

Sanità nel territorio.
Studi ed esperienze di distretto
nelle Regioni

Supplemento al n. 13 di Monitor

**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute
Bimestrale dell'Agenzia
per i servizi sanitari regionali
Anno IV Numero 13 - 2005**

Direttore

Laura Pellegrini

Direttore responsabile

Maria Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico

Giovanna Baraldi, Lucio Capurso,
Giovanni Costa, Franco
Cuccurullo, Francesco Di Stanislao,
Gian Franco Gensini, Renato
Guarini, Rocco Mangia, Maurizio
Mauri, Ubaldo Montaguti, Filippo
Palumbo, Bruno Rusticali, Erasmo
Santesso, Irinus Serafin, Federico
Spandonaro, Alberto Spanò

Editore

ASSR
Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali
Via Puglie, 23 - 00187 ROMA
Tel. 06.427491
www.assr.it

Coordinamento editoriale e redazionale

IEP

ITALPROMO ESIS PUBLISHING
Via V. Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06.6465031 Fax 06.64650328
www.ie-p.it

Stampa

AgenziaD, Roma
Union Printing Srl, Viterbo

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di luglio 2005

SANITÀ NEL TERRITORIO STUDI ED ESPERIENZE DI DISTRETTO NELLE REGIONI

PRESENTAZIONE	5
<i>di Laura Pellegrini</i>	
Il Gruppo di ricerca sui distretti	12
ESPERIENZE GENERALI DI DISTRETTO	
Regione Calabria - Definizione del distretto sotto il profilo organizzativo <i>a cura di Federico Montesanti</i>	14
Regione Lombardia - Il governo della domanda: quali informazioni per quali bisogni <i>a cura di Mauro Agnello, Cristiano Marchetti</i>	24
Provincia Autonoma di Trento - I distretti sanitari in Trentino <i>a cura di Arrigo Andrenacci, Luciano Pontalti</i>	33
Regione Calabria - Il distretto in Calabria <i>a cura di Maria Gabriella Rizzo</i>	49
Regione Marche - Leggere il distretto nella Regione Marche <i>a cura di Fausto Mannucci, Maria Rita Paolini, Patrizia Balzani</i>	58
ESPERIENZE DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E ASSISTENZA DOMICILIARE	
Regione Toscana - Le Società della Salute <i>a cura di Cosetta Simonti</i>	64
Regione Emilia Romagna - I Piani Sociali sperimentali di zona (2002-2004) e l'integrazione socio-sanitaria <i>a cura di Anna Rosetti, Clara Curcetti, Graziano Giorgi</i>	72
Regione Lombardia- Il welfare di fine triennio: buoni e voucher <i>a cura di Carla Dotti</i>	78
Regione Friuli Venezia Giulia - Il percorso del paziente nei 18 Distretti del FVG <i>a cura di Paolo Da Col, Gianfranco Napolitano</i>	84
Regione Siciliana - La nuova programmazione dell'assistenza domiciliare in Sicilia <i>a cura di Saverio Ciriminna</i>	93
Regione Veneto - Valutazione multidimensionale della persona in condizioni di fragilità: il modello Veneto <i>a cura di Pier Paolo Benetollo, Patrizia Mella, Mauro Saugo</i>	101
Regione Piemonte - Il nuovo modello organizzativo per le cure domiciliari <i>a cura di Franca Lovaldi, Maurizio Salvini, Cinzia Mengani</i>	112

ESPERIENZE DI ASSISTENZA PRIMARIA

Le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) <i>a cura di Luigi Covolo</i>	124
Il nuovo contratto dei medici di medicina generale in Inghilterra <i>a cura di Alfred Koenig, Beate Auer</i>	128
Il sistema sanitario inglese: raccordo tra medicina generale e specialistica <i>a cura della sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari - ASSR</i>	131
Regione Umbria - Clinical governance ed equipe territoriali in Umbria <i>a cura di Carlo Romagnoli, Paola Bellini</i>	138
Regione Emilia Romagna - Dipartimenti delle cure primarie e le cure domiciliari <i>a cura di Clara Curcetti, Maria Rolfini, Maria Lazzarato</i>	145
Regione Toscana - Le unità di cure primarie in Toscana <i>a cura di Cosetta Simonti</i>	151
Regione Molise - Il progetto Arianna <i>a cura di Sergio Florio, Alfredo Quaranta, Gianfranca Testa</i>	160

PRESENTAZIONE

di **Laura Pellegrini**

Direttore ASSR – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

Nella fase attuale il baricentro del nostro sistema sanitario si va spostando sempre più dall'ospedale al territorio, per offrire una risposta adeguata a un bisogno di salute in fase di profonda trasformazione. Il quadro epidemiologico sta, infatti, cambiando in modo decisivo, dato il crescente aumento delle patologie cronico-stabilizzate, di quelle cronico-degenerative (soprattutto legate all'invecchiamento della popolazione) e delle patologie di origine sociale dovute all'aumento delle differenze sociali (immigrazione, barriere culturali per l'ingresso nel mercato del lavoro).

È evidente che questo tipo di patologie non può trovare una risposta esaustiva nei tradizionali centri sanitari (ospedali e servizi ad alta specializzazione) ma richiede la costruzione di una rete di servizi socio-sanitari che si prenda carico complessivamente dei problemi. È inoltre ben chiaro che le cure secondarie non possono da sole garantire la tutela della salute e che valorizzare l'assistenza primaria consente di conciliare esigenze di equità ed efficacia con un regime di risorse limitate; un problema comune ad ogni Paese ad elevato sviluppo.

La centralità del territorio è dimostrata dai dati sul monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, che sono stati periodicamente presentati sulla rivista dell'ASSR *Monitor*, e che dimostrano come lentamente, ma costantemente, le risorse si stanno spostando dall'ospedale al territorio e alla prevenzione. Tuttavia, resta ancora molto da fare per dare al "sistema territoriale" un assetto preciso e per fare in modo che esso rap-

presenti un reale riferimento per il cittadino.

In Italia, il dibattito sul concetto di distretto può vantare una ricca letteratura che risale a prima dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, alla Conferenza di Alma-Ata (Urss), organizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, svoltasi nel settembre 1978.

In quella sede si affermavano alcuni importanti principi: *"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.

Ricollegandosi a questi principi, il Servizio Sanitario Nazionale, che nasceva con la legge n. 833/78, già intravedeva la necessità, da un lato, di garantire l'unitarietà della gestione e del governo dei servizi sanitari nell'Unità Sanitaria Locale, dall'altro 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. Da qui comincia il lungo percorso di evoluzione del concetto di distretto, che parte da poche righe della legge 833/78, all'art. 10 (*"Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale, i Comuni, singoli o associati, o le Comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento..."*) e ha fatto nascere un grande dibattito sulla funzione, sul modello organizzativo del distretto e sul relativo livello di autonomia, sulla necessità di pre-

vedere un coordinatore o piuttosto un responsabile del distretto e la formazione specifica che lo stesso doveva avere.

Malgrado questo interesse, nel primo decennio di vita del Servizio Sanitario Nazionale, ben poche Regioni hanno realizzato il processo di distrettualizzazione delle Unità Sanitarie Locali e, laddove è stato effettuato, il distretto ha svolto limitate funzioni di sportello per l'utenza per alcuni servizi di base, talora garantendo la presenza di un infermiere, un assistente sociale e di alcune figure specialistiche in determinati orari. La funzione del distretto diviene ben più ampia con la riforma del Servizio Sanitario Nazionale operata negli anni '90, che risulta fortemente improntata dalla ricerca di strumenti di maggiore efficienza e di razionalizzazione della spesa. Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 trasforma le Unità Sanitarie Locali in aziende, separa il momento politico da quello tecnico, escludendo così gli enti locali dalla gestione dei servizi sanitari. Le Aziende "Unità Sanitarie Locali" assumono, inoltre, un'ampia dimensione, dovendo – di norma – assumere carattere provinciale e passano rapidamente dalle 659 USL del 1990 alle 228 Aziende USL del 1995 (il processo è continuato nel tempo: nel 1999 si avevano 197 Aziende USL, nel 2003 184, oggi sono 180). Benché anche questa riforma dedichi al distretto poche indicazioni (l'art. 3, comma 5, del Dlgs 502/92, come modificato dal Dlgs 517/93, si limita a prevedere laconicamente: *"spetta alla Regione disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento delle aziende USL definendo, tra l'altro, l'articolazione delle USL in distretti"*), è chiaro che la complessità della nascente azienda USL richiede di spostare ad altri livelli ben di più che la gestione di alcuni servizi. Diviene necessario creare un'articolazione sul territorio capace di governare una rete di servizi e una serie di percorsi di cura da gestire al di fuori dell'ospedale, capace di guidare e orientare il cittadino nella complessità dei servizi e, non ultimo, di ricomporre la separazione tra gli elementi sanitari, già tra loro molto separati, e

quelli socio-assistenziali (importanti indicazioni, in questo senso, sono contenute nel Piano sanitario nazionale 1994-1996).

