell'interpretare i disegni sperimentali, visto che erano progettati per operare in ambienti di ricerca per loro poco consueti, quali il domicilio delle persone e nei servizi distrettuali. Si è così corso il rischio che disegni sperimentali centrati sui bisogni globali della persona, meno condiscendenti con il riduttivismo delle regole consolidate, non venissero riconosciuti per la loro eticità e non approvati.

È emersa, cioè, la difficoltà di passare dalla logica degli studi osservazionali biomedici a quella degli studi sperimentali, ma in contesti inconsueti, non ospedalieri, esposti ai problemi delle variabili numerose, rispondenti alla necessità di evidenze mirate sui bisogni e non adattati a istanze formali. È così emersa la necessità di un diverso approccio alla eticità di sperimentazioni attente alla globalità e unitarietà della persona (Shahtahmasebi, Villa, Nielsen, Graham-Smith, 2010; Watine, 2010).

Alcune delle risposte date agli interrogativi formulati dai comitati etici sono collegate a due problemi di costruzione del disegno sperimentale, quello delle modalità di inclusione e quello inerente al significato di presa in carico personalizzata e per questo le esemplifichiamo. Come vengono gestiti i problemi di inclusione e di arruolamento? L'arruolamento può avvenire secondo diverse modalità: i casi attesi da ogni unità operativa vengono identificati tra quelli che rispondono ai criteri di inclusione e che accedono al servizio nel periodo di arruolamento (a) in modo casuale, se la numerosità attesa è inferiore agli accessi effettivi, e (b) sull'uni-

verso degli accessi se non superiore all'atteso. L'assegnazione al gruppo sperimentale e al gruppo di controllo può essere definita in funzione delle unità operative (sperimentale o controllo): i casi che accedono rispettivamente all'unità sperimentale o all'unità controllo sono arruolati secondo i protocolli delle rispettive unità. Si tratta di una modalità diversa da forme di assegnazione gestibili in regime di ricovero o di laboratorio, con procedura di assegnazione del paziente all'operatore formato piuttosto che all'operatore non formato, visto che gli operatori di unità operativa sperimentale ricevono formazioni diverse da quelli del gruppo di controllo: (a) i primi (sperimentali) sono formati alla gestione clinica e organizzativa del protocollo di presa in carico dei pazienti e alla valutazione degli esiti con metodologia S-P e metodologia atteso/osservato; (b) i secondi (controllo) sono formati alla gestione degli strumenti multiassiali messi a disposizione da S-P, con valutazione prima/dopo. Sono cioè messi in condizione di operare in modo diverso per poter confrontare i rispettivi esiti. Cosa si intende per piano personalizzato? Agli operatori dell'unità sperimentale (formati all'utilizzo del protocollo sperimentale di presa in carico del bisogno e allo sviluppo del piano personalizzato di intervento) è chiesto di raggiungere esiti di processo professionale (misurati in termini di appropriato utilizzo del protocollo) ed esiti misurati con le due modalità di valutazione sopra citate. Il piano personalizzato può essere tecnicamente considerato traduzione operativa, clinica e organizzativa, di quanto previsto dall'Atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria del 14 febbraio 2001, in attuazione dell'articolo 3 septies del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni. Più in specifico il profilo di bisogno viene associato ad azioni raccomandate, risultati attesi, fattori osservabili, tenendo conto di indici di complessità di bisogno. L'insieme di queste attenzioni facilita una migliore selezione degli interventi rispetto alle prassi usuali. La metodologia sperimentale consente di approfondire il differenziale tra efficacia delle prassi correnti e l'incremento di esito del protocollo di sperimentazione,

così da poter meglio misurare la forza delle raccomandazioni ottenute.

È quello che ad esempio è stato ottenuto nell'ultimo degli studi indicati nella tab. 1, rilevante per l'area materno infantile, visto che ha considerato minori ad alto rischio di allontanamento dai propri genitori, per deprivazioni organico funzionali, cognitive comportamentali, socioambientali e relazionali. L'efficacia osservata nell'intervallo di tempo T0-T2 (6 mesi) è risultata più elevata nel gruppo sperimentale quando i minori presentavano una condizione a T0 più compromessa, misurata con indice di benessere socio-relazionale $<0,64$. Per entrambi i gruppi (sperimentale e controllo), il sistema delle responsabilità a T0 ha avuto un effetto negativo sull'efficacia misurata tra T0-T2: più compromessa era la situazione di partenza, più è stato possibile osservare un miglioramento consistente nel periodo considerato. L'effetto è risultato molto forte e da solo spiega il 38% della varianza. La significatività statistica del risultato ha mostrato la maggiore capacità del protocollo sperimentale di evitare l'allontanamento proprio ai ragazzi con maggiore sofferenza e a più alto rischio. Questo esito non è stato osservato su tutti i 127 casi arruolati (74 del gruppo sperimentale e 53 del gruppo di controllo), ma solo nel sottogruppo dei casi trattati con un livello di appropriatezza di almeno il 60% di quella attesa. Questo discriminante ha comportato una riduzione del 25% dei casi considerati. È una riduzione che ci dice quanto sia necessario investire perché l'operatività distrettuale possa aumentare la propria efficacia (Canali, Vecchiato, 2010; Borgia, Canali, Vecchiato, 2010). Un simile andamento era stato osservato in precedenti ricerche, proprio entrando nel merito dell'utilizzo appropriato di singoli strumenti di valutazione, ad esempio iadl e mmse con persone anziane affette da demenza, identificando in questo modo deficit di esito da superare con un distretto più capace di curare e prendersi cura.

EVIDENZE A SERVIZIO DEL CURARE E DEL PRENDERSI CURA

La differenza prima utilizzata tra pratiche EB (evi-

dence based) e outcome based (OB) è utile per capire i margini di miglioramento di più sicure ed efficaci pratiche di cura (Vecchiato, 2004). Sono lontani i tempi in cui l'integrazione sociosanitaria aveva a disposizione quasi soltanto il decreto dell'8 agosto '85 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali", ai sensi dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833", più noto come decreto Craxi.

Oggi abbiamo più conoscenze ed esperienze e, quindi, più capacità di riconoscere e valutare natura e complessità delle funzioni sociosanitarie, indipendentemente dai contenitori tecnici (residenziali, intermedi e domiciliari) in cui esse vengono erogate. Il riferimento fondamentale per inquadrare i problemi è la natura dei bisogni e non le strutture e/o i servizi deputati a dare le risposte. Si è cioè ribaltata la prospettiva, anche se non è avvenuto altrettanto per le condizioni per produrre evidenze scientifiche e raccomandazioni affidabili, basate su prove di efficacia finalizzabili ai diversi contesti di cura.

Come abbiamo visto, un elemento cruciale è il contesto generativo delle evidenze e la loro tracciabilità, cioè la possibilità di associare la loro forza ai contesti operativi in cui sono state ottenute. La seconda condizione è rappresentata dalla portata delle evidenze, visto che possono riguardare prestazioni o processi integrati di cura. L'interesse dell'operatività distrettuale va soprattutto ai processi, ai problemi multifattoriali, all'evoluzione dell'epidemiologia territoriale, che chiede sempre più cure integrate di lungo periodo.

Il fatto di poter misurare l'efficacia in modo corrente è una pietra miliare per l'evoluzione distrettuale, visto che la dominanza delle verifiche di processo e di risultato economico e prestazionale hanno lasciato in secondo piano l'obiettivo primario: la salute. Le soluzioni che la ricerca degli ultimi dieci anni ci mette a disposizione facilitano la valutazione di outcome, anzi ci prospettano scenari in cui la valutazione partecipata di esito, insieme con la

rendicontazione sociale dei risultati di salute, rappresenteranno una via privilegiata per verificare i livelli di assistenza e il rendimento delle risorse.

La valutazione di risultato e di esito è sintetizzabile con un indice di costo/efficacia. Altrettanto si può fare con il concorso collaborativo ai risultati di salute, ottenuti grazie all'integrazione di risorse professionali e non professionali. Ne esce valorizzata la capacità del distretto di generare valore sociale, anche quando curare non significa guarire, ma gestire cure di lungo periodo, aiutando le persone ad aiutarsi, a convivere attivamente con la cronicità, con esiti positivi.

Sono altrettante premesse per un distretto di ricerca e sperimentazione (Canali, Greco, Trimarchi, Vecchiato, 2010), come in passato è avvenuto per gli ospedali. La sfida non è, quindi, di breve periodo e va affrontata per gradi. Per ora una soluzione praticabile è rappresentata da reti multicentriche di sperimentazione, dove la responsabilità dei risultati non è ancorata ad un "luogo", ma ad ambienti collaborativi di ricerca sperimentale, che hanno nell'epidemiologia territoriale un comune denominatore. Si può, quindi, affermare che il distretto di cura e sperimentazione ha un futuro in parte già presente.

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Istituto Superiore di Sanità (1999), Il Programma nazionale per le linee-guida, Assr, Roma.
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2000), Organizzazione, strumenti e metodi del Programma nazionale per le linee-guida, Assr, Roma.
- Borgia, R., Canali C., Vecchiato T., Rischio evolutivo e prevenzione dell'allontanamento dalla famiglia: indicazioni da uno studio sperimentale, in CARD, La qualità del sistema di assistenza territoriale e il valore delle relazioni per un distretto con-vincente, Quaderni Card 10/2010, Iniziative sanitarie, Roma.
- Canali C., Greco G., Trimarchi A., Vecchiato T., Il distretto come ambiente professionale di ricerca e sperimentazione, in CARD, La qualità del sistema di assistenza territoriale e il valore delle relazioni per un distretto con-vincente, Quaderni Card 10/2010, Iniziative sanitarie, Roma.
- Canali C., Vecchiato T., Rapporto RISC – Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo, Rapporto di ricerca, Fondazione Zancan, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2010.
- Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T., Approaches to Evaluation in Services for Families and Children, in Maluccio A.N., Canali C., Vecchiato T., Lightburn A., Aldgate J., Rose W., eds (2011), Improving Outcomes for Children and Families. Findings and Using International Evidence, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- CARD (2010), La qualità del sistema di assistenza territoriale e il valore delle relazioni per un distretto con-vincente, Quaderni Card 10, Iniziative sanitarie, Roma.
- Dagenais C. e altri, Implementation and effects of a service coordination program for youths and their families in complex situation: a mixed evaluation design, in «Children and Youth Services Review», n. 30/2008.
- Davoli M., Amato L., Minozzi S., Bargagli A.M., Vecchi S., Perucci C., (2005), Volume di attività ed esito delle cure: revisione sistematica della letteratura, Mattoni SSN – Mattone 8 – Misura dell'Outcome, Ministero della Salute.
- Ellis J., Mulligan I., Rowe J., Sackett D.L., Inpatient general medicine is evidence based, in «Lancet», n. 346/1995.
- Fischer E.S., Paying for Performance - Risks and Recommendations, in «New England Journal of Medicine», n. 2/2006.
- Grimshaw J.M., Russell I.Y., Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations, in «Lancet», n. 342/1993.
- Hampton J.R., Evidence-based medicine, practice variations and clinical freedom, in «Journal of Evaluation in Clinical Practice», n. 3/1997.
- Harris J., Kearley K., Heneghan C., Meats E., Roberts N., Perera R., Kearley-Shiers K., Are journal clubs effective in supporting evidence-based decision making? A systematic review. BEME Guide No. 16. Med Teach 2011;33(1):9-23.
- MacDonald G. (2003), Using Systematic Reviews to Improve Social Care, Social Care Institute for Excellence, London.
- Moirano F., Bellentani D., Damiani G., Mete R., Trimarchi A., Bugliari Armenio L., Catania S., Ronconi A., Nuova indagine sullo stato di attuazione dei distretti in Italia, in CARD, La qualità del sistema di assistenza territoriale e il valore delle relazioni per un distretto con-vincente, Quaderni Card

10/2010, Iniziative sanitarie, Roma.

- Phillips B., Ball C., Sackett D., Badenoch D., Straus S., Haynes B., Dawes M. (2001), Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence, Cebm, Oxford.
- Roberts A.R., Yeager K.R., eds (2006), Foundations of Evidence-Based Social Work Practice, Oxford University Press, New York.
- Rugs, D., Hills, H.A., Moore, K.A., Peters, R. H., A community planning process for the implementation of evidence-based practice, Eval Program Plann, Vol. 34, Issue 1/2011:29-36.
- Sackett D.L., Rosenberg W.M. (2000), Evidence based medicine: How to practice and teach EBM, Churchill Livingstone, London.
- Scottish Intercollegiate Guideline Network (2008), Sign 50: A guideline developers' handbook, Sign Publication, Edinburgh.
- Shahtahmasebi, S., Villa, L., Nielsen, H., & Graham-Smith, H. (2010). Proposal of a holistic model to support local-level evidence-based practice. ScientificWorldJournal, 10, 1520-1529.
- Straus S.E., McAlister F.A., Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms, in «Journal de l'Association Médicale Canadienne», n. 163/2000.
- Straus S.E., Richardson W.S., Glasziou P., Haynes R.B. (2005), Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM, III Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Timmermans S., Mauck A., The promises and pitfalls of evidence-based medicine, in «Health Affairs», n. 24/2005.
- Tinetti M.E., Sidney M.D., Bogardus T. Jr., Agostini J.V., Potential Pitfalls of Disease-Specific Guidelines for Patients with Multiple Conditions, in «New England Journal of Medicine», n. 351/2004.
- Vecchiato T. (a), Care Pathways, in Nies H., Berman Ph. (2004), Integrating Services for Older People, Ehma, Dublin.
- Vecchiato T. (b), La valutazione di outcome in geriatria, in «Giornale di Gerontologia», Vol. LII, n. 5/2004.
- Vecchiato T., Nuove prospettive della progettazione personalizzata e della valutazione di outcome, in «Giornale di Gerontologia», Vol. LV, n. 5/2007.
- Vecchiato T., Mazzini E.L.L. a cura di (2008), L'integrazione sociosanitaria: risultati di sperimentazioni e condizioni di efficacia, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Vecchiato T., Canali C., Innocenti E. (2009), Le risposte domiciliari nella rete integrata dei servizi sociosanitari, Fondazione Zancan, Padova.
- Vecchiato T., Evidenze scientifiche e scelte professionali, in «Giornale di Gerontologia», Vol. LVIII, n. 6/2010.
- Watine, J. (2010), What sort of bioethical values are the evidence-based medicine and the GRADE approaches willing to deal with? J Med Ethics.
- Whittaker J.K. (2008), Lo scenario degli interventi evidence-based per bambini e ragazzi in gravi difficoltà: come conoscere ciò che funziona e come utilizzarlo, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K., Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà, Fondazione Zancan, Padova.
- Zeira A., Canali C., Vecchiato T., Jergeby U., Thoburn J., Nève E., Evidence-based social work practice with children and families: a cross national perspective, in «European Journal of Social Work», n. 1/2008.

I DISTRETTI ITALIANI VERSO UN MODELLO DI “COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE”: una sfida trentennale tra filosofia e pragmatismo

di **Gilberto Gentili***, **Anselmo Madeddu****, **Antonino Trimarchi*****

* Direttore Distretto Zona Territoriale 4 - Senigallia (AN) e Presidente Nazionale Card

** Direttore Distretto Azienda U.S.L. 8 Siracusa e Vice Presidente Nazionale Card

*** Direttore Distretto Socio Sanitario Este Montagnana (PD) e Vice Presidente Nazionale Card

L'idea di avvicinare l'organizzazione sanitaria ai reali bisogni dei cittadini attraverso l'istituzione dei Distretti cominciò a farsi strada nel dibattito culturale della sanità italiana intorno agli anni '70. Trovò la sua prima collocazione normativa nella Legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, L. n. 833 del 23 dicembre 1978, che all'art. 10 individuava i Distretti sanitari come “strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento”.

La legge dava così sviluppo ai principi della Conferenza di Alma Ata del settembre dello stesso anno, laddove individuava l'assistenza sanitaria di base come “parte integrante” del sistema sanitario di ciascun Paese, ma soprattutto dell’“intero sviluppo sociale ed economico”, in una visione basata sull'equità, la partecipazione comunitaria, la focalizzazione sulla prevenzione, la tecnologia appropriata e un approccio intersettoriale ed integrato.

Si intendeva istituire il “distretto” o “sistema sanitario locale” (come enunciato nella Conferenza di Harare, 1982) come luogo privilegiato dell'azione sanitaria ed unità di base per il decentramento del sistema sanitario; nonché come fondamentale presidio per garantire assistenza di pri-

mo livello, ascolto dei bisogni, partecipazione dei cittadini.

Mancava, però, ogni riferimento agli assetti organizzativi necessari per rendere operative queste idee, quali gli ambiti territoriali dei Distretti, gli obiettivi e le specifiche funzioni da svolgere nella complessità della rete dei servizi, le correlate responsabilità di direzione e le attribuzioni di personale.

Nel primo decennio di vita del Servizio sanitario nazionale, la scarsa autonomia assegnata ai Distretti e la debolezza dei contenuti, così come la concentrazione del sistema sanitario sulle patologie acute e sulla realtà ospedaliera, impedì, di fatto, la loro reale istituzione (con alcune rilevanti eccezioni di buone esperienze regionali e locali). Bisogna giungere agli anni Novanta e alla seconda riforma sanitaria, adottata con il Decreto Legislativo n. 502/92, perché i Distretti siano individuati come autentiche “articolazioni delle unità sanitarie locali” e, più in particolare, come una delle tre colonne organizzative del Servizio sanitario nazionale: l'Ospedale, il Distretto e il Dipartimento di Prevenzione.

La riorganizzazione del sistema sanitario nazionale intendeva rispondere alle esigenze pressanti di maggiore economicità, efficacia ed efficienza

nell'erogazione dei servizi, nonché di maggiore flessibilità ed apertura rispetto a bisogni della popolazione in grande cambiamento.

Va, infatti, ricordato che tra il 1978 e il 1992 erano poste in essere modifiche epocali, sia in campo epidemiologico che in campo strutturale, con ripercussioni importanti e per certi versi drammatiche sulla rete ospedaliera, la cui strutturazione risultò, nel volgere di pochi anni, assolutamente inadeguata a compensare la fortissima spinta verso modelli assistenziali capaci di rispondere alle complessive necessità di gestione del malato cronico.

Il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario, implementato con una serie di meccanismi, tra cui la ridefinizione dei meccanismi contabili (orientando le Aziende sanitarie verso una contabilità di tipo economico e analitica, tipicamente imprenditoriale), individuò con maggior precisione rispetto al passato i nodi del sistema, spingendo fortemente al rinnovamento e alla reingegnerizzazione del sistema.

Nell'ambito di un'Azienda sanitaria locale di dimensioni – di norma – provinciali e con un importante ambito di autonomia e competenza, il Distretto non poteva che assumere funzioni ben più ampie, non solo di primo intervento ma anche di programmazione e coordinamento della rete dei servizi del territorio e di riferimento per l'accesso dei cittadini ai servizi.

Dagli anni '90 le normative regionali dimostrano nuova attenzione alla rete dei servizi territoriali e si realizzano molte e positive esperienze locali di Distretto; tuttavia lo stesso trova ancora difficoltà di sviluppo rispetto ad una centralità ospedaliera che trova conferma anche nella distribuzione delle risorse tra i Livelli essenziali di assistenza. Infatti solo con il Piano sanitario nazionale 1998-2000 si afferma in modo esplicito la necessità di attribuire maggiori risorse al livello di assistenza distrettuale rispetto a quello ospedaliero.

In coerenza con il Piano, il legislatore mira a supportare lo sviluppo del Distretto, inserendo nella

cosiddetta “Riforma Ter” del sistema sanitario (D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 e successive modificazioni) una disciplina specifica, come quadro organico di riferimento.

Il Distretto viene “dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale” (art. 3-quater, comma 2); svolge una funzione programmatica specifica tramite il “Programma delle attività territoriali” da adottare con i Sindaci (art. 3-quater, comma 3); ha indicazioni precise circa le “funzioni e risorse” assegnate, individuate in relazione agli obiettivi di salute da perseguire (art.3-quinquies); è governato da un “Direttore di Distretto” (art. 3-sexies). Si indica, inoltre, l'obiettivo di garantire l'“integrazione socio-sanitaria” (art.3 septies), confermando la scelta di un Distretto come “luogo naturale dell'integrazione”, come indicato dalla programmazione nazionale già a partire dal Piano sanitario nazionale 1994-1996.

La stessa norma individua, per la prima volta, gli ambiti territoriali di operatività del Distretto, rappresentati da un bacino di utenza di almeno 60.000 persone, con possibilità di deroghe legate a peculiari caratteristiche demografiche della popolazione ed oro-geografiche del territorio.

Prevale, in buona sostanza, il concetto che un approccio programmatico e gestionale debba avere – come base imprescindibile – un dimensionamento adeguato, pur rimanendo la medicina territoriale legata ad una erogazione capillare, situata il più vicino possibile ai luoghi di vita delle persone, in forza di una pratica applicazione del concetto “pensare globalmente ed agire localmente”.

Negli anni successivi alla riforma ter, si assiste all'avvio dei processi devoluti regionali derivanti dalla modifica del titolo V, parte seconda della Costituzione (ad opera della L. Cost. n. 3 del 5 Ottobre 2001). Un passaggio che ha favorito una forte diversificazione nelle organizzazioni sanitarie tra le Regioni e anche all'interno delle Regioni stesse.

La situazione è tuttora in fase di cambiamento. Alcune Regioni hanno definito ed investito realmente in specifici modelli di sviluppo del Distretto e di riequilibrio di risorse ed attività tra ospedale e territorio, mentre altre sono tuttora in una fase iniziale del percorso e rilevano un'incertezza di riferimenti.

Nel contempo, le indicazioni attuali (da ultimo il Patto per la salute 2010-2012 e la proposta di Piano sanitario nazionale 2011-2013) orientano sempre più il sistema verso la deospedalizzazione e lo sviluppo dell'assistenza primaria.

Tuttavia si è ancora lontani da un sistema territoriale consolidato ed il nodo fondamentale appare il rapporto con l'assistenza primaria, in particolare con il "core" della stessa, rappresentata dai Medici di medicina generale, dai Pediatri di libera scelta, dai medici di continuità assistenziale.

La medicina generale, infatti, da sempre considerata primo e fondamentale "presidio" del Distretto, sta rinnovando in questa fase la propria modalità operativa, scegliendo il lavoro di squadra come sviluppo indispensabile per rispondere ad un diverso bisogno di salute della popolazione, mentre ancora rimane da definire l'assetto organizzativo della nuova medicina associativa ed i suoi rapporti con il Distretto.

Il rischio reale appare quello di focalizzare l'attenzione sugli aspetti decisionali che potrebbero derivare dallo sviluppo di un determinato assetto organizzativo in un terreno che storicamente ha invece dimostrato maggiore propensione a misurarsi sui risultati a fronte di schemi organizzativi spesso diversi.

In generale, rispetto agli assetti organizzativi storicamente sviluppati nell'assistenza sanitaria sul territorio, si possono concettualmente distinguere due principali modelli di riferimento: il "modello settoriale", dove le responsabilità sono orientate per servizi specialistici e per discipline, e il "modello integrato", dove le responsabilità sono orientate per aree complessive di bisogni e di domanda.

Nel primo modello, il focus organizzativo è cen-

trato sul sistema dell'offerta e la ricomposizione delle prestazioni specialistiche in un unico e coordinato processo pesa sostanzialmente sull'utente. È infatti la persona che, per ricostruire il percorso di cura e assistenza, è costretta a passare da un servizio all'altro attraverso procedure e modalità eterogenee e non coordinate tra loro, generate dal prevalere della tensione tecnico-professionale.

Nel secondo modello il focus organizzativo è centrato sul bisogno di salute e la funzione di integrazione e coordinamento è svolta dal Distretto, con correlata responsabilità e potere gerarchico diretto nei confronti del personale e dei fattori produttivi territoriali. La dimensione tecnico-specialistica viene presidiata attraverso la realizzazione di servizi o dipartimenti tecnico-funzionali e non strutturali, che non hanno potere gerarchico diretto sui fattori produttivi, bensì la responsabilità di definire linee guida e procedure, sviluppare e rendere omogenee le tecniche professionali, curare l'aggiornamento professionale degli operatori (1).

Nella logica del modello integrato si inserisce la fondamentale interazione dell'assistenza primaria nel Distretto (2).

La scelta di potenziare l'assistenza territoriale è ormai imprescindibile. L'aumento della morbilità e mortalità derivante da patologie croniche è comprovata ampiamente dai dati epidemiologici nazionali ed internazionali e richiederebbe che l'intero sistema sanitario si strutturi e si organizzi per rispondere a questo tipo di bisogno.

In realtà non è così, e non solo in Italia. Per riequilibrare un sistema che, di fronte alla crescente prevalenza delle malattie croniche e delle patologie invalidanti, ha finora investito quasi esclusivamente nel settore delle malattie acute, è necessario intervenire in profondità, modificando il paradigma su cui finora si è basata la medicina, anche quella territoriale: il paradigma dell'attesa. Vale a dire quello tipico delle malattie acute e dell'attività ospedaliera, con il quale si evidenzia un pattern assistenziale ad elevata standardizzazione ed

intensività tecnico-assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento “nuovo” su cui intervenire, su cui mobilitarsi per risolvere il problema.

Applicare alle malattie croniche il paradigma assistenziale delle malattie acute provoca danni incalcolabili: il “sistema” si mobilita davvero solo quando il paziente cronico si aggrava, si scompensa, diventa “finalmente” un paziente acuto. Ciò significa rinunciare non solo alla prevenzione, alla rimozione dei fattori di rischio, ma anche al trattamento adeguato della malattia cronica di base.

Un tale atteggiamento sposta inevitabilmente la presa in carico ad una età che è già, di per sé, fattore di manifesta fragilità, e comunque genera spessissimo una istituzionalizzazione, vale a dire ciò che si vuole evitare, o quantomeno controllare.

Non va certo dimenticato poi quello che già da alcuni anni rappresenta un fattore di “patologia” del sistema ospedaliero: il fenomeno dei ricoveri ripetuti che evidenzia una carenza nei processi di continuità assistenziale ospedale-territorio, problema che potrebbe trovare idonea risposta in una dimissione partecipata e concordata e nella formalizzazione di percorsi post dimissione che coinvolgono sia l’Unità operativa che dimette che il Distretto/assistenza primaria che effettua una corretta presa in carico. Non è raro, ancora oggi, che il medico di assistenza primaria non sia a conoscenza dell’avvenuta dimissione di un suo assistito e sovente neanche del suo ricovero!

Il paradigma dell’iniziativa, invece, è quello che meglio si adatta all’approccio verso la cronicità, perché permette:

- 1) la valutazione dei bisogni della comunità e l’attenzione ai determinanti della salute (anche quelli socio-economici, alla base delle disuguaglianze nella salute dei malati cronici);
- 2) l’attenzione agli interventi di prevenzione, all’utilizzo di sistemi informativi epidemiologici, alle attività programmate e agli interventi proattivi (ad esempio: costruzione di registri di

patologia, stratificazione del rischio, richiamo programmato dei pazienti);

- 3) il coinvolgimento e la motivazione degli utenti, l’attività di counselling individuale e di gruppo, l’interazione con le risorse della comunità (Comuni, altre istituzioni, volontariato, gruppi di auto-aiuto).

La sanità di iniziativa ben si adatta alla gestione dell’assistenza primaria, dove l’assistenza è per la gran parte “estensiva” e caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, dove il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e di rispondere alla cronicità attraverso team multiprofessionali in grado di gestire sul territorio polipatologie e multiproblematicità sanitarie e socio-assistenziali evitando il ricovero ospedaliero. La continuità delle cure vuol dire centralità dei cittadini, del punto di vista della persona, presa in carico, percorsi integrati e personalizzati, dimissioni protette, cure intermedie (3).

È un modello culturale basato sui principi dell’Oms, che ha indicato nella “community oriented primary care”, ovvero l’assistenza primaria orientata verso la comunità, la forma più evoluta di organizzazione dell’assistenza sanitaria di base, individuando nel Distretto il soggetto che orienta, organizza e coordina gli interventi in un’ottica di nuova sanità pubblica, che prevede la valutazione sistematica dei bisogni della comunità, l’identificazione dei principali problemi, l’implementazione di interventi sistematici rivolti a gruppi target di popolazione e il monitoraggio dell’impatto di tali interventi per valutarne l’utilità e la congruenza rispetto ai bisogni della popolazione (4).

Oggi, infatti, il Distretto s’interroga su come sostenere l’assistenza primaria a garanzia del sistema di welfare, perseguendo la sicurezza del cittadino e promuovendo un modello di sviluppo della tutela della salute sostenibile per la comunità locale; sulla produzione di salute equa, intesa come garanzia di diversa distribuzione dei servizi e dei percorsi compresi nei Livelli di assistenza sa-

nitaria e socio-assistenziale (Lea/Liveas) rispetto a diversi bisogni di salute.

Nella tensione verso l'equità del sistema, è importante garantire che si pongano in essere risposte personalizzate e sempre più capaci di "leggere" complessivamente il bisogno di salute della persona, riconducendo alla valutazione multidimensionale globale le problematiche della salute, finalizzata a una corretta definizione ed allocazione delle risorse, correlata ad una esatta definizione dei bisogni.

Oggi tutti sono chiamati a dar conto degli esiti comparando i vari sistemi d'offerta per sostenere un federalismo universalistico. La stessa introduzione dei "fabbisogni e costi standard", previsti dalla legge n. 42 del 2009 sul Federalismo fiscale, comunque la si voglia esaminare (mera ripresa di un sistema a quota capitaria corretta, come sostengono alcuni o importante volano verso una sanità di qualità e non di sprechi) tende a questo: ad una definizione degli interventi in termini di risposte corrette a bisogni definiti.

Al concetto di nuova sanità pubblica si connette l'azione di promozione della salute della comunità, che costituisce, insieme alla continuità delle cure, la nuova missione del Distretto.

La promozione della salute è basata sul concetto di salute come equilibrio, è incentrata sulla persona nella sua interezza e le sue interazioni, sulla comunità in cui vive, sull'ascolto, utilizza gli strumenti della partecipazione e dell'intersettorialità, delle alleanze tra il mondo della sanità e i tanti settori della società che possono giocare un ruolo sulla salute della comunità (5).

Centralità della promozione della salute e della continuità delle cure vuol dire rafforzare e dare nuovo slancio ai valori dell'organizzazione Distretto: partecipazione, ascolto, alleanze tra i cittadini, le istituzioni, i professionisti.

In quest'ottica è importante promuovere un concetto di valutazione multidimensionale (Vmd) che va oltre il tradizionale ambito della sanità. Una "Vmd S" perché Salute è un contenitore semantico che supera la nosografia medica e ma-

nageriale, che considera il benessere globale dell'individuo inserito nel suo ambiente, tenendo conto che "le malattie sono molte ma la salute è una sola".

La Vmd S rappresenta il valore di un'area sistema che deve saper ricostruire sulla promozione della salute e sul bisogno della persona le modalità di concertazione tra diversi attori e servizi, affinché la salute sia il ponte tra sanità e sociale e il focus sia il paziente e la sua famiglia.

In questo modo si realizza il passaggio da rete dei servizi a servizi in rete, fornendo risposte personalizzate caratterizzate dalla globalità, dall'appropriatezza, dalla continuità, dalla prioritizzazione dalla verifica della loro fondatezza.

La Vmd S diventa anche luogo ove ricomporre la frammentazione e l'espropriazione della salute e restituire ai cittadini la responsabilità delle scelte quotidiane.

La multiprofessionalità è un elemento che ha caratterizzato e caratterizza il "modus operandi" del Distretto e ne connota l'identità.

Oggi appare a tutti semplice percepire i valori intrinseci ad una valutazione multi professionale, ma chi opera sul territorio da alcuni anni ha conosciuto le difficoltà e le tensioni che ha generato questa modalità operativa: la perdita del valore delle gerarchie, la necessità di rivedere costantemente i propri punti di vista rinunciando a posizioni apodittiche che erano proprie del lavoro in sanità.

Il ruolo e la funzione di tale processo può e deve essere oggetto di valutazione, di dibattito, ma la modalità di coinvolgimento delle professioni non può essere messa oggi in discussione: è la modalità con cui deve lavorare un sistema territoriale che voglia e sappia costruire una rete adeguata della presa in carico.

La natura di tale organismo non può che essere funzionale nella misura in cui supera le differenze relative alle provenienze (sanità, sociale, altri settori) degli operatori che vi partecipano e alle tipologie contrattuali (pubblico, privato, rapporti di collaborazione) e ne riallinea, sulle basi di un

obiettivo comune, la spinta progettuale, spinta che trova nel Piano di assistenza individuale (Pai) il prodotto finale, misurabile e verificabile.

La valutazione multidimensionale e multiprofessionale è quindi uno strumento complesso il cui governo richiede capacità relazionali e gestionali elevate e, come tale, non può essere banalizzato o usato per ogni tipo di bisogno che si evidenzia nella popolazione target.

L'utilizzo appropriato di questo strumento non può quindi prescindere dall'istituzione di un Punto unico di accesso (Pua) o modalità analoga che orienti ed accompagni il cittadino, operando una prima e fondamentale analisi dei bisogni (Contact Assessment, con distinzione delle priorità e delle tipologie di percorsi, ad esempio: urgent services, long-term care, rehabilitation), fornendo direttamente al risposta ai bisogni “semplici” e attivando la valutazione multidimensionale nei casi complessi. Questo sistema, se ben organizzato e condiviso dai professionisti, può consentire di garantire una “presa in carico” più sistematica ed estesa nell'area della cronicità.

Per un vero “community oriented primary care” sarà indispensabile passare dagli attuali budget sociali e sanitari, separati e settoriali, ad un “budget della salute”, che divenga poi nella pratica un “budget di distretto” come progetto attivo, cammino comunitario, patto solidale sociosanitario: la capacità di investire nell'organizzazione salute ha come ritorno nel tempo una minore necessità di investimento per la crescita dei sistemi separati.

I processi regionali di devoluzione non hanno impedito in questi anni che i Distretti assumessero una loro sempre più chiara identità, sì da farli ri-

manere costantemente presenti nelle organizzazioni sanitarie regionali, finendo col divenire la migliore soluzione organizzativa per i nuovi modelli di gestione in rete delle malattie croniche.

Il Distretto, quindi, diventa un macroambiente dove si governa la produzione, si ricerca l'appropriatezza, si definiscono atti e funzioni condivise che non sono più percorsi di malattia, ma progetti di vita.

In quest'ottica auspichiamo una ulteriore spinta propulsiva alla territorializzazione dell'assistenza attraverso la realizzazione e il finanziamento della domiciliarità e della residenzialità (come caratterizzati nei documenti della Commissione Lea del 2006 e 2007 e ripresi nei flussi informativi nazionali di cui al Dm 17 dicembre 2008) e delle strutture intermedie tra ospedale e domicilio. Il Distretto, e solo il Distretto, può essere il luogo dove la fragilità e la cronicità vengono intercettate e dove gli effetti di tali processi possano essere affrontati e prevenuti prima che si appalesino nell'evento acuto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Madeddu A. Il distretto nell'organizzazione sanitaria del territorio. Esseditrice, Roma, 2002.
- 2) Consiglio Superiore di Sanità Documento Territorio, continuità dell'assistenza, cure primarie. Roma, 2007.
- 3) De Maeseneer et al. Primary health care as strategy for achieving equitable care, a literature review commissioned by Health Systems Knowledge Network. WHO, Geneva, 2007.
- 4) EUPHA. 10 statements on the future of Public Health in Europe, 2004.
- 5) IUPHE. Delineare il futuro della promozione della salute: le priorità per l'azione, 2007.

LE INDAGINI DELL'AGENAS SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEI DISTRETTI IN ITALIA

di **Rosario Mete**

Presidente Onorario Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD)

Negli ultimi anni i processi di autonomia regionale hanno favorito lo sviluppo di modelli organizzativi sanitari fortemente diversificati. Questo fenomeno non ha inciso significativamente sui Distretti che sono stati sempre previsti nei Piani sanitari regionali.

I Distretti, inoltre, hanno mantenuto in modo diffuso la funzione di motore per la mobilitazione delle risorse della comunità, di collegamento con il livello istituzionale e di centro di promozione, attuazione e valutazione delle azioni assistenziali.

Ciò è stato determinato anche dal fatto che il Distretto è la soluzione organizzativa migliore per recepire e per avviare i nuovi modelli di gestione delle malattie croniche ed è stata la sede più adatta di attivazione di nuove forme di assistenza sanitaria per la presenza di presidi distribuiti in modo capillare sul territorio.

Questa specifica situazione ha permesso e ha facilitato numerose indagini per valutare lo stato di attuazione dei Distretti in Italia. Fra queste assumono rilievo anche istituzionale quelle promosse e realizzate dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali negli anni 2001, 2005 e 2010 e che hanno reso possibile l'acquisizione, con periodicità quinquennale, di dati importantissimi sui

servizi sanitari territoriali in un sistema regionale sempre più parcellizzato a causa dei fenomeni devolutivi.

LA STORIA DELLE TRE INDAGINI

1) L'Indagine del 2001

L'esigenza di monitorare lo stato di attivazione dei Distretti in Italia, condivisa dalla direzione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (allora Assr), è nata da un gruppo ristretto di operatori di sanità pubblica a due anni dal secondo riordino del Ssn. Il Decreto Legislativo n. 229 del 1999 ha segnato, infatti, una svolta per la sanità di territorio per l'ampio spazio dedicato all'area dei servizi territoriali e per l'attribuzione, per la prima volta al Distretto, di un livello di autonomia indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

L'attività di progettazione è iniziata nel maggio 2001 e si è sviluppata nell'estate dello stesso anno nell'Assr. L'indagine, denominata "Monitoraggio sui tempi e sulle modalità generali per l'attivazione dei Distretti e per l'attribuzione ad essi di risorse definite in base agli obiettivi di salute", è stata realizzata attraverso un questionario autocompilato, previa valutazione dello stesso da parte delle Regioni in sede tecnica nella

Conferenza Stato-Regioni (1). Il questionario è stato inviato in forma cartacea ai referenti degli Assessorati alla sanità di tutte le Regioni e Province Autonome nel mese di novembre 2001 con richiesta di rinvio entro marzo 2002.

Il questionario ha previsto una parte generale (informazioni sulla popolazione residente nella Regione, numero dei Comuni presenti sul territorio regionale, numero delle Aziende sanitarie territoriali e numero dei Distretti) e una più specifica di domande tendenti a monitorare le normative regionali di riferimento e se queste avessero fornito indicazioni rispetto alle dimensioni del Distretto, del Direttore dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (Ucad), sul coordinamento dei Distretti, sulle articolazioni organizzative interne e sul sistema informativo. Una terza parte del questionario ha puntato a verificare se le normative regionali attribuissero al Distretto le funzioni indicate dal Decreto Legislativo 229/99, l'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria. Un'ultima parte ha avuto la funzione di monitorare l'organizzazione del Comitato dei sindaci, la disciplina regionale sui criteri per la predisposizione del Programma delle attività territoriali (Pat) e la realizzazione di Dipartimenti d'interesse territoriale e se questi avessero caratteristiche funzionali o strutturali.

Valutazione del questionario dell'Indagine 2001

1. Indicatori proposti dal progetto – percentuale di adesione delle Regioni e Province – tasso di completezza delle risposte

La percentuale di adesione delle Regioni è stata dell'85.7%. Le Regioni che non hanno compilato il questionario in modo completo nel tempo assegnato sono state il 16.6% delle rispondenti, mentre per altre (16.6%) è stato necessario approfondire alcuni aspetti non completamente esplicitati nel questionario. Non hanno partecipato all'indagine Calabria, Sardegna e Sicilia.

2. Percentuale di attivazione dei Distretti

La percentuale di attivazione dei Distretti rispetto al numero di Distretti istituiti nelle Regioni che hanno prodotto il questionario è stata pari al 92% (820 Distretti istituiti e 761 attivati). I valori estremi sono risultati essere 100% (13 Regioni) e 25% (Liguria) con un range del 75%.

3. Popolazione media nei Distretti in ogni singola Regione

La popolazione media nei Distretti delle Regioni che hanno risposto al questionario presenta una variabilità considerevole. I valori estremi sono rappresentati rispettivamente dalle Regioni Basilicata (15.956) e Lazio (103.217) con un range di 87.261 e una media di 54.913.

4. Valutazione analitica delle norme regionali per la disciplina delle articolazioni delle Unità sanitarie locali in Distretti

L'analisi delle risposte prodotte dalle singole Regioni ha evidenziato un quadro notevolmente diversificato. 17 Regioni (94%) su 18 rispondenti hanno emanato apposite leggi. Quattro Regioni (22.2%) hanno inserito nel proprio Piano la disciplina sui Distretti e 9 (50%) hanno emanato anche deliberazioni di Giunta o di Consiglio. Il numero complessivo è evidentemente superiore a 18 in quanto numerose Regioni hanno contestualmente emanato più tipologie di normative. In particolare: 3 Regioni hanno provveduto a disciplinare l'articolazione dei Distretti attraverso il Piano, una o più leggi e una o più deliberazioni, 4 Regioni attraverso leggi e deliberazioni e 1 Regione con Piano e legge. 8 Regioni hanno disciplinato l'articolazione solo con legge. È da sottolineare che l'unica Regione (Liguria) che ha disciplinato l'articolazione con la normativa di minore valenza (deliberazione) è risultata essere quella che ha avuto la percentuale più bassa di attivazione dei Distretti.

5. Valutazione della parte del questionario relativa alle informazioni generali sulle discipline emanate dalle Regioni e Province

Questa parte della valutazione ha fornito infor-

mazioni utilissime su alcuni aspetti organizzativi dell'area dell'assistenza distrettuale.