Nascono, dopo questa riforma, esperienze significative di distretto in diverse Regioni, contrassegnate tuttavia da grande eterogeneità nelle funzioni e nei modelli organizzativi adottati, ma soprattutto da una difficoltà di riconoscimento di ruolo e risorse rispetto all'ospedale, la cui centralità risultava di fatto incontrastata. È solo in epoca recente che si operano decisivi passi per un nuovo equilibrio tra ospedale e territorio, indispensabili sia per prevenire e per dare risposta a crescenti bisogni complessi di salute, spesso di tipo socio-sanitario, sia per conciliare le esigenze di equità e di solidarietà con un quadro di risorse limitate, che rendono necessario un sistema sanitario che valorizzi e riorganizzi la medicina del territorio e prima di tutto l'assistenza primaria. Così, 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 ricomponete tutte le attività territoriali in un unico Livello Essenziale di Assistenza (LEA distrettuale), superando la logica del PSR 1994-96 che invece prevedeva tre livelli: assistenza sanitaria di base; specialistica semiresidenziale e territoriale; residenziale per non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati.

In coerenza con queste indicazioni, il decreto legislativo n. 229/99 si sofferma a lungo sul distretto, fornendo il primo quadro organico di riferimento legislativo, con una serie di norme (art. 3-quater, art. 3-quinquies e art. 3-sexies) che indicano le funzioni, il ruolo all'interno dell'azienda USL, il modo di operare attraverso la programmazione dei servizi in modo concertato con i Comuni di riferimento (riuniti nel Comitato dei sindaci di distretto) e anche la presenza e le funzioni del Direttore di distretto.

Un quadro abbastanza dettagliato, nel quale trovano un riconoscimento diverse esperienze loca-

li e regionali effettuate nel decennio precedente e che sicuramente mira a rilanciare la funzione del distretto, ma che risulta – secondo alcuni – troppo invasivo dell'autonomia delle Regioni e delle stesse aziende sanitarie di delineare i propri modelli organizzativi interni. Per rispondere a queste critiche, l'art. 3-sexies chiarisce che si tratta di una disciplina non obbligatoria in tutti gli aspetti di dettaglio, ma solo nei principi fondamentali. La stessa norma dispone che la normativa ha valore residuale, ossia *“ove la Regione non disponga diversamente, valgono le disposizioni nazionali”*, a ulteriore testimonianza della necessità di attuare i distretti, rilevata dal legislatore come fondamentale. Il distretto, in questo disegno, è il 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).

Nell'attuazione rimangono, tuttavia, comprensibili difficoltà, sia intrinseche alla stessa complessità di coordinare e integrare professionisti diversi e attività specifiche e complesse, iniziando dal medico di medicina generale; sia legate agli stessi modelli organizzativi che si sono stratificati nel tempo sul territorio e che rendono difficile il coordinamento e il governo affidato al distretto (come i dipartimenti di salute mentale o i SERT). Inoltre, occorre che vi sia una evoluzione del sistema negli aspetti socio-sanitari, per rispondere ad un bisogno le cui dimensioni sono senza precedenti.

La fase attuale è contrassegnata da un maggior riconoscimento dell'autonomia regionale e locale, che avviene al livello più alto del nostro ordinamento, con la riforma del Titolo V della Costituzione ad opera della legge costituzionale n. 3 del 2001. In quest'ambito 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 presta-

zioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Le scelte successive confermano l'importanza del potenziamento dell'assistenza territoriale. Così Stato e Regioni concordano su nuovi parametri tendenziali di riferimento per l'assegnazione delle risorse del SSN nel triennio 2002-2004, che privilegiano un nuovo equilibrio ospedale – territorio (49,5% Assistenza distrettuale; 45,5% Assistenza ospedaliera; 5% Prevenzione).

Inoltre, il DPCM 29 novembre 2001 si apre con una “sottoarticolazione” del Livello di “Assistenza distrettuale” decisamente interessante, in quanto vi sono inserite tutte le attività che si svolgono sul territorio e si mira a distinguere chiaramente le tipologie di assistenza domiciliare e di assistenza semiresidenziale e residenziale, che presentano diversi modelli sul territorio. Ancora, l'allegato 1 C fornisce nuove indicazioni sull'incerta area dell'assistenza socio-sanitaria individuando, per le tipologie di prestazioni nelle quali la componente sanitaria non è distinguibile da quella sociale, la percentuale di costo che non è attribuibile al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e che rimane, pertanto, a carico dell'utente o del Comune. Un chiarimento difficile, che pone con urgenza la necessità di individuare specifiche risorse a favore degli Enti locali per rispondere al bisogno dei soggetti più fragili.

Ancora, il Piano sanitario nazionale 2003-2005 indica la necessità di superare definitivamente la centralità ospedaliera e innovare il sistema di tutela della salute sul territorio partendo dal suo nucleo fondamentale, il medico di medicina generale. Gli obiettivi sono ambiziosi e riguardano la realizzazione di una “rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili”, nonché la “promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari”.

Il Piano richiede, pertanto, di innovare il sistema distrettuale, partendo dal cittadino. Si rileva la necessità di governare i percorsi di cura del cittadino tra i diversi “nodi” della rete, di potenziare e

diversificare l'offerta in relazione al bisogno. Per sostenere queste scelte, il ministero della Salute, in accordo con le Regioni, inserisce le "cure primarie" tra i 5 obiettivi prioritari del PSN 2003-05, sostenuti da appositi finanziamenti (ai sensi dell'art. 1, comma 34, della legge n. 662/96), cui le Regioni accedono previa presentazione di specifici progetti. L'accordo 27 luglio 2004, nel fornire indicazioni per la formulazione dei progetti da parte delle Regioni, allega un documento tecnico con indicazioni orientative sulla definizione delle Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP). Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 chiede al sistema la capacità di innovarsi, a partire dalla *primary care*, termine tradotto 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, e nel delineare le forme più evolute dell'associazionismo della medicina generale, dalle équipe territoriali ai nuclei o unità di cure primarie fino alle UTAP, ispirandosi chiaramente al modello del *primary care trust*.

IL GRUPPO DI RICERCA SUI DISTRETTI

Come si è visto, il quadro di riferimento normativo è molto articolato e anche la letteratura è ricca e spesso enfatica sul sistema distrettuale, ma ancora si è alla ricerca di strumenti operativi per spostare l'attenzione dall'ospedale e orientare il sistema sul cittadino. L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ha avviato da anni un filone di ricerca sullo sviluppo della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, con il duplice obiettivo di conoscere meglio le esperienze locali e regionali che si stanno moltiplicando in questo ambito e di condividere, nel rispetto dell'autonomia regionale sull'organizzazione dei servizi sanitari, principi e strumenti operativi che possano essere utili a risolvere i principali elementi critici di questa complessa rete di servizi.

In una prima fase l'ASSR ha curato una ricogni-

zione delle scelte programmatiche regionali sui distretti (anno 2002 – questionario, con relazione finale trasmessa al Coordinamento delle Regioni); nell'anno 2003 ha proseguito il lavoro raccogliendo la documentazione regionale ed elaborando un volume conclusivo su "I distretti nelle Regioni – una prima ricognizione", che evidenzia quanti distretti sono presenti in Italia e fornisce una sintetica descrizione, Regione per Regione, su alcuni aspetti quali le principali caratteristiche dei modelli socio-sanitari aziendali perseguiti, le funzioni del distretto, gli sviluppi e le sperimentazioni. Il documento mostra come il distretto sia in fase di continua trasformazione e le Regioni siano alla ricerca degli strumenti operativi ottimali per il suo reale funzionamento.

Nel novembre 2003, previa intesa del Coordinamento degli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome, l'Agenzia ha avviato una collaborazione con i referenti regionali sulla materia, costituendo un Gruppo di lavoro con l'obiettivo di approfondire e condividere una maggiore conoscenza sullo stato di attivazione e sul reale funzionamento dei distretti nelle realtà locali e sulla capacità del distretto di assumere la funzione di "tutela" della salute della popolazione nel territorio di riferimento e di garantire i livelli di assistenza distrettuali. In questi primi due anni di attività, il Gruppo ha, da un lato, elaborato un questionario per il monitoraggio sulle modalità di funzionamento e organizzazione dei distretti nelle aziende sanitarie locali, somministrato – tramite le Regioni – ai Direttori di distretto nei primi mesi dell'anno 2005 (attualmente si stanno elaborando i dati). Dall'altro, ha seguito l'approfondimento delle esperienze regionali su alcuni aspetti considerati prioritari nella programmazione sanitaria nazionale e regionale, anche per individuare possibili soluzioni operative per il miglioramento delle attività.

In questo supplemento di Monitor si raccolgono proprio gli elaborati tratti da studi o da esperienze presentate dai referenti regionali, che vengo-

no suddivisi, per maggiore facilità di lettura, in tre aree tematiche generali: esperienze generali di distretto, esperienze di integrazione socio-sanitaria e di assistenza domiciliare, esperienze di assistenza primaria.

ESPERIENZE GENERALI DI DISTRETTO

In quest'ambito si sviluppano una serie di tematiche di grande interesse, prendendo l'avvio dalla "Definizione del distretto sotto il profilo organizzativo", che mira a distinguere le diverse configurazioni del distretto sotto l'aspetto organizzativo, funzionale e territoriale, per evitare la confusione concettuale – spesso presente – tra distretto come centro di governo e organizzazione dei servizi; come luogo di coordinamento e definizione di strategie; come insieme dei presidi, o luoghi fisici, di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

È ben nota, inoltre, la necessità dello sviluppo di un sistema informativo sul territorio e su questo tema si sviluppa un'interessante sperimentazione sul "Governo della domanda di prestazioni sanitarie – l'esperienza della Regione Lombardia", che mira ad integrare, intorno al paziente, le informazioni esistenti nelle diverse banche dati di interesse sanitario. Si pone, così, al centro del sistema il paziente, aumentando significativamente le opportunità di conoscere e governare la domanda. Vi sono, poi, una serie di contributi sullo sviluppo del sistema territoriale in diverse realtà: così l'elaborato sui "Distretti sanitari in Provincia di Trento" prende spunto dalla peculiarità di un'Azienda sanitaria unica, di livello provinciale, che gestisce l'insieme dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali e presenta sia un'analisi ragionata dell'esperienza di distretto come struttura territoriale per il governo della salute, sia un'interessante rassegna dei modelli e strumenti operativi messi in campo per la riforma e lo sviluppo strategico del distretto.

Sullo stesso tema, si pone l'esperienza di "Evoluzione del distretto in Calabria: verso un centro di governo e di salute con i cittadini", che analizza

aspetti forti e critici del modello di distretto adottato dal primo Piano Sanitario Regionale 1994-96 e illustra le prospettive di sviluppo delineate nel Piano regionale per la salute 2004-06.

"Leggere il distretto nella Regione Marche" inquadra le scelte sul territorio nell'ambito del processo di riorganizzazione del sistema sanitario avviato con la L.R. 13 del 2003, che costituisce un'unica Azienda sanitaria di livello regionale (ASUR) e trasforma le precedenti 13 aziende Usl in Zone Territoriali.

ESPERIENZE DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E DI ASSISTENZA DOMICILIARE

In questa sede si presentano esperienze fortemente innovative, come quella delle "Società della salute della Regione Toscana" che crea, a titolo sperimentale, una nuova modalità di programmazione unitaria dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali del distretto tramite la costituzione di un consorzio tra l'azienda sanitaria, i Comuni e gli organismi no-profit. A regime, come previsto dal Piano Sanitario Regionale 2005-07, la Società della salute comprenderà anche la gestione integrata dei servizi.

Altrettanto interessante l'esperienza della Regione Emilia Romagna sui Piani sperimentali di zona nel triennio 2002-2004, che mirano ad utilizzare questo strumento per creare progetti di salute e di benessere condivisi in sede locale, che ricompongano al loro interno la complessa rete dei servizi sociali e di quelli sanitari e quindi realizzino forme concrete di integrazione socio-sanitaria (con alcune scelte di fondo: distretti che coincidono con le zone sociali; partecipazione allargata di diversi soggetti istituzionali e sociali con definizione di un coordinamento politico e di uno tecnico; definizione degli accordi attuativi di programma annuali).

Ancora, con un'impostazione originale e l'impegno di ampliare ulteriormente l'area della tutela dei soggetti fragili, si pone l'esperienza della Regione Lombardia sul welfare di fine triennio, che

mira a valorizzare e sostenere la permanenza dell'anziano non autosufficiente nel suo ambiente di vita, mediante l'attribuzione di "asegni" economici (buoni e voucher socio-sanitari) che possono essere utilizzati per l'acquisto, da parte di soggetti accreditati pubblici e privati, di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria svolte da *caregiver* professionali.

La Regione Friuli Venezia Giulia presenta il percorso del paziente nelle cure intermedie nei 18 distretti della Regione, con un preciso quadro di analisi dei propri servizi sanitari distrettuali, che delinea i punti di forza, i punti di debolezza e i suggerimenti/opportunità. Un lavoro che mette a disposizione elementi di riflessione, strumenti ed elementi di sviluppo di grande interesse per la tutela dei soggetti fragili.

La Regione Siciliana illustra alcune scelte di programmazione recenti, volte alla costituzione del "Dipartimento per l'integrazione socio-sanitaria e l'assistenza domiciliare: un nuovo modo per affrontare l'integrazione socio-sanitaria", fornendo un quadro ragionato degli strumenti che la Regione ha messo in campo per migliorare l'organizzazione della sanità territoriale nelle ASL, per far crescere con omogeneità l'assistenza domiciliare (che è distinta in relazione all'intensità del bisogno assistenziale) e per consentire alla persona di rimanere il più a lungo possibile nel suo contesto di vita. L'impegno della Regione Veneto nella "Valutazione multidimensionale della persona in condizioni di fragilità" è ben noto; il contributo mira a spiegare il modello regionale, dal ruolo dell'Unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD) come "porta unica di accesso alla rete dei servizi", alle modalità di valutazione multidimensionale e interdisciplinare, allo strumento utilizzato: la scheda SVAMA (quest'ultima analizzata nella struttura e nei profili di autonomia identificati, tenendo conto della sperimentazione effettuata negli anni 1998-99).

Non meno interessante la proposta di "Modello organizzativo per le cure domiciliari della Regione Piemonte", che prende avvio dalle linee

guida del maggio 2002 e viene identificata quasi secondo il modello dell'emergenza-urgenza, considerando la presenza di una centrale operativa socio-sanitaria dove operano congiuntamente operatori sanitari e socio-assistenziali che valutano la richiesta, attribuiscono alla stessa i "codici colore" sanitario e sociale in relazione ai bisogni e all'intensità delle cure necessarie e attivano i percorsi di cura. Il contributo illustra, poi, il programma SAO-ADI come strumento informatico per il calcolo del peso dei "casi di cure domiciliari".