- **Dimensioni del Distretto:** tutte le discipline emanate, con esclusione di quella della Provincia Autonoma di Trento, hanno previsto le dimensioni del Distretto. Questa situazione ha evidenziato che le Regioni hanno affrontato questo specifico aspetto sentito sia dagli operatori che dai Comuni. Cinque Regioni hanno previsto le stesse dimensioni indicate dalla normativa nazionale. Quattro Regioni hanno recepito la stessa normativa nazionale anche se con alcune deroghe soprattutto per le aree montane o disagiate. Sette Regioni hanno emanato normative difformi a quella nazionale e 3 non hanno fornito indicazioni.
- **Direttore di Distretto:** tutte le Regioni che hanno risposto al questionario hanno previsto nella disciplina indicazioni sulle caratteristiche del Direttore di Distretto.
- **Ufficio di Coordinamento delle Attività distrettuali:** questa organizzazione prevista dall'art.3-sexies del Decreto Legislativo 229/99 è stata inserita nella disciplina di 12 Regioni sul totale delle 18 che hanno risposto al questionario.
- **Coordinamento dei Direttori di Distretto:** è previsto nella normativa di sole 8 Regioni.
- **Articolazione organizzativa:** questo particolare aspetto, che assume anche un significato in termini di applicazione dei Contratti collettivi di lavoro, è stato previsto da quasi tutte le Regioni e Province (16 su 18, con esclusione del Lazio e della Liguria).
- **Sistema informativo distrettuale:** per questo specifico aspetto 7 Regioni su 18 hanno previsto nella disciplina la realizzazione del sistema.
- **Sperimentazione del budget di Distretto** prevista dall'art.86 della Legge Finanziaria del 2000: 14 Regioni su 18 hanno previsto forme di sperimentazioni.

6. Funzioni assegnate e autonomia del Distretti

14 Regioni su 18 hanno previsto l'assegnazione

al Distretto di tutte le funzioni previste dall'art.3-quinquies del decreto legislativo 229/99. 3 Regioni sul totale hanno assegnato la gran parte delle funzioni. Una Regione non ha risposto. Questo risultato dimostra l'orientamento regionale ad affidare all'area distrettuale globalmente l'assistenza primaria e intermedia.

In merito alle risorse assegnate rispetto agli obiettivi di salute e le caratteristiche dell'autonomia assegnata, 10 Regioni hanno affermato che ai Distretti sono state attribuite risorse definite in base agli obiettivi di salute e 11 Regioni hanno assegnato ai Distretti l'autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio delle Usl.

7. Comitato dei sindaci di Distretto, Programma delle attività territoriali e integrazione sociosanitaria su base distrettuale

Le domande poste dal questionario hanno avuto rispettivamente le seguenti risposte che hanno confermato l'orientamento regionale a disciplinare questi aspetti organizzativi:

- **esistenza di una disciplina per l'organizzazione del Comitato dei sindaci di Distretto** – Sì in 12 Regioni su 18;
- **esistenza di una disciplina per la predisposizione del Programma delle attività territoriali** – Sì in 11 Regioni su 18;
- **presenza nella disciplina di criteri e modalità mediante i quali i Comuni e le Aziende sanitarie garantiscono l'integrazione sociosanitaria su base distrettuale** – Sì in 15 Regioni su 18.

8. Istituzione dei Dipartimenti Territoriali e collocazione funzionale nel Distretto delle articolazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale e di Prevenzione

Per quanto riguarda l'allocazione funzionale nel Distretto delle articolazioni organizzative dei Dipartimenti di Prevenzione e Salute Mentale, ben 16 Regioni su 18 hanno previsto tale possibilità attraverso proprie normative dimostrando che l'integrazione dei servizi rivolti alla persona vie-

ne garantita a livello distrettuale.

Come si è detto, l'ultima parte del questionario ha avuto l'obiettivo di testare, attraverso l'organizzazione dipartimentale posta in essere dalle Regioni a livello territoriale, il livello di autonomia dei Distretti rispetto alla contestuale presenza dei Dipartimenti.

Il quadro che emerge dallo studio di quest'ultima parte risulta estremamente diversificato:

- Il Dipartimento di Prevenzione (D.P.) è stato istituito in 15 Regioni sulle 18 [11 a struttura (s) e 4 a funzione (f)];
- il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) è stato istituito in 15 Regioni su 18 (9 a struttura e 6 a funzione);
- il Dipartimento Materno Infantile (D.M.I.) è stato istituito in 10 Regioni (2 a struttura e 8 a funzione);
- una sola Regione ha lasciato libera scelta alle singole Asl su questo specifico aspetto organizzativo;
- in 6 Regioni sono stati istituiti altri dipartimenti territoriali sia a struttura che a funzione.

2) L'Indagine del 2005

L'indagine, anch'essa promossa dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, è stata realizzata tramite la costituzione di un Gruppo di lavoro tecnico composto dai rappresentanti dell'Assr, del Ministero della salute e dai referenti di tutte le Regioni e Province Autonome, individuati dal coordinamento degli Assessori regionali della sanità a novembre del 2003(2).

L'obiettivo è stato quello di disporre, a distanza di cinque anni dalla prima ricerca, di un quadro aggiornato del modello e delle modalità di funzionamento del Distretto. L'Indagine è stata focalizzata sugli aspetti come la popolazione, la programmazione delle attività, gli strumenti per l'integrazione sociosanitaria, la configurazione come centro di responsabilità, la gestione dei servizi rientranti nel Lea Assistenza distrettuale e qualche riferimento ai rapporti con le altre principali articolazioni dell'Azienda sanitaria.

L'osservazione sullo stato dell'arte del Distretto, delle sue relazioni con la struttura organizzativa e con lo sviluppo di strumenti manageriali all'interno delle Aziende sanitarie, ha consentito di comprendere meglio l'applicazione a livello regionale del Decreto Legislativo 229/99 alla luce dei processi devolutivi in quel periodo in corso. L'indagine del 2005 è stata rivolta alla totalità dei Distretti italiani individuando il Direttore di Distretto quale interlocutore. Lo strumento d'indagine utilizzato è stato un questionario articolato in 31 domande, esclusivamente di tipo qualitativo, raggruppate in 14 sezioni.

Al contrario dell'indagine del 2001, il questionario è stato accompagnato da una "guida", per chiarire elementi che potessero non essere letti in modo univoco. Il Questionario è stato in via preliminare sottoposto informalmente ad alcuni Direttori di Distretto di aree geografiche diverse, per verificare la fattibilità e l'utilità dello strumento. Dopo l'approvazione avvenuta a fine del 2004 da parte del coordinamento degli Assessori, il questionario è stato inviato (nel gennaio del 2005) in forma cartacea agli Assessori regionali alla sanità e ai referenti regionali anche con apposito programma informatico elaborato da un esperto dell'Assr.

I termini per la consegna delle informazioni sono stati fissati al 1° giugno 2005.

L'aspetto innovativo dell'indagine conoscitiva è stato rappresentato dall'attenzione prestata alle modalità di garanzia delle prestazioni comprese nel Livello essenziale di assistenza distrettuale. Inoltre è da sottolineare la nuova modalità di definizione dell'indagine, frutto del lavoro ampiamente discusso e condiviso con le Regioni, all'interno del Gruppo.

Valutazione del questionario dell'Indagine 2005

1. Percentuale di adesione delle Regioni e Province – tasso di completezza delle risposte – Ambito territoriale e sociale

Su un totale di 826 esistenti sul territorio nazio-

nale (ricognizione Assr, novembre 2005), i Distretti che hanno inviato il questionario compilato dai Direttori di Distretto sono stati 660. Di questi 650 sono risultati correttamente compilati e quindi utilizzabili in fase di analisi dei dati. Tutte le Regioni hanno partecipato all'indagine ad eccezione della Sicilia.

Il tasso di risposta all'indagine è stato del 79%. In particolare, ben 13 Regioni hanno registrato un tasso di risposta pari al 100% mentre le rimanenti hanno superato tutte il 60% (ad eccezione dell'Abruzzo).

Dalla valutazione dei questionari, il Distretto viene ad assumere la connotazione di articolazione organizzativa e funzionale di un'Azienda Usl che ha dimensioni sempre più vaste (passando da 659 Usl nel 1992, prima del processo di aziendalizzazione, a 228 Asl nel 1997, a 196 nel 2000, fino alle attuali 180). In alcuni casi i modelli si spingono fino a individuare un'unica Azienda sanitaria locale per Regione (Marche e Molise) articolata in zone territoriali coincidenti con le precedenti Asl. In questo contesto, i Distretti passano da 943 dell'anno 1999 a 826.

La Regione Lombardia, seguita dall'Emilia Romagna e dal Lazio, ha un'elevata popolazione media per Distretto (oltre 105.000 abitanti) cui corrisponde un elevato numero di Comuni (la Lombardia, in media, ha ben 18 Comuni per Distretto); nella fascia tra i 45.000 e 90.000 abitanti si trova la maggior parte delle Regioni con un numero di Comuni molto variabile (interessante rilevare che Trento e Valle d'Aosta presentano una popolazione media non elevata, di 30.000-45.000 abitanti, con un numero elevato di Comuni, al contrario di Bolzano e Abruzzo che hanno meno di 30.000 abitanti e un basso numero di Comuni per Distretto).

Un elemento interessante che emerge dall'indagine è rappresentato dalla coincidenza dell'ambito territoriale dei Distretti con quello delle zone sociali.

L'indagine fa emergere che ben 491 Distretti, pari al 76% dei 650 rispondenti, hanno un ambito

territoriale coincidente con gli ambiti/zone sociali (ex L. 328/00).

2. Organizzazione generale e autonomia economico-finanziaria del Distretto

Il Distretto risulta nell'86% dei casi struttura complessa ed è spesso formato da più unità operative semplici e complesse. L'autonomia economico-finanziaria risulta presente in un numero limitato di Distretti (32%). Il 73% dei Direttori di Distretto dichiarano di negoziare annualmente il budget. Il coordinamento dei Distretti è presente diffusamente superando l'80%, mentre l'Ucad risulta funzionante nel 69% dei Distretti. Il profilo professionale del Direttore del Distretto più prevalente è quello dell'area sanitaria superando il 90%.

3. Le altre sezioni dell'Indagine

Le altre aree testate dalla ricerca sono state: la programmazione nel Distretto e l'integrazione sociosanitaria, il Distretto come centro di orientamento per i cittadini, il governo delle attività del Lea distrettuale, i medici di famiglia e il Distretto e i rapporti con i Dipartimenti e con l'Ospedale. Molte di queste aree non erano state testate dalla precedente indagine del 2001 e quindi diviene difficilmente valutabile lo sviluppo che queste aree hanno avuto nel tempo. L'indagine del 2005 evidenzia comunque alcune tendenze.

In sintesi si può affermare che il Distretto:

“sta diventando una realtà diffusa, ben presente nelle aziende sanitarie, sta consolidando un ambito territoriale di riferimento tale da consentire lo sviluppo di percorsi di cura territoriali, e da dialogare con i Comuni associati con una nuova forza contrattuale, sta organizzando e rendendo sistematica la partecipazione dei Comuni alla definizione degli interventi sociosanitari, sta organizzando e rendendo sistematica la partecipazione dei Comuni alla definizione degli interventi sociosanitari, sta sviluppando una specifica competenza sull'organizzazione di un sistema di assistenza domiciliare, con UVM e sta cominciando

a interessarsi della definizione qualitativa dei servizi residenziali e semiresidenziali, sta sviluppando una specifica competenza sull'organizzazione di un sistema di assistenza domiciliare, con UVM e sta cominciando a interessarsi della definizione qualitativa dei servizi residenziali e semiresidenziali, sta programmando le attività – con una visione strategica degli interventi e dei risultati di salute da conseguire – e la programmazione avviene in molti casi di concerto con gli Enti locali, sta diventando qualcosa in più di un centro di prenotazione delle visite specialistiche o di pagamento del ticket o di un poliambulatorio, e quindi si allontana la struttura “ex saub, si sta ripensando in chiave aziendalistica, i professionisti del Distretto, siano dipendenti o convenzionati, cominciano a sentirsi parte di un sistema integrato”. Per il dettaglio dei risultati si rimanda al Report del Gruppo di lavoro del luglio 2006, disponibili presso il sito dell'Agenas:
http://www.agenas.it/agenas_pdf/risultati_distretti_luglio06.pdf

3) L'Indagine del 2010

In questo Quaderno di Monitor è pubblicato il report finale dell'Indagine 2010. Si rimanda quindi alla sua lettura per conoscerne i contenuti.

Si vuole in questa sede evidenziare il ruolo esercitato dalla Card nel percorso che ha portato in pochi mesi (marzo-settembre 2010) a strutturare e a realizzare l'indagine.

La Card ha partecipato con numerosi componenti del Consiglio nazionale e del Comitato tecnico-scientifico al gruppo di lavoro misto che ha elaborato il nuovo questionario. Inoltre, ha contribuito con la propria rete nazionale, supportando i referenti regionali, al raggiungimento di un elevatissimo tasso di risposta (media 95,8% con 16 Regioni al 100%). I risultati preliminari sono stati presentati in occasione dell'ottavo Congresso nazionale Card di Padova (settembre 2010) con una relazione congiunta Agenas, Card e Università Cattolica S. Cuore di Roma (3).

CONCLUSIONI

I risultati delle Indagini dell'Agenas degli anni 2001, 2005 e 2010 dimostrano la necessità di monitorare nel tempo l'evoluzione delle organizzazioni sanitarie territoriali in Italia. Tale necessità scaturisce da due motivi oggettivi. Il primo riguarda l'evoluzione del federalismo che ha interessato in modo prioritario il Ssn e che ha creato 21 servizi sanitari regionali fortemente diversificati e che ha contribuito a incrementare le disuguaglianze di salute, ad aumentare la differenza, nelle diverse aree geografiche, del livello di efficacia e di efficienza del sistema con dirette conseguenze sul diritto costituzionale sancito dall'articolo 32. Il secondo scaturisce dalle nuove necessità assistenziali dovute all'incremento delle patologie croniche, che vedono le organizzazioni distrettuali prioritariamente coinvolte a dare le risposte migliori ai nuovi bisogni di salute.

Monitorare periodicamente il fenomeno devolutivo in sanità avendo presente il progressivo aumento della cronicità, diviene indispensabile per fornire al Ministero della salute e alle Regioni i dati necessari per orientare l'azione delle amministrazioni incaricate a garantire il diritto alla salute attraverso i servizi distrettuali.

1) Ricerca affidata a: Rosario Mete (Direttore del Distretto 12 di Roma in Comando) presso l'ASSR in collaborazione con Anna Maria Trani (Ricercatrice dell'Istituto G. Sanarelli dell'Università La Sapienza di Roma)

2) Regioni e Province Autonome: Abruzzo-Giuliano Rossi, Basilicata-Giuseppe Montagano e Giovanni Bochicchio, Bolzano-Alfred Koenig e Beate Auer, Calabria-Rosanna Maida e Maria Gabriella Rizzo, Campania-Giuseppe Ferrigno, Emilia Romagna-Clara Curcetti, Friuli Venezia Giulia-Paolo Da Col e Gianfranco Napolitano, Lazio-Valentino Mantini, Liguria-Giuseppe Basso e Miranda Grangia, Lombardia-Mauro Agnello, Marche-Fausto Mannucci e Maria Rita Paolini, Molise-Gianfranca Testa, Piemonte-Elisabetta Siletto

e Maurizio Salvini e Francesco Perotto, Puglia-Vincenzo Pomo, Sardegna-Francesca Atzei, Sicilia-Saverio Ciriminna, Toscana- Cosetta Simonti e Massimo Fondi, Trento-Arrigo Andrinacci e Luciano Pontalti, Umbria-Paola Bellini, Valle d'Aosta-Morena Junod, Veneto-Patrizia Mella;

Coordinamento Interregionale: Teresa Maglione

Ministero della Salute: Francesco Paolo Maraglino, Maria Teresa Loretucci, Teresa Di Fiandra

Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali: Maria Donata Bellentani, Anna Maria

Vincenza Amicosante, Pierpaolo Padovano, Sara Catania, Elisa Guglielmi, Maria Rosaria Perrini.

3) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali: Fulvio Moirano, Maria Donata Bellentani, Sara Catania, Leonilde, Bugliari Armenio.

Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto: Rosario Mete, Antonino Trimarchi.

Istituto di Igiene Università Cattolica S. Cuore: Gianfranco Damiani, Alessandra Ronconi.

DISTRETTO E NON AUTOSUFFICIENZA

di **Anna Banchemo*** e **Marco Trabucchi****

* Responsabile dell'Accreditamento e Qualità presso l'Agenzia Sanitaria Regionale della Liguria

** Direttore Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia

La non autosufficienza è un fenomeno complesso e come tale richiede “una rete” di risposte graduali che vanno dalla gestione della vita quotidiana ad interventi sanitari atti a rimuovere le patologie o i loro esiti, che spesso accompagnano la non autosufficienza, che di seguito sintetizzeremo in NA. Quando si affronta il tema della non autosufficienza è necessario pensare agli assi che la compongono:

- **salute** (presenza di patologie anche cronizzate);
- **assetto funzionale** (autonomia della persona nella vita quotidiana e di relazione);
- **contesto sociale** (aiuti formali e informali, prestati alla persona NA, dalla famiglia, da agenti e/o Agenzie esterne).

Analizzare la NA attraverso gli assi richiamati significa non considerare solo gli anziani, ma anche persone giovani con disabilità permanente. Ciò significa che le risposte devono essere in grado di protrarsi nel tempo per assicurare alle persone supporto e protezione continuativa. Prendendo in considerazione il filo che collega i tre assi, è facile comprendere come l'assetto organizzativo che più di altri si collega alla NA sia il contesto territoriale, che nella normativa sanitaria,

sociosanitaria e spesso anche sociale corrisponde al Distretto.

Il Distretto, come peraltro il fenomeno della non autosufficienza, hanno subito nel corso degli anni un'evoluzione; entrambi, si profilano come fenomeni complessi che richiedono approcci multidimensionali e pluriprofessionali.

Il Distretto è oggi configurato come un “sistema integrato di unità d'offerta che operano in maniera integrata per realizzare le finalità dell'assistenza primaria”; questa definizione deriva dalla profonda trasformazione che il Ssn ha attraversato nell'ultimo ventennio, spostando sempre di più l'attenzione dall'ospedale al territorio. La presenza sempre più evidente di patologie croniche, collegata all'allungamento della vita, ha portato a superare la concezione della cura degli stati acuti, verso un concetto di medicina di mantenimento che più si associa alla filosofia della salute possibile o della speranza di vita, che trova risposta solo in un contesto multi offerta, quale è il Distretto.

È da aggiungere che, come è stato sopra sottolineato, la NA richiede non solo prestazioni sanitarie, ma interventi e servizi legati alla conduzione della vita quotidiana: dagli apporti familiari al capitale sociale rintracciabili nella dimensione del

welfare comunitario. D'altro canto, anche la stessa normativa che ha segnato la nascita del servizio sanitario (L. n. 833/78) e quella della legge quadro in materia di servizi sociali (L. n. 328/2000), postulano che i servizi al cittadino siano il più vicino possibile al luogo di vita delle persone: da una medicina primaria diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale, a servizi sociali realizzati da Comuni e da Associazioni intercomunali, secondo i principi della sussidiarietà verticale e orizzontale.

Si risale al Psn 1998-2000 per avere la conferma che il Distretto sia da considerarsi come un "centro di servizi" e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale e come sede nella quale sono attivabili i percorsi di accesso del cittadino ai servizi sanitari e sociosanitari: da quelli ambulatoriali a quelli domiciliari, residenziali e anche ai servizi ospedalieri.

Il Dpcm 29.11.2001, nel fissare i Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), prevede che al territorio vadano dedicate più risorse di quelle previste per l'ospedale e, per rafforzare l'unitarietà degli interventi sul territorio, ricompone tutte le attività territoriali in un unico Livello essenziale definito Assistenza distrettuale.

Dal Psn 2003-2005 ai Patti per la Salute 2007-2009 e 2010-2012, emerge sempre di più la necessità di superare definitivamente la centralità ospedaliera, puntando sul sistema distrettuale per raggiungere la tutela della salute dei cittadini, attraverso la messa a punto di una "rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili", includendo oltre le cure primarie (medicina generale, ambulatoriale e specialistica) l'assistenza domiciliare, quella semiresidenziale e residenziale.

Con il D.Lgs. n. 229/1999 si arricchisce anche la responsabilità politica del sistema distrettuale; infatti, per poter programmare i servizi sociosanitari in modo concertato con i Comuni, si istituisce e regola il Comitato dei Sindaci di Distretto che provvede in sede di definizione del

Piano delle attività territoriali (Pat) e vigila sull'integrazione tra sociale e sanitario. Purtroppo, questi organismi sono oggi molto sfumati e l'enfasi con cui sono nati è stata abbandonata, per la minor tensione programmatica dovuta anche alle continue compressioni della spesa pubblica.

La riforma del Titolo V, Parte II della Costituzione ad opera della legge costituzionale n. 3 del 2001, con una maggior autonomia regionale, ha portato alla convivenza sul territorio nazionale di diversi modelli distrettuali con qualche difficoltà a rilevare modelli uniformi di assistenza, ma comunque con una presenza diffusa, anche se con differenze organizzative, di:

- punti di accesso;
- servizio sociale professionale;
- servizi di prossimità (telesoccorso/teleassistenza);
- cure domiciliari;
- servizi integrati sociosanitari;
- residenze e semiresidenze.

Il tema dell'accesso, dell'informazione e dell'orientamento, è considerato un tema centrale per la migliore utilizzazione dei servizi. Pensiamo alla pubblicità: quando si desidera reclamizzare un prodotto e attirare l'attenzione dei cittadini si "bombardano" le persone di informazioni positive su quel prodotto. Nei servizi alla persona una buona informazione aiuta a selezionare il problema (sappiamo bene quanto le persone/famiglie multiproblematiche abbiano difficoltà ad individuare il nocciolo del problema), quindi, una corretta ed efficace informazione aiuta, sia gli operatori che gli utenti, a prendere in considerazione con maggior celerità le diverse e possibili soluzioni dei bisogni.

Accesso ed ascolto sono stati e sono gli argomenti più frequentemente affrontati dalla Pubblica Amministrazione; la stessa legge n. 328/2000 (Legge quadro sui servizi sociali) individua segretariato e servizio sociale come "livelli essenziali" che ciascuna zona sociale dovrebbe offrire ai cittadini per garantire loro ascolto, pari opportunità e omogeneità di valutazione (Zona sociale e Distretto sono nella maggioranza delle regioni sovrappo-

nibili), in una grandezza territoriale che è considerata ottimale per rispondere ai problemi complessi, realizzare l'integrazione sociosanitaria e l'integrazione con le politiche della scuola e l'avvio al lavoro.

La rete dei servizi dovrà essere in grado di fornire punti di accesso certi, facilmente accessibili a cui accedere in modo rapido ed ottenere informazioni adeguate. Questo significa anche rendere trasparente al cittadino la complessità degli stessi servizi.

Dall'accesso facilitato, il cittadino-utente deve essere accompagnato nel suo percorso assistenziale ed allora possiamo utilizzare il Servizio sociale e quello infermieristico di Distretto per affrontare gli aspetti sociali e di salute, possiamo poi richiedere una valutazione multidimensionale che metta a punto un Piano personalizzato dove si evidenziano le difficoltà, ma si fa riferimento anche ai supporti positivi offerti dalla famiglia, dai servizi e dal capitale sociale.

Come si può osservare, per ottenere servizi e risorse, è necessario disporre di un territorio di media grandezza. Per questo, il Distretto (o la Zona) sono da considerarsi ottimali sia sul piano dell'offerta multiprofessionale che su quello della sostenibilità economica, di cui oggi non si può fare a meno.

L'integrazione tra le differenti professionalità coinvolte dovrà perdurare non solo nella fase di entrata nel sistema, ma nella presa in carico, ovvero nella "gestione del caso" utilizzando strumenti, preferibilmente informatizzati per poter essere condivisi tra i diversi operatori che lavorano sul caso (nel rispetto delle norme sulla privacy), quali ad esempio la "cartella personale sociosanitaria", che consente di avere una visione completa della situazione dell'assistito, con le diverse informazioni a disposizione degli operatori per un miglioramento continuo e consapevole delle prestazioni erogate. È così che l'utente viene posto al centro dell'intero sistema.

Dal primo contatto si strutturano poi gli interventi successivi che portano alla valutazione mul-

tidimensionale e alla presa in carico. Le diverse competenze professionali devono poi trovare nel case manager (e nei care manager familiari) il punto di riferimento sull'evoluzione del bisogno personale o del gruppo familiare, con valutazioni in itinere per correggere eventualmente le prestazioni ancora da erogare e valutazioni conclusive o outcome, indispensabili per verificare l'efficacia delle prestazioni e l'andamento dei costi. Le valutazioni sull'efficacia e sui costi devono diventare un'abitudine non solo per gli Uffici di contabilità, ma per tutti gli operatori che decidono l'erogazione di prestazioni, proprio per assumere decisioni responsabili. È un modo per costruire in maniera bottom-up i budget distrettuali. Certamente ci sono degli aiuti che devono essere messi in atto: si tratta dei sistemi informativi deputati a raccogliere la molteplicità delle informazioni sulla persona e sul suo gruppo sociale di riferimento, per offrire agli operatori coinvolti (dal Mmg o Pdls, all'assistente sociale, al personale infermieristico e della riabilitazione, alla medicina specialistica, all'ospedale, etc.) un punto di osservazione privilegiato, che si utilizza anche sul piano epidemiologico, per aggregare e stratificare le caratteristiche della popolazione di quel determinato territorio. Ciò significa un efficace e corretto supporto da utilizzare nelle scelte di programmazione che diventano così mirate ai bisogni più frequenti di quella popolazione.

In questa processualità si devono, inoltre, trovare modalità di comunicazione tra Distretti e strutture/aziende ospedaliere, certamente i percorsi diagnostico-terapeutici per la cronicità e fragilità (dai disabili, agli anziani, alle malattie rare, alle patologie cardiologiche e bronco pneumopatie, alle malattie oncologiche, etc.), concretizzati in protocolli o linee guida, dove si evince chi "fa" e ciò che si "deve fare".

Una ulteriore complessità organizzativa va affrontata all'interno del territorio distrettuale: si tratta dei livelli di erogazione dei Servizi sociali. Ben sappiamo come siano variegati questi livelli: servizi erogati dai Comuni singoli, da picco-

le/medie Associazioni intercomunali, da Comunità montane, da Comuni che delegano le Asl, etc. Questo è un problema da affrontare e risolvere; lo si potrà fare con il federalismo che auspica unioni intercomunali stabili per diversi servizi, soluzione che porterebbe senz'altro ad una razionalizzazione dei costi e ad un miglior livello qualitativo del sistema, perché non è facile che piccole amministrazioni possano dotarsi di un pool di personale specializzato e competente.

Il risultato dell'organizzazione distrettuale (in larga parte già in oggi), ma è auspicabile nella totalità per il futuro, fa sì che all'interno dei Distretti siano ricomposte le prestazioni che vanno dall'accesso al sostegno domiciliare, alla residenza, alle dimissioni protette, ai protocolli per la cronicità, realizzando reti per fornire risposte unitarie ai bisogni delle persone fragili e NA. Spesso, accanto a questi livelli di assistenza si sono sviluppati Fondi regionali per la NA con lo scopo di supportare l'assistenza domiciliare, valorizzare il lavoro di cura familiare o quello prodotto da personale di assistenza (badanti).

In sintesi, come si evince da quanto esposto, nell'organizzazione distrettuale si possono in gran parte realizzare quei principi di sussidiarietà e solidarietà, che sono fondamento di un moderno Stato sociale. A questo si aggiunge una processualità anch'essa comune a molte realtà italiane, perché largamente derivata dal Dpcm del 14 febbraio 2001 sull'"integrazione sociosanitaria", che prevede di valutare la non autosufficienza attraverso una presa in carico, che possa avvalersi:

- a) della valutazione multidisciplinare;
- b) dell'elaborazione di un Piano individualizzato di assistenza (Pia);
- c) dell'individuazione di un "case manager";
- d) della stesura di un Patto assistenziale con la famiglia.

Si potrebbe dire che tutto questo è "solo positivo". Certo, il nostro Servizio sanitario è tra i primi otto migliori del mondo, ma non è esatto di-

re che tutto funziona per il meglio; purtroppo ci sono le ristrettezze economiche, servizi che non funzionano anche in presenza di reti, persone che sono da troppo tempo in lista di attesa, altre che non saranno mai raggiunte dalle prestazioni assistenziali.

La realtà dei Distretti va consolidata, anche perché sono una dimensione ottimale nei confronti delle risposte assistenziali complesse a favore dei cittadini. Anche le misure per la non autosufficienza non possono essere così aleatorie: alla data di scrittura di questo articolo non si ha alcuna notizia sulla conferma del Fondo nazionale per la Non Autosufficienza per il 2011: sono solo 400 milioni, ma hanno attivato almeno il triplo di tale finanziamento da parte di Regioni e Comuni, che con questo incentivo nazionale, come si diceva sopra, hanno costruito Fondi regionali e reti di prestazioni a favore di oltre 300.000 tra disabili e anziani. Ricordiamo che nell'ambito dell'Unione Europea, l'Italia è tra i pochissimi Paesi che non hanno stabilizzato misure per la non autosufficienza.

La realtà attuale, alle soglie del Federalismo, è ancora che le famiglie sono l'unica alternativa concreta in questo momento di crisi economica ai problemi della non autosufficienza. Negli scenari che vanno a delinearsi, con l'enfatizzazione delle realtà locali, si dovrà arrivare ad una welfare community solidale, con una rete di relazioni fondata su comunità fortemente coese e disposte a costituire, anche con generosità, il capitale sociale, se adeguatamente guidate da Enti locali lungimiranti, consapevoli del loro ruolo di tutori della collettività al di sopra delle appartenenze politiche.

Il tutto richiede tempo, impegno, disponibilità e attenzione culturale e politica, su grandi temi quali quello della salute, dei servizi sociali della non autosufficienza, con la costruzione di alleanze tra chi formula leggi, definisce bilanci e la popolazione fragile, lasciata ancora troppo sola ad esprimere bisogni di assistenza e cura.

SANITÀ D'INIZIATIVA. LA VERA SFIDA PER LA SANITÀ DISTRETTUALE. L'ESPERIENZA DELLA REGIONE TOSCANA

di **Gavino Maciocco***, **Simona Dei****

*Dipartimento di sanità pubblica. Università di Firenze

** ASL 11 di Empoli, Regione Toscana

La sanità odierna, soprattutto in Italia, registra un clamoroso paradosso. Mentre da una parte una monumentale mole di evidenze scientifiche e di autorevoli indirizzi di politica sanitaria (tra cui ultimo il Rapporto 2008 dell'Oms "Primary Health Care: Now More Than Ever") indica chiaramente che la chiave per affrontare i problemi della salute della popolazione nel terzo millennio è quella di un deciso rafforzamento delle cure primarie e dei servizi territoriali (che d'ora innanzi denomineremo "sanità distrettuale"), dall'altra tutte le (poche) risorse disponibili assegnate alla sanità sono investite nel potenziamento tecnologico e infrastrutturale del settore ospedaliero.

Per invertire questa tendenza è necessaria una rivoluzione "culturale", prima ancora che organizzativa, che inietti nell'attuale (arcaica, inefficiente e, quindi, poco "attraente") sanità distrettuale potenti dosi di innovazione nei modelli assistenziali e nella gestione dei servizi.

Per riequilibrare un sistema che – assurdamente – di fronte alla crescente prevalenza delle malattie croniche e delle patologie invalidanti ha finora investito quasi esclusivamente nel settore delle malattie acute, è necessario intervenire in profondità, modificando i paradigmi fondamentali su

cui finora si è basata la sanità distrettuale (molti dei quali peraltro mutuati dalla cultura ospedaliera). Questo processo è da tempo iniziato in altri sistemi sanitari (non solo in Paesi nordeuropei, ma anche mediterranei come la Spagna e in alcune maggiori organizzazioni Usa, come Kaiser Permanente) e di seguito riportiamo quelle che risultano essere le principali evidenze al riguardo.

IL CAMBIAMENTO DI PARADIGMA

Il paradigma dell'attesa è quello tipico delle malattie acute: attesa di un evento su cui intervenire, su cui mobilitarsi per risolvere il problema. Applicare alle malattie croniche il paradigma assistenziale delle malattie acute provoca danni incalcolabili. Ciò significa che il "sistema" si mobilita davvero solo quando il paziente cronico si aggrava, si scompensa, diventa "finalmente" un paziente acuto. Ciò significa rinunciare non solo alla prevenzione, alla rimozione dei fattori di rischio, ma anche al trattamento adeguato della malattia cronica di base.

L'attesa è il paradigma classico del modello biomedico di sanità, quello su cui da sempre si fonda la formazione universitaria, e non deve stupire che sia il paradigma dominante anche nel-

l'ambito della sanità distrettuale.

Il paradigma dell'iniziativa è quello che meglio si adatta alla gestione delle malattie croniche, perché i suoi attributi sono:

- la valutazione dei bisogni della comunità e l'attenzione ai determinanti della salute (anche quelli cosiddetti "distali", ovvero quelli socio-economici, che sono alla base delle crescenti disuguaglianze nella salute, anche sul versante dell'utilizzazione e qualità dei servizi, nei portatori di malattie croniche);
- la propensione agli interventi di prevenzione, all'utilizzo di sistemi informativi e alla costruzione di database, alle attività programmate e agli interventi proattivi (es: costruzione di registri di patologia, stratificazione del rischio, richiamo programmato dei pazienti, etc.);
- il coinvolgimento e la motivazione degli utenti, l'attività di counselling individuale e di gruppo, l'interazione con le risorse della comunità (associazioni di volontariato, gruppi di autoaiuto, etc.).

La sanità d'iniziativa, con le caratteristiche sopra descritte, è quella che meglio si adatta alla gestione della sanità distrettuale in generale e delle malattie croniche in particolare (comprese le malattie mentali e l'assistenza ai soggetti tossicodipendenti), dove l'assistenza è per la gran parte "estensiva" e caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, dove il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizio e utenti, tra terapeuta e paziente.

Chronic Care Model

Il problema non è solo italiano. Dalla crisi delle cure primarie, ed in particolare della medicina di famiglia, sono da tempo afflitti anche i sistemi sanitari di Paesi dove la "general practice" è stata fondata e ha acquisito nel tempo un elevato prestigio e solide basi accademiche, il Regno Unito e gli Stati Uniti.

Morrison e Smith, in un editoriale del British

Medical Journal del 2000, definirono la difficile situazione della medicina di famiglia: "hamster health care", l'assistenza sanitaria del criceto. "In tutto il mondo i medici sono infelici perché si sentono come criceti all'interno di una ruota. Devono correre sempre più veloci per rimanere fermi. Ma sistemi che dipendono da persone che devono correre sempre più velocemente non sono sostenibili. La risposta è che questi sistemi devono essere ridisegnati perché il risultato di una ruota che gira sempre più veloce non è solo la perdita della qualità delle cure, ma anche la riduzione della soddisfazione professionale e un aumento del burnout tra i medici"(1).

Nel novembre 2008, la rivista The New England Journal of Medicine ha pubblicato una serie di articoli e poi ospitato una tavola rotonda sulle prospettive delle cure primarie: "Perspective roundtable: Redesigning Primary Care" (2). Lo spunto: la crisi delle cure primarie negli Usa, le difficoltà di risposta ad un numero crescente di pazienti cronici, in tempi sempre più stretti, e con compensi inferiori agli specialisti. Al capezzale delle cure primarie i principali analisti americani dei sistemi sanitari, da Barbara Starfield della Johns Hopkins University di Baltimora a Thomas Bodenheimer della University of California, San Francisco, che lanciano questo preciso messaggio: bisogna avere il coraggio di reinventare le cure primarie. "Nuove" cure primarie connotate da due principali caratteristiche: a) essere centrate sui pazienti e b) basate su team multidisciplinari.

Il concetto di patient-centered primary care è diventato da tempo la fondamentale linea d'indirizzo per l'innovazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria (3, 4). Un concetto che include i seguenti attributi:

- facilità di accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, via telefono o e-mail, etc.);
- coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'auto-cura, counselling, facilità di accesso ai propri dati personali, etc.);

- pro-attività degli interventi (utilizzazione di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di allerta dei pazienti che facilitano il follow-up, etc.);
 - il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi, es, tra ospedale e territorio).
- “Ridisegnare il sistema” si sostiene da ogni parte. “È necessario un nuovo modello di assistenza sanitaria e sociale, costruito intorno ai bisogni dei pazienti” si legge in un recente documento dei medici di famiglia britannici (5). “Ridisegnare il sistema delle cure primarie – aggiun-

gono Bodenheimer, Wagner e Grunbach in un articolo su JAMA (6) – utilizzando come riferimento un nuovo modello gestionale per la cura dei pazienti cronici, il Chronic Care Model”. Il Chronic Care Model (Figura 1), elaborato dal Prof. Ed. Wagner, direttore del MacColl Institute for Healthcare Innovation, è stato originalmente sperimentato presso una HMO di Seattle, la Group Health Cooperative, ed è frutto di una revisione della letteratura e delle evidenze scientifiche effettuate da un panel di esperti. Il modello è basato sul principio che nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici è importante agire su sei fonda-

FIGURA 1



mentali elementi (7).

1. Le risorse della comunità. Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per an-

ziani autogestiti.

2. Le organizzazioni sanitarie. Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte inno-

vazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.

3. **Il supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione – la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci – può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.
4. **L'organizzazione del team.** La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere profondamente modificata, introducendo una chiara divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati, e formano il personale del team. Il personale non medico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team.
5. **Il supporto alle decisioni.** L'adozione di linee guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.
6. **I sistemi informativi.** I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti fun-

zioni: 1) come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida; 2) come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A1c e di lipidi; 3) come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based". I registri di patologia – una delle caratteristiche centrali del chronic care model – sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico a un team di cure primarie.

Le sei componenti del chronic care model sono interdipendenti, costruite l'una sull'altra. Le risorse della comunità – per esempio le attività di una palestra – aiutano i pazienti ad acquisire abilità nell'auto-gestione. La divisione del lavoro all'interno del team favorisce lo sviluppo delle capacità di addestramento dei pazienti all'auto-cura da parte degli infermieri. L'adozione di linee guida non sarebbe attuabile senza un potente sistema informativo che funziona da allerta e da feedback dei dati. Come obiettivo finale, il chronic care model vede un paziente informato che interagisce con un team preparato e proattivo, con lo scopo di ottenere cure primarie di alta qualità, un'utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato di salute della popolazione.

Il chronic care model è stato adottato dall'Oms (8) e largamente introdotto nelle strategie d'intervento dei sistemi sanitari di diversi Paesi, dal Canada all'Olanda, dalla Germania al Regno Unito. Nel Regno Unito, in particolare, l'introduzione del modello all'interno delle cure primarie ha comportato una profonda revisione dei meccanismi di remunerazione/incentivazione dei medici di famiglia (9).

Una recente revisione della letteratura, a dieci anni dall'introduzione del modello, ha dimostrato la sua efficacia nel migliorare la qualità dell'assistenza e gli outcome di salute (10).

LA SANITÀ D'INIZIATIVA NELL'ESPERIENZA DELLA REGIONE TOSCANA

La sanità d'iniziativa, centrata sul paziente e orientata alla comunità, da una parte deve plasmare i servizi in funzione dei bisogni e dell'empowerment dei pazienti (accessibilità, informazione, proattività, self-care) e dall'altra presidiare l'approccio comunitario e di sanità pubblica (valutazione dei bisogni della comunità, partecipazione dei cittadini, lotta alle disuguaglianze nella salute, interventi di prevenzione primaria).

È un modello che richiede tempo, probabilmente molto tempo, per realizzarsi compiutamente ma nella cui roadmap di avvicinamento trovano posto le seguenti condizioni:

- un team multiprofessionale e multidisciplinare in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità e dall'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina "proattiva";
- garantire la continuità delle cure attraverso "percorsi di cura e assistenza", cioè la successione delle attività necessarie a rispondere ai bisogni di pazienti complessi (complessità sanitaria, socio-assistenziale, familiare), erogate da professionisti diversi (sanitari, sociali, dell'educazione) che operano nei numerosi servizi ospedalieri e territoriali;
- la presenza di strutture edilizie e di infrastrutture tecnologiche (informatiche e diagnostiche) in grado di supportare adeguatamente team numericamente consistenti (di cui al punto precedente);
- un servizio di sanità pubblica in grado di presidiare l'organizzazione generale delle cure primarie, di sostenere tecnicamente – in un contesto partecipativo – la valutazione dei bisogni, la scelta delle priorità e la programmazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi.

Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 della Regione Toscana poneva tra gli obiettivi strategici del triennio lo sviluppo della sa-

nità d'iniziativa e tra i principali obiettivi specifici una nuova modalità di gestione delle malattie croniche. L'obiettivo strategico consisteva in un "nuovo approccio organizzativo della sanità distrettuale che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e che organizza un sistema che accompagna il cittadino, favorendo lo sviluppo di condizioni che permettano di mantenere il livello di salute il più alto possibile; un sistema capace di gestire, rallentandone il decorso, le patologie croniche ed anche di affrontare con efficacia l'insorgenza di patologie acute."

Il modello operativo prescelto, il chronic care model (CCM, nella versione expanded, raccomandata dal Consiglio Sanitario Regionale con parere n. 37/2008), attraverso la combinazione di una serie di elementi (tra cui trattamento integrato del paziente, supporto al self-management e follow up) tende alla realizzazione di una interazione efficace tra il paziente, reso esperto da opportuni interventi di informazione e di addestramento, ed un team multiprofessionale composto da Mmg, infermieri e operatori socio sanitari. Tale modello, inoltre, integrando la dimensione clinica con quella di sanità pubblica, comporta una valorizzazione degli interventi di prevenzione primaria e delle iniziative volte a ridurre le disuguaglianze nella salute.

Il modello della sanità d'iniziativa affida l'attuazione degli interventi clinici ad un team multiprofessionale coordinato da un medico di medicina generale (definito "modulo"), in cui operano più medici di famiglia, infermiere ed operatore socio-sanitario, supportati di volta in volta da ulteriori figure professionali, a seconda delle esigenze di diagnosi, cura ed assistenza connesse a specifici percorsi definiti per la gestione delle singole patologie croniche. L'esistenza di percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale, che individuino i professionisti coinvolti e le azioni necessarie in base alla patologia ed al livello di rischio, costituisce

infatti uno degli elementi costitutivi del modello gestionale prescelto (supporto alle decisioni del team). A tal fine, il Consiglio Sanitario Regionale, con parere n. 52/2008 e relativi allegati, ha prodotto delle linee di indirizzo per la definizione dei percorsi assistenziali da parte delle aziende per le patologie croniche indicate dal Psr 2008-2010: Diabete, Scompenso cardiaco, BPCO, Ictus, Iper-tensione grave.

La scelta dei moduli è stata effettuata sulla base dei seguenti requisiti:

- a) una popolazione di riferimento di circa 10.000 assistiti;
- b) una sede unica o principale (tra due o più sedi) per lo svolgimento dell'attività del team;
- c) la presenza di un infermiere e un operatore socio sanitario con formazione complementare in area sanitaria in rapporto alla popolazione di riferimento (1/10.000);
- d) una infrastruttura informatica in grado di consentire la registrazione dei dati di attività da parte di tutti i componenti del team;
- e) la formazione specifica del personale di cui al punto precedente sui percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale, con la partecipazione della Medicina generale;
- f) il supporto da parte dell'azienda sanitaria di riferimento per le altre figure professionali coinvolte, secondo quanto previsto dai percorsi assistenziali.

La responsabilità clinica del team spetta al medico di famiglia, il quale pertanto, pur continuando a svolgere le funzioni classiche appartenenti al modello della "medicina d'attesa", viene ad assumere anche un ruolo centrale in quello della "sanità d'iniziativa".

Se da un lato, dunque, il Mmg mantiene il ruolo di responsabile clinico del team (e del paziente), dall'altro lo svolgimento delle articolate attività previste dai percorsi assistenziali, per il livello di specificità e l'impegno richiesto, presuppone la valorizzazione delle competenze dei professionisti sanitari dell'assistenza e della riabilitazione ed il pieno coinvolgimento degli operatori socio sa-

nitari nell'ambito del team. In particolare, l'infermiere, assegnato in maniera funzionale all'unità di medicina generale, viene ad assumere autonomia e responsabilità per funzioni specifiche attinenti alla gestione assistenziale del paziente (supporto all'autocura, gestione del follow-up).

Il team assistenziale è affiancato dalla figura del medico di comunità dell'azienda unità sanitaria locale di riferimento, il quale agisce in una dimensione complementare a quella clinica, presidiando quegli aspetti di sanità pubblica che caratterizzano l'expanded CCM, quali l'attenzione alle condizioni non solo sanitarie, ma anche sociali, economiche e culturali degli assistiti ed alla prevenzione primaria. Tale ruolo si traduce, in particolare, nella partecipazione alla costruzione del profilo di salute della comunità di riferimento e del piano integrato di salute, nell'organizzazione dei servizi alla collettività e nella costruzione di alleanze con istituzioni e risorse della comunità. Il medico di comunità partecipa, inoltre, insieme ad altri attori, al processo di sviluppo, monitoraggio e valutazione dell'attività del team.

Al fine di definire le modalità di attuazione del nuovo modello attinenti alla dimensione della medicina di famiglia, Regione Toscana ed organizzazioni sindacali rappresentative della Medicina generale hanno sottoscritto nel maggio 2009 uno specifico Accordo sul ruolo della Medicina Generale nell'attuazione del PSR 2008-2010.

L'Accordo regionale è, peraltro, coerente con l'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, che pone lo sviluppo della sanità d'iniziativa tra le funzioni di base di modalità organizzative complesse delle cure primarie (aggregazioni funzionali territoriali) e si è trovato perfettamente in linea con le posizioni espresse dalla Fimmg a livello centrale, che nella mozione finale dell'ultimo Congresso nazionale (ottobre 2010), si è così espressa:

“Il Congresso Nazionale prende atto con soddisfazione di come il tema prescelto: “Dall’attesa al-

l'iniziativa: costruiamo il cambiamento" sia stato trattato ed approfondito nelle tante e qualificate relazioni illustrate da esponenti del mondo scientifico, accademico, istituzionale e di come il lavoro comune con i congressisti abbia rappresentato un momento di sintesi volto, non tanto alla enunciazione di risultati, ma alla costruzione di una piattaforma di riferimento per successive necessarie e continue implementazioni. Fa proprio il convincimento che la medicina d'iniziativa rappresenti uno sforzo culturale necessario per abbandonare schemi acquisiti e praticati a lungo e porsi l'obiettivo solo apparentemente troppo ambizioso di prevedere la possibilità di ammalare, e di prevenire in modo personalizzato i problemi del paziente".

LO STATO DELL'ARTE

L'innovazione culturale insita in questo modello di cura ha reso indispensabile un lungo periodo di condivisione dei principi basilari, dei ruoli dei professionisti, delle modalità attuative e valutative della sperimentazione. Le caratteristiche minime richieste ai moduli hanno fatto pensare all'impossibilità di diffondere a livello territoriale, nel breve periodo, questo nuovo approccio alle patologie croniche, con il rischio di produrre pochi risultati isolati, incapaci di cambiare la cultura sanitaria della comunità professionale toscana. Ma la realtà ha superato di gran lunga le aspettative: nonostante il mandato regionale per le Aziende fosse quello di iniziare con un modulo per zona, con un interessamento prevedibile di circa 350.000 abitanti, nel giugno 2010 ben 663 Medici di medicina generale suddivisi in 60 moduli presenti in tutte le Asl della Toscana avevano identificato fra i loro 793.969 assistiti i malati di diabete e di scompenso cardiaco, arruolandoli nel percorso e segnalandoli agli infermieri per inserirli nel follow up e negli incontri di supporto all'autocura. Gli stessi assistiti, nei prossimi mesi, verranno valutati in relazione alla BPCO ed all'ictus, per ampliare il numero dei reclutati e, soprattutto, per comprendere in modo migliore la situazione clinica di molti di loro, nei quali l'età

e l'evoluzione della patologia hanno sfumato i confini delle singole malattie per esitare in un quadro multisintomatico e complesso.

Ed è partita in questi giorni in tutte le Asl la fase di estensione, nella quale altri 337.213 cittadini avranno la stessa opportunità di affidare la loro cronicità ai loro 311 Mmg curanti ed alle équipe infermieristiche dei moduli sempre più formate, addestrate, in un continuo confronto e sotto la supervisione regionale.

Nessuno avrebbe mai pensato che, alle soglie del 2011, 1 toscano su 3 fosse già inserito nella sanità d'iniziativa e potesse accedere a nuovi servizi, attraverso l'esperienza di nuovi professionisti e all'interno di nuovi modelli assistenziali.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Morrison, R. Smith, Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care, *BMJ* 2000; 321: 1541-42.
- 2) TH. Lee et al, Redesigning Primary Care, *NEJM* 2008, 359:e29. Il video della tavola rotonda è consultabile sul sito www.saluteinternazionale.info.
- 3) The Advanced Medical Home, A Patient-Centered, Physician-Guided Model of Health Care, Policy Monograph of the American College of Physicians, January 16, 2006. http://www.acponline.org/hpp/statehc06_5.pdf
- 4) K. Davis, SC. Schoenbaum, AM Audet, A 2020 vision of patient-centered primary care, *J Gen Intern Med* 2005, 20:953-957
- 5) Royal College of General Practitioners, The future direction of general practice. A roadmap. London 2007.
- 6) T. Bodenheimer, EH. Wagner e K. Grunbach, Improving primary care for patients with chronic illness, *JAMA* 2002, 288:1775-79.
- 7) <http://www.improvingchroniccare.org/>
- 8) World Health Organization, Innovative care for chronic conditions, Building blocks for action, 2002, Geneva
- 9) [http://www.bma.org/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFQOOF2006/\\$FILE/Quality+and+outcomes+framework+guidance+-+Feb+2006.pdf](http://www.bma.org/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFQOOF2006/$FILE/Quality+and+outcomes+framework+guidance+-+Feb+2006.pdf)
- 10) K. Coleman, BT Austin, C. Brach, and EH Wagner, Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium, *Health Affairs* 2009, Vol. 28, N.1, 75-85

VDA Net

Banca Dati Sanitaria Farmaceutica

SPECIALE REGIONI

REGIONE ABRUZZO

di *Rosa Borgia**, *Renato Lisio***

*Direttore di Distretto sanitario di base di Francavilla al Mare(CH)

** Distretto sanitario di base di Francavilla al Mare(CH)

Il Piano sanitario regionale 2008-2010 ha previsto l'istituzione del Punto unico di accesso in ambito distrettuale con sedi decentrate presso gli "sportelli di cittadinanza" (Segretariati sociali).

Il Pua è definito come una modalità organizzativa prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, istituito per facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali, sia semplici che complesse.

Consente, infatti, da un lato l'attivazione di prime e rapide risposte anche esaustive quando si tratta di bisogni semplici, mentre, dall'altro, attiva l'Unità di valutazione multidimensionale per il bisogno socio-sanitario complesso, avviando la presa in carico e monitorando il percorso assistenziale del cittadino nella rete dei servizi.

Nell'ambito del Pua, sono descritte le figure professionali previste (medico, infermiere/assistente sanitaria, psicologo, assistente sociale di ambito e distrettuale, figura del ruolo amministrativo) ed il livello organizzativo con un front office ed un back office. Il Punto unico di accesso, quindi, diventa il luogo dell'integrazione tra Distretto

ed Ambito sociale (Comune o associazioni dei Comuni) nonché di governo delle risorse e dei servizi integrati, previsti, tra l'altro, all'interno del piano locale per la non autosufficienza conseguentemente alla valutazione multidimensionale.

Dal 2006 al 2008 la Regione Abruzzo ed in particolare il Distretto sanitario di Francavilla al Mare è stata U.O. attiva nell'ambito di una sperimentazione di rilievo nazionale sul Punto unico di accesso, coordinata dall'Agenas.

Sempre nel 2008 è stata avviata l'attivazione sperimentale di un Pua in almeno un Distretto di ciascuna Asl regionale, mentre l'anno successivo le Direzioni generali delle Asl abruzzesi si sono poste l'obiettivo di attivarlo in tutti i Distretti sanitari di base.

Il 2008, inoltre, è stato anche l'anno in cui le Aziende sanitarie regionali, come previsto dal Psr, hanno provveduto all'attivazione delle Unità di valutazione multidimensionali (Uvm).

La valutazione multidimensionale è intesa come metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'utente con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari,

psicologiche e socio-economiche. Rappresenta uno strumento flessibile ed integrato in grado di oggettivare, attraverso competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, il bisogno del singolo paziente, individuare le attività di cura e di risposta (elaborando il Piano assistenziale individualizzato) per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria, definire gli obiettivi, consentire la presa in carico, valutare gli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza. È unica in ambito distrettuale per l'ammissione alle cure domiciliari, residenziali e semiresidenziali di riabilitazione erogata ai sensi dell'art. 26 della Legge n. 833/1978 e per la riabilitazione psichiatrica. L'Uvm è composta da figure professionali costantemente presenti (direttore di Distretto, Mmg o Pls del paziente, caposala o assistente sanitario, assistente sociale distrettuale, assistente sociale di ambito) e da figure variabili a seconda del "caso" (fisiatra, geriatra, psicologo, oncologo e neurologo, medico di reparto – in caso di dimissione protetta – ecc.).

COLLABORAZIONE A PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Nella Regione Abruzzo si registrano livelli di collaborazione diversi, a macchia di leopardo, in virtù della storia, della disponibilità di risorse economiche ed umane, della sensibilità dei direttori di Distretto, ecc.

In questo contesto è rilevante menzionare le seguenti iniziative:

- campagne vaccinali stagionali (influenza) e straordinarie (H1N1, HPV nelle dodicenni, eradicazione della rosolia congenita) con livelli elevati (fino al 100% dell'attività) di collaborazione dei Distretti con i Dipartimenti di Prevenzione;
- campagne di prevenzione delle malattie neoplastiche: screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, del melanoma cutaneo; adesione alle giornate di prevenzione della Le-

ga Italiana alla lotta ai tumori;

- progetti di prevenzione rivolti ai neonati, ai bambini e agli adolescenti: promozione dell'allattamento al seno materno, prevenzione delle patologie del cavo orale, prevenzione dell'obesità – "OKkio alla Salute"¹ – ed interventi rivolti alle famiglie atti ad evitare l'allontanamento dei minori;
- giornate di prevenzione dell'insorgenza delle ulcere cutanee – "Ulcer Days" – ed il recente programma di sorveglianza "Passi d'Argento" nella popolazione ultra sessantacinquenne condotto dal Distretto sanitario di Francavilla al Mare in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, coordinati dalla Regione Umbria.

GESTIONE DELLE CRONICITÀ

Con la stipula dell'ultimo Accordo regionale con la Medicina generale, è stata avviata tra i rappresentanti di quest'ultima, l'ospedale ed il Distretto, la gestione integrata delle tre patologie croniche maggiormente prevalenti: diabete mellito, BPCO e scompenso cardiaco.

L'avanzamento tecnologico e professionale, attraverso specifici ambulatori, consente sempre più di garantire in ambito distrettuale prestazioni di 1° e 2° livello in svariati altri ambiti: osteoporosi, demenze (in collaborazione con i centri Alzheimer ed i centri diurni), patologie del cavo orale e difetti della masticazione (specie nelle fasce fragili), ecc.

L'integrazione tra Mmg-Pls, specialisti ambulatoriali, Distretto, servizio di continuità assistenziale, ospedale, servizi sociali, assicura livelli soddisfacenti di continuità assistenziale.

Da sottolineare anche la presenza di esperienze di eccellenza come la collaborazione del Distretto sanitario di Francavilla al Mare con l'Ars Marche ed altre U.O. al Progetto Raffaello "Disease e care management nella prevenzione delle patologie cardiovascolari".

¹ Si tratta di un sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria che si colloca nell'ambito del progetto Ccm "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso dal Ministero della Salute e dal Ministero della Pubblica Istruzione, al quale la Regione Abruzzo ha collaborato.

Non meno importanza riveste la gestione integrata con l'Ambito sociale delle "disabilità" negli Accordi di Programma per l'attuazione del Piano locale per la non autosufficienza. L'Assistenza domiciliare integrata, l'Assistenza domiciliare socio-assistenziale, il telesoccorso, la teleassistenza, il trasporto, l'assegno di cura e i centri diurni, costituiscono gli interventi e le iniziative previste nell'atto di indirizzo approvato dalla Regione Abruzzo.

Da ultimo, non si può tralasciare l'azione integrata rispetto alle dipendenze.

GOVERNO DEGLI ACCESSI IN ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

Le linee guida nel sistema delle cure domiciliari redatte dall'Agenzia per i servizi sanitari della Regione Abruzzo nel 2007 hanno delineato in modo omogeneo definizioni, obiettivi generali del sistema, modalità di accesso, modalità e scale di valutazione, livelli di integrazione di un "Servizio Cure Domiciliari" comunque presente in Regione da circa 10 anni. L'introduzione di schede univoche di attivazione, la ripuntualizzazione del ruolo e composizione della Unità di valutazione multidimensionale, l'uso di scale di valutazione (ADL, IADL, SPMSQ, CIRS, KARNOFSKY, BRANDEN, ecc.) omogenee, la presenza costante dell'assistente sociale a "domicilio" e nella Uvm costituiscono un importante "patrimonio", conquistato nel tempo, atto ad assicurare da un lato il governo della domanda, dall'altro la garanzia della presa in carico e della "personalizzazione" dell'assistenza. Il Psr 2008-2010, con l'introduzione delle Unità di valutazione multidimensionali anche per l'accesso alle strutture residenziali e le successive linee guida regionali sulle Uvm approvate con delibera della Regione Abruzzo nel 2009, ha rappresentato la svolta nel governo anche delle prestazioni residenziali, erogate fino a quel momento in libero accesso, se si fa eccezione per le Rsa. L'aver definito le modalità di accesso, la composizione della Uvm, i tempi ed i modi della valutazione, i setting assistenziali appropriati, l'introduzione

del Piano assistenziale individualizzato tenendo conto anche delle risorse familiari, economiche e sociali dell'individuo, costituiscono una conquista irrinunciabile.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI IL RAPPORTO TRA DISTRETTO E MEDICINA GENERALE - MEDICI SINGOLI O ASSOCIATI

Anche in Regione Abruzzo le forme associative della Medicina generale hanno avuto un forte sviluppo riducendo a poche unità gli studi Medici singoli. Tuttavia non tutte hanno avuto fortuna: le forme sperimentali di Unità territoriali di assistenza primaria (Utap), programmate come non strettamente connesse al Distretto, si sono concluse con risultati ed effetti negativi, tanto da essere state abbandonate nella programmazione sia regionale sia delle varie Asl.

Con altre forme associative, quali i Nuclei di cure primarie (Ncp) in particolare, i Distretti stanno avendo buoni rapporti collaborativi riconoscendone il governo delle risorse sia per le cure primarie che intermedie.

Al momento, nel Programma operativo 2010 elaborato dal sub-commissario regionale, nel contesto della riorganizzazione della rete ospedaliera, è descritta l'attivazione di Presidi territoriali di assistenza (Pta) H24 in un'ottica di gestione distrettuale nelle aree geografiche in cui sono in via di riconversione i piccoli ospedali (Pescina e Tagliacozzo, Casoli, Gissi e Guardagrele).

All'interno del Pta è prevista la presenza di ambulatori specialistici, forme associative di Mmg e Pls, il servizio di continuità assistenziale, il consultorio, il Punto unico di accesso, un centro prelievi ed un polo di diagnostica per immagini.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI I RAPPORTI DEL DISTRETTO CON IL SETTORE SOCIOASSISTENZIALE

Sono disciplinati dal Piano di Zona ai sensi della Legge n. 328/2000, Accordi di Programma e Protocolli Operativi.

La stesura congiunta del Piano delle Attività Ter-

ritoriali (come da obiettivo BSC 2009) rappresenta l'elemento di applicazione della programmazione.

La gestione integrata del Punto unico di accesso, la presenza contestuale nella Unità di valutazione multidimensionale di figure miste e l'attuazione del Piano locale per la non autosufficienza, rappresentano gli esempi più significativi dei rapporti tra il Distretto ed il Sociale.

Elemento di criticità ancora presente nel vigente Psr è la non perfetta corrispondenza territoriale in alcuni casi tra Ambiti sociali e Distretti sanitari. Ciò comporta ovviamente difficoltà nei rapporti istituzionali tra i Comuni (cui è affidata la gestione socio-assistenziale) ed i Distretti.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI I RAPPORTI DEL DISTRETTO CON I SOGGETTI EROGATORI FOR PROFIT E NO PROFIT

Di rilievo il ruolo svolto da erogatori for profit su committenza distrettuale. L'erogazione delle prestazioni domiciliari nell'ambito dell'Adi a cura di cooperative esterne rappresenta sicuramente l'esempio più importante. Le forme di trasporto (pazienti oncologici per chemio o radioterapia, dializzati, ecc.) rappresentano sicuramente un altro aspetto rilevante.

Importante è anche il ruolo svolto dal privato for profit nell'ambito della riabilitazione (specie quella erogata ai sensi dell'ex art. 26 Legge n. 833/1978) e delle forme residenziali di assistenza (Rsa, casa di riposo, ecc.).

Minori sono gli esempi di rapporti con soggetti erogatori no profit. Sicuramente il sisma dell'aprile 2009 ha costituito un esempio inverso, in quanto ha visto il coinvolgimento massivo di tutte le associazioni di volontariato regionali al fianco della Croce Rossa e della Protezione Civile a

sostegno della popolazione aquilana in collaborazione con Ospedali e Distretti.

PRIORITÀ D'AZIONE

1. L'avanzamento tecnologico e professionale del Poliambulatorio distrettuale in grado di assicurare prestazioni di 1° e 2° livello è sicuramente un obiettivo da perseguire in tempi stretti. Ciò consentirebbe:
 - di assicurare assistenza il più possibile vicino al domicilio del cittadino;
 - di svuotare i Presidi ospedalieri di "attività semplici" puntando tutte le risorse sulle complessità terapeutiche e le eccellenze;
 - di raggiungere una raffinatezza diagnostica.
2. Implementare la "lettura alla domanda" e la "decodifica del bisogno" in modo sempre più centralizzato ed integrato presso i Pua distrettuali al fine di realizzare la piena presa in carico, riducendo accessi impropri ai servizi, duplicati, dispendio di risorse.
3. Compensare a livello territoriale/distrettuale la chiusura e la riconversione dei piccoli ospedali che fino ad oggi rivolgevano le proprie azioni in modo inappropriato alla garanzia di prestazioni ambulatoriali di 1° livello ed alla gestione delle "cronicità", inducendo, peraltro, la popolazione ad accessi al Pronto Soccorso con tassi di inappropriata insostenibilità (codici bianchi).
4. Assicurare sufficienti livelli di Continuità Assistenziale tra Mmg e Pls, Servizio di continuità assistenziale, Distretto, strutture residenziali e semiresidenziali, Servizio cure domiciliari, Ospedale.
5. Sviluppare la rete delle cure palliative e degli Hospice di cui la Regione è estremamente carente.

REGIONE BASILICATA

di **Giuseppe Montagano**

Dirigente Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica degli Obiettivi - Dipartimento Salute - Regione Basilicata

La Legge regionale di Riforma n. 12/2008 ha sancito il processo di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale. Nel dettaglio la Legge regionale n. 12 del 1 luglio 2008 relativa al “Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale” è stata pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata n. 28 del 2.07.2008 e successivamente modificata e integrata dalla Legge regionale del 6.08.2008, n. 20 relativa all’Assestamento del bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2008 e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata n. 35 del 6 agosto 2008. L’art. 2 della Legge regionale n. 12/2008, nel nuovo assetto organizzativo e territoriale del Servizio sanitario regionale, ha istituito le Aziende sanitarie locali di Potenza (ASP) e di Matera (ASM) e ha riconfermato ruolo e funzioni dell’Azienda ospedaliera regionale San Carlo e dell’IRCCS – CROB – Ospedale oncologico di Rionero in Vulture.

Di conseguenza, le Aziende Usl istituite con la Legge Regionale numero 50 del 24 dicembre 1994 sono state soppresse e alle stesse sono succedute, dal 1° gennaio 2009, l’ASP (Azienda sanitaria locale di Potenza) e l’ASM (Azienda sani-

taria locale di Matera) coincidenti con la dimensione provinciale.

A questa scelta seguirà la definizione di ambiti territoriali ampi con una piena coincidenza tra l’ambito territoriale distrettuale e l’ambito territoriale sociale, sviluppando il Distretto nella logica della piena integrazione socio-sanitaria, come previsto dalla precedente Legge regionale n. 4/2007. L’idea prioritaria è la riorganizzazione del sistema dei servizi territoriali con la costruzione di un Distretto della salute che sappia essere realmente il luogo “naturale” dell’integrazione sociosanitaria. Attualmente, i Distretti della Salute corrispondono alle aree delle soppresse Aziende sanitarie, anche se in proiezione dovranno essere riconfigurati sulle aree territoriali e amministrative delle Comunità locali, così come stabilirà la stessa Regione.

Contestualmente alla configurazione dell’ambito territoriale afferente al Distretto, è in corso di definizione, ma già parte di un provvedimento di Giunta regionale (n. 1645/2009), il modello organizzativo distrettuale, con la finalità di ricomporre in modo omogeneo la gestione integrata dei servizi (anche tramite la costituzione di organismi paritetici) e la condivisione dei pro-

getti di cura e di assistenza da parte degli operatori (integrazione istituzionale, gestionale e professionale).

Il Distretto della salute si presenta, pertanto, come macro-organizzazione complessa, assimilabile a quella dipartimentale, ed in particolare ad un Dipartimento funzionale, al quale si riconosce un ambito di autonomia, risorse, patrimonio e gestione pari a quanto previsto per le altre macro-strutture aziendali (Dipartimento di Prevenzione e Presidi ospedalieri). Esso è, inoltre, un luogo di governo della domanda, di garanzia dei Lea socio-sanitari e di presa in carico dei bisogni complessivi, in particolare rispetto alle fragilità e ai soggetti non autosufficienti. In quest'ambito il Distretto agisce con una governance finalizzata ad intercettare lo sviluppo scientifico della medicina, concentrandosi sull'adozione di strumenti validati per il miglioramento continuo della qualità (governo clinico).

Il Distretto è hub nevralgico del sistema territoriale attraverso il quale si mira ad attivare ed implementare la rete integrata dei servizi, la presa in carico e la continuità dell'assistenza; a gestire in maniera flessibile le risorse sulla base di un'attenta valutazione degli obiettivi di programmazione e dei risultati conseguibili, ad incrementare la capacità di programmare e ripensare la qualità dei servizi; a strutturare un sistema articolato ed integrato per rendere coerenti le diverse azioni in campo socio-sanitario.

Le 5 priorità sulle quali si concentra l'azione del Distretto sono:

- 1) l'individuazione del bisogno di salute della collettività, non solo del bisogno espresso, ma anche del bisogno poco emergente, in virtù della contiguità della struttura territoriale all'utenza ad essa afferente;
- 2) l'analisi della domanda e il governo dell'offerta in relazione ai suddetti bisogni di salute e di benessere delle persone, delle famiglie e delle comunità locali;
- 3) l'unitarietà e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, clinici e terapeutici e l'equità e la con-

tinuità nell'erogazione delle prestazioni, promuovendo l'integrazione assistenziale delle attività della medicina territoriale con quelle delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere;

- 4) la realizzazione della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale di cui alla Legge regionale 14 febbraio 2007, n. 4 e l'attuazione di programmi di integrazione socio-sanitaria in collaborazione con i Comuni associati negli Ambiti socio-territoriali, l'istituzione di unità di servizi e sportelli distrettuali per l'erogazione della globalità dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali (USIB); l'integrazione funzionale e il coordinamento degli interventi con le attività territoriali dei Dipartimenti di Prevenzione e del Dipartimento di Salute mentale;
- 5) la fissazione di relazioni permanenti con le amministrazioni comunali, per promuovere e garantire la partecipazione attiva dei cittadini e delle organizzazioni rappresentative degli interessi sociali.

La valorizzazione dell'Assistenza Primaria nel Distretto è fondamentale per consentire una presa in carico globale della persona, con continuità dell'assistenza a forte integrazione socio-sanitaria. In questa direzione i Medici convenzionati (Mmg, Pls, Mca, Specialisti ambulatoriali) sono chiamati ad assumere una serie di responsabilità: dal coordinare gli interventi sulle patologie cronico-degenerative, alla presa in carico del governo della diagnostica e delle cure, dalla messa a punto di meccanismi di promozione della salute al governo della domanda e alla partecipazione al governo dell'offerta.

In ogni Distretto almeno due unità organizzative sono complesse:

- la Uoc Assistenza Primaria, che comprende l'assistenza primaria, l'assistenza socio-sanitaria, la continuità assistenziale e l'assistenza infermieristica;
- la Uoc Cure domiciliari e Cure residenziali e semiresidenziali, che comprende l'assistenza domiciliare nelle sue varie forme e intensità in ri-

sposta al fabbisogno delle persone e l'assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale.

La presa in carico è sicuramente l'elemento più qualificante del percorso assistenziale integrato. In tale ottica la "presa in carico" può essere definita come "una modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso". Richiede lo sviluppo di un sistema di "front-office" col quale garantire accoglienza e prima risposta al cittadino ed implementare un sistema più articolato e complesso al quale il cittadino possa rivolgersi con fiducia. Richiede, inoltre, lo sviluppo di un sistema di "back office", che comprenda l'insieme delle procedure, delle modalità organizzative e gestionali e dei rapporti per collegare le diverse interfacce.

La presa in carico si traduce in un piano di assistenza personalizzato che è seguito in tutte le sue fasi e nella possibilità di una tempestiva rivalutazione del bisogno nel caso di una modifica dello stato di salute della persona. Il piano di assistenza si configura come un vero e proprio patto tra la rete integrata dei servizi e la famiglia, che impegna entrambe le parti nello svolgimento dell'assistenza e nel conseguimento di obiettivi di salute. Il ruolo dell'Assistenza Primaria non resta però circoscritto al solo ambito sanitario e a quella dimensione particolare della vita dell'uomo che si identifica nella perdita di salute o nella malattia. L'Assistenza Primaria riconosce come proprio livello di riferimento quello più prossimo ai cittadini e cioè il territorio. Il loro ambito organizzativo specifico è quello distrettuale da intendersi come articolazione unitaria del sistema sanitario dove avviene la programmazione dei servizi e si dà attuazione agli istituti della partecipazione dei cittadini.

La gestione della cronicità avviene attraverso:

- il potenziamento dell'Assistenza a domicilio. Il mutato scenario epidemiologico e l'inversione della piramide demografica con conseguente invecchiamento degli individui, della famiglia e delle popolazioni, muta le necessi-

tà assistenziali e il profilo dei percorsi assistenziali necessari. L'incidenza crescente di patologie croniche ed invalidanti e della non autosufficienza richiede modalità assistenziali più prossime al cittadino. La costituzione di team professionali integrati è in grado di realizzare una sorta di ospedalizzazione a domicilio, garantendo appropriatezza, efficacia e umanizzazione delle cure e riducendo l'uso improprio dell'ospedale.

- L'assistenza continua quale esigenza più avvertita dai cittadini e mezzo in grado di disincentivare l'uso inappropriato dei Pronto soccorso ospedalieri. Per fare questo, tuttavia, l'unica soluzione possibile è quella di cambiare l'attuale organizzazione delle cure primarie favorendo l'inserimento dei Medici di continuità assistenziale nell'insieme delle attività di Assistenza Primaria.
- L'attivazione di strutture residenziali, dedicate alla lungodegenza, ai pazienti in fase terminale (Hospice), alle demenze, ai disabili e agli anziani, secondo una codifica delle tipologie già fatta propria dalla Regione con una Direttiva vincolante approvata con la DGR n. 1645/2009. Nell'unità organizzativa Assistenza Primaria viene espletata in modo unitario per tutto il Distretto l'attività di valutazione integrata, garantita dall'Unità di valutazione integrata (Uvi). La Valutazione integrata e la predisposizione di un progetto assistenziale individuale, attraverso cui il Distretto garantisce l'inserimento integrato dell'assistito nella rete dei servizi sanitari e socio-sanitari a livello territoriale, va assicurata per tutti i casi che richiedono un intervento "complesso" in termini sia di multiprofessionalità e multisettorialità richieste sia di importanza di risorse assorbite.

COLLABORAZIONE E PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 3, c.3, della Legge regionale n. 12/2008, i Dipartimenti aziendali di Prevenzione sono riorganizzati in Dipartimenti di Prevenzione Collettiva della Salute

Umana e Dipartimenti di Prevenzione della Sanità e benessere animale.

Le funzioni e i compiti ad essi attribuiti dalla legislazione statale e regionale vigente riguardano in particolare:

- l'area dell'igiene, epidemiologia e sanità pubblica;
- l'area dell'igiene degli alimenti e della nutrizione;
- l'area della prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- l'area della sanità animale;
- l'area dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- l'area dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I Distretti della salute assicurano la necessaria integrazione tra le proprie prestazioni e quelle svolte da altre articolazioni organizzative come i Dipartimenti di Prevenzione e il Dipartimento Salute Mentale. Essi assicurano, in tal senso, il raccordo e l'organizzazione della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, diventando punto di riferimento per il cittadino, per l'accesso ai servizi e luogo prioritario per l'integrazione sanitaria e socio-sanitaria territoriale.

I Distretti sviluppano percorsi di cura ed assistenza propri nell'ottica della continuità assistenziale e dell'uso flessibile ed integrato delle risorse. Il Distretto sviluppa, inoltre, la funzione di

accettazione, valutazione ed orientamento della domanda di salute dei cittadini, rappresentando anche la sede di risposta appropriata e non differita alle condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità.

RIENTRANO NEL LIVELLO DI ASSISTENZA DISTRETTUALE, LE SEGUENTI ATTIVITÀ ASSISTENZIALI:

- a) primaria;
- b) farmaceutica;
- c) domiciliare, nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone;
- d) specialistica ambulatoriale e protesica;
- e) riabilitativa;
- f) consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;
- g) sociosanitaria;
- h) dipendenze patologiche;
- i) residenziale e semiresidenziale territoriale.

In ogni Distretto le unità organizzative complesse e/o semplici sono:

- l'assistenza specialistica ambulatoriale, riabilitativa e protesica;
- l'assistenza alle dipendenze patologiche;
- l'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;
- l'assistenza farmaceutica;
- altre unità operative che rispondono al bisogno assistenziale locale.

Tali unità possono configurarsi come complesse se garantiscono la copertura di almeno due Distretti.

REGIONE CALABRIA

di *Rosanna Maida**, *Euplio Roccia***, *Lidia Pecoriello****, *Marcello Chirchiglia°*

* Dirigente del Servizio Attività Territoriali - Regione Calabria

** Dirigente medico - A.S.P. di Catanzaro

*** Dirigente medico - A.S.P. di Cosenza

° Dirigente medico - A.S.P. di Reggio Calabria.

Il Distretto è la struttura operativa, intesa quale articolazione territoriale, preposta alla gestione integrata dei servizi sanitari e sociosanitari ed attraverso la quale le Aziende sanitarie provinciali assicurano una risposta unitaria coordinata e continuativa ai bisogni di salute della popolazione nell'ambito del territorio delimitato su fattori dimensionali e/o oro-geografici.

In una Regione come la Calabria, ove il sistema sanitario si basa su una visione ospedalocentrica, il ruolo del Distretto ha assunto maggiore rilevanza, in relazione al Piano di rientro del Servizio sanitario regionale, oggetto dell'Accordo ex art. 1, comma 180, L. n. 311/2004, approvato con D.G.R. n. 908 del 23.12.09, il quale non poteva che porre quale obiettivo preminente e fondamentale, in linea con gli interventi nazionali in materia sanitaria, la riorganizzazione delle attività territoriali con conseguente riconsiderazione del ruolo del Distretto.

L'importanza di una rivalutazione dell'offerta sanitaria territoriale non era comunque sfuggita al legislatore regionale che, già nel PSR 2004/2006, aveva assegnato al Distretto un ruolo preponderante nell'offerta dei servizi sanitari, con il compito di realizzare i propri obiettivi nel coordina-

mento e nell'integrazione:

- 1) di tutte le attività di prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro, rese operative dal Dipartimento di Prevenzione;
- 2) di tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistica;
- 3) di tutte le attività sanitarie da erogarsi con modalità residenziali, intermedie, ambulatoriali e domiciliari;
- 4) delle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale;
- 5) delle attività ad elevata integrazione socio-sanitaria.

Pur registrando una forte disomogeneità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie o nelle loro modalità di erogazione, tra i 35 Distretti della Regione, in occasione dell'ultima indagine sullo stato di attuazione, si è avuto modo di rilevare alcune azioni di buone prassi.

In alcuni Distretti gli operatori coadiuvati da équipe professionali – che analizzano problemi definiti “complessi”, di origine sanitaria e sociale – attuano percorsi valutativi, definendo la tipologia di problema/bisogno della persona, e percorsi riabilitativi, per migliorarne le condizioni.

Coerentemente al principio di autonomia orga-

nizzativa sancito dal D.Lgs. n. 502/92, come modificato dal D.Lgs. 229/99, in linea di massima, le Aziende sanitarie della Regione hanno adottato, con la stesura degli atti aziendali attualmente in vigore e redatti prima dell'accorpamento delle Asl in Asp, un modello logistico misto tra il dipartimentale ed il distrettuale, imperniato su un Distretto forte, negoziatore di budget, produttore di prestazioni e sede di integrazione operativa.

In un sistema caratterizzato da finanziamenti limitati, sono diventati prioritari per il Distretto: l'analisi della domanda, il monitoraggio dei consumi, la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni, l'integrazione socio-sanitaria, le attività di prevenzione e promozione della salute, soddisfatte dalla formulazione di strumenti operativi quali lo Sportello unico, l'Unità di valutazione multidimensionale e il Piano assistenziale individuale integrato.

Lo Sportello unico è fondamentale affinché il Distretto, in un sistema caratterizzato da incomunicabilità tra servizi, disgregazione dell'offerta e frammentarietà degli interventi, costituisca un riferimento certo per la popolazione.

Nei confronti del paziente, specie se portatore di un bisogno complesso, occorre un approccio globale e la risposta al suo bisogno non può essere soddisfatta da un singolo servizio, ma deve scaturire dalla confluenza sinergica dell'azione di più operatori che lavorano in équipe, e soprattutto "insieme", guidati da sostanziali processi di coordinamento. La riorganizzazione dei processi operativi ha garantito: chiarezza dell'informazione, accettazione integrata, organizzazione dell'offerta, integrazione del momento preventivo con quello curativo, integrazione del livello di base con quello specialistico.

L'esito del processo riorganizzativo è stato, appunto, anche se non in tutti i Distretti, lo "sportello unico di accesso", a cui il cittadino può presentare i propri bisogni socio-assistenziali, con notevole sgravio dalla complessità dell'iter burocratico ed attingendo alle risorse presenti ed attive sul territorio, che a vario titolo possono offrire soddisfacimento

alla sua domanda.

La realizzazione dello Sportello unico comporta: la creazione di una rete capillare tra tutti i servizi coinvolti; l'acquisizione di ampie informazioni da offrire al cittadino; l'attivazione di un osservatorio permanente sulle dinamiche di accesso alle informazioni ed ai servizi al fine di pervenire allo snellimento delle procedure burocratiche e a migliorare il grado di soddisfazione delle richieste dell'utenza; l'avvio di operatività integrata con i Comuni (gli ambiti sociali coincidono con i Distretti sociosanitari) ed i servizi delle Asp, le organizzazioni sindacali, le associazioni di categoria, il volontariato singolo ed organizzato, il privato sociale, gli uffici istituzionali competenti per categoria ed il terzo settore, così come previsto e voluto dalla Legge 328/00.

Sull'esperienza maturata in alcuni Distretti delle Asp di Reggio Calabria, di Catanzaro e Cosenza, sono state codificate, in maniera concertata, le procedure finalizzate all'accoglimento delle istanze dei cittadini, nel rispetto della normativa vigente, prevenendo un punto unico d'accesso preposto alla gestione unitaria della domanda. La semplificazione delle procedure è avvenuta attraverso lo studio e la scomposizione dei procedimenti, la riduzione di passaggi, la restituzione di risposte certe in tempi certi. Un'adeguata vocazione/formazione del personale è condizione indispensabile per la riuscita del modello.

Premidente la costituzione, presso ogni Distretto, di un organismo unico, l'Unità di valutazione multidisciplinare, che svolga attività di valutazione necessaria per la fruizione dei diversi livelli di assistenza assoggettati ad un regime di autorizzazione preventiva.

Alla Uvm è conferita una composizione flessibile; in tal modo, l'organismo valutativo recluta le figure professionali necessarie per la corretta definizione dell'ambito elettivo di cura, ferma restando la figura del medico di assistenza primaria quale fulcro del sistema.

Nell'Asp di Cosenza, in particolare, sono state evidenziate buone prassi nell'ambito:

- della collaborazione a programmi di prevenzio-

ne tra Distretto, Dipartimento della Prevenzione e Comuni (che forniscono l'anagrafe). Da tale collaborazione sono scaturite azioni efficaci dello screening dei tumori femminili (seno e cervice) e del colon retto, realizzato in tutti i Distretti. Numerose iniziative, inoltre, sono state poste in essere in sinergia tra Distretto e Dipartimento della Prevenzione per sensibilizzare la cittadinanza sul problema dell'obesità infantile, senza escludere le altre età, prevenzione del diabete mellito, delle patologie cardiovascolari, ecc.

■ della gestione della cronicità da parte del medico di assistenza primaria che si avvale dei servizi territoriali, per la prevenzione secondaria e terziaria delle malattie croniche. Per la gestione dei cronici non autosufficienti, si ricorre all'istituto dell'Adp, per i casi complessi (coesistenza di pluripatologie, stato cronicamente critico che non necessita di ricovero) si attiva l'Adi che, attraverso l'Uvm e l'elaborazione condivisa di un progetto di cura (Pai), consente di evitare (laddove possibile) l'istituzionalizzazione o i ricoveri reiterati.

Tra gli elementi caratterizzanti il rapporto tra Distretto ed i Medici di assistenza primaria, fondamentale strumento di governo è l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, al quale partecipano attivamente i medici di base. Il rapporto tra Distretto ed i Medici di assistenza primaria è continuo e proficuo, si sono sinergicamente studiate strategie per ottimizzare le azioni da intraprendere a tutela della salute del cittadino, tenendo conto, peraltro, della limitatezza delle risorse.

Già nell'Accordo integrativo regionale, approvato in attuazione dell'Acn del 23 marzo 2005, sono stati incentivati i vari istituti relativi all'associazionismo. Per rendere coerente la struttura organizzativa dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale ai mutati bisogni espressi dalla popolazione, è stata stimolata la diffusione delle forme associative secondo una strategia che prevede

l'implementazione della medicina in rete e della medicina di gruppo, in particolare nelle aree extraurbane, la creazione di forme associative miste, nonché la sperimentazione di forme associative complesse.

Le relazioni che intercorrono con i soggetti erogatori for profit e no profit sono definite all'interno del contesto della programmazione regionale e aziendale.

Le attività con i soggetti for profit accreditati per l'erogazione delle diverse tipologie di prestazioni sono caratterizzate dalla definizione del fabbisogno e dalla sottoscrizione dei contratti di acquisto delle stesse secondo volumi e tipologie definiti coerentemente con i livelli di produzione delle prestazioni a gestione diretta.