ESPERIENZE DI ASSISTENZA PRIMARIA

Anche in questo ambito vengono presentate esperienze di grande rilievo. Aprono la raccolta alcuni contributi generali sulle prospettive di sviluppo dell'assistenza primaria, effettuati come premessa e stimolo alla riflessione del Gruppo di lavoro. Così la proposta di costituire "Unità territoriali di assistenza primaria", che illustra le linee di fondo di questo nuovo strumento come "*presidio integrato per le cure primarie, formato dall'associazione di più medici convenzionati del territorio che operino in una sede unica garantendo una maggiore tutela della popolazione, dalla continuità assistenziale 24 ore al giorno e per 7 giorni su 7, fino a modelli di integrazione tra medicina generale e specialistica e tra ambiti sanitari e ambiti sociali*". Una proposta che è stata recentemente assunta nell'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2004 come "documento tecnico di tipo orientativo", che le Regioni possono utilizzare nel delineare i propri progetti di attuazione degli obiettivi prioritari del PSN 2003-2005.

Seguono due contributi sul sistema sanitario inglese, le cui scelte di fondo riecheggiano nell'idea italiana di UTAP, ma anche in altre sperimentazioni di forme associative evolute di medicina generale. Il primo elaborato presenta le scelte di fondo del Nuovo Accordo dei Medici di medicina generale del Regno Unito, con uno studio effettuato dalla Provincia Autonoma di Bolzano, evidenziando la possibilità di modulare at-

tività e stipendio del General Practitioner (GP) in relazione all'entità dell'impegno che si assume nella tutela della popolazione.

L'altro elaborato si sofferma sulle originali scelte di raccordo tra la medicina generale e l'attività specialistica in ambito territoriale, con uno studio effettuato dall'ASSR che evidenzia i compiti del "General Practitioner with special interests (GPwSI)" e anche il fondamentale ruolo del Primary Care Trust, che ha ampio margine di azione per modulare il sistema di cure in relazione al bisogno locale della popolazione.

Le successive presentazioni si incentrano sulle nuove forme di associazionismo della medicina generale, promosse dalle Regioni per una maggiore integrazione della medicina generale nel distretto (che a differenza dell'UTAP non richiedono obbligatoriamente la sede unica). In quest'ambito si iscrive l'istituzione delle équipe territoriali nel sistema umbro come strumento di governo clinico. Le équipe, che hanno un bacino di popolazione di norma di 10.000-15.000 abitanti, sono attualmente distinte per ambiti di assistenza: medicina generale; pediatria di libera scelta; continuità assistenziale. L'elaborato presenta struttura, funzioni e prospettive di sviluppo delle équipe che mirano a coinvolgere attivamente i medici del territorio nella programmazione e negli obiettivi di tutela della salute del distretto.

Con intenti simili, la Regione Emilia Romagna sceglie di istituire, all'interno di ogni distretto, il "Dipartimento delle cure primarie", che rappresenta la rete clinica del distretto e il cui mandato specifico è di organizzare e gestire tutto il proces-

so di produzione dell'assistenza primaria alla popolazione nel territorio di riferimento. Il Dipartimento costituisce anche uno strumento di sviluppo dell'assistenza domiciliare. L'elemento di base del dipartimento è rappresentato dai Nuclei di cure primarie, che aggregano in aree territoriali omogenee di 10.000-30.000 abitanti i diversi professionisti del territorio. Anche la Regione Toscana si muove in quest'ambito, sperimentando le "Unità di cura primarie", come nuovo modello organizzativo di erogazione dell'assistenza sanitaria territoriale. L'elaborato presenta il modello della sperimentazione, che nasce da indicazioni regionali e da progetti presentati dalle singole aziende sanitarie. Si sono così avviati 28 progetti, con un bacino di circa 450.000 utenti e che coinvolgono circa 400 medici di assistenza primaria.

La Regione Molise presenta un'interessante soluzione evidence-based sul tema dell'appropriatezza prescrittiva in medicina generale, denominato "Progetto Arianna", che consente al medico di medicina generale di disporre di informazioni precise su determinanti di spesa legandoli alla patologia. L'elaborato presenta in modo dettagliato la strategia del progetto, che si è svolto con il coinvolgimento diretto dei medici di medicina generale, e i suoi risultati che impattano sia sull'appropriatezza del percorso di cura del paziente, sia sulla razionalizzazione della spesa farmaceutica.

Concludendo, emerge da tutti gli elaborati raccolti in questo volume un quadro molto ricco e articolato che consentirà sicuramente confronti tra le diverse esperienze regionali.

GRUPPO RICERCA DISTRETTI

12

i Supplimenti di **monitor**

Composizione:

Regioni e Province Autonome

Abruzzo	Giuliano ROSSI
Basilicata	Giuseppe MONTAGANO
Bolzano	Alfred KOENING
	Beate AUER
Calabria	Rosanna MAIDA
	Maria Gabriella RIZZO
Campania	Giuseppe FERRIGNO
Emilia Romagna	Clara CURCETTI
Friuli Venezia Giulia	Paolo DA COL
	Gianfranco NAPOLITANO
Lazio	Valentino MANTINI
Liguria	Giuseppe BASSO
	Miranda GRANGIA
Lombardia	Mauro AGNELLO
Marche	Fausto MANNUCCI
	Maria Rita PAOLINI
Molise	Gianfranca TESTA
Piemonte	Elisabetta SILETTO
	Maurizio SALVINI
	Francesco PEROTTO
Puglia	Vincenzo POMO
Sardegna	Francesca ATZEI
Sicilia	Saverio CIRIMINNA
Toscana	Cosetta SIMONTI
	Massimo FONDI
Trento	Arrigo ANDRENACCI
	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 LORELUCCI

Teresa DI FIANDRA

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

Maria Donata BELLENTANI

Elisa GUGLIELMI

Pierpaolo PADOVANO

Sara CATANIA

M. Rosaria PERRINI

N.B. L'elenco dei componenti del Gruppo di Ricerca sui Distretti è aggiornato al 31/12/2004

ESPERIENZE GENERALI DI DISTRETTO

Regione Calabria

DEFINIZIONE DEL DISTRETTO SOTTO IL PROFILO ORGANIZZATIVO

14

i Supplementi di **monitor**

a cura di Federico Montesanti

Esperto in organizzazione e gestione dei servizi sanitari,
già Direttore Generale Assessorato alla Sanità della Regione Calabria

Abitualmente il distretto, fin dalla sua prima apparizione nel mondo dell'organizzazione sanitaria nell'ambito della legge 405/1975 istitutiva dei consultori familiari, viene individuato come luogo di gestione e/o come struttura per l'erogazione di prestazioni e servizi territoriali.

Tali definizioni sono ambigue o non sembrano sufficientemente precise ove si voglia comprendere e affrontare il complesso percorso della riorganizzazione dei servizi territoriali, in applicazione delle indicazioni del DPCM 29 novembre 2001 relative alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), risultando poco comprensibili le interrelazioni fra aspetti funzionali e aspetti organizzativi relativi alla materia, atteso in particolare che i LEA individuano funzioni assistenziali (l'assistenza) e che il distretto costituisce punto di riferimento per la produzione e l'erogazione di determinate tipologie di servizi e prestazioni.

Applicando, per affrontare tale problematica, i principi e criteri della organizzazione, si individuano tre definizioni che pongono in evidenza una triplice configurazione del distretto:

- articolazione organizzativa: raggruppamento coordinato di processi e prodotti a specifica finalizzazione;
- articolazione funzionale: meccanismo/processo di coordinamento;
- articolazione territoriale: area geografica.

Quale raggruppamento coordinato di processi e prodotti a specifica finalizzazione, il distretto individua una organizzazione che, nell'ambito della ASL, indica il raggruppamento delle attività sanitarie, socio-sanitarie e tecnico-professionali, svolte dai MMG, dai PLS, dai servizi di continuità assistenziale e dalle strutture operative distrettuali, diretto ad assicurare la gestione, la produzione e l'erogazione delle prestazioni previste dal livello di assistenza distrettuale.

Quale meccanismo/processo di coordinamento, il distretto individua una modalità diretta a:

- coordinare le attività, i servizi, le strutture operative del distretto organizzate su base dipartimentale con quelle dei dipartimenti e servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, dei servizi specialistici ambulatoriali, delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate;
- inserire le predette attività, servizi e strutture nel processo di programmazione aziendale, locale e territoriale;
- sviluppare e realizzare, in una logica di sistema, integrazioni di attività e servizi su base epidemiologica, fra assistenza sanitaria, servizi socio-assistenziali, tutela dell'ambiente.