Per quanto concerne gli erogatori no profit, si registra un'incidenza largamente inferiore a quella delle altre Regioni. La dinamica evolutiva mostra tuttavia un aumento del numero di organizzazioni presenti sul territorio da identificare in almeno quattro grandi "tipologie":

- l'economia sociale tradizionale, composta in gran parte da organizzazioni di matrice religiosa che si occupano di formazione e di servizi sanitari e assistenziali. Si percepiscono soprattutto come enti gestori di servizi e rappresentano una quota pari a circa il 20% del terzo settore;
- il tessuto associativo, formato da associazioni e gruppi che operano in campo culturale ricreativo e sportivo (circoli, club, gruppi informali che rappresentano la parte più consistente del terzo settore, circa il 45%);
- il volontariato organizzato, composto da organizzazioni medio-grandi, dove con i volontari operano, spesso, anche operatori remunerati;
- le imprese sociali, diffuse soprattutto negli anni Novanta, in relazione all'entrata in vigore sulla cooperazione sociale, rappresentano una percentuale di poco superiore al 5% del terzo settore.

REGIONE CAMPANIA

di Rosanna Romano

Dirigente del Settore interventi a favore di fasce socio-sanitarie particolarmente deboli dell'Agc Assistenza Sanitaria Regione Campania

Attualmente in Regione Campania è in corso un processo di riorganizzazione¹ che prevede un riassetto non solo della rete ospedaliera e territoriale di assistenza socio-sanitaria, ma una ridefinizione delle funzioni e del ruolo del Distretto nell'articolare l'offerta assistenziale e nel definire le modalità di cura e presa in carico.

Questo processo di riorganizzazione territoriale e funzionale delle Asl e dei Distretti, si inserisce in un lungo processo di definizione degli strumenti della programmazione e dell'analisi dei bisogni, che ha prodotto risultati in termini di ammodernamento operativo del Distretto e delle sue funzioni; inoltre, attraverso la programmazione degli interventi finanziati con i Fondi Cipe a destinazione vincolata, sono stati definiti gli obiettivi operativi prioritari per i Distretti sanitari per il triennio 2007-2009. Di seguito le principali linee d'intervento programmate:

- riorganizzazione della rete assistenziale delle cure primarie in un'ottica di continuità assisten-

ziale e di riduzione del ricorso inappropriato al pronto soccorso;

- implementazione delle attività dei dipartimenti di prevenzione;
- potenziamento della rete di assistenza ai soggetti fragili;
- miglioramento dei percorsi assistenziali e dei percorsi dedicati per alcuni gruppi di patologie.

Relativamente alle attività di prevenzione e promozione degli stili di vita salutare, tutti i dipartimenti e le U.o. distrettuali prendono parte alle attività pianificate a livello regionale nell'ambito del Piano regionale di prevenzione, nonché alle singole iniziative promosse dal Ccm – Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie – nel quadro delle attività di sorveglianza attiva per promuovere stili di vita sani e, conseguentemente, ridurre la diffusione dei comportamenti “a rischio”.

Si ricordano, inoltre, i programmi di prevenzione dei corretti stili di vita realizzati dai Dipartimenti di tossicodipendenze in attuazione degli

¹ A partire dalla Legge regionale 16/2008 “Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo”, si è determinato un nuovo assetto organizzativo delle Asl della Regione Campania: i Distretti sanitari e le Aziende sanitarie hanno subito una riduzione, da 13 Asl a 7, i Distretti invece da 97 a 72.

obiettivi del Programma nazionale Guadagnare Salute, nonché i programmi dei Dipartimenti di salute mentale in materia di prevenzione degli stati depressivi e delle complicanze associate, quali il suicidio, che si accompagnano alle ordinarie attività realizzate dalle U.o. distrettuali di prevenzione per la promozione e l'informazione su stili e condotte di vita, sviluppando le iniziative atte a garantire la tutela della salute collettiva.

Soprattutto in merito al ruolo del Distretto-Azienda occorre migliorare il grado di attivazione e coinvolgimento del Distretto nella definizione e realizzazione dei processi di individuazione degli obiettivi di salute del territorio, e soprattutto è necessario promuovere una piena e fattiva sinergia dei mmg e pls con il personale del Distretto sanitario affinché, in attuazione dei protocolli e procedure di appropriatezza e continuità assistenziale, progettino, definiscano e realizzino programmi per la presa in carico degli assistiti in un'ottica di unitarietà del sistema sanitario regionale.

Si è cercato, in applicazione delle Intese e degli Accordi siglati in sede di Conferenza Stato-Regioni² e in ottemperanza del Patto per la salute 2010-2012, di individuare modalità che valorizzino il ruolo della Medicina generale, con l'obiettivo di definire strategie regionali volte a creare partnership tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta ed Azienda sanitaria per la gestione controllata delle risorse.

In prospettiva, la Regione Campania intende configurare un modello assistenziale che abbia come cardine logico il governo della domanda, del recupero di appropriatezza e della ricomposizione dell'offerta, nella traiettoria unificante dell'individuazione, dell'implementazione e del monitoraggio dei Percorsi diagnostici-terapeutici assistenziali (Pdta), da inserire nel processo

di autonomia budgetaria del Distretto. Un modello che, di fatto, identifichi il Territorio-Distretto quale ambito elettivo per il trattamento delle patologie a sfondo cronico-degenerativo, presidiando fortemente l'integrazione socio-sanitaria ed introduca il budget di Distretto – così come previsto dal D. Lgs. n. 229/1999, art. 3 quater, co. 2 – quale strumento di coerenza nella valorizzazione del rapporto tra committenza e produzione.

Un ruolo sicuramente attivo e propulsivo è svolto dal Distretto nella realizzazione di politiche di integrazione socio-sanitaria e nell'attuazione di atti normativi e di indirizzo in materia di assistenza ai soggetti fragili e ai soggetti che esprimono bisogni socio-sanitari complessi; la centralità del Distretto nella programmazione e realizzazione dei percorsi di integrazione socio-sanitaria è il risultato di un percorso avviatosi con l'applicazione della Legge n. 328/2000 e che ha visto la naturale e puntuale realizzazione con la definizione di linee di indirizzo "Programma delle Attività Territoriali" che, nella programmazione regionale, riveste la duplice veste di strumento di programmazione e strumento di analisi delle risorse finalizzato ad "organizzare e articolare l'assistenza sanitaria primaria e l'integrazione socio-sanitaria nel distretto"³.

Ciò che si è definito, congiuntamente con l'Assessorato alle politiche sociali, è un modello di rete socio-sanitaria e di presa in carico che si realizza inevitabilmente con la sinergia del sistema di servizi programmati e proposti con i Piani delle attività territoriali dai Distretti sanitari delle Asl e i servizi definiti e programmati con i Piani di zona sociali dai Comuni riuniti in ambiti territoriali.

In questi anni, nel definire i percorsi di riqualificazione delle prestazioni erogate in regime di in-

2 Intesa Stato-Regioni del 24 luglio 2003 che disciplina il procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Ssn; l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che all'art. 7 indica i meccanismi di raccordo tra Aziende sanitarie, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta; Accordo Stato-Regioni per l'utilizzo delle risorse vincolate a valere sul Fondo sanitario nazionale anno 2007 del 1° agosto 2007, anno 2008 del 26 febbraio 2009.

3 Le linee di indirizzo per la formulazione e la stesura dei programmi delle attività territoriali sono state approvate con la Delibera di Giunta regionale n. 1813 del 12 ottobre 2007.

tegrazione socio-sanitaria, l'orientamento è stato quello di semplificare ed uniformare le procedure e l'organizzazione per l'accesso alle misure soprattutto a favore dei soggetti non autosufficienti e dei soggetti fragili, implementando percorsi di long term care orientati al sostegno della domiciliarità e della semiresidenzialità, in un'ottica di valorizzazione e sostegno delle risorse familiari e della rete di relazioni sociali attivabili sul territorio.

Con l'attuazione dei programmi operativi per l'utilizzo dei fondi a destinazione vincolata ex Legge n. 662/1996 sono state fornite stringenti e specifiche indicazioni per i programmi di attività dedicate all'implementazione della rete delle cure domiciliari e della non autosufficienza. In entrambe le tipologie di azioni programmate, le singole Asl sono state indirizzate a formulare piani di attività in cui venissero definiti gli obiettivi a livello territoriale nel merito della modalità di accesso, presa in carico, valutazione multidimensionale ed erogazione delle prestazioni e dei servizi. Alle singole Asl è stato dato anche l'indirizzo di porre particolare riguardo agli aspetti di tipo organizzativo connessi alla Porta unitaria di accesso (Pua) e all'Unità di valutazione integrata (Uvi) richiedendo che le esperienze distrettuali avviate in applicazione della Legge n. 328/2000 si consolidassero in prassi specifiche⁴.

Notevole impulso è stato dato alle attività e agli interventi di tipo domiciliare, in cui il Distretto è il luogo in cui nasce la domanda e viene formulata la risposta al bisogno espresso. Nel settore degli interventi alla domiciliarità, le singole Unità operative distrettuali presidiano le attività di va-

lutazione e presa in carico e di erogazione delle prestazioni; nella maggioranza dei casi ciò avviene in forma diretta con équipe dedicate e formate con personale interno o in forma di gestione mista. Nonostante vi siano ancora difficoltà a garantire una copertura dell'assistenza domiciliare di tipo integrato, è aumentata la responsabilità gestionale ed organizzativa a livello distrettuale dei servizi di tipo domiciliare. Attraverso l'introduzione di un sistema unico di valutazione multidimensionale e l'utilizzo di procedure uniformi di accoglimento della domanda e di valutazione, il Distretto ha ottimizzato le risorse dedicate e soprattutto ha raggiunto l'obiettivo di incrementare il numero di anziani assistiti in Assistenza domiciliare integrata, innalzando il target dal 1,6% dell'anno 2007 al 1,9 nel 2009⁵.

Con l'emanazione della legge sulla dignità sociale n. 11 del 23 ottobre 2007 di attuazione della Legge n. 328 del 2000 e con il recente Decreto commissariale n. 49/2010⁶, tale strategia è stata ulteriormente sviluppata e si è inciso maggiormente sull'utilizzo e sulla formulazione di strumenti condivisi a livello locale da Distretti ed Enti locali per la realizzazione e il governo della rete dei servizi alla persona.

Tuttavia, si assiste al permanere di alcuni elementi di criticità, che, se non rimossi, rischiano di inficiare il processo di integrazione socio-sanitaria, tra i quali il più rilevante è il mancato allineamento tra gli attuali 72 Distretti e i 52 Ambiti territoriali. Come descritto nel richiamato Decreto commissariale 49/2010, ciò ha rappresentato un'evidente criticità legata soprattutto alla difficoltà di favorire una presa in carico realmente integrata dei cittadini/utenti di un medesimo ter-

4 In coerenza con il percorso già strutturato in materia di integrazione socio-sanitaria definito dalla delibera n. 6467/2002 "Linee d'indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria" con la quale è stato dato l'obbligo ai Direttori generali di istituire il Coordinamento socio-sanitario delle attività territoriali con il fine di presidiare l'area dell'integrazione socio-sanitaria e rendere omogenee procedure e strumenti di programmazione, gestione degli interventi di natura socio-sanitaria. Con il medesimo atto è stata data l'indicazione di favorire l'istituzione di uffici di integrazione socio-sanitaria distrettuale a supporto del Direttore del Distretto.

5 Questo rappresenta l'obiettivo intermedio di incremento e potenziamento del servizio di Assistenza domiciliare integrata definito congiuntamente dall'Assessorato alla Sanità e alle Politiche Sociali con il documento Piano d'Azione per gli Obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013, approvato con D.G.R.C. 210 del 6 febbraio 2009, in cui si prevede l'innalzamento graduale entro il 2012 della percentuale di anziani in Adi pari al 3,5 % della popolazione anziana residente.

6 Decreto Commissario ad acta per il Piano di rientro n. 49 del 27 settembre 2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro".

ritorio, ai quali, mantenendo l'attuale organizzazione, si rischia di non poter garantire:

- l'erogazione delle prestazioni integrate di cui al Dpcm 29 novembre 2001 e in particolare le prestazioni a carico della componente sociale;
- la coincidenza tra il Piano delle attività territoriali e il Piano di Zona e la relativa coerenza progettuale sia in termini di contenuti, di azioni, di tempi e di risorse dedicate;
- un'adeguata valutazione multidimensionale, orientata a favorire interventi appropriati tali da

consentire percorsi assistenziali personalizzati orientati ad una risposta sociale sia sanitaria che socio-sanitaria.

Per la risoluzione di queste criticità che hanno rallentato il processo di integrazione socio-sanitaria, è stata avviata un'attività di concertazione tra gli Uffici regionali competenti e gli Enti locali con l'istituzione di un tavolo tecnico che ha il compito di elaborare una proposta di riallineamento degli ambiti territoriali e dei Distretti sanitari.

REGIONE EMILIA ROMAGNA

di Clara Curcetti

Assessorato politiche per la salute – Regione Emilia Romagna

In questi ultimi anni i mutamenti dei bisogni di salute dei cittadini hanno determinato cambiamenti nella domanda di salute, sempre più orientata verso risposte e soluzioni ad alto contenuto professionale e vicine ai luoghi di vita delle persone (domicilio, studio del proprio medico, strutture ambulatoriali e consultoriali, strutture residenziali). A tal fine, la Regione Emilia-Romagna ha messo in campo politiche sanitarie e socio-sanitarie volte a promuovere e sostenere lo sviluppo dell'assistenza distrettuale, attraverso processi di innovazione organizzativa e sviluppo professionale, in un'ottica di forte integrazione tra i servizi e i professionisti.

ELEMENTI DISTINTIVI DELL'ATTIVITÀ DISTRETTUALE

Il Distretto costituisce il punto privilegiato di incontro, delle relazioni e delle collaborazioni tra Aziende sanitarie, Enti locali, terzo settore, volontariato, famiglie e pazienti, che risultano determinanti per prefigurare le aree di bisogno della popolazione di riferimento; in tale contesto, il Direttore del Distretto garantisce la risposta integrata alle specifiche esigenze di salute del cittadino e della comunità locale, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. Tale sistema di governance ter-

ritoriale consente di costruire priorità di azione in determinati ambiti, quali attività di promozione della salute, servizi e prestazioni di assistenza primaria, attività di prevenzione delle malattie e delle disabilità, costruzione di reti integrate e multidisciplinari per la presa in carico, l'assistenza, la continuità delle cure di tutte le condizioni di cronicità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza. È responsabilità del Direttore di Distretto agire sulla rete dei servizi per promuovere sul territorio sistemi di inclusione e di protezione sociale per i cittadini, valorizzando gli aspetti che vedono la tutela e la promozione della salute come progetto collettivo di vita; essere garante e presidiare le dimensioni della qualità relazionale con il cittadino, con la sua famiglia, con la comunità, con i vari portatori d'interesse locale; essere garante del rispetto degli impegni assunti dalla Direzione generale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; essere espressione dell'orientamento al cittadino, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. I rapidi mutamenti demografici, con l'allungamento dell'aspettativa di vita e il progressivo incremento dell'incidenza delle fasce di popolazione di età avanzata e molto avanzata, i profondi cambiamenti

della famiglia, con l'accorciamento della "catena familiare", che toglie sostegno informale e accresce la condizione di solitudine, hanno aperto riflessioni incentrate sulla presa in carico delle persone con bisogni socio-sanitari complessi, per prefigurare percorsi assistenziali adeguati rispetto ai nuovi bisogni che emergono.

Di fronte a questioni di tale natura e rilievo, la scelta della Regione Emilia-Romagna è stata di istituire (art. 51, L.R. n. 27/2004) il Fondo regionale per la non autosufficienza (Frna), processo di innovazione del welfare, in quanto l'universo della non autosufficienza trascende i confini dell'età anziana per ricomprendere gravi disabilità cronicizzate o progressivamente degenerative e tali, dunque, da richiedere trattamenti di lungo periodo particolarmente complessi, necessariamente integrati e assai onerosi.

Con le DGR n. 509/2007 e n. 1206/2007 si è dato avvio allo sviluppo del Frna, per promuovere lo sviluppo di un sistema integrato di servizi in grado di garantire, in ogni ambito distrettuale, una strategia di intervento che offra pari opportunità di accesso, equità, fruibilità; il programma per l'utilizzo del Frna è basato sulle linee strategiche del Piano sociale e sanitario 2008-2010 ed in particolare: sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (sanitaria e sociale), aumento dell'assegno di cura per anziani non autosufficienti, con un'attenzione specifica per coloro che non percepiscono l'indennità di accompagnamento, qualificazione delle assistenti familiari (con "punti di ascolto", formazione, consulenza), servizi di telesoccorso e teleassistenza anche gestiti con il concorso del volontariato, ricoveri temporanei "di sollievo", sostegno alle reti informali di solidarietà sociale (dal "portierato" al "custode" sociale).

È attuato attraverso il Piano annuale di attività, nel quale sono definite le priorità di intervento, in relazione alle specificità del territorio, che viene elaborato dal Comitato di Distretto (Sindaci) e dal Direttore di Distretto, in armonia con le indicazioni della Conferenza territoriale sociale e sanitaria e aperto al confronto e contributo delle parti sociali,

del terzo settore e dell'insieme dei soggetti che erogano i servizi. Il riparto delle risorse è tra i Distretti dell'Azienda Usl, in quanto luoghi deputati alla programmazione e al governo dei servizi necessari alla popolazione di riferimento; particolare rilevanza assume, in tale ambito, il governo degli accessi in assistenza domiciliare e residenziale.

Nel 2009 in Emilia-Romagna il numero di coloro che hanno ricevuto un assegno di cura è stato pari a 23.887; sono stati spesi 53,1 milioni di euro, rispetto ai 45,9 milioni di euro del 2008. Il finanziamento degli assegni di cura è compreso tra le risorse assegnate attraverso il Frna e rappresenta il 50% circa delle risorse complessive assegnate con il Fondo stesso e utilizzate per la domiciliarità.

L'assistenza domiciliare è ormai da anni in continuo sviluppo su tutto il territorio regionale; le risposte personalizzate date ai pazienti seguiti al loro domicilio sono, per la stragrande maggioranza dei casi, destinate a pazienti anziani e molto anziani (i cosiddetti "grandi vecchi") nei quali le pluripatologie aumentano la complessità dell'approccio assistenziale. Tuttavia una parte considerevole delle cure domiciliari sono dedicate a pazienti di media età, con problemi assistenziali di elevata complessità e per i quali vengono predisposti piani assistenziali personalizzati. Sono 89.307 le persone assistite nel 2009, un dato in crescita costante, basti pensare che nel 2001 le persone assistite a domicilio erano state circa 55mila; di conseguenza, sono aumentate anche le "prese in carico" (vale a dire i periodi di assistenza a domicilio per la stessa persona): nel 2009 sono state 108.237.

Anche la rete delle strutture residenziali e semiresidenziali è coinvolta nei programmi per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza. Al 31 dicembre 2009 sono complessivamente 28.136 i posti residenziali e semiresidenziali convenzionati della rete dei servizi sanitari e sociosanitari per l'assistenza agli anziani e alle persone disabili; nelle strutture residenziali l'area per l'assistenza alle persone anziane riguarda il 75,1%, l'area disabili il 9,1%, mentre nelle strutture semiresidenziali, l'area disabili impegna quasi la metà dei posti con il 47,6%, segue l'a-

rea dedicata alle persone anziane con il 36,9%. Il livello distrettuale persegue, inoltre, la tutela della salute della comunità, secondo due filoni prioritari quali l'area del "mantenimento della salute" e quella della "cronicità", in quanto considerate ambiti nei quali porre forte attenzione per rispondere ai nuovi bisogni di salute della popolazione. Il quadro strategico in cui si colloca il primo filone è il Piano regionale della prevenzione, ispirato dalla consapevolezza che le condizioni del benessere dei cittadini sono il risultato dell'azione dell'intera società, da cui nasce la necessità di una efficace collaborazione fra tutte le aree di governo, la cui azione, direttamente o indirettamente, incide sulla salute. Per quanto riguarda l'area della cronicità, la presa in carico si concretizza, a livello distrettuale, nell'attuazione di Percorsi diagnostico-terapeutici (Pdt) specifici per le diverse patologie (diabete, terapia anticoagulante orale, insufficienza renale cronica, bronco pneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, paziente oncologico, paziente ortopedico, assistenza domiciliare).

Gli elementi caratterizzanti il rapporto del Distretto con la Medicina Generale vedono il progressivo sviluppo dei Nuclei di cure primarie (Ncp); nel 2009 è proseguito il percorso di coinvolgimento dei mmg e dei pls all'interno dei 215 Ncp attivi; attualmente il 98% dei medici di medicina generale aderisce ai Ncp, mentre la percentuale è del 95% per i pediatri di libera scelta. La maggior parte delle Aziende fornisce servizi infermieristici di nucleo anche se in maniera variabile: a volte, infatti, il servizio è disponibile solo per gli assistiti di una medicina di gruppo. Il personale o l'equipe infermieristica di Ncp è particolarmente coinvolto nella gestione dell'assistenza domiciliare e nella valutazione e monitoraggio di malattie croniche quali il diabete. Proseguendo in questo percorso, le Case del-

la salute (identificate da un logo specifico, una cassetta stilizzata) rappresentano un cambiamento culturale organizzativo che non vuole aggiungere un tassello in più alla rete dei servizi sanitari, ma migliorare ulteriormente il coordinamento tra i diversi operatori e le diverse strutture per far sì che il cittadino, nel momento del bisogno, abbia un punto di riferimento preciso, un luogo fisico preciso, con un percorso definito; sono attualmente 28 i progetti definiti in tutta la Regione.

Rispetto ai rapporti del Distretto con i soggetti erogatori, si evidenzia che al centro del sistema di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie vi è l'accreditamento, già regolamentato in Emilia-Romagna (riferimenti principali le DGR n. 772/2007 e n. 514/2009) e ora in fase di prima attuazione. Tale processo tende a garantire assistenza di buona qualità ed efficienza organizzativa e comporta la definizione di standard e processi di verifica esterna, per valutare l'aderenza ad essi da parte dei produttori.

CONCLUSIONI

La ricerca di politiche per promuovere l'integrazione sociale e sanitaria, in termini di potenzialità e azioni di sviluppo e consolidamento, costituisce una scommessa nella nostra Regione fin qui vinta. Infatti, la scelta di porre al centro il cittadino nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali corre il rischio di apparire un semplice slogan qualora non si portino alle conseguenze necessarie tutti i componenti fondamentali del sistema di welfare. Il cittadino, infatti, sia nella sua accezione di persona, sia nell'aggregato sociale nella comunità, manifesta bisogni riconducibili ad una dimensione multifattoriale. L'integrazione trova l'ambito ideale nel Distretto, in cui le sinergie a livello di programmazione, erogazione e valutazione dei servizi trovano il loro privilegiato luogo di azione.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

di Paolo Da Col

Direttore Distretto n. 1, Azienda per i Servizi Sanitari n.1 “Triestina”

ELEMENTI DISTINTIVI DELL'ATTIVITÀ DISTRETTUALE**Linea di pensiero**

In Regione, da molti anni si sono susseguite indicazioni legislative e programmatiche che riconoscono al Distretto una funzione portante dell'Azienda sanitaria ed un ruolo di primo interlocutore diretto con gli Enti locali e la società civile, per quanto attiene il proprio territorio. La costituzione di forti legami con il territorio di pertinenza ed il riconoscimento da parte dei cittadini residenti che il Distretto effettivamente svolge la funzione di concreto strumento di garanzia ed è la prima struttura di riferimento dell'Istituzione pubblica per ogni bisogno di salute, rappresentano mandati primari del lavoro distrettuale.

In questo senso il Distretto diventa Livello essenziale di assistenza di reale interesse e vantaggio del cittadino, auspicabilmente sempre più spesso alternativo a quello ospedaliero, altre volte necessariamente complementare. Nel lavoro di ogni giorno si cerca di rendere limpida la distinzione di funzione generale tra i due livelli: all'ospedale si affida il mandato del trattamento delle condizioni acute, con condiviso obiettivo di degenze sempre più brevi ed uso intensivo dell'alta tecnologia (sua specializzazione: essere high tech); al Distretto spetta di eleva-

re la funzione specializzata dell'high touch, ovvero delle capacità di relazione ed assistenza durevoli nel tempo, anche nel lungo-lunghissimo termine, della continuità terapeutica ed assistenziale, del governo dei processi clinici, attraverso uno stile di lavoro improntato a saper essere sempre accoglienti e comprensivi.

In sintonia e coerenza con il mandato ed i peculiari compiti di integrazione, nel Distretto servono unità multiprofessionali, al fine di promuovere la cultura dell'interdisciplinarietà ed il lavoro di gruppo per una più efficace risposta ai bisogni complessi.

Linea di azione

Gli attuali 20 Distretti appartenenti alle 6 Aziende “territoriali” del Friuli Venezia Giulia (due prive di ospedali propri e quindi Aziende “territoriali pure”; le rimanenti con co-presenza di funzioni ospedaliere appartenenti alla medesima Azienda) si caratterizzano quali Strutture operative aziendali (ovvero al massimo grado di complessità) dotate ora di sufficiente “forza” e riconoscimento formale, di dotazioni di risorse proprie di una certa rilevanza e di un'architettura organizzativa articolata in strutture complesse e strutture semplici (diversamente dalle singole realtà locali). Il tutto consente ai Distretti – pur nelle diversità locali – l'esercizio di: a) attività di

produzione; meritevole come prima citazione quelle di assistenza domiciliare, operante almeno su 6, spesso su 7 gg./sett. (in un solo caso è esternalizzata), che si affianca all'altra, ubiquitaria, residenziale sanitaria (ogni Distretto dispone di una propria residenza sanitaria di tipo riabilitativo per degenze di breve-media durata, c.d. Rsa, e socio-sanitaria, residenzialità "protetta" per anziani); b) attività ad alta integrazione, intra-sanitaria (ovvero con altre strutture e servizi sanitari della stessa o di altre Aziende) e socio-sanitaria (con i servizi sociali dei Comuni o degli ambiti comunali); c) attività di governo dell'offerta sanitaria pubblica e privata (il mandato di governo include anche la Medicina Generale); d) attività di committenza-programmazione (ad esempio verso soggetti erogatori pubblici e privati di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie).

IL RUOLO EFFETTIVAMENTE SVOLTO DAL DISTRETTO RISPETTO A PRIORITÀ DI AZIONE

Linea di pensiero

In sintesi, schematizzando, le priorità nei 20 Distretti regionali (in parte eterodeterminate, in parte autodeterminate) si potrebbero così riassumere:

1. essere porta di accesso al Ssr;
2. costruire salde reti di cure primarie, con operatività medica come baricentro della Medicina convenzionata (Mmg e Mca) ed infermieristica sulle 24 ore, di crescente qualità (anche nel campo delle cure palliative), tali da costituire alternativa credibile al ricovero ospedaliero, dedicate in prima istanza a persone con malattie di lunga durata ("croniche") ed ispirate a modelli di proattività ad alta integrazione (ad es. chronic care model), con presenza di Pdta specifici per le più frequenti situazioni epidemiologiche (es. insufficienza cardiaca, respiratoria, diabete, terminalità) e per le fragilità;
3. svolgere interventi sempre più integrati, privilegiando approcci ed azioni multi-professionali/disciplinari sia intrasantari sia socio-sanitari, ricordando tra l'altro che "il Distretto o è sociosanitario oppure non è". Tenuto conto dell'ormai

- affermata visione di una salute condizionata dai determinanti sociali, il Distretto dovrebbe diventare motore dell'integrazione intersettoriale;
4. esercitare il ruolo di advocacy: l'obiettivo è che il cittadino effettivamente possa riconoscere in questa organizzazione territoriale un alleato/garante dei propri diritti per il mantenimento/perseguimento della salute, del benessere, di una buona qualità di vita attraverso percorsi di prevenzione (incluso lo screening), diagnosi, cura e riabilitazione, personalizzati, di elevata qualità e sicurezza, erogati in proprio o da terzi accreditati/convenzionati. A ciò si associa la garanzia dello sviluppo della capacità di diffondere i percorsi di valutazione degli esiti di efficacia degli interventi, dovere dell'istituzione e diritto del cittadino-contribuente;
 5. indirizzarsi verso un'efficace politica di governo dell'offerta sanitaria pubblica, inclusa la Medicina convenzionata e privata, con collegati impegni costanti di ricerca di educazione della domanda (al fine di evitare o prevenire i consumismi sanitari della popolazione e ridurre l'inappropriatezza prescrittiva dei Medici).

Linea di azione effettiva

I Distretti in Friuli Venezia Giulia oggi concretamente:

- a) rappresentano per molti cittadini il primo riferimento per l'accesso a molti servizi;
- b) sono un'organizzazione sanitaria territoriale ben visibile e (ri)conosciuta in grado di offrire un insieme di servizi utili-indispensabili per tutte le fasce di età, con particolari capacità-competenze verso le persone/famiglie fragili;
- c) sono strutture "forti", rispetto al panorama nazionale, che operano con attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda (pur essendo spesso questa autonomia più virtuale che reale);
- d) svolgono azioni di valutazione della domanda/bisogno dei cittadini e della comunità, anche con il contributo delle rappresentanze di cittadinanza attiva;

- e) hanno completato almeno un ciclo di programmazione delle attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie, mediante i Programmi delle attività territoriali (Pat) e dei Piani di zona (PdZ), elaborati con la condivisione di tutte le strutture/servizi aziendali, degli Enti locali e dei soggetti del “territorio” coinvolti negli interventi e servizi alla persona/famiglie;
- f) riconoscono nel proprio personale il patrimonio peculiare, di cui favoriscono il progresso professionale, aderenti alle pratiche dell'accoglienza e della presa in carico, dell'integrazione e della sinergia multiprofessionale/disciplinare ed interventi;
- g) ricercano le alternative positive al ricovero ospedaliero, quando questo sia evitabile senza alcun pregiudizio per la salute o sicurezza del paziente ed anzi questi possa trarre maggiori benefici dalle cure territoriali (ambulatoriali, domiciliari, nelle strutture intermedie e residenziali /semiresidenziali);
- h) sono fortemente impegnati ad assicurare la continuità ospedale-territorio, anche attraverso procedure avanzate per “dimissioni protette”;
- i) sono continuativamente impegnati – compatibilmente con le risorse assegnate – a sviluppare un sistema di attenzione primaria intersettoriale, privilegiando azioni intersettoriali ed interdisciplinari, con contributi ed esperienze di molteplici attori, avvalendosi dell'impegno dei mmg e pls, nell'obiettivo di produrre una cultura sanitaria territoriale centrata sulla persona, sulla famiglia e sul care giver. Sono ritenuti prioritari i programmi di riabilitazione integrale per la persona e la famiglia, di habitat comunitario, nella consapevolezza del ruolo giocato dai determinanti non sanitari della salute.

In sintesi, le funzioni svolte sono classificabili in sanitarie, nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e dei principi di appropriatezza, qualità, efficacia ed efficienza delle prestazioni, amministrative (correlate all'accesso alle prestazioni sanitarie, all'integrazione tra settori e professionalità diverse, all'applicazione della normativa internazionale, na-

zionale e regionale, alla stesura dei necessari atti), ed integrate sociosanitarie.

PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON BISOGNI SOCIOSANITARI COMPLESSI

La linea di pensiero a riguardo è sempre stata chiara e coerente nel tempo: il Distretto rappresenta la struttura di elezione per l'integrazione socio-sanitaria, che è l'unico strumento in grado di affrontare i bisogni “complessi”, in cui sono inscindibilmente connesse esigenze sanitarie e socioassistenziali. L'integrazione va attuata a livello istituzionale, gestionale e professionale; incide sulla continuità assistenziale, investe i rapporti tra Distretti e Servizi sociali comunali, tra ospedale e territorio, tra cure ambulatoriali, intermedie, residenziali e domiciliari, tra Medicina generale e specialistica. Trova riscontro nella valutazione multidimensionale e negli interventi multiprofessionali, negli interventi socio-sanitari (con prestazioni sanitarie di rilevanza sociale; sociali di rilevanza sanitaria; ad alta integrazione socio-sanitaria). Le valutazioni multidisciplinari sono obbligatoriamente preliminari e propedeutiche all'accesso dei benefici ex lege per il sostegno alle condizioni di non autosufficienza e disabilità, quali, ad esempio, quelle collegate al Fondo regionale per l'autonomia possibile; al fondo regionale per soggetti con disabilità gravi-gravissime, entrambi gestiti di concerto tra Distretti e Servizi sociali comunali; ai fondi per il ristoro delle spese sanitarie nelle residenze protette e per l'abbattimento delle rette.

Come esempi già realizzati di integrazione professionale e gestionale nei Distretti si possono citare le attività consolidate dell'Unità di valutazione distrettuale (Uvd) e quelle delle équipes multidisciplinari, a favore di persone anziane o con disabilità (di qualsiasi età). Per il livello istituzionale si possono menzionare le stipule di numerosi accordi di programma, convenzioni, ed affini.

In alcuni Distretti si sono sperimentate e consolidate esperienze di stretto radicamento dei servizi nei contesti comunitari, attraverso una rior-

ganizzazione che punta al decentramento (vicinanza ai contesti di vita) di attività, all'azione catalizzante verso forme spontanee organizzate di auto-mutuo/aiuto; fra queste soprattutto quella dell'Infermiere di comunità nella bassa friulana e delle Microaree a Trieste, esperienze rese note a livello nazionale.

COLLABORAZIONE A PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Il Distretto, per il suo legame con il territorio, è attivamente coinvolto in programmi di prevenzione e promozione della salute, svolti con contributi diretti ed anche indirettamente, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione aziendale o con altre istituzioni (in primis con le scuole).

I Distretti partecipano, pur senza responsabilità diretta, alle campagne regionali permanenti di screening oncologici (cervice, mammella, colon), alla promozione di stili di vita sani in stretto raccordo con la Medicina generale (ad es. fumo, alimentazione).

I Distretti da sempre sono coinvolti nel campo delle vaccinazioni (ad esempio nella campagna per l'antinfluenzale, in collaborazione con i mmg). A Trieste, nel Distretto si svolgono (con personale infermieristico dei Distretti) anche le vaccinazioni di pertinenza pediatrica, obbligatorie e raccomandate.

In alcuni Distretti i pensieri e le pratiche di prevenzione sono estesi a contesti diversi da quello della tradizionale sanità pubblica. La funzione di "Distretto di garanzia" può esercitarsi infatti per aspetti non immediatamente autoevidenti: la prevenzione (contrasto) dell'esclusione sociale, dell'isolamento delle persone fragili, agendo con misure che promuovono l'inclusione sociale e l'inserimento lavorativo. In questo senso, quindi, è essenziale interagire con il Dipartimento di Salute mentale e delle dipendenze (in Friuli Venezia Giulia sono strutture operative "esterne" al Distretto). Si ritiene che siano argomenti di interesse distrettuale il trattamento globale delle persone con disagio psichico, dell'esordio precoce del disturbo mentale, il counselling finalizzato ad affrontare precocemente ed efficacemente con-

dizioni iniziali di grave rischio di medicalizzazione impropria degli "eventi di vita difficili" (leggi: depressioni "minori-reattive"), le dipendenze da sostanze legali od illegali con le deprivazioni sociali correlate.

GESTIONE DELLA CRONICITÀ

Linea di pensiero

Attualmente in Friuli Venezia Giulia la visione della "persona con cronicità" si va estendendo a quella della persona con disabilità e/o con condizioni richiedenti assistenza di lunga durata. Il riferimento culturale sono l'International Classification of Functioning, Disability and Health (Icf) ed il chronic care model.

Il primo, ufficiale-istituzionale, è in sperimentazione; il secondo rappresenta il modello culturale non ufficiale più diffuso in Regione, cui molti dirigenti ed operatori si ispirano, con particolare riferimento a tre sue parole chiave (e alle azioni correlate): 1. proattività; 2. continuità; 3) comunità.

Costituisce elemento fondante il canone della riabilitazione, intesa secondo i contenuti dell'Icf, in cui – come noto –, accanto agli intuitivi legami con le funzioni ed attività corporee compromesse, acquistano valore i concetti di "partecipazione ed attività", verso una visione globale ed unitaria del "funzionamento" attivo della persona nel "suo" ambiente. Per questo la cronicità richiama immediatamente l'associazione con pratiche di riabilitazione globale, di tipo psico-sociale; i due argomenti sono strettamente affini, ed entrambi di pertinenza ineludibile del Distretto modernamente interpretato.

I soggetti portatori di "cronicità" trovano quindi oggi nel Distretto in Friuli Venezia Giulia un terreno culturale innovativo; con una nuova visione per approcci che, sostanzialmente, intendono portare i soggetti ad una convivenza attiva con la cronicità, anche con processi di "empowerment" finalizzati al raggiungimento/mantenimento del massimo grado di autonomia/indipendenza. Tutto questo in discendenza del riconoscimento dei diritti di cittadinanza.

Linea di azione

Con queste premesse è inevitabile che il Distretto manifesti grande attenzione ed impegno alle persone con problemi/malattie connesse alla “cronicità”. Il mandato per gli operatori è esplicito: porre in essere ogni azione possibile volta al mantenimento della salute/benessere con trattamenti, pur di diversa intensità e complessità, sostenibili nel lungo-lunghissimo periodo. Il fine è di prevenire deterioramenti e complicanze, consentire l'autonomia, il recupero, la riacquisizione o la compensazione di capacità compromesse dei soggetti, al fine di (ri)dare al massimo grado possibile indipendenza di vita e piena cittadinanza ai soggetti (con disabilità), sempre contrastando processi di esclusione ed impropria istituzionalizzazione. I Distretti sono oggi in grado di organizzare l'erogazione di interventi multidisciplinari valutativi, diagnostici, terapeutici e preventivi, finalizzati a contenere ed evitare la disabilità ed a favorire (in tutte le fasce di età) un'accettabile qualità (sviluppo) di vita, il mantenimento del soggetto nell'ambiente familiare e l'inserimento in quello scolastico-lavorativo, sempre in integrazione con i Servizi sociali comunali. Ogni Distretto ha raccolto innumerevoli esperienze di questo tipo.

È oggi prassi diffusa la presa in carico globale della persona con bisogni complessi mediante predisposizione di progetti riabilitativi individuali, da attuarsi con la persona stessa e la sua famiglia, in stretta connessione con i Mmg e con altri servizi sanitari e sociali, con le associazioni di volontariato. Per questo vi è progresso continuo nel lavoro in équipe multidisciplinare (Emh) e nella definizione e valutazione dei progetti personalizzati.

I Distretti si occupano anche di offrire funzioni di consulenza per l'autonomia, la partecipazione, la comunicazione, l'accessibilità e la fruibilità degli spazi di vita, di quelli domestici, di lavoro e del tempo libero attraverso l'individuazione e la prescrizione delle protesi, degli ausili, delle tecnologie adattative e degli strumenti normativi più idonei per ottenerli. Un limite attuale va segnalato. Nel campo della disabilità dell'anziano servirebbe maggiore consa-

pevolezza sull'emergenza odierna, la demenza senile, argomento che il Distretto non deve disattendere e sul quale dovrà assumere una funzione di guida e leadership più esplicita, quantomeno nel monitoraggio epidemiologico e nel coordinamento verso i Servizi sociali comunali o altri possibili attori del territorio, così come nella formazione delle assistenti familiari (c.d. qualificazione delle “badanti”) e dei care giver (sostegno alla famiglia). Recentemente la Regione ha aperto nuove prospettive richiedendo pieno coinvolgimento dei Distretti nel lancio e sviluppo dei centri diurni assistiti.

Infine, nel campo delle malattie di lunga durata, i Distretti in Fvg da alcuni anni stanno aumentando le capacità di azione e collaborazione con i mmg contribuendo a realizzare audit su indicatori di performance nella gestione delle malattie croniche, come ad esempio è stato sperimentato con successo nel diabete mellito.

Questo aspetto della valutazione degli esiti delle cure rappresenta terreno di grande rilevanza nel Distretto, per incidere in modo più forte sulle prospettive della qualità di vita delle tantissime persone portatrici di malattie “croniche” e contemporaneamente sulla complessa organizzazione aziendale e sui costi sottesi.

GOVERNO DEGLI ACCESSI IN ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE.

Al Distretto in Fvg da sempre è affidato il mandato e la responsabilità diretta dell'attuazione dell'assistenza domiciliare sanitaria; ai Distretti fanno inoltre riferimento circa 200 strutture residenziali per anziani non autosufficienti, per un totale di poco meno di 11.000 posti.

L'attivazione delle cure domiciliari prevede oggi una preliminare valutazione multidimensionale (pur non sempre multiprofessionale, e non obbligatoriamente/ubiquitariamente svolta dalla Uvd) e la definizione di un programma personalizzato di assistenza.

L'accesso nelle residenze sanitarie (Rsa) o sociosanitarie (“residenze protette per anziani”), così come per quelle per soggetti disabili, è obbligatoriamente

te preceduto da una valutazione multidimensionale/professionale (Uvd o équipe handicap), in accordo con quanto stabilito da antiche norme regionali. Esistono soluzioni diverse nei diversi contesti locali per la gestione delle liste di attesa (praticamente inesistenti per l'assistenza domiciliare); di recente è stato implementato un programma informatizzato, accessibile anche dal Distretto, per conoscere l'andamento e la consistenza delle liste e dei tempi di attesa per l'ingresso in residenza protetta. Anche per le dimissioni da queste strutture si seguono procedure di sguardi congiunti tra operatori di diversa professione ed appartenenza istituzionale, al fine di assicurare al massimo grado la continuità assistenziale per le fasi successive.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI IL RAPPORTO TRA DISTRETTO E MEDICINA GENERALE – MEDICI SINGOLI O ASSOCIATI.

Linea di pensiero

“Integrare all'interno del Distretto i mmg” costituisce impegno prioritario per ogni Distretto del Fvg, per renderli sia protagonisti attivi degli interventi clinici, sia partecipi dei momenti di programmazione e valutazione delle attività globali. I mmg sono quindi considerati parte fondante del sistema. Enfasi da anni è stata posta sul valore dell'associazionismo medico (associazioni, gruppi, reti), molto diffuso anche perché favorito da incentivi economici frutto di accordi regionali, ma i cui attuali risultati, in termini di impatto concreto per la popolazione degli assistiti e per le Aziende, sembrano essere inferiori alle attese.