Quale area geografica, il distretto indica un ambito territoriale o luogo individuato per:

- esercitare attività comprese nell'assistenza distrettuale;
- localizzare le strutture operative di appartenenza;

- collocare funzionalmente le articolazioni produttive del DP e del DSM;
- erogare e gestire in modo integrato le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e quelle sociali a rilevanza sanitaria.

Tali definizioni, sulla base delle conoscenze e delle esperienze acquisite in materia di distretti, pongono inevitabilmente alcuni interrogativi, necessari a comprendere le diversità e le interrelazioni fra le diverse definizioni e altresì utilizzabili come guida per approfondire quei principi e criteri dell'organizzazione in base ai quali sono state sviluppate le suddette definizioni e la triplice configurazione.

Quali sono, infatti, le attività che identificano i servizi di un distretto?

Come si distinguono i servizi di un distretto rispetto ai servizi di altre organizzazioni che operano nello stesso ambito o nella stessa struttura pur non appartenendo al distretto?

A quale tipologia organizzativa appartengono (dipartimentalizzazione – divisionalizzazione – rete ecc.)? Come si identificano i servizi coordinati con il distretto?

Perché il distretto-raggruppamento di servizi si distingue dal distretto meccanismo-processo di coordinamento?

Che rapporto esiste fra l'assistenza distrettuale definita dai Livelli Essenziali di Assistenza e l'organizzazione distrettuale disciplinata dalle normative statali e regionali?

Che rapporto esiste fra offerta e produzione in materia di assistenza distrettuale?

Come il ruolo di committenza assunto dal distretto in alcune realtà regionali o la separazione fra committenza e produzione possono risolvere i problemi di ambiguità del distretto?

RUOLO ED EFFETTI DEI PRINCIPI E CRITERI DELLA ORGANIZZAZIONE APPLICATI AI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Si definisce organizzazione “una combinazione di risorse (uomini, tecnologie, lavoro, ecc.) se-

condo processi di lavoro e assetti individuati per raggiungere obiettivi predefiniti”.

Applicando tale definizione alla normativa in materia di Livelli Essenziali di Assistenza, cioè alle tipologie assistenziali, alle prestazioni e ai servizi previsti dal DPCM 2001 e alle disposizioni di cui all'art. 1, comma 6, del Dlgs 229/1999, pare evidente che i livelli, da un lato, individuano funzioni assistenziali riconducibili ad “aree dell'offerta”, dall'altro individuano attività di produzione e di erogazione di servizi e prestazioni, così identificando due distinte organizzazioni:

- a) aree di offerta definite dai LEA;
- b) insieme delle attività di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni definiti nell'offerta dei LEA.

Le aree di offerta definite dai LEA individuano organizzazioni delle tipologie assistenziali in cui si articolano i Livelli Essenziali di Assistenza e, quale complesso delle aree di offerta o funzioni assistenziali costituito e organizzato dalle Regioni, indicano i modelli regionali o servizi sanitari regionali in cui si articola il Servizio Sanitario Nazionale.

Si realizza in tal modo la regionalizzazione dei servizi sanitari quale strumento strategico diretto ad affrontare il nuovo rapporto bisogni/risorse e le esigenze di cambiamento dell'organizzazione sanitaria:

- sul piano istituzionale;
- ai fini del ridisegno dell'offerta assistenziale;
- nella innovazione del modello organizzativo-gestionale dei servizi e delle prestazioni.

L'insieme delle produzioni ed erogazioni dei servizi e delle prestazioni definiti nell'offerta dei LEA, organizzato secondo i principi e criteri dell'organizzazione, determina l'aziendalizzazione dei servizi sanitari quale processo che individua l'azienda come mezzo per riorganizzare l'organizzazione produttiva in una logica strumentale rispetto al raggiungimento di finalità economiche e di tutela e promozione della salute (modalità per organizzare e non fine della organizzazione).

Si realizza, in tal modo, in particolare nel collegamento fra organizzazione e sanità, l'azienda sanitaria, quale combinazione di persone e beni che agisce secondo principi di razionalità clinica, organizzativa e gestionale per la promozione, tutela e recupero della salute della popolazione.

Confrontando le aree di offerta definite dai LEA e l'organizzazione produttiva delle prestazioni e dei servizi si evidenzia che:

- a) i livelli di assistenza individuano pluralità di metodologie assistenziali e di erogazione;
- b) l'organizzazione produttiva individua raggruppamenti di processi produttivi secondo criteri di specializzazione delle metodologie e/o delle modalità erogative;
- c) l'organizzazione produttiva, secondo il rapporto medico-paziente/assistito e in base alla omogeneità dei processi produttivi e sistemi di erogazione, individua due raggruppamenti di prestazioni:
 1. raggruppamento prestazioni di ricovero o delle cure intensive;
 2. raggruppamento prestazioni territoriali o delle cure continuative comprendente:
 - prevenzione e promozione della salute;
 - cure primarie;
 - cure specialistiche ambulatoriali;
 - emergenza sanitaria;
 - domiciliari;
 - residenziali;
 - semiresidenziali.

Orbene, ove si tenga conto che i Livelli Essenziali di Assistenza comprendono l'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, ciò significa che l'organizzazione produttiva non coincide con l'articolazione dei livelli di assistenza e che, pertanto, considerata l'equivalenza tra organizzazione produttiva e azienda, l'organizzazione dei LEA quali aree di offerta non si può trasferire automaticamente nell'organizzazione aziendale perché non coerente con i principi e criteri dell'organizzazione.

In altre parole, articolazione organizzativa dell'offerta e articolazione organizzativa delle pro-

duzioni non coincidono.

Del resto, che organizzazione e offerta non coincidano è evidente osservando le definizioni indicate dai principi e criteri dell'organizzazione:

- offerta: quantità di servizi e/o beni a disposizione degli utenti ad un determinato prezzo, in un determinato momento;
- produzione: insieme di attività preposte alla trasformazione delle risorse in prodotti.

Inoltre si tenga conto che per offrire bisogna produrre. La mancata coincidenza tra offerta e produzione in materia di sanità è di grande rilevanza per inquadrare tutta la fase di riorganizzazione e sviluppo dell'intero Servizio Sanitario Nazionale, cominciata a decorrere dall'entrata in vigore della normativa del Dlgs 502/1992, con particolare riguardo all'evoluzione delle metodologie e degli strumenti di gestione, di organizzazione e di amministrazione, al rapporto fra medicina ed economia, allo sviluppo delle professionalità, ecc.

Si pensi, ad esempio, alle esigenze di corretto posizionamento delle metodologie e degli strumenti di osservazione nell'ambito del c.d. Progetto Mattoni del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), per sapere se ciò che si rileva o monitorizza è offerta o produzione (finanziamenti o costi? – assistenza/funzioni o prestazioni/prodotti? ecc.).

Certamente, tale mancata coincidenza determina:

- a) effetti tra i livelli di assistenza;
- b) effetti sulla composizione dei livelli;
- c) necessità di distinzione fra struttura fisica di produzione e funzione assistenziale;
- d) effetti sui rapporti fra ospedale e territorio;
- e) effetti sull'organizzazione del lavoro e sulla qualificazione del personale.

Per quanto concerne il livello di assistenza ospedaliera, si determinano in tal modo almeno due effetti:

1. la coincidenza fra assistenza ospedaliera e prestazioni di ricovero;
2. la distinzione fra ospedale quale organizzazione produttiva (presidio) e assistenza ospedaliera.

Ciò significa che:

- l'area di offerta dell'assistenza ospedaliera comprende le prestazioni di ricovero e non quelle ambulatoriali, in coerenza con la logica dei DRG;
- le prestazioni ambulatoriali transitano all'assistenza distrettuale, in coerenza con le esigenze delle cure primarie e dello sviluppo dei servizi territoriali;
- il presidio ospedaliero è sede di una funzione assistenziale e delle prestazioni ambulatoriali interne ed esterne in una logica di differenziazione di prodotti;
- l'organizzazione produttiva ospedaliera organizzata in azienda ospedaliera ha carattere di non ordinarietà, a conferma di quanto esplicitamente indicato all'art. 4, comma 1, del Dlgs 229/1999 (*"avvalendosi anche..."*).