Per il potenziamento delle Cure Primarie si è costituita da tempo una rappresentanza formale dei mmg nel Distretto, l'Ufficio distrettuale della medicina generale (Udmg), nella logica complessiva di elevare il governo, anche clinico, dei mmg e della loro presenza per le risposte ai bisogni complessivi di salute.

Linea di azione

Come elemento caratterizzante la volontà di inte-

grare la Medicina Generale nel Distretto si cita il fatto consolidato che in ogni Distretto è ora presente ed attivo l'Ufficio distrettuale della medicina generale (Udmg), costituito dal Direttore di Distretto e da tre rappresentanti dei mmg del Distretto (retribuiti): uno è nominato dal Direttore generale, su proposta del sindacato; gli altri due sono eletti direttamente dai mmg.

L'Udmg rappresenta a tutti gli effetti uno degli elementi di governo del Distretto; favorisce le relazioni con i mmg, il loro inserimento attivo e convinto, motivato e partecipe; facilita la loro presenza nei servizi territoriali, è stimolo al progresso ed al superamento di logiche libero-professionali. Annualmente per ogni Udmg sono fissati obiettivi specifici e azioni target.

Con l'Udmg il Distretto promuove momenti di verifica e revisione di qualità professionale dei mmg con il metodo dell'audit tra pari, avvalendosi delle giornate di aggiornamento obbligatorio (in Regione funziona un Centro di formazione regionale per le cure primarie), sostanzialmente gestite dagli stessi mmg. Grazie agli Udmg e a Cefomed si agisce di concerto per promuovere l'adesione dei mmg a pratiche cliniche di provata efficacia, la continuità assistenziale e la facilitazione dei rapporti tra ospedale e Distretto, tra Medicina generale e specialistica, anche in merito a Pdta condivisi ed al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

Attraverso l'Udmg, negli ultimi anni i mmg hanno partecipato alla programmazione socio-sanitaria integrata (Pat, Pdz) alla definizione dei percorsi di governo clinico e delle politiche del farmaco, queste ultime attraverso azioni ad ampio raggio con ricerca di interventi possibili sulla molteplicità degli elementi che la determinano.

Va, infine, ricordato che in alcuni Distretti i mmg sono responsabili diretti delle attività cliniche degli ospedali di comunità e delle Rsa.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI I RAPPORTI DEL DISTRETTO CON IL SETTORE SOCIOASSISTENZIALE

Nel rimandare a quanto descritto nei paragrafi

precedenti, si precisa che in alcuni Distretti della Regione sono in vigore le deleghe da parte dei Comuni, con apparente maggiore fluidità ed efficienza delle relazioni, nonché efficacia delle azioni.

Ovunque le relazioni con il settore socio-assistenziale riguardano tutte le tipologie di attività ad alta integrazione, con particolare enfasi sull'area anziani, disabilità, materno-infantile.

Per mandato regionale, nei Distretti si sono attivati Punti unici integrati (presenza congiunta di operatori sanitari e sociali) ed è consolidata l'attività delle Uvd e delle équipes multiprofessionali per l'handicap (adulti e minori – si veda sopra).

Grande impulso all'integrazione negli ultimi anni si è registrato con la costruzione dei Pat/Pdz nonché la gestione integrata delle attività (presa in carico congiunta) per i fondi a favore delle persone non autosufficienti/disabili (si veda sopra).

In generale, i Distretti sono spesso le strutture aziendali cui è affidata la responsabilità di collaborare alla stipula delle convenzioni con le istituzioni socio-assistenziali pubbliche e private che gestiscono strutture o servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, delle persone con disabilità, nonché quelle pertinenti all'area materno-infantile.

In alcune realtà regionali si sono oramai consolidate attività integrate innovative esemplari, come ad esempio a Trieste il Pronto intervento domiciliare (cosiddetto Pid), servizio appartenente ai Ssc che, di concerto con i Distretti, assicura entro 24-48 ore dalla segnalazione l'attivazione di servizi domiciliari socio-assistenziali in grado di rispondere ad esigenze estemporanee-urgenti, così da evitare il ricovero in ospedale per motivi "sociali" ovvero in casa di riposo (per esempio, il cedimento del coniuge che ricopre il ruolo di care giver).

ELEMENTI CARATTERIZZANTI I RAPPORTI DEL DISTRETTO CON I SOGGETTI EROGATORI FOR PROFIT E NO PROFIT

Il Distretto cerca di collocarsi al centro del sistema di offerta dei servizi alla persona/famiglia del pro-

prio territorio.

Premesso che la sanità privata (profit) in Fvg ha dimensioni ed espansioni molto contenute (qualche punto percentuale del budget totale) e che sono in corso i processi di accreditamento delle strutture private nelle varie branche/specialità, i Distretti possono contare sulla complementarità dei servizi sanitari resi dai soggetti privati convenzionati (esempio tipico, nel settore della fisioterapia). In alcuni casi il Distretto partecipa alla negoziazione dei budget annuali di produzione di questi erogatori locali ed ha il mandato aziendale di mantenere aperto e favorire ogni canale di comunicazione e relazione positiva per cercare di armonizzarne e modularne l'offerta.

Più consistente è il numero di soggetti erogatori di servizi socio-sanitari residenziali con cui devono relazionarsi i Distretti, individuabili sia in soggetti profit (ad esempio per alcune Rsa), che no profit (residenze gestite da Comuni, dal privato-sociale). In questi casi sempre più spesso il Distretto è sollecitato ad essere soggetto che verifica la qualità dei servizi e quindi in qualche modo garante del rispetto dei diritti degli ospiti a trattamenti e assistenza adeguati.

In molte realtà distrettuali è ricercata inoltre l'interazione con la cooperazione sociale (in particolare di tipo B), intesa anche quale strumento capacitativo di soggetti fragili, e quindi agenti con valenza terapeutica-riabilitativa. In generale, si avverte una diffusa tensione per la costruzione di sistemi unitari e convergenti, coerenti ed armonici. Per completezza, merita inoltre ricordare i rapporti con i cittadini e con le loro rappresentanze: spesso il Distretto promuove, nel rispetto delle caratteristiche locali, momenti di incontro e confronto stabili (ad esempio attraverso organismi quali i forum, le consulte ecc.); ricerca e coltiva l'integrazione con le associazioni di volontariato, con le quali può stipulare accordi o convenzioni, secondo le disposizioni aziendali, in ordine a programmi/progetti di attività concordati con il Distretto, che in alcune realtà possono avvalersi di contributi resi disponibili all'interno del fondo co-

stituito ad hoc dalle Aziende sanitarie. Sono diffusi i momenti e gli strumenti di partecipazione attiva di questi soggetti, ai quali ci si rivolge sia perché portatori di nuovi fattori produttivi in grado di rafforzare/completare l'offerta di servizi, sia per il loro ruolo di stakeholder (utili nelle fasi di programmazione di Pat/Pdz). In generale, l'intesa con il terzo settore è ricercata quale momento importante e necessario alla presenza di un Distretto concretamente ancorato al proprio territorio ed alla comunità locale.

Note

L'articolo integra i dati raccolti con il questionario; riporta opinioni dell'estensore e di altri colleghi Direttori di Distretto della Regione; possono, quindi, non coincidere con posizioni ufficiali istituzionali.

Le realtà distrettuali in Friuli Venezia Giulia sono molto variegata ed è impossibile presentarne una sintesi "media"; l'articolo cerca di darne un quadro di insieme convergente, con citazione di pratiche che, pur magari limitate a pochi contesti, sono maggiormente meritevoli di segnalazione per originalità o rilevanza.

REGIONE LAZIO

di *Miriam Cipriani**, *Valentino Mantini***, *Laura Gerosa****, *Gianni Vicario[°]*, *Antonella Proietti^{°°}*, *Gregorio Versace^{°°°}*

* Direttore regionale della Direzione Assetto Istituzionale, Prevenzione ed Assistenza Territoriale – Regione Lazio

** Dirigente Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione sociosanitaria – Regione Lazio

*** Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione sociosanitaria – Regione Lazio

[°] Dirigente Laziosanità - ASP

^{°°} Direttore Distretto - Azienda USL Viterbo

^{°°°} Direttore Distretto - Azienda USL Roma H

I problemi di salute della popolazione sono per la maggior parte complessi, di pertinenza di professionalità molto varie e necessitano non di singole prestazioni, ma di percorsi clinico-assistenziali ben coordinati. L'approccio meramente specialistico, la perdita della visione unitaria e la riduzione della complessità, tipica della parcellizzazione attuale dell'assistenza, conducono ad una mancanza della relazione e riducono l'efficacia dei singoli interventi. In molti Distretti, sulla base delle indicazioni programmatiche regionali, si sta sviluppando un modello prevalente caratterizzato dal Punto unico di accesso integrato socio-sanitario e dall'Unità valutativa multidimensionale distrettuale. In particolare, il momento valutativo viene inteso come flessibile e modulare, non ancorato ad un profilo rigido di Unità valutativa bensì adattato al reale bisogno della persona. Tale modello prevede la presa in carico della persona da parte di un Case manager e, laddove definiti, l'utilizzo di percorsi socio-assistenziali. A tal fine tutti i Distretti sono stati in-

vitati a realizzare specifici Protocolli d'intesa con gli Enti locali.

Per quanto riguarda le specifiche attività, nell'ambito delle strategie preventive più generali, il Distretto organizza e coordina programmi di prevenzione primaria (campagne vaccinali, malattie cronico degenerative) e secondaria, quali lo screening per la prevenzione del tumore della mammella e della cervice uterina; vengono, inoltre, gestiti programmi di prevenzione a livello scolastico (dagli asili nido alle scuole superiori), affrontando problematiche profondamente diversificate e predisponendo degli specifici indicatori per misurare gli esiti degli interventi in termini di salute. Un altro ambito di attività è quello relativo ai programmi di prevenzione e correzione di comportamenti a rischio (negli stili di vita, nell'avvio e nell'esercizio di attività sportive agonistiche e non, nell'uso-abuso di sostanze farmacologiche o di sostanze stupefacenti, del fumo, dell'alcool, del gioco d'azzardo, ecc.).

La gestione della cronicità si realizza tramite la

presa in carico di soggetti affetti da patologie cronico-degenerative, spesso portatori di bisogni socio-assistenziali correlati alla non piena autosufficienza; il percorso si organizza all'interno di team multidisciplinari, il cui stile di lavoro è caratterizzato dall'integrazione tra i singoli professionisti, in un piano di pari dignità.

Nello specifico il modello a tendere per la gestione della cronicità a livello territoriale è ispirato al Chronic care model (Ccm). In particolare i sei elementi del Ccm sono stati così contestualizzati:

- risorse della comunità: i Distretti pongono in atto strategie finalizzate a valorizzare la rete locale quale ulteriore risorsa per la presa in carico del singolo;
- organizzazioni sanitarie: gli atti aziendali prevedono specifici assetti organizzativi del Distretto che supportano la logica della presa in carico e della continuità assistenziale piuttosto che quella prestazionale;
- supporto all'autocura: nei Distretti sono attivi specifici programmi rivolti ad alcune patologie croniche finalizzati al self management;
- organizzazione del team multidisciplinare: attraverso l'attivazione di équipe multidisciplinari modulate sui bisogni della persona si procede alla presa in carico complessiva con la definizione del Piano di assistenza individuale;
- supporto alle decisioni: implementazione di linee guida relative a patologie croniche ad elevata prevalenza;
- sistemi informativi: sviluppo in specifici settori (residenziale, domiciliare) di sistemi informativi dedicati. Si sta sviluppando l'architettura complessiva del sistema e si stanno realizzando esperienze locali di integrazione tra i vari sistemi per alimentare specifici set di indicatori distrettuali. Relativamente ai setting assistenziali domiciliare

e residenziale, la normativa e gli atti programmatici regionali hanno individuato nell'Unità valutativa multidimensionale dell'assistenza domiciliare distrettuale la porta di accesso alla rete dei servizi. È stato individuato uno specifico strumento valutativo del case mix assistenziale nelle residenze (RUG) ed è stato contestualmente avviato il processo di strutturazione dell'assistenza domiciliare in termini di requisiti strutturali, organizzativi e di tariffazione.

Il Distretto, attraverso i Centri di assistenza domiciliare, segue particolari fasce di popolazione (anziani, disabili, ecc.) anche in integrazione con i servizi sociali dell'Ente locale di riferimento; per i casi complessi è prevista l'elaborazione di un Piano di assistenza individualizzato, con l'esplicitazione del percorso assistenziale terapeutico, degli obiettivi e degli aggiornamenti previsti con determinate scadenze temporali al fine di verificare l'andamento dell'assistenza ed eventuali rimodulazioni della stessa in ragione delle condizioni clinico-assistenziali della persona.

Il Distretto gestisce i rapporti con la Medicina generale e la Pediatria di libera scelta per quanto attiene l'appropriatezza prescrittiva, analizzando e discutendo con i Medici i dati relativi al consumo di farmaci al fine di favorire l'aderenza dei comportamenti prescrittivi a Linee guida basate sull'evidenza scientifica. Il Distretto, inoltre, nell'ambito di specifici progetti, favorisce il coinvolgimento dei Mmg e Pls nelle attività di monitoraggio e cura di fasce di popolazioni fragili e/o a rischio.

Le opportunità derivanti dalla progressiva trasformazione del Servizio sanitario regionale possono contribuire a rendere effettiva l'auspicata centralità del territorio e del Distretto, facendo sì che assumano il pieno governo del settore dell'assistenza primaria.

REGIONE LIGURIA

di **Graziella Giusto**

Servizio Politiche sociali integrate – Regione Liguria

A partire dal 2006 in Liguria è stato avviato un processo di ristrutturazione dei servizi distrettuali, imperniato sulla costituzione del Distretto socio-sanitario, che la Legge regionale n. 12/2006 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) e la Legge regionale n. 41/2006 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) definiscono come "... la dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse o di secondo livello e le funzioni sociosanitarie". I Sindaci dei Comuni compresi nella delimitazione territoriale di ogni Distretto costituiscono il Comitato dei Sindaci del Distretto.

Sul piano dei processi di programmazione e pianificazione il Comitato dei Sindaci ed il Direttore generale dell'Asl approvano il Piano socio-sanitario del Distretto, che ha lo scopo di realizzare lo sviluppo sociale locale e la tutela socio-sanitaria della popolazione, attraverso un'appropriata organizzazione della rete dei servizi.

L'operatività dell'integrazione socio-sanitaria, nell'ottica del potenziamento dell'offerta territoriale, è garantita attraverso il convenzionamento tra Asl e Comuni.

La nuova configurazione assegna al Distretto socio-sanitario la funzione di assicurare le prestazioni sanitarie, le prestazioni sociali complesse

o di secondo livello e le prestazioni socio-sanitarie.

Le funzioni sociali sono affidate al Direttore sociale e le funzioni sanitarie al Direttore del Distretto sanitario, che per le attività socio-sanitarie operano d'intesa costituendo l'Unità distrettuale ed avvalendosi di un Comitato distrettuale.

Il processo di implementazione dell'integrazione socio-sanitaria ha comportato la ridefinizione degli assetti organizzativi delle Aziende sanitarie locali, a partire dalla costituzione del Dipartimento delle cure primarie e delle attività distrettuali con la funzione di promuovere e agevolare lo sviluppo delle attività territoriali. Al Distretto, dotato di autonomia tecnico-funzionale, competono la responsabilità della gestione corrente delle risorse umane e dell'erogazione di tutte le attività distrettuali.

AZIONI PRIORITARIE

La configurazione dei servizi distrettuali in Liguria, imperniata sull'integrazione socio-sanitaria, richiede il consolidamento ed il potenziamento delle metodologie, degli strumenti e dei percorsi che consentono di rendere strutturale l'operatività integrata.

A) Punto unico di accesso (Pua)

Regolamentazione ed attivazione di almeno un

Pua nei 19 Distretti, sulla scorta delle indicazioni per gli Obiettivi di PSN 2009 e degli indirizzi del Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (Ccm) e Agenas, inteso come una modalità organizzativa rivolta particolarmente alle persone fragili che faciliti l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali non comprese nell'emergenza.

B) Valutazione multidimensionale (Vmd)

Consolidamento ed estensione della Vmd, effettuata dall'Unità di valutazione multidimensionale (Uvmd), équipe la cui composizione varia in relazione al bisogno, incaricata di individuare e misurare il bisogno sanitario e sociale.

Per la misurazione della non autosufficienza la Regione ha formalmente adottato la scheda AGED (Assessment of Geriatric Disability) PLUS, che consente l'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psico-fisica e di un asse collegato alle caratteristiche sociali.

La Vmd può essere attivata a seguito del processo di accoglienza (Pua) nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitario-assistenziali-sociali, dal Medico di medicina generale laddove si rilevino problemi sociosanitari complessi, dall'assistente sociale del Distretto socio-sanitario.

C) Presa in carico socio-sanitaria

Consolidamento e sviluppo della presa in carico socio-sanitaria attraverso l'integrazione delle prestazioni, obiettivo determinante della continuità assistenziale e della risposta multidimensionale ai problemi di salute con determinanti o concause di carattere sociale.

Alla Vmd segue l'elaborazione del Piano individualizzato di assistenza (Pia), prima fase del processo assistenziale, definibile come un insieme di azioni e di interventi che rimuovono i problemi evidenziati nella Vmd, valutando anche la consistenza delle risorse (personali, relazionali ed economiche) che l'assistito è in grado di mobilitare. Per rendere il Pia concretamente agibile si defini-

scono "protocolli operativi" che regolano tali passaggi tra Unità operative diverse (es: ospedale/domicilio, ospedale/residenza, residenza/domicilio, Mmg/specialistica, Mmg/Dipartimenti, ecc.).

D) Controllo e verifica dei casi

Consolidamento e diffusione della funzione di responsabile dell'attuazione del Pia (case manager), che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona che ha bisogni complessi socio-sanitari, con il compito di seguire il paziente e la famiglia durante tutto il percorso assistenziale per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. Al case manager è affidato anche il monitoraggio del processo assistenziale sulla base delle indicazioni del Pia, che individua anche i risultati attesi dalle prestazioni erogate e definisce i tempi di verifica dei servizi resi e gli outcomes.

COLLABORAZIONE A PROGRAMMI DI PREVENZIONE

I Distretti sono direttamente coinvolti nella realizzazione dei seguenti programmi di prevenzione, locali e sovra regionali.

Promozione della prevenzione e controllo delle malattie infettive, con particolare attenzione sia a quelle prevenibili con vaccinazione sia a quelle emergenti e riemergenti, attraverso idonei e specifici sistemi di sorveglianza.

Piano Regionale della Prevenzione – Area Vaccinazioni: elaborazione di programmi e strategie di vaccinazione, stesura dei relativi crono-programmi.

Progetto "Strategie per il miglioramento della copertura vaccinale nei bambini con patologia cronica", finanziato dal Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) e promosso dall'U.O. Epidemiologia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Il progetto si propone di individuare alcuni determinanti di vaccinazione nelle popolazioni pediatriche con patologia cronica e di implementare e sperimentare strategie integrate per migliorare la copertura vaccinale in queste categorie.

Sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia), per monitorare, a livello regionale e aziendale, le attività di prevenzione delle maggiori malattie causa di cronicità, cogliendo l'evoluzione e gli eventuali cambiamenti nella percezione della salute, degli stili di vita e dei comportamenti a rischio.

Progetto Passi d'Argento (la qualità della vita vista dalle persone con 65 e più anni), con l'obiettivo di elaborare e sperimentare un modello di indagine per realizzare un sistema di sorveglianza sulla salute degli anziani, finalizzato a fornire ad Aziende sanitarie, Comuni e Regione informazioni relative alla qualità della vita, ai bisogni di salute e alla percezione dei servizi nella terza età per indirizzare le risorse e razionalizzare gli interventi destinati all'assistenza agli anziani.

GESTIONE DELLA CRONICITÀ

Il fenomeno della cronicità in Liguria interessa circa 700.000 persone. Il Progetto Nocchiero, curato dall'Agenzia sanitaria regionale, è volto allo sviluppo e applicazione di un sistema per l'individuazione di gruppi di popolazione omogenei per caratteristiche cliniche e relativa analisi della domanda. Partendo dall'analisi del fabbisogno, delle priorità, delle attività e dei costi standard, il progetto ha l'obiettivo di delineare la mappatura delle cronicità, definire percorsi diagnostico/terapeutici condivisi, valutare l'impatto delle misure adottate, con particolare riferimento alle liste di attesa.

GOVERNO DEGLI ACCESSI IN ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

La normativa regionale assegna al Distretto socio-sanitario la funzione di governo degli accessi e di erogazione delle prestazioni relative alle cure primarie, alle cure domiciliari, all'assistenza residenziale e a ciclo diurno, agli interventi per la non autosufficienza, utilizzando la metodologia e

gli strumenti già descritti dell'integrazione socio-sanitaria.

Parallelamente alla riorganizzazione delle attività distrettuali, la Regione ha emanato le indicazioni per il riordino delle cure domiciliari (2007) e dei servizi residenziali e semiresidenziali (2008), richiamando e precisando il ruolo del Distretto quale soggetto titolare dell'erogazione delle prestazioni.

RAPPORTO TRA DISTRETTO E MEDICINA GENERALE

I Medici di medicina generale ed i Pediatri di libera scelta, quali referenti diretti per la salute delle persone e delle famiglie, partecipano direttamente alle attività distrettuali, dalla Vmd alla definizione e gestione del Pia. L'Accordo integrativo regionale delinea un sistema di cure primarie e di continuità assistenziale governato dal Distretto e incentrato su un rafforzamento della presenza dei Mmg e dei Pls, incrementando lo sviluppo di forme associative (Utap, Etap, ecc.), in modo da garantire una continuità assistenziale clinica nel ciclo 8/20 a supporto del cittadino anche nelle fasi di acuzie delle patologie croniche, facilitare le dimissioni ospedaliere protette per coloro che necessitano di continuità di cure a domicilio e supportare le criticità nelle residenze per anziani al fine di evitare ricoveri ospedalieri non appropriati.

La sperimentazione di "Case per la Salute" si avvale dell'apporto dei Mmg e dei Pls per garantire l'integrazione e la continuità assistenziale in aree particolarmente disagiate.

RAPPORTI DEL DISTRETTO CON I SOGGETTI EROGATORI FOR PROFIT E NO PROFIT

Le politiche regionali attribuiscono ai soggetti no-profit un ruolo di rilievo, sotto il profilo della co-progettazione con esternalizzazione della gestione delle attività sociali. Il Comitato dei sindaci di Distretto sociosanitario coinvolge, nell'ambito dei processi di programmazione e pia-

nificazione, le organizzazioni del Terzo Settore e degli altri soggetti no profit che concorrono alla realizzazione del sistema integrato di servizi, al fine di favorire la partecipazione alle scelte strategiche ed alle priorità.

I soggetti erogatori for profit accreditati parteci-

pano all'offerta di servizi sociali e socio-sanitari conformandosi a quanto stabilito dalla normativa vigente. Le loro rappresentanze sono chiamate dalla Regione e dai Distretti sociosanitari alle consultazioni in materia di programmazione sociale e socio-sanitaria.

REGIONE LOMBARDIA

Rosella Petrali*, Anna Maria Maestroni**

* Dirigente Unità Organizzativa Servizi e interventi sociali e sociosanitari - Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale - Regione Lombardia

** Dirigente convenzionato presso la Direzione Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale - Regione Lombardia

L'attuale modello del Servizio sanitario regionale prende avvio con la Legge Regionale n. 31/1997 e con le linee programmatiche strategiche individuate nel Piano Socio sanitario 2002-2004 che, attraverso una sostanziale semplificazione della struttura organizzativa, sancivano i principi caratterizzanti la riforma del welfare lombardo, in particolare nella sua linea di sostegno alla sussidiarietà basata su alcuni elementi essenziali:

- la centralità del cittadino e la sua libertà di scelta all'interno del sistema;
- la separazione tra soggetti erogatori (aziende ospedaliere e strutture private accreditate) e soggetti acquirenti (Asl);
- l'introduzione di un sistema di accreditamento "aperto" nel rispetto di specifici standard qualitativi fissati dalla Regione;
- la graduale esternalizzazione dei servizi socio-sanitari a soggetti erogatori istituzionali (AO e strutture private accreditate) e a nuovi soggetti pubblici e privati, profit o non profit;
- lo sviluppo del ruolo delle Asl nell'ambito della tutela e controllo attraverso il rafforzamento delle funzioni di programmazione, acquisto di servizi e controllo delle prestazioni;

- il perseguimento dell'integrazione socio-sanitaria tra il sistema sanitario, sociosanitario e sociale, istituendo all'interno delle Asl la figura del direttore sociale e il dipartimento delle attività socio sanitarie integrate (A.S.S.I.);

- il rafforzamento della partecipazione responsabile al processo decisionale programmatico regionale dei cittadini, degli enti locali e di tutti gli attori del sistema (pubblici e privati, profit e no profit).

Le linee di indirizzo citate puntavano essenzialmente al ridisegno delle principali unità del sistema di offerta in particolare nel settore socio-sanitario e sociale, nella definizione di requisiti di accreditamento basati sulla qualità delle prestazioni, dei criteri per l'accesso ai servizi nonché dei sistemi di remunerazione.

L'EVOLUZIONE NORMATIVA E LE NUOVE SFIDE DI WELFARE

Le trasformazioni demografiche ed epidemiologiche avvenute in questi anni hanno imposto un ripensamento radicale della politica di welfare regionale, non più basata su aggiustamenti settoriali ma sul rafforzamento dei legami tra le diverse componenti della società e affrontando i proble-

mi in termini di sostenibilità e partecipazione. In questa prospettiva il sistema di welfare è destinato a configurarsi “welfare delle responsabilità”, come transizione dal “welfare dei diritti” già avviato nella precedente legislatura. I principali obiettivi declinati nel Programma regionale di sviluppo della IX Legislatura, pur confermando alcuni capisaldi del sistema lombardo ispirato alla sussidiarietà, si ispirano a politiche di innovazione e sviluppo che prevedono:

- la promozione di interventi sulle persone (dal governo dell’offerta al governo della domanda), viste non più come portatrici di un bisogno e destinatarie dell’intervento, ma soggetti in grado di partecipare alla costruzione della risposta;
- il potenziamento di una effettiva libertà di scelta rispetto ai percorsi e non più solo rispetto agli erogatori (co-progettazione del proprio percorso di salute e di vita);
- il rafforzamento del ruolo del terzo settore che superi quello di mero erogatore di servizi;
- la promozione dell’integrazione, superando logiche organizzative settoriali.

Con la Legge Regionale n. 3/2008 “Governo della rete delle unità d’offerta sociosanitarie e sociali” e con la Legge Regionale n. 33/2009 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, che abroga la L.R. 31/97, la Regione ha inteso richiamare i principi di sussidiarietà orizzontale e verticale e di libera scelta del cittadino, perseguendo tra gli obiettivi prioritari l’adeguatezza della rete delle unità d’offerta ai bisogni sociali e sociosanitari, la personalizzazione degli interventi e la promozione dell’integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza dei Comuni. I provvedimenti citati rinforzano il ruolo della Regione come ente preposto alla programmazione, all’indirizzo, al coordinamento, controllo e supporto nei confronti delle Aziende sanitarie locali (Asl), alle quali viene riconosciuta la piena autonomia nella programmazione a livello locale della rete d’offerta in linea con le indicazioni regionali e con le linee di indirizzo formulate dai Comuni.

Il Piano Socio Sanitario 2010-2014, che rappresenta lo strumento di programmazione integrato nel quale sono indicate le linee di indirizzo del sistema regionale nelle politiche in ambito sanitario e sociosanitario, sancisce come obiettivo prioritario delle azioni programmatiche il passaggio “dalla cura al prendersi cura”, rinforzando la scelta regionale di porre al centro del sistema la persona e la sua famiglia sostenendo a livello territoriale distrettuale l’integrazione e l’unitarietà fra i diversi interventi sanitari, sociosanitari e sociali, la continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza, incoraggiando un ruolo attivo della persona nella gestione della propria malattia. L’evoluzione dei bisogni, caratterizzata principalmente dalla cronicizzazione delle malattie e dall’incremento delle condizioni di fragilità sociale, soggiace ad una progettazione innovativa che colloca nel territorio il luogo privilegiato dell’integrazione nella logica di una presa in carico globale e continuativa, finalizzata a garantire la miglior qualità di vita possibile della persona e della sua famiglia, attraverso un’offerta di servizi regolata secondo i principi dell’efficacia, dell’efficienza, dell’appropriatezza, della semplificazione dei rapporti amministrativi e della responsabilizzazione degli enti. La modalità più appropriata con cui perseguire questi obiettivi è quella rappresentata dai “percorsi di cura”, che trovano la loro applicazione all’interno di una rete di servizi adeguata a garantire una risposta flessibile e dinamica a bisogni in continua evoluzione, potenziando la territorialità dell’intervento secondo una logica di integrazione e multidisciplinarietà. In questa prospettiva prende avvio la sperimentazione di un modello di gestione territoriale della cronicità, finalizzata ad integrare i servizi esistenti e a coinvolgere, in una dinamica sussidiaria, le diverse competenze. L’insieme di attività, servizi e prestazioni previsti nel pacchetto rappresentato dal CReG (Chronic Related Group) è patologia specifico ed è finalizzato ad assicurare i livelli assistenziali previsti nei vari percorsi di cura. La logica che guida la definizione del rim-

borso è molto simile a quella che viene utilizzata per classificare e pagare le attività erogate in acuzie (Drg). Unitamente allo sviluppo dei percorsi territoriali preposti alla cronicità, assume un ruolo strategico l'implementazione della fase intermedia delle cure, come elemento qualificante i percorsi assistenziali in particolare rivolti ai bisogni correlati alla cronicizzazione delle patologie e alle fragilità legate all'invecchiamento.

Le linee programmatiche regionali rafforzano il ruolo importante rivestito dalla famiglia nel potenziamento del livello territoriale delle cure e dell'assistenza, in particolare nell'ambito domiciliare. Proprio per questo la Regione ha confermato e ulteriormente rinforzato la funzione di coordinamento delle Asl dei servizi territoriali nella loro declinazione distrettuale, attraverso:

- lo sviluppo dei centri per l'assistenza domiciliare, dislocati a livello distrettuale, con l'obiettivo di assicurare modalità uniformi di accesso ai servizi, informare, orientare e accompagnare nei percorsi all'interno della rete dei servizi il cittadino e la sua famiglia;
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata, con particolare riguardo ai bisogni complessi, promuovendo un miglioramento qualitativo dei servizi stessi;
- l'identificazione di unità residenziali dedicate per l'assistenza ai casi complessi e soluzioni alternative alla residenzialità, con particolare riferimento alle situazioni di fragilità sociale.

I DISTRETTI NELLA PROSPETTIVA DELLA IX LEGISLATURA

Il territorio lombardo si estende su di una superficie complessiva di 23.861 kmq di cui il 40,5% rappresentato da aree montane. La popolazione residente al 31 dicembre del 2009 è di 9.826.141 abitanti, di cui il 51,1% femmine e il 10% stranieri; la fascia degli ultrasessantacinquenni è pari al 19,2% con un incremento significativo osservato in questi ultimi dieci anni in particolare della fascia dei grandi anziani (85+).

In Regione Lombardia, per quanto riguarda l'as-

sistenza sanitaria di primo livello (medicina territoriale), il sistema è organizzato in 15 Asl, all'interno delle quali sono presenti 86 distretti (cui va aggiunto il Distretto di Campione d'Italia), con una densità di popolazione quantitativamente differente. Pur in presenza di un ruolo forte della Regione nel governo e nella programmazione delle politiche di welfare, viene riconosciuta alle Asl un'autonomia sostanziale nel disegno organizzativo, nella programmazione e nelle modalità erogative dei servizi e delle prestazioni in base alle specificità territoriali.

L'attività delle Asl, pur nelle differenze riscontrate, è organizzata in ambiti distrettuali con specifiche competenze funzionali e gestionali all'interno di un'organizzazione aziendale di tipo dipartimentale, secondo la quale il direttore di Distretto, titolare di struttura complessa, partecipa alle attività aziendali di programmazione, acquisto e controllo in stretta collaborazione con i dipartimenti aziendali. È prevista la partecipazione dei direttori di Distretto alle contrattazioni (tavoli con Comuni e negoziazione budget aziendale), l'assegnazione di risorse proprie per l'azione di erogazione e coordinamento nell'ambito territoriale di riferimento tale da consentire lo sviluppo di percorsi di cura territoriali, e la partecipazione insieme ai Comuni alla programmazione di zona per la definizione degli interventi sociosanitari e sociali di competenza. Una delle funzioni principali attribuita al Distretto è quella di "tutela" della popolazione e di declinazione operativa delle attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, in modo da rappresentare i bisogni della comunità locale attraverso il coordinamento della realizzazione delle attività programmate a livello aziendale, in stretta collaborazione con i Comuni ed i diversi interlocutori sul territorio. Tutti i documenti di programmazione strategica regionale individuano nel livello distrettuale il luogo più importante per il governo della domanda, favorendo l'implementazione di punti d'accesso preposti all'accoglienza, all'orientamento e accompagnamen-

to del cittadino, attuando una regia unica in grado di garantire un'omogenea valutazione dei bisogni, una presa in carico globale integrata e continuativa ed il coordinamento di tutte le attività ad essa riferite nel periodo successivo alla fase acuta della malattia (post-acuzie), nella fase cronica di lungo assistenza e nelle situazioni di disagio/fragilità sociale.

In questa prospettiva lo sviluppo delle cure primarie rappresenta un elemento importante nella nuova visione del Distretto, prevedendo, oltre alla promozione dell'associazionismo tra medici, la

sperimentazione di nuovi modelli organizzativi, modulati sulle esigenze territoriali, per la costituzione di team per le cure territoriali integrate in sinergia con gli indirizzi regionali sull'assistenza post-acuta e delle patologie croniche. In tal senso verranno promosse forme aggregate di assistenza primaria improntate al confronto e condivisione delle competenze e delle esperienze tra Mmg e professionisti delle strutture specialistiche ubicate nel territorio di riferimento, anche attraverso l'ausilio delle tecnologie proprie della telemedicina.

REGIONE MARCHE

di **Gabriella Beccaceci***, **Gilberto Gentil****

* Direttore Unità Cure Primarie ASUR Marche – Zona Territoriale 5 Jesi

** Direttore Distretto Zona Territoriale 4 - Senigallia (AN)

23 Distretti delle Marche rappresentano sicuramente dei presidi strutturati ancorché diversamente organizzati e logisticamente poco sovrapponibili. Va premesso che nelle Marche è presente un'unica Azienda sanitaria territoriale, articolata in 13 zone che non hanno personalità giuridica. I Distretti delle Marche coprono una popolazione che va da 14.000 a 125.000 unità: 11 sono compresi nella fascia che va dai 15.000 ai 50.000 abitanti, 12 in quella da 60.000 ad oltre 100.000. La Regione Marche è una delle 7 Regioni in cui il Distretto sanitario coincide con l'Ambito territoriale sociale. Il Distretto sanitario rappresenta nella Regione Marche una realtà consolidata, che attraverso un'evoluzione delle forme organizzative ed una costante attenzione degli organi di programmazione regionale garantisce oggi funzioni di tutela e garanzia sulla corretta erogazione ed esigibilità dei Lea nel macrolivello territorio. Uno dei punti di forza che ha contribuito alla storicizzazione di questo ruolo centrale del Distretto va sicuramente individuato nella scelta di operare una coincidenza assoluta tra il territorio di competenza della struttura sanitaria e l'ambito territoriale sociale. Il centro della relazione tra sociale e sanitario è, quindi, il rapporto tra il Coordinamento dell'ambito sociale ed il Direttore del Di-

stretto, due entità distinte, ma fortemente legate. Tale legame dovrà sviluppare in futuro ulteriori e significative forme di cogestione che privilegeranno l'obbligatorietà di programmazione sincrona e congiunta nel campo dell'integrazione socio-sanitaria. Il quadro dell'assetto territoriale è completato da un lato dal livello politico: strutturato con la Conferenza dei Sindaci (di livello zonale) per la sanità e con il Comitato dei Sindaci (a livello di Ambito territoriale) per il sociale; dall'altro dal livello della partecipazione della cittadinanza: i tre "pilastri" del terzo settore (organismi del volontariato, la cooperazione sociale e l'associazionismo di promozione sociale), le altre formazioni sociali (sindacati, fondazioni, ecc.) e i cittadini in forma più o meno organizzata.

Nel PSR 2007/2009 venivano considerati alcuni "prerequisiti fondamentali":

1. l'accesso al sistema: la porta di accesso al sistema, contrariamente a quanto attualmente in essere, deve essere unica; il Distretto deve configurarsi come il contenitore logico della funzione di controllo dell'accesso. Il modello del Punto unico di accesso (Pua) è stato recepito e promosso a livello nazionale e sperimentato nella Regione in un progetto che ha coinvolto le Zone Territoriali 5 e 6. Tale funzione deve tro-

vare applicazione progressiva e diffusa in tutti i territori;

2. la valutazione (governo degli accessi in assistenza domiciliare e residenziale): l'Unità valutativa integrata (Uvi) è una categoria logica che può declinarsi come l'orientatore dei percorsi sanitari e socio-sanitari complessi. L'Uvi non configura soltanto un momento clinico, ma interpreta anche la responsabilità di allocare le risorse; è l'Uvi che stabilisce l'ambito di cura in cui va posizionato il caso complesso, non garantendo solo l'accesso, ma anche e soprattutto l'appropriatezza tra i vari ambiti di cura e la continuità dell'assistenza. La valutazione multidisciplinare è peraltro esplicitata dal comma B dell'art. 10 del Patto della salute 2010-2012 come unica modalità di accesso al sistema domiciliare e residenziale;

3. l'offerta in Rete: il potere di connessione del Distretto configura una rete di offerta unica; l'insieme integrato Distretto – Ospedale – ambito sociale diventa una struttura articolata, ma unica, di offerta.

LA PRESA IN CARICO E LA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

La presa in carico rappresenta un'opzione strategica attraverso cui il Distretto "competente" esercita la funzione di governo della domanda riducendo le "vie di fuga". La continuità assistenziale è la funzione di indirizzare, aiutare ed assistere il paziente/utente nel percorso all'interno della rete curante che insiste sul suo territorio e nell'intero sistema sanitario. Nella definizione e nell'articolazione dei percorsi e dei processi di presa in carico e continuità dell'assistenza la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria è essenziale. La sfida essenziale e decisiva che il Servizio sanitario nazionale e il Servizio sanitario regionale dovranno sostenere nei prossimi anni sarà rappresentata dalla risposta alla cronicità, derivato primario del progressivo invecchiamento della popolazione. La Regione Marche che oggi è al vertice nelle proiezioni sull'attesa di vita

alla nascita ha caratterizzato il suo impegno istituzionale su questo versante, anche e soprattutto nella convinzione acclarata che la terza età sia in effetti il volano per lo sviluppo di una "terza economia" che produce valore nella misura in cui genera nuovi servizi e posti di lavoro. Il ruolo del Distretto ambisce a definire un modello operativo peculiare, proprio della nostra Regione, che rifugge dalla dicotomia committenza/produzione, esaltando invece la coesistenza delle due funzioni. Il tema permeante della cronicità è il minimo comun denominatore di questa azione che substantia sia un intervento di gestione diretta nella rete domiciliare e residenziale del socio-sanitario che un intervento di committenza verso le reti cliniche ospedaliere, i cui dipartimenti dovranno, in ragione appunto della progressiva cronicizzazione dei pazienti, assumere un ruolo e una valenza trans murale definendo link specifici con il territorio, garanzia di una corretta presa in carico e di un ottimizzazione della continuità dell'assistenza. Ciò consentirà una piena realizzazione dei percorsi delle cure primarie. Un Distretto competente, capace quindi di raccogliere gli input del territorio e di mediare la sostenibilità del sistema in ottica di co-programmazione, pianificazione strategica e controllo degli output. Per perseguire una corretta integrazione nella presa in carico e continuità dell'assistenza è necessario superare, da un lato gli ostacoli interni all'organizzazione e, dall'altro, una consolidata autoreferenzialità dei gruppi professionali che tendono a riconoscersi nella loro identità professionale più che nel sistema integrato dei servizi sanitari e sociali. È necessario, quindi, ritornare a modalità partecipate di programmazione strategica ove la funzione di direzione definisca linee entro cui la pianificazione venga portata a termine con la piena collaborazione e condivisione degli operatori che devono condividere e conoscere le strategie e gli obiettivi a questi sottesi, attraverso una lettura non solo economicistica ma anche prestazionale del setting assistenziale. Va, quindi, va-

lorizzato il ruolo del Direttore di Distretto, che a prescindere dall'organizzazione della struttura diretta, diviene il garante dell'intervento territoriale, delle sinergie operative e della validità dei percorsi e a cui va riconosciuto comunque il coordinamento funzionale della struttura, ancorché aggregata in diverse Unità operative anche complesse. La valorizzazione economica dei percorsi consolidati, la loro comparazione e la loro reingegnerizzazione, promuoverà l'adozione delle migliori pratiche e determinerà un trend verso cui assestare la produzione in una proiezione che coniughi qualità ed efficienza.

Relativamente alla "presa in carico delle persone con bisogni sociosanitari complessi" la Regione, con Decreto del dirigente del servizio salute n. 19/S04 del 17 marzo 2009, ha emanato Linee Guida per la omogenea valutazione medico-legale della disabilità delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica e per la semplificazione all'accesso per la valutazione da parte delle commissioni medico legali preposte all'accertamento unificato degli stati di invalidità civile e di handicap e la Deliberazione di Giunta regionale n. 1514 del 28 settembre 2009, inerente alle Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica.

Sempre in tema di gestione della cronicità è in atto in 4 zone territoriali la sperimentazione del percorso formativo "Family Learning sociale-sanitario per la gestione della cronicità: il caso della BPCO" su progetto e in collaborazione con il CRISS – Centro Interdipartimentale per la Ricerca sull'Integrazione socio-sanitaria del Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università Politecnica delle Marche.