Per quanto concerne il livello assistenza distrettuale, va evidenziato preliminarmente che tale area di offerta comprende prestazioni:

- proprie del distretto, a produzione ed erogazione diretta (ass.za domiciliare, ass.za specialistica ambulatoriale interna, ass.za consultoriale, ecc.);
- proprie del distretto, prodotte ed erogate attraverso soggetti terzi convenzionati o accreditati; (ass.za medicina generale, ass.za farmaceutica, ass.za pediatria libera scelta, continuità assistenziale, ass.za specialistica erogata da strutture accreditate, ecc.);
- di competenza di altre strutture aziendali (DSM, ecc.) diverse dal distretto ma comprese nel livello di assistenza distrettuale.

Il livello di assistenza distrettuale, pertanto, in quanto area di offerta:

1. individua una tipologia di funzione assistenziale;
2. individua un'attività specificamente riconducibile ad una unità organizzativa definita distretto;
3. individua un meccanismo/processo di coordinamento di una pluralità di servizi o soggetti che identifica una organizzazione complessa;
4. non individua un'organizzazione produttiva, perché ogni struttura coinvolta nel livello di as-

sistenza mantiene la propria autonomia produttiva e di erogazione, ivi compreso lo stesso distretto quale unità produttiva.

Sotto il profilo organizzativo, ciò significa che assistenza distrettuale e organizzazione produttiva distrettuale non coincidono e che l'assistenza distrettuale, quale area di offerta, individua il raggruppamento formato dai servizi e prestazioni del distretto e dagli altri servizi e prestazioni prodotti ed erogati dalle strutture che operano in coordinamento con il distretto.

Ulteriore effetto di tale distinzione, tenuto conto dei raggruppamenti di prestazioni in cui si articola l'organizzazione produttiva, delle peculiarità del distretto quale struttura e organizzazione produttiva specifica e dei vantaggi della coincidenza fra organizzazione delle aree di offerta e organizzazione delle attività di produzione ed erogazione, potrebbe essere l'unificazione tra il livello di assistenza distrettuale e quello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, considerato che servizi e prestazioni compresi in tale livello di assistenza comunque devono coordinarsi con le attività del distretto e delle altre strutture che operano nell'ambito dell'assistenza distrettuale.

Sotto il profilo organizzativo, pertanto, tenendo conto delle metodologie produttive e di erogazione e ferma restando la distinzione fra offerta e produzione, l'organizzazione delle aree di offerta e le organizzazioni produttive e di erogazione potrebbero coincidere, con conseguente riduzione dell'articolazione dei livelli e individuazione di due sole aree di offerta:

- area o livello di assistenza in condizioni di ricovero;
- area o livello di assistenza territoriale, comprensiva dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro e dell'assistenza distrettuale.

LE CONFIGURAZIONI ORGANIZZATIVA, FUNZIONALE E TERRITORIALE DEL DISTRETTO

Quanto osservato in precedenza in merito al rap-

porto fra offerta e organizzazione produttiva e, in particolare, fra assistenza distrettuale e organizzazione produttiva distrettuale, consente di comprendere le definizioni e la triplice configurazione del distretto esposte in premessa, quale articolazione organizzativa dell'azienda o raggruppamento coordinato, quale articolazione funzionale o meccanismo/processo di coordinamento, quale area geografica o ambito territoriale.

Il distretto articolazione organizzativa

Il distretto, quale articolazione organizzativa, individua:

- a) una organizzazione che produce ed eroga servizi e prestazioni propri di una unità organizzativa definita distretto;
- b) una organizzazione produttiva complessa o raggruppamento coordinato di attività per la produzione ed erogazione di prestazioni proprie, a gestione diretta ed erogate attraverso soggetti terzi convenzionati o accreditati.

Che sia unità organizzativa o sia raggruppamento di attività di produzione e di erogazione, va sottolineato che il distretto è comunque una organizzazione non riconducibile o coincidente con un presidio o centro fisico di esercizio di attività. Tale consapevolezza è necessaria ove non si voglia correre il rischio di attribuire al distretto una condizione di tipo ospedaliero, come se fosse una struttura alla quale si chiede assistenza, anziché una organizzazione che agisce per la promozione, tutela e recupero della salute indipendentemente dalla sede fisica di esercizio delle attività. In altre parole, va evitato che nel distretto venga percepita una organizzazione distrettuale e una extradistrettuale, in analogia a quanto accaduto per l'assistenza ospedaliera.

Il distretto articolazione funzionale

Il distretto, quale articolazione funzionale, individua un meccanismo (modalità) o processo (insieme di attività) di coordinamento, identificando nel coordinamento:

- a. il rapporto tra una organizzazione e gli obiet-

- tivi che intende perseguire;
- b. uno strumento di strategia.

In tal senso, il distretto quale articolazione funzionale va inteso come strumento della strategia organizzativa dell'azienda per realizzare determinati obiettivi.

Sottolineato che il coordinamento rappresenta la funzione di maggiore impegno e difficoltà che affronta una organizzazione in rapporto alla realizzazione delle finalità e degli obiettivi per cui è prevista, va evidenziato che, quale modalità o meccanismo di coordinamento, il distretto individua:

- a) una modalità organizzativa della propria struttura;
- b) una modalità operativa per l'integrazione in un ambito territoriale di tutte le componenti organizzative comprese nell'area di offerta o funzione assistenziale distrettuale;
- c) un meccanismo di coordinamento per l'integrazione delle componenti distrettuali con altre componenti interne o esterne all'azienda.

Quale modalità organizzativa della propria struttura, il distretto individua una combinazione di attività e risorse gestite dal direttore di distretto e dal suo staff (ufficio di coordinamento) in una logica di coordinamento fra MMG – PLS – MCA e specialisti, finalizzata alla produzione ed erogazione delle prestazioni proprie del distretto e all'esercizio dell'autonomia attribuita.

In tal senso, pertanto, va concepita l'Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP), recentemente oggetto di decisione nelle intese fra Stato e Regioni, evidenziando che va considerata come una componente del raggruppamento e che, in quanto elemento dell'organizzazione produttiva, più correttamente dovrebbe essere definita Unità Territoriale di Cure Primarie (UTCP).

Quale modalità operativa, il distretto individua una combinazione di attività e risorse diretta a:

- regolare i rapporti fra MMG - PLS e specialisti;
- raccordare i comportamenti dei MMG e PLS con gli obiettivi dell'azienda;
- raccordare gli interventi sanitari in funzione del-

l'assistenza globale alla persona in una logica di continuità assistenziale;

- raccordare l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale con le prestazioni sociali di competenza degli EE.LL.;
- realizzare l'integrazione delle attività del distretto con il Dipartimento di Prevenzione e il Dipartimento di Salute Mentale.

Quale meccanismo di coordinamento, il distretto individua due livelli di coordinamento:

- livello interno, coincidente con l'organizzazione produttiva distrettuale (somma di una unità organizzativa e di un raggruppamento di processi omogenei fra loro coordinati);
- livello esterno, corrispondente alle interdipendenze del distretto con:
 - le altre strutture della stessa area di offerta;
 - le altre strutture aziendali;
 - strutture di altre aziende o enti.

Il livello interno risente dei seguenti vincoli posti dalla legislazione statale e/o regionale:

- individuazione del direttore di distretto (dirigente sanitario medico o non medico dipendente o convenzionato MMG – PLS);
- istituzione ufficio di coordinamento (obbligatorietà, rappresentatività componenti, sola presenza specialisti ambulatoriali interni);
- dipartimentalizzazione (scelta non aziendale – rigidità organizzativa).

Il livello esterno individua tre situazioni di coordinamento:

- coordinamento inter-area (distretto organizzazione produttiva stessa area di offerta);
- coordinamento intraziendale (distretto altre strutture aziendali);
- coordinamento extraaziendale (distretto realtà esterne: ASL – AO – EE.LL. – Scuola – IZS – ARPA – ecc.).

Il livello esterno si avvale delle seguenti modalità operative/organizzative:

- Processi:
 - Piano Attuativo Locale;
 - Programma Attività Territoriali;
 - Piani di Zona;

- Sistema Budgetario;
- Accordi di Programma;
- Convenzioni;
- Contratti;
- Intese, ecc;
- Organismi:
 - Collegio di direzione;
 - Comitati;
 - Progetti;
 - Gruppi di Lavoro, ecc.