Tra i programmi di prevenzione che hanno visto coinvolto in un ruolo di primo piano il Distretto, un rilievo particolare ha avuto nel 2010 il completamento, con risultati significativamente positivi, del "Progetto Raffaello", sperimentazione di un modello di care management nella prevenzione e nella gestione delle patologie cardiovascolari.

2) ELEMENTI CARATTERIZZANTI IL RAPPORTO TRA DISTRETTO E MEDICI DI MEDICINA GENERALE – MEDICI SINGOLI O ASSOCIATI

In applicazione dell'accordo integrativo regionale per la Medicina Generale ed in continuità con quanto riportato nel precedente piano sanitario regionale, è stata attivata l'esperienza dell'équipe territoriale. La suddivisione del territorio nelle équipe territoriali è stata promossa sulla base di indicazioni presenti nell'accordo, ma la definizione è stata concordata nella periferia tra le parti interessate all'interno dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (Ucad). Pertanto, sulla base delle scelte compiute, i territori distrettuali sono suddivisi in sub aree territoriali. L'attivazione di tale istituto ha avviato un percorso di condivisione di modalità operative, organizzative e professionali tra i Medici aderenti e i corrispondenti Direttori distrettuali che, pur nella fase ancora iniziale, ha generato un processo di lettura condivisa della domanda e un processo concordato di offerta sanitaria. Per tale motivo, dal mese di maggio 2010, è stato attivato un corso di formazione avanzata in Medicina Generale che rappresenta un percorso teorico-pratico rivolto ai Medici di medicina generale coordinatori delle Equipe Territoriali e ai Direttori di Distretto.

3) ELEMENTI CARATTERIZZANTI IL RAPPORTO TRA DISTRETTO CON IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE

La scelta di un approccio integrato sociale e sanitario alle problematiche di salute, di benessere e di protezione sociale, sottolineata dalla Legge regionale n. 13/2003 di riordino del servizio sanitario delle Marche, è stata confermata da una serie di atti normativi regionali successivi e dall'operatività concreta a livello regionale e locale. Come già sottolineato in premessa, il centro della relazione tra sociale e sanitario è il rapporto tra Ambito Territoriale Sociale, con il suo Coordinatore d'Ambito, ed il Distretto sanitario, con il

Direttore di Distretto: due entità distinte, ma fortemente legate. Quindi mantenere la coincidenza tra Distretto sanitario e Ambito territoriale sociale è il prerequisito fondamentale per la corretta gestione integrata e unitaria delle competenze sociali e sanitarie. Il modello marchigiano di integrazione socio-sanitaria rafforza la dimensione unitaria del Distretto sanitario/Ambito territoriale sociale come luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria, sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale, sia come interfaccia istituzionale principale della rete di servizi integrati sociali.

4) ELEMENTI CARATTERIZZANTI IL RAPPORTO TRA DISTRETTO CON I SOGGETTI EROGATORI FOR PROFIT E NO PROFIT

Il privato accreditato costituisce una risorsa importante inserita a tutti gli effetti nella pianificazione e programmazione dell'offerta sanitaria della Regione Marche; l'offerta delle strutture private deve garantire uno stretto rapporto di integrazione e continuità con l'offerta delle strutture a gestione diretta, privilegiando quelle attività che presentano al momento maggiori problemi di lista di attesa e di mobilità passiva.

REGIONE MOLISE

di *Gianfranca Testa**, *Angelo Percolo***

* Direttore Amministrativo ASREM

**Direttore Generale ASREM

La Regione Molise assicura i livelli di assistenza attraverso l'Azienda sanitaria regionale del Molise (Asrem) corrispondente all'intero territorio regionale. Per garantire i differenti livelli di assistenza, l'Asrem si avvale dei propri servizi e presidi.

L'Asrem è articolata in Distretti che comprendono gli Stabilimenti ospedalieri ed i Presidi ospedalieri, entrambi a gestione diretta. I compiti dei Distretti si esauriscono nelle attività territoriali, mentre l'attività ospedaliera, che costituisce un separato livello assistenziale, fa capo direttamente all'Asrem.

L'attuale quadro normativo regionale di riferimento, nel riconfermare il valore strategico di forme di integrazione e coordinamento programmatico, progettuale ed operativo, istituzionalizza una corresponsabilizzazione fra i due sistemi, sociale e sanità.

I sette Distretti sanitari, previsti nell'avvenuta ridefinizione territoriale dell'Asrem e coincidenti con gli ambiti territoriali sociali, costituiscono il livello in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari e socio-assistenziali. I Distretti sono strutture complesse con capacità di organizzare e di gestire l'insieme dei servizi territoriali in funzione dei bisogni di salute dei cittadini, nonché di esercitare il controllo della qualità degli in-

terventi e l'uso appropriato delle risorse.

Ai Distretti è affidata la gestione dell'assistenza di base, ivi compresa la continuità assistenziale, dell'assistenza specialistica in generale, di quella ambulatoriale, pubblica ed in accreditamento esterno, dell'assistenza domiciliare, integrativa, protesica e riabilitativa nonché lo sviluppo delle azioni che interessano i diversi segmenti dell'integrazione socio-sanitaria, il raccordo con le attività e i servizi per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze, l'attività o i servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, l'attività ed i servizi di salute mentale nell'età evolutiva, la sanità penitenziaria.

I Distretti e gli ambiti territoriali sociali condividono il Modello Pua (Porta unica di accesso) a scala regionale, pur nel rispetto delle peculiarità territoriali, quale modalità organizzativa deputata alla decodifica della domanda e alla proiezione sul territorio della complessità e globalità delle risorse disponibili degli enti che concorrono alla lettura del bisogno, alla definizione del percorso terapeutico assistenziale e alla presa in carico.

La Uvm (Unità di valutazione multidimensionale e multiprofessionale) è l'organismo previsto in ogni Distretto, preposto al governo degli accessi in regime residenziale e in assistenza domiciliare a media-alta intensità assistenziale, chiamato a ga-

rantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale, con competenze multidisciplinari per la rilevazione e classificazione delle condizioni di bisogno sanitario-sociale complesso, prodromici alla definizione del percorso più appropriato di trattamento dell'assistito e quindi del Piano personalizzato di assistenza (Pai), avvalendosi di strumenti multidimensionali – la Scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano (Svama), già in uso, e la Scala di valutazione dell'anziano a domicilio (Smad), in corso di approvazione per disabilità – sia per il regime residenziale e semi-residenziale (Rsa-Istituti ex art. 26 Legge n. 833/1978, ecc.) che per quello domiciliare.

Il percorso di valutazione, oltre a tener conto dei bisogni reali e prioritari, espressi o meno, considera interventi da adottare e risorse da attivare in relazione al livello di intensità e durata delle cure, nel rispetto della libertà di scelta, della presenza di una famiglia di supporto e della rete dei servizi esistenti nell'ambito di riferimento.

Particolare risalto è stato dato all'interazione tra ospedale e territorio, prevedendo protocolli operativi per l'accesso, nei percorsi assistenziali domiciliari, degli specialisti a domicilio dell'assistito.

Altro elemento qualificante il sistema delle cure domiciliari è costituito dalla fornitura del materiale di consumo agli assistiti, allettati, che versano in gravi condizioni cronico degenerative.

I Distretti collaborano con il Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica nei programmi di prevenzione (riguardanti soprattutto la popolazione scolastica, la medicina dello sport, gli screening svolti in collaborazione con i Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta, le campagne vaccinali), essendo il Dipartimento articolato con proiezioni territoriali dei servizi alla persona presenti negli ambiti territoriali distrettuali.

Nel rispetto delle previsioni dell'atto aziendale, i Distretti assicurano il coordinamento multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Medici di continuità assistenziale, in interazione con

i Presidi specialistici ambulatoriali e i Presidi ospedalieri.

A seguito degli Accordi decentrati regionali per la Medicina generale è stato dato impulso allo sviluppo dei rapporti tra Distretti e Medici di medicina generale, singoli ed associati, prevedendo il collegamento in rete con sistemi informativi computerizzati in collegamento con il Cup-Pass distrettuale, garantendo la presenza degli stessi nella Uvm, incentivando le forme associative, sviluppando campagne di sensibilizzazione per il contenimento della spesa farmaceutica e per la contrazione della mobilità passiva, favorendo l'approccio professionale-clinico con gli specialisti del territorio e ospedalieri nel governo del processo assistenziale.

Nell'ambito del Programma operativo anno 2010 di prosecuzione del Piano di rientro 2007-2009, tra le azioni poste in essere, in conseguenza alla progressiva disattivazione dei posti letto per acuti, è stata prevista l'attivazione di studi di Medici di medicina generale/continuità assistenziale H12 negli ospedali riconvertiti.

L'offerta H12 di tale servizio consentirà di trattare i codici bianchi e verdi che più frequentemente si rivolgono al pronto soccorso in modo appropriato. I pazienti potranno usufruire immediatamente dei servizi specialistici presenti nella struttura, effettuare rapidamente indagini diagnostiche ed analisi di routine ed ottenere dal Medico di medicina generale la terapia adeguata ed eventuali successivi appuntamenti specialistici.

Si viene così ad interrompere il circolo vizioso tra richieste dei Medici di medicina generale per approfondimenti diagnostici ed appuntamenti negli ambulatori specialistici ospedalieri: il concetto è che i servizi ruotano intorno al paziente che non dovrà più spostarsi tra gli studi del Medico di medicina generale e gli ambulatori ospedalieri specialistici.

Nelle stesse strutture ospedaliere riconvertite sono state, inoltre, attivate le Rsa, con moduli sperimentali di 20 posti letto, e la relativa presa in carico è stata demandata al Distretto competente territorialmente, previa valutazione multidimensionale.

Le Rsa sono funzionalmente collegate con la rete degli altri servizi territoriali e in interazione con le strutture di ricovero per acuti.

In raccordo con gli ambiti territoriali sociali, dopo l'approvazione dei Piani di zona, la stipula degli Accordi di programma, sono in via di definizione i protocolli d'intesa tra i Comitati dei sindaci e i Direttori dei Distretti, per la realizzazione operativa di interventi coordinati e complementari a garanzia di una reale continuità assistenziale sanitaria e sociale, nella finalità di determinare il passaggio tecnico e metodologico da una logica centrata sull'erogazione di buone prestazioni ad una

più matura capace di progettare e gestire processi assistenziali a partire da una analisi multifattoriale del bisogno per differenziarne i contenuti nei diversi percorsi di presa in carico, con azioni integrate che nascono dalla valutazione unitaria del bisogno, vanno alla definizione congiunta e alla realizzazione del progetto di intervento, in un'ottica di qualificazione dei servizi socio-sanitari e di riconferma del valore strategico di forme di integrazione e coordinamento programmatico, progettuale ed operativo attraverso l'istituzionalizzazione della corresponsabilizzazione dei due sistemi, sociale e sanità.

REGIONE PIEMONTE

di **Claudio Zanon***, **Gabriella Viberti****

* Commissario Straordinario Aress Piemonte

** Consulente Aress Piemonte

Atutto il 2010 i 58 Distretti in cui si articolano le 13 Asl della Regione Piemonte si presentano come realtà estremamente variegate: se la loro dimensione media, in termini di popolazione afferente, si colloca tra i 60 ed i 90.000 abitanti (26 Distretti), in alcuni Distretti montani (Perosa Argentina e Torre Pellice nell'Asl TO3 e Ceva nell'Asl Cn1) questa oscilla attorno ai 20.000 residenti, mentre molti capoluoghi di Provincia superano i 100.000 abitanti (alcuni Distretti della città di Torino, i Distretti di Vercelli, Biella, Novara e Alessandria). Varia considerevolmente anche il numero dei Comuni di ciascun Distretto: anche in questo caso il numero più cospicuo di Distretti (22) si attesta su un numero medio tra 2 e 20 Comuni, ma si passa dalla dimensione della circoscrizione, nel Comune di Torino, ai 65 Comuni nei Distretti di Ivrea (Asl TO4), Alba (Asl Cn2) e Asti Nord (Asl Asti).

Questa forte eterogeneità comporta problematiche differenziate nello sviluppo di processi di programmazione.

PRIORITÀ DI AZIONE

In Piemonte la Deliberazione regionale n. 80 dell'11 dicembre 2000¹, nel fornire alle Aziende sanitarie gli indirizzi per l'adozione degli Atti aziendali, riconosce il ruolo del Distretto quale "... garante del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente...".

In particolare, il provvedimento in questione, al Titolo II², contiene alcune indicazioni che consentono di desumere le priorità di azione dei Distretti in Piemonte.

- 1) Il Distretto viene visto anzitutto come il livello della sanità più prossimo alla comunità locale, su cui far ruotare tutto il sistema dei servizi sanitari, centro di riferimento sanitario e socio-sanitario per l'incontro tra le istanze espresse dalla comunità e le risposte del Ssn;
- 2) esso rappresenta la sede più idonea per il confronto con le Autonomie locali e la gestione dei rapporti con la popolazione;
- 3) quale articolazione territoriale, operativa ed organizzativa dell'Asl, esso costituisce centro di

¹ "Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali".

² "Linee di indirizzo per l'organizzazione ed il funzionamento del distretto".

responsabilità e di autonomia gestionale ed economica, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'Asl;

- 4) Il Distretto in Piemonte è concentrato in via prioritaria sul governo della domanda e sulla garanzia di salute, e la sua responsabilità è attribuita sulla globalità della presa in carico dell'utente e non sulle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive territoriali o ospedaliere;
- 5) l'organizzazione distrettuale garantisce:
 - a) l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza territoriali;
 - b) il coordinamento organizzativo delle attività integrate con caratteristiche multiprofessionali;
 - c) informazione ed orientamento del cittadino;
 - d) organizzazione dell'accesso;
 - e) coordinamento del percorso terapeutico.

Tali indicazioni sono state successivamente rafforzate nel Piano socio-sanitario regionale 2007-2010, nel quale il Distretto è chiamato a svolgere principalmente due tipi di funzioni: governare la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali e produrre servizi di assistenza primaria. Il Distretto è concepito con funzione di direzione, coordinamento e integrazione della rete dei servizi a livello territoriale.

In termini di contenuti assistenziali, i Distretti in Piemonte organizzano i servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; provvedono al sostegno alle famiglie, agli anziani, ai soggetti con malattie croniche e gestiscono le attività sanitarie e socio-sanitarie delegate loro dai Comuni, coordinandosi con l'assistenza ospedaliera e avvalendosi in primis dei Medici di medicina generale, dei Pediatri di libera scelta e della continuità assistenziale. Sono competenze del Distretto le cure domiciliari, svolte assicurando al domicilio del paziente le prestazioni di Medicina generale, Medicina specialistica, infermieristiche domiciliari e di riabilitazione, aiuto domestico da parte dei familiari e dell'assistenza sociale. Il Distretto, inoltre, spes-

so supporta l'assistenza farmaceutica convenzionata.

L'INTEGRAZIONE CON IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE, LA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON BISOGNI SOCIO-SANITARI COMPLESSI E LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ

Per i cittadini che manifestano bisogni complessi, richiedenti momenti di valutazione multidisciplinari che tengano conto dei molteplici aspetti alla base della domanda assistenziale, gli operatori dei Distretti delle Asl piemontesi lavorano in stretto contatto con quelli dei servizi sociali, all'interno delle Unità di valutazione multiprofessionali e nei servizi.

Nell'ultimo triennio, 2008-2010, le risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza, che hanno finanziato l'attivazione di 58 Sportelli unici in ciascuno dei Distretti delle Asl piemontesi e l'introduzione di interventi economici a sostegno della domiciliarità in lungo-assistenza (assegni di cura, telesoccorso, pasti a domicilio, interventi di qualificazione delle assistenti familiari), sono state assegnate a Enti capofila dei Progetti in questione, di volta in volta Distretti delle Asl o Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, a seconda delle caratteristiche organizzative delle singole realtà locali.

Anche lo sviluppo dei percorsi dei pazienti fragili – anziani non autosufficienti, disabili, soggetti psichiatrici, minori a rischio – che, partendo dall'accesso e dalla valutazione multi-professionale, prevedono differenti tappe collegate alle opzioni di intervento più appropriate comprese nel ventaglio dei servizi (domiciliari, semiresidenziali e residenziali), avviene con le caratteristiche di una stretta integrazione tra il lavoro degli operatori dei servizi sanitari e quelli sociali.

In Piemonte, nel 2009,

- i 127.000 casi presi in carico in cure domiciliari (il 90% dei quali anziani non autosufficienti, 11,3 casi ogni 100 anziani, il restante 10 % disabili),
- i 3.760 casi in assistenza semi-residenziale (61%

disabili, 21% soggetti psichiatrici e 12,5% anziani),

- i 22.734 casi in assistenza residenziale (68% anziani non autosufficienti, 1,5 casi ogni 100 anziani, 17% disabili, 13,5% soggetti psichiatrici e 1,5% minori), hanno visto l'apporto integrato dei diversi soggetti, sanitari e sociali, che concorrono all'erogazione degli interventi.

IL GOVERNO DEGLI ACCESSI IN ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

Il Piemonte i Distretti governano l'articolato ventaglio delle prestazioni domiciliari, erogando interventi che si possono ricondurre a tre macrotipologie:

- gli interventi per i pazienti acuti ed in via di stabilizzazione: Assistenza domiciliare integrata, Assistenza infermieristica ed Assistenza programmata dei medici di famiglia, erogati dalle Aziende sanitarie locali;
- gli interventi di lungo-assistenza per i pazienti cronici, erogati dagli assistenti tutelari delle Asl o degli Enti gestori dei Servizi socio-assistenziali;
- gli interventi a sostegno della domiciliarità: interventi economici quali erogazioni di assegni di cura o buoni servizio, telesoccorso, pasti a domicilio, interventi di qualificazione delle assistenti familiari, erogati dalle Asl o dagli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali.

Compete ai Distretti l'erogazione (attraverso strutture a gestione diretta o il convenzionamento con strutture private accreditate) dell'assistenza residenziale a soggetti fragili.

IL RAPPORTO TRA DISTRETTO E MEDICINA GENERALE – MEDICI SINGOLI O ASSOCIATI

Partendo dal presupposto che il tradizionale isolamento organizzativo dei Medici di medicina Generale e Pediatri di libera scelta, primo livello di responsabilità del Ssn nei confronti dei cittadini, rappresenti una debolezza organizzativa dei

servizi territoriali, a fronte di un'organizzazione ospedaliera e specialistica maggiormente strutturata, la Regione Piemonte ne ha perseguito in modo costante negli anni il rafforzamento, nella direzione di un sistema integrato delle cure territoriali:

- a) potenziando le forme di associazionismo medico più evolute (i Medici di medicina generale in rete ed in gruppo, che rappresentavano rispettivamente il 14,4 ed il 14,3% del totale dei Mmg nel 2006, nel 2010 rappresentano il 30,4% ed il 28,5%);
- b) promuovendo e sperimentando forme di integrazione multi-professionale nelle cure primarie, all'interno dei Distretti, nelle quali Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta lavorano insieme con altri operatori dei Distretti (infermieri, assistenti tutelari, personale amministrativo del Distretto...), caratterizzate dalla condivisione di impostazioni di lavoro e relazioni operative strutturate con gli altri livelli del sistema.

Tali forme di integrazione all'interno delle cure primarie rappresenteranno il nucleo attorno al quale si prevede ruoti l'intera assistenza territoriale delle Asl piemontesi.

DISTRETTO E PROGRAMMI DI PREVENZIONE

L'area della prevenzione, che coinvolge non solo gli operatori addetti ma l'insieme degli operatori e delle istituzioni sanitarie e i cittadini, rappresenta una funzione strategica nelle attività dei Distretti piemontesi: a livello distrettuale si leggono i profili di salute e si costruiscono alleanze, si predispongono e realizzano gli screening sulle principali malattie, si impostano i programmi di educazione alla salute, si promuovono stili corretti di vita (lotta contro il fumo, l'alcool, le sostanze psicotrope, uso corretto dei farmaci, ecc.); l'individuazione del Distretto come livello elettivo di azione delle politiche di prevenzione garantisce la capillarità e la continuità degli interventi.

I DISTRETTI E LA RIFORMA SANITARIA IN ATTO IN PIEMONTE

La riforma sanitaria in atto nella Regione Piemonte presta attenzione allo sviluppo dell'attività distrettuale come momento della presa in carico e continuità delle cure dei cittadini.

La suddivisione in corso nella gestione dei servizi sanitari tra Aziende territoriali ed ospedaliere potrà consentire, affidando il budget alle Aziende sanitarie territoriali, uno sviluppo ed una mag-

giore attenzione alle esigenze della sanità distrettuale.

Il potenziamento di Sportelli di riferimento integrati socio-sanitari, ubicati nelle Aziende sanitarie territoriali ma anche nelle Aziende ospedaliere, che forniscano ai cittadini tutte le informazioni necessarie alla loro presa in carico, in particolare nel momento cruciale delle dimissioni ospedaliere, consentirà l'attivazione di percorsi di cura integrati.

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

di Alfred König

Direttore ufficio Distretti sanitari – Provincia Autonoma di Bolzano

ORGANIZZAZIONE - STRUTTURAZIONE

Il Distretto sanitario è la più piccola unità organizzativa del Servizio sanitario provinciale ed è un punto di riferimento per i cittadini che possono accedervi per usufruire di una serie di servizi di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo e consultoriale.

Le attività del Distretto sanitario vengono gestite dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige attraverso i quattro comprensori sanitari di Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico.

In Alto Adige esistono 20 Distretti sanitari e 14 punti di riferimento di Distretto distribuiti su tutto il territorio provinciale e così suddivisi:

- comprensorio di Bolzano: popolazione di 271.047 abitanti circa – n. 7 Distretti;
- comprensorio di Merano: popolazione di 126.441 abitanti circa – n. 6 Distretti;
- comprensorio di Bressanone: popolazione di 69.982 abitanti circa – n. 3 Distretti;
- comprensorio di Brunico: popolazione di 73.422 abitanti circa – n. 4 Distretti.

I. Elementi distintivi dell'attività distrettuale – il ruolo effettivamente svolto dal Distretto rispetto a: Priorità di azione (prime 5 priorità)

Alcune delle priorità di azione segnalate risultano comuni nei quattro comprensori sanitari, al-

tre invece variano da comprensorio a comprensorio.

Azioni importanti e comuni nei quattro comprensori sono: la continuità assistenziale ospedale-territorio che avviene secondo criteri minimi definiti a livello aziendale, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza palliativa, il rispetto dell'accordo sulle liste d'attesa e la collaborazione con gli ospedali.

Assistenza medica e tecnico-assistenziale ai pazienti a domicilio e in ambulatorio (continuità delle cure ospedale-territorio, dimissioni protette)

Per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio è stato attivato, per ora da parte di un solo Comprensorio sanitario, un servizio di reperibilità infermieristica per seguire pazienti palliativi oncologici a domicilio che, nel 2009, ha seguito 412 pazienti, mentre nell'ambito dell'assistenza infermieristica domiciliare, sempre nel 2009, sono stati seguiti 2.000 pazienti cronici e post-acuti.

Altre priorità di azione sono: l'assistenza medico specialistica di primo livello e di livello intermedio sul territorio, sia ambulatoriale che nelle strutture residenziali per anziani, l'attività consultoriale materno-infantile, l'attività di promozione ed educazione della salute nei confronti della popolazione anche con interventi nelle scuole e nel-

le comunità in genere, nonché la ricerca e lo sviluppo di nuove forme organizzative e di gestione delle cure primarie (sperimentazioni nell'ambito della "casa della salute").

La pianificazione infermieristica, intesa come passaggio dal lavoro per prestazioni alla presa in carico del paziente in base ai suoi bisogni, è una priorità segnalata, così come la cura e terapia, da parte dei Medici di medicina generale di 800 pazienti anticoagulati, inizialmente gestiti in ospedale. Ciò ha comportato un aumento dell'outcome terapeutico e un notevole gradimento della popolazione.

Nell'ambito della prevenzione delle malattie invalidanti in età evolutiva, è stato elaborato un piano di salute che individua 5 priorità di intervento. Per quanto riguarda la prevenzione delle malattie invalidanti in età adulta, invece, sono stati attivati progetti di prevenzione delle malattie cardiovascolari, del melanoma e del tumore della prostata.

Inoltre, è stato anche implementato un progetto pilota in odontoiatria migliorando l'allocazione delle risorse e riducendo i tempi di attesa.

Presa in carico delle persone con bisogni sociosanitari complessi

La presa in carico delle persone con bisogni assistenziali complessi avviene secondo percorsi e protocolli definiti e concordati che prevedono: la valutazione dei bisogni, la programmazione e la pianificazione dell'assistenza, la verifica dei risultati nonché la fornitura di presidi sanitari a pazienti post-acuti da parte del Servizio infermieristico.

Punti salienti del percorso trattamento/assistenziale sono l'incentivazione dell'assistenza domiciliare integrata (Adi) e della dimissione protetta, nonché il sostegno ai familiari di persone non autosufficienti attraverso adeguate informazioni inserite in un apposito libretto informativo "Stare a casa".

Collaborazione a programmi di prevenzione

Il Distretto, con le sue strutture, partecipa alla programmazione ed erogazione delle prestazioni di

screening e, assieme ad altri soggetti, enti ed organizzazioni, anche a diversi programmi di prevenzione sul territorio (consultori familiari, scuole materne, elementari, medie e superiori, case di riposo, ecc.), quali:

- incidenti domestici nei bambini e negli anziani (cadute);
- decubiti;
- profilassi della carie;
- IVG con interventi di educazione sessuale;
- dipendenze;
- piede diabetico;
- malattie cardiovascolari;
- disagio giovanile con rinforzo risorse genitoriali;
- progetto "PASSI";
- prevenzione "morte improvvisa nei lattanti";
- prevenzione spina bifida;
- campagne vaccinali antiinfluenzali ed antipneumococciche;
- educazione a stili di vita sani;
- progetto "Stop al fumo".

Gestione della cronicità

In generale vengono svolte attività strutturate e mirate a favorire la cosiddetta "medicina di iniziativa" per la cura di patologie croniche, l'assistenza di pazienti cronici a livello distrettuale e a domicilio, nelle case di riposo a seconda della patologia; la gestione di un ambulatorio per la cura di pazienti dementi avviene mediante un progetto pilota.

Governo degli accessi in assistenza domiciliare e residenziale

Gli accessi avvengono attraverso la sperimentazione di forme innovative dell'assistenza medica nelle strutture residenziali per anziani ed anche in un Centro palliativo e nell'assistenza domiciliare programmata ed integrata (Adp e Adi).

2. Elementi caratterizzanti il rapporto tra Distretto e Medicina generale – Medici singoli o associati

Elementi caratterizzanti il rapporto tra Distretto e Medicina generale sono la promozione, la ge-

stione e la collaborazione nello sviluppo di progetti innovativi di forme organizzative delle Cure Primarie nonché la progettazione e il controllo di percorsi diagnostico-terapeutici nell'ambito delle patologie croniche. Altri elementi caratterizzanti questo rapporto sono attività di formazione ed informazione sull'appropriatezza prescrittiva (note AIFA) e la progettazione e lo sviluppo di "patti aziendali" per la gestione ottimale e il controllo delle risorse assegnate alla Medicina generale.

Da sottolineare è l'importanza degli incontri regolari con i coordinatori medici distrettuali ed i rappresentanti sindacali dei Medici di medicina generale, l'organizzazione di interventi formativi mirati in collaborazione tra Reparti ospedalieri e Mmg.

Per garantire la continuità assistenziale nella città di Bolzano e nei Comuni limitrofi, il Comprensorio garantisce il servizio di continuità assistenziale con l'istituzione del Servizio di Guardia medica. Nei rimanenti Distretti ed ambiti territoriali la continuità assistenziale viene garantita da ogni singolo medico di medicina generale convenzionato per i propri assistiti oppure con la turnificazione dei Mmg convenzionati e non, sotto forma di associazionismo medico con un massimo di 5 medici.

Il collegamento in rete dei medici è in aumento per poter garantire un'assistenza al paziente sempre più ampia.

3. Elementi caratterizzanti i rapporti del Distretto con il settore socio-assistenziale

Possiamo affermare che il Distretto sanitario garantisce l'assistenza alle persone non autosufficienti in stretta collaborazione con i Distretti sociali attraverso un lavoro di rete necessario per sviluppare in modo sempre più efficace l'integrazione socio-sanitaria delle prestazioni nell'as-

sistenza domiciliare e residenziale per anziani e soggetti deboli.

Sussiste anche una stretta collaborazione nella gestione ed erogazione delle prestazioni del Fondo della non autosufficienza nonché la collaborazione, da parte di alcuni Distretti, ad un progetto comunale per il piano sociale e per un centro destinato a pazienti disabili.

Si rileva, inoltre, l'importanza dell'integrazione operativa tra assistenza infermieristica ed assistenza sociale, in quanto punto fondamentale ai fini della qualità e completezza delle prestazioni ai cittadini.

4. Elementi caratterizzanti i rapporti del Distretto con i soggetti erogatori for profit e non profit

Per quanto riguarda i rapporti con i soggetti erogatori for profit e non profit, i Distretti gestiscono le convenzioni per l'acquisto e la fornitura di prestazioni, si attivano per la programmazione e la gestione di progetti assistenziali, di prevenzione e promozione della salute, collaborano alla programmazione delle attività dei consultori familiari e partecipano agli incontri con vari gruppi e associazioni di auto-aiuto.

CONSIDERAZIONE

Possiamo affermare che il Servizio sanitario provinciale, così come organizzato, soddisfa pienamente le esigenze di salute dei cittadini dell'Alto Adige anche attraverso una capillare presenza dei Distretti sanitari su tutto il territorio provinciale. Essi, nel rispetto dell'organizzazione e programmazione provinciale ed aziendale, perseguono l'obiettivo comune di garantire adeguate e professionali prestazioni di prevenzione, cura e di assistenza ambulatoriale e domiciliare, anche con modalità organizzative alle volte differenti.

REGIONE PUGLIA

di Vito Piazzolla

Direttore del Servizio Integrazione Socio – Sanitaria Integrazione Ospedale – Territorio ARES Puglia

In Puglia la popolazione residente censita al primo gennaio 2009 è di 4.079.702. I Distretti socio-sanitari sono 49. La media della popolazione residente per Distretto è di 83.259 unità, con una punta massima di 141.315 ed una minima di 41.996.

I quarantanove Distretti coprono una Regione con una conformazione estremamente disomogenea che alterna territori ad altissima densità demografica concentrata in grossi Comuni, per lo più della fascia costiera, ad altri che presentano una bassa densità demografica, disseminata, peraltro, in piccoli Comuni e frazioni.

In questi ultimi anni, l'azione della Regione Puglia ha portato l'Assessorato alle Politiche della Salute e l'Assessorato al Welfare a generare un ampio corredo di norme, direttive, linee, piani programmatici ecc., tanto da rendere necessaria una riflessione complessiva sul loro livello di coerenza e di applicabilità a tutto il sistema del welfare formale e informale.

Recentemente, inoltre, la nostra Regione ha sottoscritto il Piano di rientro che la vedrà impegnata, per i prossimi tre anni, in una difficile riorganizzazione di tutto il sistema sanitario e socio-sanitario. All'interno di questo contesto, l'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia (Ares), l'Assessorato alle Politiche della Salute e l'Assessorato al Welfare sono impegnati in un complesso processo di

strutturazione e omogeneizzazione delle attività distrettuali.

Fulcro di questo processo è stata la recente definizione di un apposito Regolamento regionale di Organizzazione del Distretto e lo sviluppo di un insieme di procedure e protocolli, con l'obiettivo di costruire un sistema integrato di protezione sanitaria e socio-sanitaria a rete.

Soprattutto, attraverso il regolamento del Distretto, si è cercato di definire:

- a) un modello organizzativo e funzionale tale da garantire l'omogeneità ed equità dell'assistenza sul territorio regionale;
- b) l'unicità del ruolo del Distretto nel "governo della domanda di salute";
- c) i rapporti strutturali e funzionali tra la Direzione del Distretto e le cure primarie, ma anche i rapporti funzionali tra il Distretto, i Dipartimenti e le strutture sovra-distrettuali territoriali.

Il disegno di Distretto che prende forma in Puglia è quello di una macrostruttura chiamata a garantire il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale. Un luogo capace di esprimere una funzione propulsiva nella ricerca, promozione e realizzazione di opportune sinergie tra tutti i sottosistemi di offerta territoriale (Dipartimenti e strutture sovra-distrettuali) e fungere da collegamento tra questi e le cure primarie (Medici di medicina generale, Pe-

diatri di libera scelta e continuità assistenziale). Al Distretto è assegnato il compito specifico e delicato di curare e attivare la rete formale e informale di protezione sanitaria e sociale attraverso l'integrazione e il coordinamento delle azioni dei diversi protagonisti coinvolti. A garanzia di questa missione sono stati posti due strumenti strategici:

- a) la Porta unica di accesso (Pua);
 - b) l'Unità di valutazione multidimensionale (Uvm).
- Entrambi chiamati a sostenere i due principi cardine di tutto il sistema alternativo alla funzione ospedaliera:
- a) la presa in carico globale della persona;
 - b) la continuità delle cure.
- Si tratta di perseguire il miglioramento dei livelli di efficienza e di efficacia del setting assistenziale e l'appropriatezza della continuità delle cure. La sfida proposta è legata alla capacità del sistema di mutare approccio rispetto alla "lettura" della domanda di salute e alla coerente "costruzione" di un corredo di risposte variegate e specifiche rispetto alla persona in stato di bisogno.

LE PRIORITÀ DI AZIONE

Si stanno operando, in un contesto maturo, scelte specifiche e coerenti finalizzate ad orientare l'attività e l'organizzazione delle strutture produttive distrettuali su tutto il territorio regionale:

- a) **riorganizzazione** dell'intero assetto organizzativo dei Distretti socio-sanitari e delle cure primarie in modo da realizzare concretamente il potenziamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, dell'assistenza domiciliare e di ogni altra forma di assistenza alternativa al ricovero;
- b) **attivazione** di connessioni informatiche per sviluppare nuovi modelli di assistenza sanitaria, effettuare monitoraggio a distanza, produrre risposte e referti che viaggino più velocemente ed evitino disagi ad operatori e utenti;
- c) **concertazione** con i Medici di medicina generale, con i Pediatri di libera scelta e con gli Specialisti ambulatoriali territoriali e ospedalieri, per lo sviluppo di nuovi percorsi assistenzia-

li, in modo da ampliare lo spettro delle risposte migliorandone l'efficacia e l'efficienza;

- d) **integrazione** fra tutte le strutture sanitarie, soprattutto fra le varie forme di assistenza erogate, territoriali e ospedaliere, allo scopo di realizzare una sola Rete di protezione sanitaria e socio-sanitaria razionale e non ridondante;
- e) **impegno** costante nella ricerca di strategie appropriate per garantire l'accoglienza, la sicurezza e la qualità, con l'obiettivo di raggiungere gli standard internazionali.

In definitiva, stiamo ripensando i "luoghi sanitari" e i "luoghi della salute" in modo da affermare il paradigma della sanità d'iniziativa e d'azione per contrastare la cosiddetta medicina difensiva.

I "luoghi sanitari", in genere, non solo non riescono a soddisfare in maniera esaustiva la crescente "domanda di salute", ma sono in affanno rispetto alle nuove emergenze dettate dai nuovi bisogni.

Emergono con forza bisogni, talvolta neppure riconosciuti perché manifestati da persone fragili e incapaci di esprimere il proprio disagio.

Prevale, spesso, l'autoreferenzialità del sistema organizzato e, ancora peggio, l'interesse dei singoli professionisti sugli interessi della persona in stato di bisogno. Scontiamo, nella maggior parte dei casi, un approccio legato alla presa in carico della malattia che, per logiche economiche e legate alla "velocità", spesso dimentica la persona che manifesta il sintomo. Un sintomo che, sovente, è solo l'espressione parziale di una difficoltà più complessa e articolata. Il Sistema Organizzato Territoriale per "produrre" salute deve abbattere stereotipi e luoghi comuni legati alla prestazione sanitaria per differenziarsi e trovare una vera alternativa al ricovero. In questa fase di riorganizzazione del Sistema sanitario regionale, l'obiettivo è proporre salute anche fuori dai luoghi classici: nelle scuole, nelle associazioni e presso i punti di aggregazione, a casa, in modo da evitare il disagio della "istituzionalizzazione" e dello sradicamento quando è inutile.

Luoghi senza camici, senza letti e senza pigiama, dove operano professionisti capaci di assumersi la responsabilità di accogliere con passione le perso-

ne che a loro si rivolgono.

Il paradigma della “Sanità d’attesa”, tradizionalmente svolto dall’ospedale, deve definirsi all’interno di un alveo preciso per operare con eccellenza sulle acuzie e sulle emergenze e in continuità con le strutture territoriali.

Il paradigma della “Sanità di iniziativa”, espressa dalle strutture e dai servizi territoriali, deve assumere il significato concreto di una Sanità d’azione che supera il limite delle strutture, entra nelle case, nella qualità degli stili di vita, dà voce ai bisogni emergenti e opera un concreto cambiamento dello spettro, nell’offerta di risposte sanitarie e socio-sanitarie.

Il superamento di questi limiti strutturali consente di attivare nuove metodologie operative e forme di prestazioni condivise dai familiari degli utenti che diventano una risorsa aggiuntiva oltre che il migliore “contenitore affettivo”.

La Sanità d’azione, soprattutto nei Distretti socio-sanitari e negli studi dei Medici di medicina generale, deve trovare strategie e strumenti per valutare i bisogni ed esplorare i fattori di rischio, specialmente quelli legati ai fattori discriminanti di:

- a) genere;
- b) cultura;
- c) istruzione;
- d) reddito;

in modo da mettere in atto azioni di contrasto alla diversità, all’emarginazione ed alla povertà.

Ripensare complessivamente alla funzione dei servizi sul territorio, significa ripensare ai concetti e alle azioni legate alla salute.

PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON BISOGNI SOCIO-SANITARI COMPLESSI

Una migliore aspettativa di vita, l’invecchiamento della popolazione e l’incidenza di malattie croniche e degenerative sono i fattori che determineranno gli scenari sanitari futuri.

Sono gli stessi fattori a determinare, spesso, la condizione di bisogno e la condizione di “grandi fruitori” di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in

cui versano le persone che necessitano di risposte complesse a bisogni complessi. Grandi fruitori tendenzialmente emarginati a causa del loro stato di salute.

Il Piano Regionale di Salute della Puglia 2008-2010 pone costantemente l’attenzione su due approcci strategici, paralleli e continuamente integrati tra loro:

- politiche di salute;
- politiche dei servizi.

In linea con tale approccio è stato avviato un delicato processo di selezione delle priorità e delle strategie di intervento che si va realizzando anche attraverso i contributi:

- a) istituzionali, recependo gli interventi degli organismi che esercitano funzioni sullo stato di salute della popolazione;
- b) delle agenzie del volontariato, che contribuiscono al miglioramento della fruibilità, dell’accoglienza e dell’umanizzazione dei servizi, al trasferimento delle istanze etiche e a dare voce ai bisogni della popolazione fragile;
- c) delle organizzazioni sindacali;
- d) delle Aziende sanitarie;
- e) del mondo professionale;
- f) dei produttori di servizi alla persona che concorrono alla salute del cittadino e all’esercizio dei suoi diritti attraverso azioni e prestazioni qualificate e tempestive.

COLLABORAZIONE A PROGRAMMI DI PREVENZIONE

L’Assessorato alle Politiche della Salute, attraverso il Piano Regionale della Prevenzione ha individuato alcune aree critiche sulle quali intervenire in termini di prevenzione. A tal fine ha incaricato ciascuna Azienda sanitaria locale di costituire strutture operative specifiche per avviare le seguenti iniziative di prevenzione:

1. Progetto di screening del carcinoma della cervice uterina;
2. Progetto di screening del carcinoma mammario;
3. Progetto di screening del carcinoma colon retto;

4. Prevenzione del rischio cardiovascolare;
5. Prevenzione delle complicanze del diabete;
6. Piano vaccinazioni;
7. Prevenzione delle recidive degli incidenti cerebrovascolari;
8. Linee operative per la prevenzione dell'obesità.

Per ciascuno dei progetti sono stati individuati gli obiettivi aziendali e le professionalità necessarie per realizzarli. Per alcuni siamo in una fase avanzata di attività, tale da essere già stata rendicontata a consuntivo degli anni 2008 e 2009.

Per rendere possibile la partenza dello screening sono state avviate, attingendo agli appositi fondi regionali finalizzati, le seguenti azioni:

- a) assunzione di personale dedicato;
- b) acquisizione delle tecnologie utili all'avvio su tutto il territorio regionale, nonché delle risorse utili e necessarie alla messa in rete di tutti i centri screening aziendali.

Il Distretto ha avuto un ruolo attivo in tutte le fasi del processo.

Attualmente è in atto la centralizzazione della gestione attraverso un coordinamento regionale in modo da ottimizzare le risorse, omogeneizzare i processi su tutto il territorio e monitorare costantemente l'andamento delle attività.

Questa riorganizzazione prevede che i Distretti assumano un ruolo di responsabilità e di gestione periferica territoriale di tutte le attività connesse.

GESTIONE DELLA CRONICITÀ

In questo ambito è stata riscontrata qualche criticità soprattutto relativa al numero non sempre sufficiente di strutture adeguate; alla uniformità degli interventi su tutto il territorio; alla capacità del sistema a rete di far fronte, con risposte adeguate, ai bisogni espressi da una popolazione sempre più anziana e fragile.

Il ricovero ospedaliero, spesso, rappresenta l'unica risposta a questa tipologia di bisogno. Attualmente è in atto la riorganizzazione del sistema ospedaliero in Puglia, a seguito del Piano di rientro, come previsto dalla D.G.R. n. 2791 del 15 dicembre 2010 che all'art. 4 dell'allegato 1 prevede la disat-

tivazione di una serie di stabilimenti ospedalieri e il conseguente Processo di Potenziamento e riqualificazione delle attività assistenziali territoriali alternative al ricovero quali:

- a) assistenza domiciliare;
- b) assistenza specialistica ambulatoriale;
- c) assistenza residenziale e semiresidenziale;
- d) riorganizzazione della medicina di gruppo.