Riassumendo, in termini di strategia, considerato quanto indicato a proposito dei due livelli, va evidenziato che sul piano organizzativo:

- il livello interno realizza una condizione organizzativa di attribuzione di autonomia secondo una logica di divisione per prodotto e area geografica;
- il livello esterno realizza una condizione di attribuzione di delega di autorità e di responsabilità secondo una logica funzionale al decentramento organizzativo;
- il livello esterno individua la possibilità di realizzare una organizzazione ad hoc, nella forma a matrice (dipendenza per prodotto e dipendenza funzionale).

Ciò significa che il distretto, in quanto modalità di coordinamento, evidenzia potenzialità per una evoluzione in senso aziendale dell'organizzazione produttiva della sanità ed è uno strumento importante per sviluppare e realizzare, in una logica di sistema, integrazioni di attività e servizi su base epidemiologica e territoriale, fra assistenza sanitaria, servizi socio-assistenziali, tutela dell'ambiente.

Il distretto articolazione territoriale

Il distretto quale articolazione territoriale o area geografica pone l'esigenza di considerare preliminarmente che il territorio costituisce elemento di riferimento sia delle aree di offerta dei LEA, sia dell'organizzazione produttiva aziendale.

Richiamato pertanto quanto disposto dalle normative dello Stato e delle Regioni, va evidenziato che il distretto:

- quale articolazione territoriale delle aree di of-

ferta è una articolazione territoriale o area geografica del sistema regionale di offerta dell'assistenza distrettuale prevista dai LEA;

- b) quale articolazione territoriale dell'organizzazione produttiva è un'area territoriale di gestione, produzione ed erogazione del sistema produttivo aziendale.

In merito alla territorialità dell'organizzazione produttiva, va evidenziato che l'organizzazione del distretto risente sul piano concettuale di una impostazione organizzativa di tipo funzionale, in quanto tende a far coincidere la sede di attività con la funzione distintiva dei servizi che operano sul territorio (attività tecniche e attività territoriali) ponendo, oltretutto, in relazione elementi disomogenei e non comparabili. Viene attribuito, infatti, significato tecnico-professionale al territorio, come se il territorio, anziché essere un ambito di riferimento dell'attività di operatori di diversa professionalità, costituisca elemento di individuazione di una professionalità, andando quindi ad identificare una nuova e specifica professione (l'operatore territoriale).

Ciò determina l'esigenza di interpretare la territorialità del distretto, collegandola ai principi e criteri dell'organizzazione (che tengono distinta la sede di produzione dell'attività dalla funzione per la quale l'attività stessa è prevista) anziché alle funzioni specialistiche dei servizi, anche al fine di evitare il rischio di una sopravvivenza di suddivisioni organizzative o di confini limitativi dell'esercizio delle attività e delle professioni.

Se non ha più senso parlare di assistenza ospedaliera ed extraospedaliera, ha senso parlare genericamente di operatore ospedaliero o di operatore territoriale?

Pertanto, assumendo il territorio in senso proprio, quale ambito nel quale vengono svolte attività, il distretto, quale organizzazione produttiva territoriale, individua un insieme organizzato delle prestazioni e dei servizi ubicati in un determinato territorio.

Tale interpretazione della territorialità connessa con il perseguimento della finalità dell'azienda (il

distretto in quanto modalità di coordinamento è anche strumento di strategia), determina la necessità di contemperare tale livello di organizzazione con le finalità e i risultati dell'azienda di appartenenza e di cui è articolazione, in termini di obiettivi conseguibili. In tal senso, il distretto può pertanto assumere un ruolo di committenza come "controparte" dell'organizzazione produttiva, svolgendo compiti di garanzia del conseguimento degli obiettivi rispetto ai soggetti interni ed esterni con i quali si relaziona.

CRITICITÀ

L'applicazione dei principi e criteri dell'organizzazione ai Livelli Essenziali di Assistenza e, in particolare, all'organizzazione distrettuale evidenzia molteplici criticità, in termini di ostacoli e false conoscenze, che possono essere riassunte nei seguenti punti:

- a) incoerenza della normativa nella definizione e articolazione del livello essenziale di assistenza distrettuale rispetto ai principi dell'aziendalizzazione (confusione fra offerta assistenziale e organizzazione produttiva);
- b) ambiguità del distretto quale strumento di integrazione e coordinamento;
- c) ambiguità della territorialità;
- d) attribuzione alla normativa regionale del compito di individuare oltre all'articolazione territoriale anche l'organizzazione del distretto, così assorbendo nell'articolazione dell'offerta anche quella dell'organizzazione produttiva;
- e) condizione strutturale e di autonomia delle strutture con le quali il distretto si coordina (DP – DSM);
- f) natura non strutturale del coordinamento;
- g) confusione fra organizzazione del lavoro e organizzazione dei servizi;
- h) assunzione del progetto come configurazione organizzativa anziché come modalità di esercizio di attività (il progetto non è una tipologia organizzativa ma una modalità di funzionamento di un'organizzazione);
- i) utilizzo di configurazioni organizzative di tipo

- funzionale (dipartimento) o loro modellamento (funzionale – strutturale, ecc.) per superamento di modelli organizzativi di tipo funzionale (i falsi cambiamenti);
- j) separazione fra sanità e servizi socio-assistenziali sotto il profilo della titolarità della competenza e dei processi di pianificazione;
 - k) esigenza di correlazione e interdipendenza fra modificazione dei servizi ospedalieri e modificazione dei servizi territoriali;
 - l) superamento della distinzione fra assistenza ospedaliera e assistenza extraospedaliera;
 - m) distinzione fra struttura fisica di produzione e funzione assistenziale;
 - n) non corretta percezione della distinzione fra SSN (“organizzazione costituita dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione”) e Sistema Sanitario (“insieme che comprende tutte le attività fra loro correlate e interagenti il cui intento principale è di promuovere, restaurare e mantenere la salute”);
 - o) carenza di esperienze applicative e di ricerca nell’attuazione delle configurazioni aziendali tipiche ed evolutive del mondo economico-produttivo di beni e servizi nel contesto della sanità;
 - p) confusione tra dati economici e dati finanziari con la conseguenza che si rilevano costi di produzione da confrontare con spese di offerta di assistenza.

INDICAZIONI PER IL SUPERAMENTO DELLE CRITICITÀ E PER LO SVILUPPO

Le esperienze di organizzazione e sviluppo del distretto realizzate in alcuni servizi sanitari regionali offrono indicazioni per riflettere sul superamento delle criticità rilevate e individuare ulteriori elementi di collegamento fra principi e criteri dell’organizzazione e sanità, utilizzabili in funzione dello sviluppo dei servizi territoriali. Osservando i rapporti fra offerta e produzione e,

in particolare, la distinzione fra chi decide, chi gestisce, chi organizza e chi produce, si individuano i seguenti tre assetti organizzativi del distretto diretti a superare le ambiguità prima rilevate fra le possibili articolazioni:

1. dipartimentalizzazione del distretto;
2. distrettualizzazione allargata;
3. divisionalizzazione del distretto.

La prima configurazione, assumendo a riferimento i raggruppamenti di prestazioni in cui si articola l’organizzazione produttiva, individua una organizzazione che assume la dipartimentalizzazione come criterio per raggruppare tutta l’attività di produzione ed erogazione effettuata dalle strutture del distretto e da quelle con esso coordinate in una unica organizzazione, attribuendo al distretto tutta l’organizzazione produttiva effettuata nell’ambito territoriale di competenza.

In tal modo il distretto diventa l’organizzazione in cui confluiscono tutte le strutture presenti e che operano nell’area territoriale. Il distretto, cioè, in altre parole, assorbe in forma dipartimentale tutte le attività di produzione ed erogazione dando vita ad un’unica organizzazione di tipo funzionale che, come un dipartimento, individua la struttura complessa in cui, in modo coordinato, sono aggregate tutte le strutture che producono ed erogano prestazioni dell’ambito territoriale.