Tuttavia, una situazione critica come quella connessa ai vincoli del Piano di rientro può diventare un'occasione per ripensare all'intero sistema di assistenza e cura affinché, nell'ambito di un modello sostenibile, si adeguino i servizi ai bisogni delle popolazioni e si riportino in un ambito di accettabilità le prestazioni fornite.

Soprattutto nei Comuni pugliesi interessati dal riordino ospedaliero vi è la necessità di sperimentare percorsi innovativi di gestione dei servizi, in modo da razionalizzare l'offerta di salute e allocare al meglio le risorse, anche attraverso l'attivazione di forme di assistenza primaria che si sono dimostrate in grado di offrire una risposta ottimale, in termini di efficienza, efficacia e gradimento, rispetto alla gestione dei pazienti fragili e più vulnerabili. L'Ares ha già prodotto la sperimentazione di un modello (Progetto Leonardo) di gestione delle patologie croniche nell'ambito dell'attività distrettuale, realizzato all'interno delle forme complesse dell'assistenza primaria, con un riscontro decisamente positivo sugli output clinici ed organizzativi e sul gradimento degli attori.

L'Ares, inoltre, ha messo a punto un piano di implementazione di questo modello assistenziale nei luoghi interessati dal riordino ospedaliero, impegnando risorse proprie.

Si tratta di conseguire e mettere a sistema una *governance* dell'assistenza, di diffondere e consolidare un modello di presa in carico al centro del quale vi è realmente la persona ed il suo bisogno. Una persona a cui proporre un piano di cure individualizzato che prevede interventi di figure realmente coinvolte, incluso lo stesso fruitore di prestazioni ed i suoi familiari, tutti impegnati in un ruolo attivo.

GOVERNO DEGLI ACCESSI IN ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

Il governo della domanda e dell'offerta di cure domiciliari e residenziali è demandato al Distretto che, attraverso la Porta unica di accesso (Pua) e all'Unità di valutazione multidimensionale (Uvm), filtra e valuta le richieste di accesso.

Benché il corredo normativo regionale in materia di Pua e di Uvm fornisca tutti gli elementi per la corretta implementazione degli strumenti dell'integrazione, nei sistemi organizzativi del welfare d'accesso, la loro messa a sistema è piuttosto difficile.

La Regione Puglia, attraverso l'azione congiunta degli uffici regionali dell'Assessorato al Welfare e alla Salute, insieme all'Agenzia regionale sanitaria, sta fornendo il supporto tecnico necessario al consolidamento della capacità di governo degli accessi da parte dei Distretti, attraverso un continuo scambio di informazioni e l'emanazione di linee guida e protocolli operativi.

Le linee guida, che a breve saranno emanate, definiscono i contenuti operativi e le possibili modalità di funzionamento del Pua e dell'Uvm quali strumenti per l'accesso agli interventi ed ai servizi a carattere sanitario e socio-sanitario.

L'obiettivo è di contribuire ad omogeneizzare ed ottimizzare le procedure d'accesso alle prestazioni anche adottando una modulistica informatizzata semplice, gestita a livello di Pua e di altri sportelli dedicati.

La necessità, inoltre, di definire delle linee guida in questa materia risponde ad una duplice esigenza: individuare le procedure di "presa in carico" e disegnare percorsi di cura omogenei su tutto il territorio regionale.

Da parte dell'Assessorato alle Politiche della Salute vi è, infine, la volontà di estendere lo strumento della valutazione individuale, all'atto della richiesta di accesso, anche per alcune altre prestazioni erogate sul territorio non previste dall'attuale procedura, in modo da governare l'offerta, la presa in carico e la continuità delle cure anche in termini di appropriatezza ed economicità.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI IL RAPPORTO TRA DISTRETTO E MEDICINA GENERALE – MEDICI SINGOLI O ASSOCIATI

In Puglia, negli ultimi anni, è stata dedicata una particolare attenzione alla realizzazione di azioni importanti per sostenere l'obiettivo "cure primarie". Attraverso l'Accordo regionale della Medicina generale, pubblicato sul BURP del 18 gennaio 2008, la Regione Puglia ha costruito un modello di governo delle cure primarie i cui punti di forza sono:

- la corresponsabilizzazione dei Mmg/Pls per il raggiungimento degli obiettivi di salute definiti nel programma delle attività territoriali, secondo i principi di efficacia, appropriatezza, efficienza ed economicità;
- la partecipazione sistematica e continuativa dei Mmg a programmi di audit clinico e alla elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri curando i criteri di invio e l'ordine di priorità per l'utilizzo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, l'appropriatezza dei ricoveri e la tempestività della dimissione (disegnando il percorso di cura del paziente);
- la concertazione con i Mmg, Pls e di continuità assistenziale per una migliore lettura della domanda dei bisogni di salute in modo da individuare gli ambiti su cui appostare le risorse;
- l'informazione e responsabilizzazione dei medici prescrittori;
- l'informatizzazione degli ambulatori e la partecipazione alle attività previste dal progetto "Fascicolo Sanitario Elettronico";
- il potenziamento delle attività ambulatoriali e domiciliari attraverso il potenziamento del personale di studio e l'arruolamento di figure professionali come l'infermiere, il fisioterapista e l'operatore socio-sanitario.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI I RAPPORTI DEL DISTRETTO CON IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE

Le aree ad elevata integrazione socio-sanitaria si modificano nel corso del tempo. A questa dinami-

cià e variabilità concorrono svariati fattori, tra questi l'evoluzione del quadro epidemiologico del territorio di riferimento e il cambiamento delle condizioni delle persone assistite. Lo sforzo che la nostra Regione sta producendo per attuare praticamente l'integrazione socio-sanitaria segue diversi percorsi che prevedono anche il coinvolgimento di tutti i soggetti erogatori profit e no profit.

Sono molteplici le iniziative che vedono coinvolti i diversi attori a differenti livelli di integrazione. Nell'ambito delle politiche per la salute l'integrazione rappresenta lo strumento che ha permesso la promozione della solidarietà e la valorizzazione degli investimenti nelle comunità locali in termini di salute.

Attraverso i Piani di zona, tutti approvati per il secondo triennio 2010-2012, è stata consolidata un'azione sinergica tra Aziende sanitarie locali, Enti locali e terzo settore con l'obiettivo di perseguire l'ottimizzazione degli investimenti.

Una criticità importante, infatti, è determinata dal fatto che gli strumenti di pianificazione e programmazione dei Comuni e delle Aziende sanitarie locali non sempre sono predisposti e gestiti all'interno di un'unica strategia che individua e recepisce unitariamente gli impegni assunti.

È stato avviato, a livello regionale, uno studio del potenziale e dell'esistente che ha come obiettivo quello di orientare, ottimizzare e migliorare, adeguandolo ai bisogni e a precisi standard organizzativi, il lavoro degli operatori che esprimono, talvolta, competenze molto differenziate pur svolgendo funzioni analoghe e di porre le basi per agevolare la valutazione dei risultati attraverso un ruolo più attivo delle Direzioni dei Distretti socio-sanitari a cui è assegnato questo compito.

Auspichiamo che attraverso l'emersione delle maggiori criticità e l'analisi dei fattori che influiscono

negativamente sul rapporto del Distretto con il settore socio-assistenziale, sarà possibile migliorare complessivamente il sistema e lavorare sui problemi e sulle priorità.

L'obiettivo è promuovere una relazione organica con i servizi sociali comunali e con il privato sociale affidatario di servizi pubblici e valutare la ridefinizione, numerica e qualitativa, di un'adeguata dotazione di competenze.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI I RAPPORTI DEL DISTRETTO CON I SOGGETTI EROGATORI FOR PROFIT E NO PROFIT

In questo ambito esistono, in Puglia, numerose iniziative più o meno consolidate.

Più recentemente si assiste ad un fenomeno di espansione delle collaborazioni tra Distretti e soggetti erogatori for profit e no profit. In alcuni casi la collaborazione con soggetti no profit è indispensabile per superare i limiti di un'organizzazione del lavoro poco flessibile che non risponde ai bisogni complessi che alcuni pazienti rappresentano.

Sul versante dei rapporti con le agenzie no profit si riscontrano numerose iniziative che palesano un'oggettiva difficoltà legata alla precarietà e variabilità degli interlocutori di riferimento e all'impossibilità, quindi, di consolidare un sistema organizzato all'interno della rete dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Alcune iniziative pur estremamente lodevoli restano di livello territoriale. Altre, rappresentano ormai una realtà imprescindibile nell'ambito dell'assistenza. Un esempio su tutti è l'esperienza delle cure a domicilio ai pazienti oncologici, consolidata a livello regionale attraverso un protocollo sottoscritto dall'Assessorato alle Politiche e alla Salute con l'Associazione Nazionale Tumori (ANT).

REGIONE SARDEGNA

di **Gian Pietro Ortu**

Responsabile Settore Assistenza Territoriale – Regione Sardegna

Nella premessa del Piano sanitario della Sardegna 2006/2008 si affermava: “*Il Piano è percorso da alcune idee chiave che si ritrovano lungo tutto il documento. La prima è il lavoro di rete: in un sistema che voglia rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei cittadini è indispensabile che gli operatori della sanità, così come quelli del sociale, si mettano in rete fra loro, comunichino, condividano obiettivi e costruiscano progetti comuni. Lavorare in rete significa lavorare in una logica di sistema, nel quale i processi centrati sulla persona garantiscono una reale presa in carico dei bisogni del paziente e assicurano la continuità dell’assistenza. Centrale è l’idea dello sviluppo delle attività territoriali: obiettivo strategico del Piano è permettere ai cittadini di trovare risposta ai propri bisogni di salute non solo nell’ospedale, ma soprattutto nel territorio di appartenenza, luogo nel quale si realizza concretamente l’integrazione fra il sistema dei servizi sociali e quello dei servizi sanitari*”.

Si delinea, con queste due affermazioni, quello che il Distretto “avrebbe” dovuto essere anche per modificare la percezione comune di un ospedale, che ha costituito a lungo un “forte” riferimento sanitario per il cittadino, sempre considerato quale unica struttura rappresentante la presenza e l’efficacia del sistema sanitario e, di converso, di un Distretto cui attribuire un ruolo marginale e, ancora oggi, più conosciuto come sede di una serie di

prestazioni amministrative, come la scelta del Medico di medicina generale, la prenotazione di visite e accertamenti specialistici che come una realtà sanitaria (in senso stretto) a sé stante.

La realtà dell’attività distrettuale della Sardegna risente ancora di questa dicotomia di pensiero che ha impedito ai servizi sanitari del territorio di caratterizzare e distinguere la propria efficacia operativa da quella più specifica di un presidio ospedaliero.

Nonostante questo contesto il Psr, innestando l’attività distrettuale nell’ambito del Piano locale unitario dei servizi (Plus), ha riassegnato al Distretto il ruolo (già delineato nel D.Lgs. 229/1999) di erogatore di attività e servizi di assistenza domiciliare per diverse tipologie di bisogno, dell’assistenza specialistica ambulatoriale, attività e servizi per la prevenzione delle dipendenze (in compartecipazione con il Dipartimento di salute mentale), attività e servizi consultoriali per la tutela della salute dell’infanzia della donna e della famiglia (strutturalmente e funzionalmente inseriti nel Dipartimento materno infantile), attività e servizi per le persone disabili e anziane, attività e servizi per le patologie da Hiv (in realtà appannaggio dei presidi ospedalieri), attività e servizi per patologie croniche e assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita.

Il Distretto viene caratterizzato nel Psr e si distingue come luogo deputato alla “gestione” della cronicità (con i Medici di medicina generale), del bi-

sogno socio-sanitario complesso (in integrazione con i Comuni) ovvero della domiciliarità e della residenzialità.

Ha, in definitiva, il ruolo primario di elemento di raccordo tra attività ospedaliera e continuità dell'assistenza ma non ha elementi che gli permettano di caratterizzarsi come effettivo "luogo di cura" ossia come sede privilegiata, in quanto più vicina al bisogno sanitario e sociale, di un'attività sanitaria e sociale integrata in senso stretto.

Nonostante queste perplessità, si è sviluppata una normativa regionale che ha permesso, sotto l'egida del disposto della Legge Regionale n. 23 del 23 dicembre 2005, di delineare con forza il ruolo del Distretto soprattutto in alcuni ambiti operativi specifici rafforzando, nel contempo, il concetto di unitarietà, equità e facilità di accesso ai servizi socio-sanitari.

IL BISOGNO SOCIO-SANITARIO COMPLESSO

Con l'istituzione dei Punti unici di accesso (Pua) e delle Unità di valutazione territoriale (Uvt) – DGR n. 7/5 del 21 febbraio 2006 – il Distretto ha cominciato a delineare il percorso per un'efficace azione in tema di attività socio-sanitarie.

Il Pua da una parte può garantire adeguate informazioni sull'offerta dei servizi, anche a sostegno di una scelta consapevole dell'utente e/o della sua famiglia, dall'altra ridurre il tasso di domanda inespressa, facilitare l'accesso al bisogno sanitario semplice.

Allo stesso tempo il "triage" socio-sanitario del Pua, attraverso l'individuazione del vero bisogno socio sanitario complesso, innesta una serie di meccanismi operativi che assicurano, per il tramite delle Uvt – con la valutazione multidimensionale – e successivamente delle unità operative delle Cure domiciliari integrate (Cdi) – con il Piano assistenziale individuale (Pai) – la continuità e la tempestività delle cure, risposte multiple di tipo sanitario (prestazioni infermieristiche, mediche, riabilitative, ecc.) o sociosanitario (Cdi, residenzialità socio assistenziale o riabilitativa, ecc.) accorcian-

do i tempi di risposta ed evitando percorsi complicati che costituiscono spesso le cause dell'ospedalizzazione impropria. Ad ogni assistito viene assicurata l'indicazione dell'operatore individuato come responsabile del percorso assistenziale e della continuità delle cure (case manager) e al Medico di medicina generale ogni necessario supporto operativo per lo svolgimento della sua attività di care manager.

IL GOVERNO DEGLI ACCESSI IN ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

"L'accesso all'assistenza domiciliare integrata, alle prestazioni di riabilitazione globale, all'assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale e ad ogni altra prestazione di carattere sociosanitario riguardante persone anziane, con disabilità o soggetti fragili avviene a cura del Punto Unico d'Accesso (PUA), previa valutazione e accertamento della tipologia del bisogno da parte di Unità di Valutazione Territoriali (UVT), che devono sempre operare congiuntamente alla persona e/o alla sua famiglia".

Questa "citazione" di un passaggio della DGR n. 7/5 del 21 febbraio 2006 appare quanto mai chiarificatrice circa le procedure di accesso utilizzate in ambito distrettuale per l'inserimento delle persone nelle Cdi o in altre tipologie di servizi socio-sanitari.

Chiarisce, a beneficio dell'equità e dell'appropriatezza, che il percorso assistenziale non può che derivare da una valutazione multidimensionale e multiprofessionale dove sono analizzate tutte le problematiche della persona, sotto il profilo socio-sanitario in senso stretto, evidenziando anche alcune necessità (entità dell'impegno del care giver, ergonomia abitativa, appropriatezza organizzativa, responsabilità operative, ecc.) spesso trascurate a garanzia della fruibilità e dell'efficacia del percorso socio-assistenziale elaborato.

LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ

Il sempre più marcato cambiamento del quadro epidemiologico della popolazione con il crescen-

te aumento delle patologie croniche stabilizzate, di quelle cronico degenerative legate all'invecchiamento, delle patologie di origine sociale, delineano necessità di intervento che la tradizionale organizzazione ospedaliera, orientata all'acuzie, non può fronteggiare, in specie, per le sue modalità operative (intervento episodico, Drg, prestazioni e consulenze occasionali, separazione geografica, ecc.). Le cure primarie, invece, sono state investite di questa titolarità in virtù del radicamento geografico là dove si sviluppa il processo patologico e della possibilità di una presa in carico globale dell'assistito. La crescente complessità e incidenza di queste malattie impone a tutti gli operatori sanitari, ed in particolare a quelli del settore delle Primary Care, compiti professionali gravosi sia in termini di competenze che di organizzazione.

Di norma l'intervento sanitario è innescato dalla richiesta dell'assistito che accede in ambulatorio o richiede la visita domiciliare per un bisogno "acuto" ed episodico.

Attualmente, in Sardegna, gran parte del "carico operativo" di questa gestione è appannaggio del Medico di medicina generale che, vantando una presenza capillare nel territorio, flessibilità organizzativa, continuità relazionale, ha le caratteristiche necessarie (ma probabilmente non sufficienti) per la presa in carico del malato cronico.

Pur importante, il supporto operativo delle unità operative distrettuali (Cdi) e delle strutture residenziali non appare sufficientemente adeguato a compensare e dare maggior efficacia alla gestione della cronicità del medico di cure primarie. Si ritiene necessaria una più marcata complementarità tra i vari attori: da un lato le competenze specialistiche dell'organizzazione ospedaliera (o un rafforzamento della specialistica territoriale strettamente destinata alla domiciliarità) e, dall'altro, la continuità delle cure primarie, ovvero un modello di intervento che accanto ad una più efficace integrazione ospedale-territorio consenta un efficace monitoraggio delle malattie croniche per la prevenzione delle complicanze e delle riacutizzazioni.

IL DISTRETTO E I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Il Medico di medicina generale rappresenta per il cittadino il primo contatto e la figura di riferimento per dare una risposta ad ogni problema di salute. È il medico della persona, dell'individuo, del nucleo familiare e del contesto.

Questa caratterizzazione "di genere" vincola, talora in modo preponderante, il rapporto del Mmg con il sistema gestionale del Distretto.

È comune il riscontro di una evoluzione della medicina in associazione verso quella di gruppo e, in auspicabile prospettiva, verso quella di rete che sicuramente costituisce una metodologia organizzativa più "immediata" di interazione con le componenti gestionali proprie del Distretto.

In realtà nella stragrande maggioranza dei casi il rapporto tra Mmg e Distretto è episodico, legato ad attività formali (fornitura dei ricettari, controllo dei massimali) o istituzionali (ufficio di coordinamento) o di servizio (cure domiciliari), delineato da una scarsa propensione alla compartecipazione a quel concetto di gestione integrata dell'assistenza sociosanitaria che costituisce la vera funzione del sistema Distretto/Medicina generale.

Da qui le numerose criticità che limitano una gestione attiva e comune (Distretto/Mmg) e il permanere della considerazione che il territorio rappresenti "solo" il luogo della continuità assistenziale ovvero quello di erogatore di servizi extra ospedalieri.

Occorre, pertanto, ripensare questo tipo di servizio sanitario, anche alla luce della prossima introduzione del fascicolo sanitario elettronico (Progetto Medir), non solo sotto il profilo organizzativo (creazione delle case della salute, percorsi di cura concordati ed interattivi ospedale-territorio, maggior coinvolgimento del Mmg nella programmazione distrettuale socio sanitaria) ma anche nel ruolo (e le competenze) dell'assistenza sanitaria di base, quale sistema primario del governo della domanda, anche di patologie acute da sempre appannaggio dell'assistenza ospedaliera.

IL DISTRETTO E L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'approvazione della Legge Regionale n. 23/2005 ha introdotto un concetto operativo del tutto sconosciuto alla realtà del Distretto: quello della programmazione e dell'azione integrata socio-sanitaria.

Questo concetto ha prodotto un nuovo modo di intendere che considera il Distretto non solo un erogatore di una diversa tipologia di servizi, ma anche il luogo dove la domanda di salute viene espressa e tutelata, anche sotto il profilo socio-assistenziale fino ad allora racchiuso tra le competenze degli enti locali.

La linea ispiratrice della Legge Regionale n. 23/2005 è quella della risposta universalistica ai problemi/bisogni della cittadinanza; la tutela dei soggetti deboli; la solidarietà; la priorità verso le famiglie ed i singoli che vivono in condizioni di esclusione e di emarginazione sociale; l'attenzione alle domande delle comunità locali.

E, tra gli elementi di innovazione:

- un obiettivo generale di benessere sociale e di tutela della salute, nella sua più ampia accezione, da perseguire nelle situazioni di disagio conclamato e in quelle riferibili alla "normalità";
- una visione del cittadino, come soggetto individuale e collettivo, al quale riconoscere la possibilità di scelta nei servizi, ossia la possibilità di essere protagonista attivo nella programmazione degli interventi e dei servizi sociali e nella conseguente adozione delle scelte, di concorrere all'elaborazione, alla produzione e all'offerta di beni sociali;
- il passaggio ad un modello di welfare society, e con esso l'attuazione dei principi di sussidiarietà e di decentramento, attraverso i quali gli utenti, le famiglie, i sindacati, il terzo settore, il privato sociale, le Province, i Comuni, i Distretti sono nella condizione di interagire per programmare una

rete di servizi locale fortemente contestualizzata;

- la preferenza per la forma associata nella gestione dei servizi sociali, costruita secondo lo strumento e il metodo del Piano locale unitario dei servizi (Plus) favorendo l'integrazione tra socio-sanitario e assistenziale e sviluppando un sistema di finanziamento plurimo, agevolando l'autofinanziamento dei soggetti partecipanti;
- i diritti di cittadinanza come chiave di lettura del nuovo sistema di welfare, intesi come l'insieme di facoltà e poteri che consentono alla persona di accrescere e tutelare la propria sfera di autonomia;
- la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie.

IL DISTRETTO E IL PROFIT E NO PROFIT

Dall'attuazione della Legge Regionale n. 23/2005, i cui effetti – peraltro – sono ancora in via di progressiva definizione, hanno preso il via tutta una serie di attività del terzo settore che si sono affiancate alla già robusta e diffusa realtà del no profit che tendono a modificare alcuni aspetti del welfare regionale esistente.

Lo sviluppo di nuovi rapporti di partnership tra le organizzazioni profit e no profit e le pubbliche amministrazioni costituisce una possibile strategia che potrebbe migliorare la qualità dei servizi sociali, qualificando – nel contempo – la collaborazione tra organizzazione e sistema pubblico. Lo scenario possibile è quello del welfare community, ovvero un modello di società solidale che si auto-organizza facilitando l'erogazione di servizi, anche in assenza di input della Pubblica Amministrazione.

In questo nuovo contesto il Distretto tende ad assumere un ruolo preponderante quale elemento primario di contatto – anche nella sua veste di committente/erogatore – tra realtà operative diverse ma affatto concorrenziali, dirette a dare maggior efficacia all'assistenza socio-sanitaria.

REGIONE SICILIANA

di Lucia Borsellino*, Giuseppe Noto**, Giada Li Calzi***

* Dirigente Generale del Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale alla Salute – Regione Sicilia

** Servizio 8 - Programmazione territoriale ed integrazione socio-sanitaria – Regione Sicilia

*** Dirigente esperto dell'Ufficio di Gabinetto dell'Assessore – Regione Sicilia

La Regione Siciliana ha riorganizzato il sistema sanitario prevedendo nella specifica Legge di riforma n. 5/2009 “Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale”, attentamente, la promozione di azioni per realizzare condizioni di equilibrio tra la soddisfazione dei bisogni sanitari e socio-sanitari dei cittadini e le relative risorse.

In sintesi lavorare per:

- operare in risposta ai bisogni assistenziali
- evitare sperequazioni fra territori
- evitare gli sprechi
- migliorare la qualità professionale.

A complemento di obiettivi strategici definiti già con il Piano di rientro – concorrono anche il Piano Operativo di sviluppo (per il consolidamento dell'equilibrio economico e della razionalizzazione della spesa sanitaria), il Piano sanitario regionale (per la metodologia di intervento e di offerta di salute rispetto ai bisogni di salute della popolazione siciliana) – il Documento unitario di Programmazione degli Investimenti sanitari in Sicilia, per aumentare la qualità, equità ed accessibilità all'offerta dei servizi erogati, soprattutto sul territorio, nonché interventi di sistema per completare la dotazione, in ogni Provincia, di almeno un ospedale completamente attrezzato per livelli di complessi-

tà. In questo modo, il processo di ammodernamento in atto concentra nel “territorio-Distretto” il processo virtuoso attraverso il quale la sanità siciliana ha già avviato e sta portando avanti il modello di rimodulazione dell'offerta in funzione dei Livelli essenziali di assistenza, applicando appropriate condizioni in grado di garantire le risposte ai bisogni di salute dei cittadini.

Il tratteggiato “Programma” si concretizza in specifici atti, provvedimenti, linee guida, ma soprattutto metodologie con le quali l'Assessore regionale traccia un percorso per segmenti di priorità determinanti specificamente l'ammodernamento dell'attività territoriale con:

- istituzione dei Presidi territoriali di assistenza (Pta) – punto di accesso alla rete territoriale;
- il potenziamento della rete regionale delle Residenze sanitarie assistite e dell'integrazione socio-sanitaria;
- la realizzazione del sistema Centro unico di prenotazione (Cup);
- l'attivazione dei Punti unici di accesso (Pua) per l'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari;
- il rinnovo dell'Accordo integrativo regionale per le cure primarie.

Nell'ambito della rimodulazione dell'offerta delle

attività svolte dai Distretti e degli altri presidi che insistono sul territorio, è stata programmata la riorganizzazione dell'assistenza in una logica di rete di servizi in relazione ai fabbisogni di salute, prevedendo l'istituzione dei Presidi territoriali di assistenza (Pta) – considerati nella misura, in media, di un Pta ogni 70.000/120.000 abitanti, ad eccezione di particolari condizioni orografiche e/o di peculiari esigenze del territorio – collegati in modo capillare con i nodi della stessa rete.

Infatti, il Pta è stato concepito come effettiva porta di ingresso del cittadino-utente alle richieste di "cure", per l'intero arco delle 24 ore, nella confluenza di plurime attività assistenziali a partire da: assistenza medica e pediatrica di base, specialistica extra-ospedaliera, domiciliare, preventiva e consultoriale, farmaceutica ed integrativa, sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale.

All'interno dei Pta è prevista anche la presenza dei Centri unici di prenotazione (Cup) ai quali si collega il Punto unico di accesso (Pua) e lo Sportello dei pazienti cronici, garantendo così in modo omogeneo l'erogazione di prestazioni in materia

di cure primarie e di altri servizi, anche di natura socio-assistenziale come le cure domiciliari.

ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI PER LE CURE PRIMARIE DEFINITI

- Accordo Medici medicina generale (Assistenza Primaria D.A. n. 2151 del 6 settembre 2010)
- Accordo Continuità assistenziale (D. A. n. 2152 del 6 settembre 2010)

Si è puntato molto sulla funzionalità dei Pta attraverso l'attività svolta dai Medici di medicina generale (Mmg), dai Pediatri di libera scelta (Pls) e dagli Specialisti convenzionati interni ed esterni prevedendo nel contratto integrativo regionale (Air), siglato il 4 maggio 2010, l'incremento dell'associazionismo in rete, il potenziamento della medicina di gruppo e, ancora, nuove formule aggregative come le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft). Questo intervento di sistema assicura la continuità assistenziale H24, realizzando, anche, la prima risposta a problematiche urgenti di bassa complessità che comportano, di norma, l'accesso inappropriato dei cittadini alle aree di emergenza-

TABELLA - Cronoprogramma Regionale attivazione dei Pta

ASP	2010		2011		2012		Numero totale
	PO da rifunzionalizzare	Territorio	PO da rifunzionalizzare	Territorio	PO da rifunzionalizzare	Territorio	
AG	Ribera	Palma di Montechiaro (Licata)		Favara		Agrigento Bivona Canicatti Casteltermini Sciacca	8
CL	Mazzerino	Mussomeli	S. Cataldo		Niscemi	Gela Caltanissetta	6
CT	Giarre			Librino	Militello Paternò		4
EN	Leonforte Piazza Armerina			Enna		Nicosia	4
ME	Mistretta Barcellona p.g.		Lipari	Messina	S. Agata di Militello	Milazzo	6
PA	E. Albanese Palazzo Adriano	Biondo	Casa del sole		Corleone Petràlia		6
RG	Comiso Scicli					Ragusa	3
SR	Noto	Siracusa	Augusta	Lentini Palazzolo		Pachino	6 4
TP	Pantelleria Salemi	Trapani			Alcamo		
TOTALI	14	5	4	6	7	11	47

urgenza, con la conseguente riduzione dei tempi di attesa dei codici di maggiore gravità.

RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI AL PRONTO SOCCORSO ATTRAVERSO

- 62 punti di primo intervento (Ppi), con apertura H12 diurne, gestiti attraverso la rete delle cure primarie (Medici di continuità assistenziale e Medici di medicina generale) per le urgenze di livello medio e basso (codici bianchi e parte dei codici verdi);
- Punti territoriali di emergenza (Pte), inclusi nella rete dell'emergenza-urgenza, qualora vi siano effettive necessità connesse all'erogazione del servizio (ad esempio, per i presidi extracittadini distanti dalle strutture ospedaliere principali).

Altri elementi di forte impatto funzionale-organizzativo nel rapporto tra Distretto e Medicina generale sono gli Ambulatori di gestione integrata (Agi), previsti per creare uno spazio di effettiva integrazione della formula vincente "Mmg-Distretto" attraverso un'agenda programmata che il Mmg concorda con il Distretto ed in particolare con specialisti ed infermieri. Tale modello viene usato prioritariamente dai Mmg nella gestione integrata dei propri assistiti con patologia cronica, con specifica attenzione a quelli a medio-alta complessità e quelli con particolari necessità di approfondimento diagnostico ed a rischio di ospedalizzazione. A tal proposito, a partire dal 2010, il Mmg è coinvolto nella creazione di un "Registro" distrettuale e aziendale dei pazienti cronici (i target prioritari anni 2010/2011 sono Diabete Mellito e Scompenso cardiaco) per attivare la "gestione integrata" di tali pazienti con il Pta e/o con il poliambulatorio del Distretto di riferimento non tralasciando l'attenzione al rispetto della dignità della persona nella sua unicità e considerando la dimensione delle relazioni familiari, ove presenti. Così è più agevole, per esempio, prevenire il ricorso al ricovero ordinario per la riacutizzazione delle patologie croniche e, in particolar modo, fare ricorso ai previsti canali preferenziali per i pazienti dimessi dai reparti di lungodegenza post

acuzie e da orientare verso l'assistenza domiciliare o per l'eventuale trasferimento in strutture residenziali territoriali.

SINTESI DEI PASSAGGI OPERATIVI DELLA GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI CRONICI "MMG-DISTRETTO"

- il Mmg "registra" (Scheda di start up) i propri pazienti appartenenti ai target suddetti e li invia allo "Sportello dei pazienti cronici" del Pta/poliambulatorio per la registrazione (registro distrettuale), per la visita dello Specialista del Distretto (stadiazione - piano di cura annuale) e per la presa in carico infermieristica presso l'ambulatorio infermieristico
- il Mmg riceve il Piano di cura indicato dallo specialista (secondo quanto concordato nei percorsi di gestione integrata) e lo condivide (eventuali contatti ed incontri con lo specialista e con l'infermiere vengono realizzati attraverso lo "Sportello distrettuale dei pazienti cronici").

Tra gli interventi nel setting di offerta dei Distretti, obiettivo di priorità regionale riveste l'Assistenza domiciliare integrata sanitaria e socio-sanitaria.

La Regione Sicilia, attraverso l'applicazione di apposite linee guida che definiscono percorsi e modalità operative omogenei per l'accesso al sistema socio-sanitario integrato delle cure domiciliari e alle relative risorse, sta intervenendo per conseguire, entro il 2012, un risultato di assistenza domiciliare rispondente al dato assunto a livello nazionale (3,5% di popolazione assistita sul totale della popolazione over 65 non autosufficiente). Una specifica attenzione, quindi, ai soggetti fragili intorno ai quali professionisti e organizzazione si stanno dotando per fare "sistema" e poter soddisfare le complesse e prioritarie esigenze di anziani, disabili, cronici, incluse quelle persone con patologie cronico-degenerative in stato avanzato o nella fase terminale della vita.

Inoltre, come strategia regionale, tra gli obiettivi assegnati ai Direttori generali delle Aziende sanitarie, è stato indicato l'incremento appropriato delle cure domiciliari.

DAL PROGRAMMA OPERATIVO 2010-2012 DELL'ASSESSORATO SALUTE

Incremento dei casi trattati in Assistenza domiciliare integrata:

- Anno 2011 aumento del 60% rispetto al 2010
- Anno 2012 aumento del 68% rispetto al 2011

Nell'ambito delle attività previste dalla Regione per il coinvolgimento attivo dei soggetti privati all'erogazione di servizi, è in fase di avvio un progetto di "Valorizzazione dell'apporto del volontariato" relativo all'attivazione di percorsi di formazione del personale delle Odv (Organizzazioni di volontariato) sui temi specifici dell'educazione del paziente con patologia di lungo termine e dei ca-

regiver, intendendo così applicare modelli già in uso in ambito internazionale (self management gestita da personale non sanitario "lay-led self management").

Tale scelta si basa sulla considerazione che, nel rispetto delle funzioni in capo alle normali agenzie e figure educative del sistema assistenziale, la formazione dell'educatore "non-sanitario" è lo strumento migliore per penetrare nel contesto paziente-familiari. Inoltre, per il maggiore tempo di cui il volontario può disporre, contribuisce a garantire la "continuità" e il "sostegno assistenziale" indirizzando correttamente il paziente all'uso dei servizi.

REGIONE TOSCANA

di *Simona Dei**, *Lorenzo Roti***, *Paolo Francesconi****

* Direttore UO Qualità e Innovazione Territoriale e Direttore Dipartimento Territorio ASL 11 di Empoli

** Responsabile del Settore Servizi alla Persona sul Territorio D.G. Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale Sett. Servizi alla Persona sul Territorio Regione Toscana

*** Settore Epidemiologia Servizi Sanitari e Percorsi Assistenziali Osservatorio di Epidemiologia - ARS Toscana

Le prime cinque priorità d'azione, nel contesto dell'attività distrettuale, individuate dalla Regione Toscana sono:

- 1) favorire il ruolo partecipato ed informato del cittadino, attraverso la promozione attiva della salute in ambiti sanitari e non solo, al fine di rendere le persone protagoniste nelle scelte quotidiane relative alla propria salute – empowerment;
- 2) rimodellare le Cure Primarie, attraverso la definizione di nuovi ruoli dei professionisti e il coinvolgimento di settori non esclusivamente sanitari, in un modello teso ad individuare in fase precoce le malattie, per rallentarne l'evoluzione e migliorare la qualità della vita – sanità di iniziativa;
- 3) favorire la promozione delle cure appropriate, secondo il principio della necessità per il malato nella definizione del percorso diagnostico terapeutico migliore per il suo stato clinico, con un uso oculato delle risorse sui bisogni reali attraverso il diretto coinvolgimento di tutti i professionisti del sistema – governo clinico;
- 4) potenziare i sistemi integrati sia a livello istituzionale (Società della salute, Sds) che assistenziale (H/T, Mmg/Asl, socio/sanitario medi-

ci/infermieri, ecc.) per creare delle reti di tutela alle persone fragili sia per età, che per disagi e/o patologie, costruendo risposte personalizzate che consentano la permanenza nel proprio ambiente di vita pur con un'assistenza mirata e complessa – presa in carico multidimensionale;

- 5) attuare una politica di qualificazione delle risorse umane, individuando nuovi ruoli dei professionisti, in un confronto attivo svolto sul panorama internazionale, con l'attenzione alla ricerca di modelli più adeguati ai bisogni nascenti – innovazione.

PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON BISOGNI SOCIOSANITARI COMPLESSI

In Toscana il Distretto, coincidente con la Zona socio-sanitaria, ha acquisito, con gli ultimi Piani sanitari regionali, un ruolo fondamentale nel governo dei servizi socio-sanitari.

Infatti, attraverso la sperimentazione della Società della salute che, con l'ultima legge sanitaria della Regione Toscana, va a sostituirsi a molte Zone socio-sanitarie, nello stesso ambito territoriale confluiscono l'aspetto istituzionale, programmatico ed attuativo, passaggio indispensabile per ricondurre ad una unità il percorso degli utenti del sistema salute.

La Giunta della Sds, costituita dal direttore generale della Asl di competenza e dai sindaci dei Comuni di riferimento, individua nel Piano integrato di salute (Pis) le proprie priorità d'azione e le affida, per la loro attuazione, al direttore tecnico supportato dal suo staff. I servizi sia sanitari che sociali vengono così riuniti in progetti comuni, organizzazioni uniche, piani d'azione coordinati. Questa riorganizzazione, sicuramente complessa e variegata in atto nel territorio toscano, rende così possibile la presa in carico unica ed indivisibile dell'utente che più comunemente si rivolge ai nostri servizi, con bisogni sia sociali sia sanitari. Presa in carico realizzata da un team multiprofessionale costituito da operatori dei servizi sociali e dei servizi sanitari i quali, in stretta alleanza con i familiari ed il malato stesso progettano un piano d'intervento personalizzato, utilizzando risorse sia sanitarie sia sociali, rispondendo, quindi, a tutte quelle variabili fondamentali nell'assistenza domiciliare o residenziale di un malato complesso.

Focus

■ Nel 79,4% dei Distretti esiste una modalità organizzativa unificata per i cittadini, per l'avvio/accesso ai servizi, con convocazione dell'unità di valutazione distrettuale per bisogni complessi.

COLLABORAZIONE A PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Il nuovo assetto del Distretto come Sds, quindi, aperto alle amministrazioni comunali, al terzo settore, ai rappresentanti della comunità civile, è ideale per l'effettuazione di programmi di prevenzione a largo spettro, in particolar modo rivolti ai determinanti di salute non sanitari. È ormai condiviso in letteratura il ruolo fondamentale dei determinanti non sanitari nell'origine di molte patologie, soprattutto quelle croniche, causa della maggior parte dei problemi di salute di oggi e, di conseguenza, fonte della maggior parte della spesa sia sanitaria che sociale.

Organizzare interventi di prevenzione in questi ambiti significa rivolgersi attivamente all'ambien-

te, agli stili di vita, con azioni meno specifiche per il mondo sanitario. Azioni che possono aver luogo se altre istituzioni vengono coinvolte: uffici tecnici comunali, enti sportivi, organizzazioni no profit, ma anche industrie alimentari, edili, ed ogni altra azienda pubblica o privata coinvolta nella vita quotidiana dei cittadini. Un'alleanza fra istituzioni e altri attori del sistema consente così di attuare programmi su più fronti, in più ambienti. In definitiva, lo stimolo a svolgere un'attività fisica diventa più forte quando vi è anche il supporto di palestre ed enti sportivi. Allo stesso modo diventa più facile porre attenzione alla salubrità dei cibi attraverso percorsi di "spesa sana" nei grandi centri alimentari o vivere in case rispettose dell'ecologia se questo rispetto viene valorizzato dai regolamenti edili comunali.

Ogni Sds, così, può realizzare attraverso il proprio Pis progetti di prevenzione molto più ampi, capaci di ottenere risultati concreti e di incidere sul decorso delle malattie.

GESTIONE DELLA CRONICITÀ

La Toscana da sempre è aperta al confronto con esperienze internazionali, ed è proprio grazie a questa caratteristica che ha scelto di sviluppare un modello di presa in carico della cronicità, nato peraltro al di là dell'Oceano, ma sperimentato con ottimi risultati in vari paesi europei: il *Chronic care model*. Modello che si basa sulla figura geometrica della piramide, all'interno della quale, dalla base all'apice, vengono distribuite le persone che aumentano il loro rischio clinico di ammalarsi e, salendo verso l'apice, di aggravarsi. L'obiettivo del Ccm è quello di tenere le persone il più possibile alla base della piramide, rallentando l'evoluzione della patologia cronica, con strumenti diversi a seconda della fase della malattia:

- prevenzione primaria per i cittadini sani (base della piramide);
- individuazione dei soggetti a rischio e valutazione periodica;
- presa in carico multiprofessionale e personalizzata per malati più gravi (apice).

Rispetto alla classica medicina di attesa che tutti conosciamo, le novità fondamentali di questo modello sono soprattutto due:

- il nuovo ruolo del malato, che diventa il primo protagonista delle scelte sulla sua salute, attraverso un'informazione adeguata, una presa di coscienza delle reali capacità di incidere sulla propria malattia attraverso le scelte sugli stili di vita, un supporto continuo nel monitorare l'evoluzione nel tempo della patologia e le sue conseguenze;
- la nuova distribuzione di compiti fra i professionisti della salute all'interno di una équipe multidisciplinare con ruoli definiti ed integrati: fra Mmg impegnati nella fase diagnostica e terapeutica e infermieri che diventano il punto di riferimento dei malati cronici in fase di stabilità clinica, per controlli periodici e costanti su protocolli condivisi.

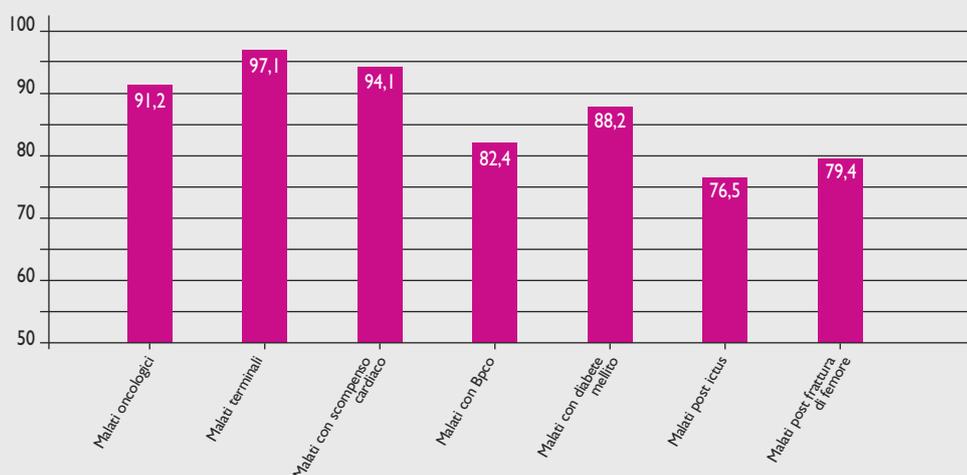
Un nuovo approccio, di iniziativa e non di attesa, nei confronti di persone che, se vengono inserite in fase precoce di malattia nel programma di follow up, avranno sicuramente una evoluzione più lenta, una diminuzione delle complicanze, un aumento della qualità di vita.

GOVERNO DEGLI ACCESSI IN ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

Nella presa in carico globale delle persone con problemi non risolvibili è essenziale il passaggio dalla fase ospedaliera alla fase territoriale. La nuova organizzazione ospedaliera secondo l'intensità di cure, infatti, comporta sempre più dimissioni precoci di pazienti fragili, che possono essere seguiti con professionalità ed ottimi risultati nei loro domicili o, quando non possibile, nelle Residenze sanitarie assistite attraverso progetti personalizzati, costruiti sulle loro necessità cliniche e assistenziali. Tutto ciò in Toscana è reso possibile da:

- vere e proprie cabine di regia, le Unità di valutazione multidimensionale, nelle quali vengono condivisi i progetti insieme ai professionisti coinvolti, sia sociali che sanitari ed alla famiglia stessa;
- il personale che lavora sul territorio, dai Mmg, agli infermieri, ai medici di comunità, agli assistenti sociali, ai fisioterapisti, agli operatori socio-sanitari (Oss) che attraverso la loro presenza danno la garanzia ai malati e alle loro famiglie;
- la presenza nelle Rsa di moduli differenziati a seconda del bisogno prevalente, dove possono trovare risposte problemi riabilitativi in pazienti an-

GRAFICO Percentuale di distretti che partecipano alla definizione dei percorsi assistenziali integrati per tipologia di malattia



ziani, disturbi cognitivi in fase di scompenso, ricutizzazioni di malattie croniche per periodi definiti nel tempo e negli obiettivi;

- percorsi di segnalazione dei casi fragili dalle denunce ospedaliere ai servizi territoriali, per preparare le cure domiciliari molto prima della dimissione.

Inutile negare che questa rete integrata e solida ha consentito alla Regione Toscana di ridurre drasticamente i posti letto ospedalieri senza ledere i diritti delle persone e garantendo servizi sanitari e sociali eccellenti pur con un'età media fra le più elevate d'Italia.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI IL RAPPORTO FRA DISTRETTO E MEDICINA GENERALE – MEDICI SINGOLI E ASSOCIATI

Il rapporto tra Distretto e Medicina generale è andato incontro negli ultimi anni ad un processo di progressivo rimodellamento legato sia al cambiamento degli assetti istituzionali (Sds) sia alla definizione delle priorità strategiche per l'evoluzione delle cure primarie. Da un rapporto basato principalmente sull'esercizio della parte pubblica delle azioni di controllo relative all'applicazione degli istituti presenti nell'Accordo collettivo nazionale e regionale, ci si è mossi verso una forma più matura di governo della Medicina generale per la quale, oltre a migliorare le modalità di integrazione operativa in settori rilevanti come l'assistenza domiciliare intergrata, si è tentato di valorizzare la grande diffusione delle forme associative della medicina generale (oggi il 64% dei Mmg toscani aderisce ad una forma associativa, prevalentemente medicine di gruppo) promuovendo, prima, la sperimentazione delle Unità di cure primarie e, oggi, quella dei moduli della sanità di iniziativa (che riguardano oramai quasi un terzo dei Mmg toscani). Attivazione di percorsi assistenziali integrati, in particolar modo per la cronicità, responsabilizzazione dei Mmg sull'appropriatezza prescrittiva, farmaceutica in particolare, promozione delle attività di audit nelle forme associative, attraverso un sistema di reportistica integrata per il monitoraggio

e la valutazione, rappresentano gli elementi sui quali oggi si costruisce l'asse della collaborazione e della crescita del ruolo dei Mmg all'interno del sistema sanitario regionale. I Mmg partecipano, inoltre, alla definizione delle priorità e degli obiettivi di salute distrettuali, essendo anche presenti nel comitato di coordinamento del responsabile di Distretto.

Focus

- Nel 76,5% dei Distretti si è partecipato alla fase di implementazione dell'ultimo accordo di Medicina generale.
- Il 92,3% dei Distretti ha organizzato iniziative per l'attuazione dell'accordo aziendale in merito a: percorsi e protocolli diagnostico-terapeutici, linee operative di prioritizzazione di visite ambulatoriali e appropriato utilizzo dei farmaci.
- Il 57,3% dei Distretti ha fornito formalmente alla direzione indicazioni sul grado di raggiungimento degli obiettivi dell'accordo aziendale.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI I RAPPORTI DEL DISTRETTO CON IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE

In Toscana, con l'avvento della Società della salute, è praticamente impossibile scindere il Distretto dalle attività socio-assistenziali, dato che diventano un'unica entità organizzativa. Chi si occupa dell'assistenza territoriale sa quanto questo sia importante per assicurare risposte appropriate ai bisogni dei cittadini: infatti, per molti di quelli che si rivolgono ai servizi, spesso non esiste un bisogno solo sanitario o solo sociale ma, qualsiasi sia la causa di partenza, l'esito, quindi il motivo della domanda di salute, è la crisi di un equilibrio personale e familiare che non rende più gestibili delle patologie, dei disagi, delle situazioni che minano la vita stessa delle persone e del loro nucleo familiare. La possibilità delle Uvm di costruire progetti personalizzati usufruendo di risorse sia del bilancio sanitario che del bilancio sociale, è la chiave di volta di tutto ciò. Operatori dei due mondi si muovono su un unico piano, con un unico pro-

gramma, e con estrema attenzione al ruolo ma anche alle relazioni tra di loro. In tal modo interventi plurimi si trasformano in percorsi ordinati e prestazioni singole diventano strategie tese al miglioramento della qualità della vita e al massimo recupero possibile dell'autonomia personale.

Focus

■ *Per quanto riguarda le caratteristiche degli aspetti socio-sanitari nella programmazione distrettuale e nella programmazione degli ambiti/zone sociali, nel 47,1% dei Distretti esiste un unico atto di programmazione distrettuale e di ambito/zona sociale; nel 23,5% i due atti hanno caratteristiche identiche; in un altro 23,5% i due atti hanno alcuni elementi di condivisione; nel 5,9% dei Distretti gli atti sono diversi.*

ELEMENTI CARATTERIZZANTI I RAPPORTI DEL DISTRETTO CON I SOGGETTI EROGATORI FOR PROFIT E NO PROFIT

In un sistema regionale che vuole occuparsi della salute a 360°, non limitandosi agli aspetti sanitari e sociali stretti, è indispensabile garantire a livello territoriale una cooperazione marcata fra servizi

pubblici e soggetti erogatori profit e no profit. Il tessuto del volontariato e delle cooperative è molto forte e presente nel territorio toscano, offrendo risposte in vari ambiti: dall'emergenza urgenza, alla diagnostica e specialistica, alla residenzialità con fini assistenziali e/o riabilitativi, alla stessa assistenza domiciliare. Questo ha consentito negli anni la definizione di reti integrate fra i servizi pubblici e i profit/no profit che consentono una estrema capillarità di risposte territoriali capaci di incidere su vari determinanti di salute e in grado di intervenire sui problemi sanitari, ma anche sociali. La definizione di percorsi diversi dalla produzione diretta di servizi può, in momenti storici di riduzione delle risorse, costituire una valida alternativa economicamente sostenibile, riconoscibile dalle comunità civili e coinvolgente il tessuto produttivo locale. Per tali motivi anche a livello istituzionale viene riconosciuto un ruolo di primo piano a tali organizzazioni, attraverso la loro fattiva presenza all'interno della Società della salute, negli organismi del Comitato di partecipazione e della Consulta del volontariato, sede di condivisione e partecipazione attiva delle strategie definite dagli organi decisionali e tecnici della Sds.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

di **Luciano Pontalti**

Dirigente Servizio organizzazione e qualità delle attività sanitarie – Provincia Autonoma di Trento

La recente Legge Provinciale n. 16/2010, in materia di tutela della salute in Provincia di Trento, riconfigura il Servizio sanitario provinciale, individuando le diverse componenti e assegnando ad ognuna specifiche funzioni, attività e responsabilità.

Per quanto concerne l'ordinamento dell'unica Azienda sanitaria provinciale se ne definisce l'assetto funzionale con la previsione di tre articolazioni organizzative fondamentali: il Dipartimento di Prevenzione, il Servizio ospedaliero provinciale e i Distretti sanitari.

In particolare, la legge provinciale ridisegna il Distretto sanitario, accentuandone la responsabilità in ordine all'accesso ai servizi e all'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie sul territorio.

Secondo la precedente disciplina del 1993 i Distretti avevano anche alcune competenze in materia di igiene pubblica e soprattutto di assistenza ospedaliera. L'istituzione del Dipartimento di Prevenzione e del Servizio ospedaliero provinciale riportano la responsabilità gestionale diretta del Distretto alle sole attività tipicamente esercitate a livello territoriale come l'assistenza medica di base e specialistica ambulatoriale, l'assistenza sanitaria in residenze o a domicilio e l'as-

sistenza farmaceutica e protesica.

Cresce, in compenso, per il Distretto sanitario, il ruolo di coordinamento e di impulso volto principalmente a semplificare e agevolare l'accesso ai servizi sanitari e a raccordare le prestazioni sociali e sanitarie.

Il primo cambiamento prospettato dalla legge provinciale riguarda l'individuazione dei Distretti. Se prima il numero dei Distretti (tredici) era stabilito dalla legge, ora spetta alla Giunta provinciale determinarlo in via amministrativa. Il progetto tecnico elaborato, sul quale interverrà un confronto con le amministrazioni locali, prospetta la creazione di quattro Distretti. La volontà di allargare le dimensioni dei Distretti in termini di superficie e popolazione è suggerita dalle esigenze di governo del territorio. Per la programmazione e l'esecuzione di piani di intervento di minima consistenza occorre, infatti, applicarsi a bacini autosufficienti per diversità di casistiche e potenzialità umane e materiali.

Una parallela riduzione della frammentazione istituzionale è stata compiuta con la creazione delle sedi "Comunità", enti intermedi che raggruppano i Comuni trentini per l'esercizio associato di alcune funzioni trasferite dalla Provincia (Legge Provinciale n. 3/2006). Tale riforma istituzio-

nale, portata a compimento con l'elezione, nell'ultimo trimestre del 2010, degli organi di governo delle "Comunità", si intreccia con la riforma sanitaria. Per prima cosa il territorio di ogni Distretto deve coincidere con il territorio di una o più comunità. Quindi presso ogni "Comunità" è istituito un Consiglio per la salute quale organismo che subentra ai Comitati di Distretto. E poiché alle "Comunità" sono attribuite le competenze in campo sociale, è con esse e con i rispettivi Consigli per la salute che il Distretto deve rapportarsi per assicurare interventi socio-sanitari ad alta integrazione.

Naturalmente l'incontro tra "Comunità" e Distretti non è un evento automatico e potrà avvenire con successo se saranno operativi i delicati meccanismi di reciproca consultazione contemplati dalla legge. Inoltre, a livello di direzione centrale dell'Azienda sanitaria è nominato un Direttore per l'integrazione socio-sanitaria con il compito di sovrintendere e coordinare le iniziative socio-sanitarie, agevolando la cooperazione tra l'Azienda, i Distretti e le Comunità.

L'attenzione posta all'integrazione socio-sanitaria non deriva dalla scarsità degli interventi sia sociali sia sanitari, che anzi appaiono essere molteplici, differenziati e articolati, bensì dalla loro reciproca separatezza secondo logiche valutative e temporali indipendenti.

Per questo motivo la concertazione delle politiche sociali e sanitarie, la condivisione degli strumenti di valutazione dei bisogni e la definizione di idonee risposte integrate caso per caso sono i traguardi da raggiungere.

E così anche gli indirizzi formulati dalla nuova legge per l'assistenza distrettuale non nascono da rilevate carenze prestazionali. Al contrario sul territorio di tutti gli attuali Distretti sanitari insistono strutture di servizio: dai presidi ospedalieri alle residenze assistenziali, dagli ambulatori pubblici e privati ai consultori, dai servizi psichiatrici di diagnosi e cura ai centri riabilitativi e alle farmacie. In tutti i Distretti le prestazioni assistenziali, inoltre, formano processi tendenti ad assicurare la

continuità delle cure attraverso l'intervento dei "coordinatori di percorso" a presidio delle dimissioni protette dagli ospedali o, ancora, attraverso la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione delle cronicità. Anche le istituzioni locali sono state coinvolte attraverso corsi di formazione per gli amministratori degli enti locali e con la redazione congiunta dei cosiddetti "profili di salute" della popolazione del Distretto. Infine, il volontariato nei Distretti, con le oltre duecentocinquanta associazioni che in Provincia si occupano di assistenza sanitaria, è un partner importante nell'erogazione di servizi come il trasporto infermi, nell'organizzazione della donazione di organi e tessuti, nella partecipazione alle iniziative aziendali di prevenzione, nella rappresentazione dei bisogni e delle esigenze dei pazienti e nel supporto alle loro famiglie.

Un quadro, dunque, di attori e attività ricco e variegato. E però il legislatore provinciale preconizza un salto di qualità. Non vengono fornite ricette, rimedi o modelli che possano garantire soluzioni automatiche, ma sono indicati come necessari la programmazione di obiettivi comuni, l'azione sinergica di tutti i soggetti e la valutazione condivisa dei risultati conseguiti. Attraverso questa reimpostazione delle politiche assistenziali si potrà certo evitare la dispersione degli sforzi e ottenere un razionale impiego delle risorse professionali e materiali ma, soprattutto, sarà possibile perseguire efficacemente obiettivi di salute grazie al consapevole e riconosciuto concorso integrato di tutti gli operatori e la partecipazione attiva della popolazione.

Nel nuovo contesto istituzionale gli indirizzi guida per il Distretto riguardano la promozione della salute e la prevenzione, l'integrazione socio-sanitaria, la continuità assistenziale e il coordinamento della rete dei soggetti sanitari e socio-sanitari del territorio.

La promozione della salute e la prevenzione costituiscono un investimento fondamentale per il benessere dei cittadini; a questo fine le strategie che il Distretto dovrà mettere in atto richiedono

la collaborazione e il supporto delle Comunità e le opportune intese con gli operatori economici del territorio.

L'integrazione socio-sanitaria si realizza nella misura in cui a fronte di una persona che esprime molteplici bisogni può essere data una risposta complessiva e organica, ancorché diversificata in molteplici prestazioni. A questo riguardo, impegno prioritario per i nuovi Distretti è la creazione dei Punti unici di accesso (Pua) e la revisione delle Unità valutative multidimensionali (Uvm), il cui compito viene esteso alla valutazione dei bisogni e all'attivazione degli interventi che riguardano l'assistenza agli anziani, ai disabili, ai tossicodipendenti e le aree materno-infantile e della salute mentale. La continuità assistenziale si realizza attraverso la disponibilità ventiquattro ore su ventiquattro di almeno parte delle strutture e dei professionisti sanitari per eseguire gli esami e gli interventi necessari al mantenimento e al recupero degli stati di salute compromessi. La continuità assistenziale significa anche continuità dei percorsi assistenziali e, dunque, raccordo tra ospedale e successione ordinata delle fasi di cura e riabilitazione. Il Distretto dovrà sviluppare le capacità di programmazione, di organizzazione e di allocazione delle risorse necessarie e sufficienti ad una risposta assistenziale con piena copertura temporale non meno che di processo.

Il coordinamento della pluralità degli attori sanitari e socio-sanitari che si affaccia sul territorio è una funzione squisitamente distrettuale. Il nuovo Distretto dovrà diventare luogo di incontro e armonizzazione delle attività svolte dai soggetti istituzionali a carattere pubblico quali le Residenze sanitarie assistenziali, o dai soggetti privati di servizio pubblico quali le farmacie, o dai

centri o servizi socio-sanitari o, infine, dai professionisti sanitari. La direzione del Distretto dovrà fungere da crogiuolo, valorizzando, potenziando e fondendo le azioni dei singoli in processi assistenziali caratterizzati dalla continuità e dall'integrazione degli interventi. Nella rete dei soggetti particolare rilevanza assumono i medici convenzionati, ovvero i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali. Essi, in quanto reali protagonisti dell'assistenza distrettuale, devono essere associati nelle funzioni di programmazione delle attività e nell'individuazione degli obiettivi di salute per la popolazione del Distretto. E ciò sarà al meglio realizzabile grazie alle rilevazioni e alle analisi dell'Osservatorio per la salute costituito presso la Provincia, mentre il perseguimento degli obiettivi di salute da parte dei medesimi professionisti potrà essere supportato da patti aziendali, stipulati a livello di Distretto, con l'utilizzo di risorse allo scopo riservate nell'ambito dei fondi contrattuali. La partecipazione dei cittadini (siano essi pazienti, familiari o volontari) è l'altro grande ancoraggio del Distretto per garantire prestazioni sanitarie e socio-sanitarie appropriate e soddisfacenti. Occorrerà che i Distretti, attuando gli indirizzi provinciali in materia, sappiano coinvolgere la popolazione con iniziative capaci di accogliere e valorizzare le indicazioni date dai cittadini.

In ultimo, nel nuovo Distretto devono affermarsi la cultura e la pratica della valutazione dei processi e degli esiti, quale presupposto necessario al cambiamento ossia al riorientamento delle attività in corrispondenza ai bisogni reali della popolazione e alle risposte adeguate al loro soddisfacimento

REGIONE UMBRIA

di **Marcello Catanelli***, **Michaela Chiodini****, **Carla Cicioni*****,
Isolina Cuccarini°, **Giuliangela Proietti°°**, **Nera Bizzarri°°°**

* Dirigente Servizio II°: "Programmazione Socio Sanitaria dell'Assistenza di Base e Ospedaliera" - Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali - Regione Umbria

** Responsabile Sezione I° Assistenza Sanitaria di base, specialistica e tutela materno-infantile - Servizio II° - Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali - Regione Umbria

*** Dirigente Medico - Az. USL 2 - Perugia Direttore del D.S.B. n. 2 Assisi

° DAI - Sezione I° Assistenza Sanitaria di base, specialistica e tutela materno-infantile - Servizio II° Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali - Regione Umbria

°° Servizio III: "Programmazione economico-finanziaria, degli investimenti e controllo di gestione delle aziende sanitarie - Responsabile Sezione II "Strumenti di ottimizzazione dell'acquisizione delle risorse, Osservatorio prezzi e tecnologia e Sistema Tariffario" - Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali - Regione Umbria

°°° Dirigente Medico Posizione Individuale Collegata al Servizio II° Programmazione Socio Sanitaria dell'Assistenza di Base e Ospedaliera Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali - Regione Umbria

L'assetto organizzativo dei Distretti in Umbria è rimasto sostanzialmente stabile negli ultimi 10 anni. L'attuale organizzazione è stata definita con Legge Regionale n. 3 del 1998 che anticipa, per molti aspetti, il D.Lgs. n. 229 del 1999.

A seguito dell'emanazione di tale norma sono stati istituiti dodici Distretti cui sono affidati i seguenti compiti:

- gestire e coordinare i servizi ubicati nel territorio di competenza;
- organizzare l'accesso dei cittadini residenti ad altre strutture e presidi;
- assicurare un efficace orientamento e controllo della domanda socio-sanitaria e promuovere la continuità terapeutica;
- fungere da centro regolatore per le prestazioni erogate dalle proprie unità operative.

Con il Psr 1999-2001 il modello organizzativo centrato sul Distretto è stato ulteriormente sviluppato ed il Distretto viene connotato come perno della gestione dell'assistenza territoriale, in quanto responsabile per il governo della do-

manda, la gestione dell'offerta dei servizi territoriali e il coordinamento tra le cure primarie e l'assistenza ospedaliera. L'Umbria, quindi, si colloca fra le Regioni che assegnano al Distretto un ruolo sia di erogazione che di committenza. Ciascun Distretto è articolato in centri di salute, che costituiscono le strutture di erogazione delle cure primarie (vaccinazioni, cure domiciliari, ambulatori specialistici) e di raccordo con l'attività dei Medici di medicina generale, servizi specialistici (consultorio, riabilitazione, neuropsichiatria infantile, servizi per le dipendenze) e strutture intermedie (centri diurni, Residenze sanitarie assistite).

PRINCIPALI 5 AREE DI INTERVENTO/AZIONE NELLA POLITICA REGIONALE SUI DISTRETTI SANITARI

Le priorità di intervento-azione della politica della Regione Umbria sui Distretti sono:

- governo clinico: i Distretti sono individuati come i principali interlocutori della Medicina generale e della Pediatria di libera scelta per ga-

- rantire appropriatezza della spesa farmaceutica, del ricorso alla specialistica e dei ricoveri, nonché presa in carico delle persone con problemi di cronicità (diabetici, ipertesi, cardiopatici, pneumopatici, dipendenze, patologie psichiatriche);
- promozione della salute: i Distretti sono individuati, insieme con il Dipartimento di Prevenzione, come soggetti per la messa in atto delle azioni finalizzate al progetto “Guadagnare salute”, in particolare per le azioni integrate con la Medicina generale, la Pediatria di libera scelta ed i servizi consultoriali e per le dipendenze;
 - presa in carico delle persone non autosufficienti: in particolare la Legge Regionale n. 9/2009 pone in capo al Distretto la titolarità degli interventi socio-sanitari sulla non autosufficienza, assegnandogli la gestione dello specifico fondo;
 - erogazione delle prestazioni di cura domiciliare alle persone non autosufficienti, di cure palliative e di fine vita, di cure intermedie (Rsa, Ospedale di comunità);
 - erogazione di prestazioni specialistiche attraverso strutture a gestione diretta e governo della domanda di accesso alle prestazioni specialistiche anche attraverso l'introduzione progressiva dei Raggruppamenti di attesa omogenei.

PREVENZIONE

In tutte le quattro Asl i dipartimenti di prevenzione sono strutture autonome. Tuttavia, gli interventi di prevenzione individuale (come le vaccinazioni) sono effettuati principalmente dai Distretti sanitari. Gli screening di popolazione sono messi in atto con il concorso di più soggetti: consultorio, laboratorio di citologia, strutture senologiche, laboratorio analisi e servizi di endoscopia digestiva. Salvo per i servizi consultoriali, che sono sempre distrettuali, gli altri servizi afferiscono in taluni casi all'ospedale, in altri al Distretto. Ciascun programma ha, inoltre, un referente di Asl. I Distretti svolgono, in ogni caso, la funzione di raccordo con la Medicina generale, sia per la sensibilizzazione delle persone da sottoporre a screening, sia per l'eventuale invio al II livello.

La promozione della salute sia sulla popolazione generale che sulla popolazione scolastica viene garantita dal Distretto in collaborazione con il dipartimento di prevenzione. La rilevanza del ruolo del Distretto negli interventi di promozione della salute varia nelle quattro Asl, ma è comunque fondamentale per garantire il rapporto con la Medicina generale (counseling breve per smettere il fumo, avvio ai corsi per smettere di fumare, promozione dell'attività fisica nei diabetici ed ipertesi, etc.).

BISOGNO SOCIO-SANITARIO COMPLESSO E CRONICITÀ

La presa in carico delle persone con bisogni socio-sanitari complessi avviene mediante accesso al servizio sociale distrettuale (presso i centri di salute del Distretto). La maggior parte dei Distretti non è titolare di delega per i servizi sociali da parte dei Comuni ed il raccordo fra Distretto e Comune è assicurato da percorsi concordati. La valutazione dei bisogni e la definizione del programma personalizzato avvengono ad opera di un'Unità multidisciplinare valutativa (Umv) distrettuale, che è articolata per aree di attività: minori, disabili adulti, geriatrica. L'Umv è direttamente presieduta dal direttore del Distretto o suo delegato ed è integrata da un componente del Comune o della zona sociale. L'Umv gestisce le risorse necessarie per garantire i progetti delle persone con bisogni complessi e svolge, quindi, la funzione di committenza per: ricoveri in strutture intermedie (Rsa), socio-sanitarie, socio-riabilitative e di riabilitazione estensiva, accoglienza diurna in strutture socio-riabilitative ed assistenziali, interventi domiciliari di tipo socio-riabilitativo, tutelare ed assistenziale. Nei progetti domiciliari complessi sono incluse anche le prestazioni infermieristiche e dei terapisti della riabilitazione (effettuati da personale del Distretto), gli interventi dei Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta (Adi, prestazioni di particolare impegno professionale), le prestazioni specialistiche.

ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

I Distretti sanitari hanno la responsabilità diretta nell'erogazione delle cure domiciliari. La presa in carico a domicilio viene garantita mediante: medici convenzionati di medicina generale e di pediatria di libera scelta, personale dipendente che affерisce direttamente al Distretto (assistenti sociali, infermieri, terapisti, medici palliativisti, ecc.), appalti con soggetti erogatori no profit che mettono a disposizione operatori socio-sanitari ed assistenziali.

L'assistenza residenziale viene erogata mediante strutture gestite dal Distretto (strutture di lungo assistenza per persone anziane e disabili non autosufficienti) o, più spesso, mediante il ricorso a strutture convenzionate esterne.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI IL RAPPORTO TRA DISTRETTO E MEDICINA GENERALE – MEDICI SINGOLI O ASSOCIATI

Le équipes territoriali, previste in via sperimentale dall'Accordo collettivo nazionale di lavoro (Acn) per la Medicina generale del 2000, sono state istituite in Umbria nel 2003, mentre quelle relative alla pediatria sono state istituite nel 2004.

Le équipes territoriali raggruppano generalmente tutti i medici afferenti allo stesso centro di salute. Il centro di salute diviene, perciò, non solo il servizio che eroga direttamente una parte delle cure primarie, ma anche l'interlocutore diretto dei Medici di medicina generale organizzati nelle équipes territoriali.

In Umbria si è ritenuto non necessario costituire le forme organizzative più complesse della Medicina generale previste dagli Acn successivi.

Sono invece in via di realizzazione alcuni progetti sperimentali di "Casa della Salute".

Esperienze di integrazione degli ambulatori dei Medici di medicina generale con attività strutturate dei centri di salute (prenotazioni, attività infermieristica, prelievi, ambulatori specialistici) so-

no storicamente presenti in molti punti di erogazione decentrati in piccoli centri urbani.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI I RAPPORTI DEL DISTRETTO CON IL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE

Solo pochi Distretti gestiscono le attività socio-assistenziali su delega dei Comuni.

In Umbria i Comuni sono organizzati in Ambiti territoriali integrati (Ati), coincidenti con le Asl ed in Zone sociali, coincidenti con i Distretti sanitari. La programmazione degli interventi per le persone non autosufficienti richiede, quindi, una programmazione sovradistrettuale (Asl-Ati) ed una programmazione distrettuale (Distretto-Zona sociale). Il direttore di Distretto ha la responsabilità, insieme al promotore sociale della Zona sociale, della programmazione degli interventi sulla non autosufficienza.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI I RAPPORTI DEL DISTRETTO CON I SOGGETTI EROGATORI FOR PROFIT E NO PROFIT

In Umbria il peso degli erogatori privati nella specialistica ambulatoriale e negli esami di laboratorio è piuttosto limitato. Le relative convenzioni vengono gestite dalle direzioni aziendali e l'accesso degli utenti è condizionato solo dai tetti di spesa previsti e dalla richiesta del Medico di medicina generale.

Gli erogatori privati, prevalentemente soggetti no profit, hanno invece un peso preponderante nell'erogazione di prestazioni socio-sanitarie, nella riabilitazione estensiva (ex art. 26, Legge n. 833/1978).

In questo caso il Distretto ha un ruolo chiave sia nella stipula-gestione delle convenzioni con le strutture presenti nel territorio di competenza, sia nell'accesso alle prestazioni stesse che prevedono una esplicita autorizzazione del direttore del Distretto, sulla base della valutazione della Umv, sia nel controllo della avvenuta erogazione e nella conseguente liquidazione.

REGIONE VALLE D'AOSTA

di *Corrado Allegri**, *Silvio Giono Calvetto***, *Leonardo Iannizzi****,
Adriana Brusa⁴, *Fabio Martini⁵*, *Paola Ippolito⁶*

* Direttore Distretto Socio Sanitario n. 1 – Azienda USL Valle d'Aosta

** Direttore Distretto Socio Sanitario n. 2 – Azienda USL Valle d'Aosta

*** Direttore Distretto Socio Sanitario n. 3 – Azienda USL Valle d'Aosta

⁴ Direttore Distretto Socio Sanitario n. 4 – Azienda USL Valle d'Aosta

⁵ Direttore Area Territoriale – Azienda USL Valle d'Aosta

⁶ Servizio Sanità Territoriale Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali – Regione Valle d'Aosta

GLI ELEMENTI DISTINTIVI DELL'ATTIVITÀ DISTRETTUALE NELLA REGIONE VALLE D'AOSTA

Le principali priorità di azione individuate nell'ambito dell'attività distrettuale in Regione Valle d'Aosta sono essenzialmente cinque. La prima è quella di assicurare assistenza sanitaria di base a domicilio e nelle strutture (consultori, Adi e Adp, microcomunità per anziani). La seconda, di garantire l'assistenza sanitaria di livello intermedio, ovvero nei poliambulatori, nelle Residenze sanitarie assistenziali, nei nuclei residenziali demenze. La terza priorità d'azione individuata è quella di favorire l'accesso degli utenti ai servizi di tipo amministrativo, quali le prenotazioni, la scelta e la revoca dei medici, le esenzioni, i rimborsi e, in via generale, le informazioni.

Favorire l'integrazione tra ospedale e territorio, con l'adozione di linee guida e lo svolgimento di appropriati percorsi assistenziali – condivisi con gli specialisti ospedalieri e i medici di assistenza primaria tramite la stesura dei profili di cura – è, invece, la quarta priorità.

La quinta, infine, è quella di interpretare corret-

tamente i bisogni della popolazione, tramite la lettura dei dati epidemiologici, la gestione delle liste di attesa ed il confronto con le strutture specialistiche ospedaliere per la fornitura dei servizi. Per quel che concerne gli altri elementi distintivi dell'attività distrettuale in Regione, quali la presa in carico delle persone con bisogni sociosanitari complessi, il Distretto si configura come la porta unica di accesso ai servizi socio-sanitari integrati (Unità di valutazione multidimensionale distrettuale): le segnalazioni di bisogno, infatti, vengono prese in carico da una unità di valutazione e inviate verso la soluzione più idonea (struttura o domicilio).

In ordine alla collaborazione ai programmi di prevenzione, invece, il Distretto collabora alle campagne vaccinali, sia eseguite dai medici di assistenza primaria, sia nei consultori, e collabora alle campagne di screening (carcinoma del colon retto, mammella, collo dell'utero, ecc.).

Altro elemento caratterizzante l'attività distrettuale in Valle d'Aosta è la gestione della cronicità, che avviene anche attraverso la collaborazione con i Medici di medicina generale e con le

strutture complesse ospedaliere che se ne occupano, oltre che con proprio personale (infermieri, fisioterapisti, logopedisti). Nella gestione sono compresi gli accessi programmati a domicilio e nelle strutture, i percorsi assistenziali (diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, ictus), i presidi e ausili forniti secondo procedure aziendali.

Nell'ambito del governo degli accessi in assistenza domiciliare e residenziale, il ruolo effettivamente svolto dai Distretti è quello di autorizzare gli accessi programmati dei Medici di medicina generale, sia a domicilio sia in struttura, come pure gli accessi specialistici in struttura e in Assistenza domiciliare integrata. In particolare, poi, gli accessi programmati dei medici nelle Residenze per anziani sono organizzati sulle analisi compiute dai Distretti stessi.

Per quanto riguarda il rapporto che intercorre tra il Distretto e la Medicina generale, i direttori di ciascun Distretto incontrano periodicamente i Mmg e i Pls ed inviano ad ognuno di essi, report relativi alla loro attività prescrittiva. Con cadenza

annuale, poi, i Distretti si occupano di monitorare l'attività delle associazioni mediche.

Anche l'interazione con il settore socio-assistenziale assume particolare rilevanza. Quest'ultimo è gestito in parte dagli Enti locali (Comuni e Comunità montane) e in parte direttamente dalla Regione autonoma attraverso l'Assessorato regionale alla Sanità, salute e politiche sociali. Con i Distretti si registra un'ampia collaborazione, sia in fase di programmazione degli interventi, sia nella raccolta delle segnalazioni di bisogno (scheda di primo contatto, che va poi alle Uvmd), sia nella stesura dei piani assistenziali individualizzati, sia nei successivi interventi integrati socio-sanitari.

Un ultimo elemento da prendere in considerazione è rappresentato dal rapporto con i soggetti erogatori for profit e no profit. Diversamente da quanto avviene con il settore socio-assistenziale, in questo caso il Distretto non ha un'interazione diretta, in quanto non dispone di un proprio budget di spesa.

REGIONE VENETO

di **Domenico Mantoan***, **Renato Rubin****, **Cinzia Brunello*****

* Segretario Regionale per la Sanità – Regione Veneto

** Dirigente SC Assistenza Distrettuale e Cure Primarie – Regione Veneto

*** SC Assistenza Distrettuale e Cure Primarie – Regione Veneto

La Regione Veneto si caratterizza, sin dalla metà degli anni Novanta, per un orientamento volto a favorire l'integrazione socio-sanitaria e a potenziare l'assistenza territoriale. Viene così progressivamente delineato un modello di Distretto "forte", nel quale il responsabile è tenuto a negoziare con la direzione strategica obiettivi e budget. Inoltre, grazie alla delega della funzione sociale e del trasferimento dei rispettivi finanziamenti, effettuata dagli enti locali a favore delle Aziende sanitarie, i Distretti della Regione Veneto si contraddistinguono per assumere una funzione di natura socio-sanitaria.

I passaggi compiuti dalla programmazione regionale a livello territoriale sono stati essenzialmente tre. Il primo, risalente alla seconda metà degli anni Novanta, è fondato su un modello di programmazione finanziaria, basata su una logica incrementale che utilizza come strumento chiave il tradizionale processo di budget, aggiornato annualmente, senza però comportare rilevanti mutamenti organizzativo-gestionali. È a quest'epoca che risalgono i primi accordi aziendali contenenti obiettivi di governo della domanda abbinati ad obiettivi di governo dell'offerta, mediante la definizione di tetti di attività e di spesa. In tale con-

testo il ruolo assegnato ai medici convenzionati, che operano prevalentemente in forma singola, è essenzialmente quello di *gatekeeper*. Il sistema premiante risulta legato allo svolgimento di specifiche prestazioni.

Il passaggio successivo, avvenuto nel primo quinquennio del XXI secolo, è di transizione e si caratterizza per il superamento di una visione di programmazione imperniata sull'analisi e sulla definizione della propria "produzione" per tenere, invece, in forte considerazione anche elementi esterni all'Azienda tra i quali l'andamento della domanda e dell'offerta, i mutamenti a livello di sistema e le caratteristiche dei diversi stakeholder coinvolti. In questo contesto anche il medico convenzionato muta il proprio ruolo assumendo, oltre alle tradizionali funzioni di *gatekeeper*, responsabilità in termini di: primo contatto e di accesso diretto all'interno del sistema sanitario; presa in carico dei problemi di salute di ciascun assistito nella dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale; utilizzo efficiente delle risorse sanitarie. Ai medici viene, pertanto, affidato il ruolo di *case and care manager* dei propri assistiti mediante la definizione di accordi aziendali multi obiettivo – denominati "Patti aziendali" ed applicati in 20 Aziende Ulss su 21 – dove a finalità di governo della

domanda vengono affiancati anche obiettivi di crescita professionale e di miglioramento dei servizi agli utenti, soprattutto in termini di accessibilità e di continuità assistenziale. È in questo contesto che si registra un significativo sviluppo sia delle forme associative della medicina convenzionata, ed in particolare della Medicina Generale, sia di sistemi di coordinamento aziendali multi-professionali per la presa in carico e la gestione di pazienti fragili e/o complessi.

La terza fase, corrispondente al quinquennio 2005-2010, si distingue per la dinamicità dell'ambiente e si fonda, a livello di programmazione, sul management strategico, sintesi tra pianificazione strategica e management. In questo stadio non si rileva più la separazione tra pianificazione, orientata generalmente al lungo periodo, ed il management, orientato alla fase operativa. Al contrario, si osserva un coinvolgimento di tutto lo staff direzionale nella formulazione e, contemporaneamente, nell'implementazione della strategia. In tale contesto la logica a prestazione, avente come focus l'analisi di gruppi omogenei di prestazioni offerte, viene superata dalla logica di processo la quale mira ad affrontare problematiche maggiormente complesse legate alla gestione integrata degli assistiti. La complessità dei temi affrontati porta alla creazione di gruppi di lavoro sempre più articolati che sfociano, in taluni casi, nella creazione di forme organizzative multi-professionali ad alta complessità, quali ad esempio le Unità territoriali di assistenza primaria (Utap). Tali strutture rappresentano un punto di riferimento per il benessere e la salute della comunità e si caratterizzano per un'intensa relazione con le Aziende di appartenenza, che in taluni casi sfocia in una vera e propria partnership.

Per il prossimo futuro, al fine di garantire omogenei livelli assistenziali sull'intero territorio, la prospettiva che si delinea è quella di uno sviluppo del sistema di governance territoriale secondo un movimento centripeto, connotato da una forte regia a livello regionale.

L'attuale disegno regionale consiste, infatti, nel

prevedere un "patto tipo" per la medicina convenzionata, omogeneo per tutte le Aziende, e nel disegnare un puntuale modello organizzativo che potenzi il ruolo del Direttore di Distretto mediante l'assegnazione, a quest'ultimo, della funzione strategica di committenza e di governo del territorio. Il compito di produzione-erogazione dei servizi, da realizzare sulla base della domanda definita dal responsabile di Distretto, spetta invece alle due strutture complesse del Distretto, rispettivamente quella delle cure primarie – alla quale afferiscono l'assistenza farmaceutica, l'assistenza domiciliare, l'Unità di valutazione multi dimensionale (Uvmd), l'assistenza protesica, la medicina convenzionata, l'assistenza residenziale, extraospedaliera e l'assistenza specialistica ambulatoriale – e quella dell'infanzia, adolescenza e famiglia – alla quale si riferiscono il consultorio familiare, il servizio di riabilitazione per l'età evolutiva, attività ed interventi d'integrazione scolastica, consultorio ostetrico-ginecologico, consultorio pediatrico, medicina scolastica.

Per le cure primarie, più specificatamente, l'attività di produzione dovrà concretizzarsi sulla base di quattro principali linee d'indirizzo.

La prima consiste nello sviluppo pianificato delle forme associative della Medicina generale e della Pediatria di famiglia, in particolare di quelle evolute. Tra queste ultime viene data enfasi alle medicine di gruppo integrate, ovvero a quei gruppi che si connotano per una significativa propensione alla realizzazione delle strategie aziendali e per una composizione multi-professionale, che vede il coinvolgimento di altre figure professionali tra le quali, a titolo esemplificativo, quelle degli infermieri professionali, degli assistenti sociali, dei medici specialisti. Tali organizzazioni dovranno rappresentare effettivi punti di primo accesso per gli utenti nonché costituire sede dell'Adi. Secondo questa prospettiva il coordinamento degli infermieri professionali dell'Adi, e di eventuali assistenti, verrebbe affidato ai medici convenzionati.

La seconda dimensione riguarda la realizzazione

delle Reti funzionali territoriali (Rft) ovvero di reti orizzontali tra medici convenzionati. Tali reti dovranno, in prima istanza, garantire la completa informatizzazione della medicina convenzionata mediante il collegamento degli studi dei Map con sistemi informativi tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti della rete. In secondo luogo, dovranno offrire modalità di servizio a favore della continuità assistenziale H12 e, in terzo luogo, perseguire obiettivi di salute e di sistema, come definiti dall'Azienda di appartenenza.

La terza linea è costituita dal consolidamento della sanità d'iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, mediante un nuovo approccio organizzativo che affidi alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e di coordinare gli interventi a favore dei malati cronici, tra i quali quelli affetti da ipertensione, diabete, scompenso cardiaco, e dei pazienti affetti da patologie croniche correlate alla disabilità. Il modello operativo del *Chronic care model* rappresenta il principale riferimento al riguardo.

La quarta ed ultima linea di sviluppo concerne l'area della residenzialità, semiresidenzialità e delle cure intermedie e si concretizza mediante l'attivazione di strutture di ricovero in grado di accogliere i pazienti, nella fase post-ricovero, non ancora inseribili in un percorso di assistenza domiciliare o di assistenza residenziale socio-sanitaria. Allo scopo andrà estesa la rete degli ospedali di comunità sull'intero territorio regionale,

secondo modelli funzionali alle caratteristiche locali ed ai bisogni emergenti, rafforzata la gestione dei percorsi assistenziali da parte dei Mmg ed attuata una riqualificazione delle Rsa anche per la riabilitazione. Tali attività potranno anche essere esternalizzate, in parte o totalmente, mediante convenzioni con soggetti erogatori sia di natura profit sia di tipo non profit. Tra questi ultimi è previsto il potenziamento di rapporti con cooperative sociali, in particolare di tipo A, composte anche da medici convenzionati.

L'anello di congiunzione tra la funzione di committenza del Distretto e di produzione, svolto principalmente dalle cure primarie, è rappresentato, oltre che dai tradizionali strumenti gestionali, dall'Uvmd che funge da sistema *hub and spoke*. L'Uvmd, infatti, costituisce il luogo nel quale pervengono le diverse domande di presa in carico delle persone con bisogni socio-sanitari complessi ed articolati (*hub*) e nel quale, sulla base di criteri predefiniti e delle risorse a disposizione, vengono valutate le offerte disponibili. Nell'Uvmd, inoltre, vengono gestiti gli accessi alle diverse strutture d'offerta (*spoke*), tra le quali l'Adi, l'assistenza residenziale e semiresidenziale. È, inoltre, sempre all'interno di questo sistema, al quale partecipa ove necessario anche l'assistente sociale, che avviene il principale momento d'integrazione socio-sanitaria con la definizione delle modalità di coordinamento per la presa in carico e per i progetti assistenziali individuali di natura socio-sanitaria.