La seconda configurazione modifica il funzionamento dell’organizzazione dipartimentale individuata nella prima configurazione, attribuendo al distretto un ruolo dominante sulle strutture facenti parte del dipartimento. Il distretto, cioè, oltre a svolgere le attività di produzione ed erogazione dei propri servizi e prestazioni, svolge anche una funzione di governo della domanda globalmente espressa dall’area territoriale assumendo un ruolo di committenza.

Dalla dipartimentalizzazione del distretto caratteristica della prima ipotesi si passa, pertanto, alla distrettualizzazione di tutte le attività, con un rapporto di gerarchia fra il distretto e le altre strutture operanti nell’ambito territoriale, ivi compresi i dipartimenti.

La terza configurazione modifica l'organizzazione e il funzionamento individuati nella seconda ipotesi, assumendo a riferimento la distinzione fra le attività di gestione, organizzazione e produzione e attribuendo al distretto i soli compiti di governo dell'offerta. In tal modo l'offerta è separata dall'organizzazione e produzione e il distretto svolge le funzioni gestionali in una logica di accentramento e decentramento simile ad una configurazione divisionale.

Si realizza in tal modo il passaggio da una condizione di autonomia ad una situazione di potere gestionale rafforzativo dell'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, riconosciuta al distretto, ma con il rischio di:

- verticalizzare l'organizzazione aziendale, in contrasto con le esigenze di orizzontalità tipiche dell'organizzazione aziendale (organizzazione c.d. piatta);
- confondere delega e autonomia;
- costituire organizzazioni che individuano delle "quasi aziende" all'interno della stessa azienda;
- riproporre l'asimmetria fra acquirenti e produttori.

Le ipotesi di configurazione esaminate e l'esigenza di evitare i rischi individuati rendono opportuna l'attenzione ai principi e ai criteri dell'organizzazione e in particolare:

- a) alla distinzione fra gestione e organizzazione dei fattori produttivi e delle infrastrutture e produzione;
- b) al rapporto sistema-organizzazione;
- c) alla progettazione organizzativa;
- d) al fatto che, di solito, nelle aziende le configurazioni organizzative non corrispondono strettamente ai modelli teorici di riferimento prescelti in quanto, in sede applicativa, esse vengono progressivamente modificate e adattate agli obiettivi e alle strategie perseguite dall'azienda.

Le indicazioni che emergono da tali elementi individuano tre ipotesi organizzative:

- 1) configurazione divisionale;
- 2) configurazione per decentramento produttivo

a rete e per processi;

- 3) configurazione per reingegnerizzazione dei processi e organizzazione produttiva a rete.

La prima configurazione individua una organizzazione:

- articolata per prodotti, identificati sulla base di combinazioni produttive specializzate e non più in base alle funzioni esercitate;
- caratterizzata dalla distribuzione di compiti fra organi centrali e divisioni, con riconoscimento di autonomia decisionale a quest'ultime;
- orientata ad un controllo prevalentemente di efficacia.

Tale configurazione, pur se idonea a superare la logica funzionale di cui è fortemente imbevuto tutto il sistema sanitario, ove si tenga conto delle finalità dell'organizzazione sanitaria e delle esigenze del territorio in particolare, risulta però insufficiente sia per assicurare le esigenze di collaborazione e integrazione interne ai fini della migliore efficienza organizzativa, sia in funzione del soddisfacimento delle esigenze della popolazione destinataria delle prestazioni erogate o fornite (efficacia e qualità).

Su tale configurazione, inizialmente necessaria per avviare il processo di aziendalizzazione, si pone pertanto l'esigenza di operare alcune modificazioni, agendo sull'organizzazione della struttura centrale e sull'organizzazione delle strutture produttive, al fine di sviluppare i rapporti fra le componenti organizzativo-produttive e fra l'organizzazione produttiva e i destinatari delle prestazioni.

Ciò significa che, una volta realizzata e resa operativa l'organizzazione divisionale, operando progressivamente sui comportamenti anziché sulle strutture, nonché ponendo attenzione ai processi, si dovrà procedere ad affievolire la verticalizzazione dell'organizzazione produttiva sviluppando in forma di rete l'organizzazione delle strutture produttive sul territorio, alle quali attribuire autorità decisionale e responsabilità operative nell'ambito delle direttive ricevute dalla direzione divisionale.

Si sviluppa in tal modo il decentramento pro-

duttivo a rete e per processi, caratterizzato dalla modificazione dei comportamenti decisionali e dei meccanismi di coordinamento tra il livello gestionale, il livello organizzativo e il livello produttivo. Infatti, la direzione divisionale da un lato mantiene intatte le responsabilità e il controllo del funzionamento delle infrastrutture e dell'uso dei fattori produttivi impiegati nelle divisioni, dall'altro lascia ai responsabili delle unità organizzative il compito della pianificazione organizzativa e del coordinamento delle attività produttive e ai responsabili delle unità produttive la direzione della produzione.

Il decentramento produttivo a rete non può non prendere in considerazione la logica dei processi, atteso che obiettivo finale della strategia organizzativa da adottare deve essere l'adeguamento dell'organizzazione e delle attività alle esigenze della popolazione (propria clientela) e che la configurazione organizzativa per processi rappresenta notoriamente il modo migliore per raggiungere tale obiettivo.

L'attenzione ai processi rafforza l'orizzontalità dell'organizzazione avviata con il decentramento produttivo, compensando la verticalità propria della divisionalizzazione, e apre la possibilità per l'attuazione di un ulteriore sviluppo dell'organizzazione in funzione della reingegnerizzazione dei processi, caratterizzato dalla:

- rivisitazione dei meccanismi organizzativi, consistente nella semplificazione e ottimizzazione delle attività svolte;
- riprogettazione dei processi, consistente nella ricomposizione delle attività in alternativa all'aumento degli strumenti di coordinamento;
- introduzione di sistemi di controllo delle attività esercitate e di valutazione e retribuzione del personale in rapporto ai risultati conseguiti, assumendo a riferimento sia la soddisfazione dei destinatari delle attività, sia i risultati ottenuti;
- riorganizzazione dei meccanismi di coordinamento, riducendo le necessità di integrazione

fra le componenti gestionali, organizzative e produttive.

Il raggiungimento della configurazione per reingegnerizzazione dei processi e organizzazione produttiva a rete prelude alla possibilità di passare ad una gestione a rete, in un quadro di rapporti non soltanto intraorganizzativi ma interorganizzativi con altri soggetti non facenti parte dell'organizzazione sanitaria.

Si apre in tal modo la possibilità di realizzare una configurazione gestionale tipo "holding" e di procedere in una logica di sistema in cui si individuano:

- una organizzazione di governo territoriale;
- una organizzazione gestionale, organizzativa e produttiva territoriale;
- un sistema socio-sanitario e ambientale integrato su base territoriale ed epidemiologica, con formazione di macro aree territoriali in cui confluiscono attività di ASL, Servizi sociali e dell'ARPA.

La realizzazione delle configurazioni e della loro sequenza richiede la progettazione organizzativa, quale strumento di individuazione delle linee generali e dei profili di sviluppo, con approfondimento di tutte le componenti che motivano e caratterizzano l'organizzazione. Si delinea in tal modo quello che, in analogia alle persone fisiche, può essere definito il "codice genetico" dell'organizzazione a cui ricondurre tutta la realizzazione delle configurazioni, dalla fase iniziale fino al raggiungimento della configurazione finale.

Il carattere di progettualità di tali operazioni è fondamentale al fine di evitare che l'innovazione venga percepita come una sostituzione imperativa di modelli anziché come un processo graduale di integrazione e coesistenza di modelli, necessario per vincere le difficoltà di credere nel cambiamento e di metabolizzare un modo di essere così differente rispetto al passato, nonché per passare a logiche e configurazioni organizzative più adatte alle sollecitazioni di sviluppo richieste alla sanità.

Regione Lombardia

IL GOVERNO DELLA DOMANDA: QUALI INFORMAZIONI PER QUALI BISOGNI

24

i Supplimenti di **monitor**

a cura di **Mauro Agnello, Cristiano Marchetti**
Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia

Il governo della domanda può interessare diversi soggetti e avere diversi obiettivi. Ad esempio secondo Cislighi (Cislighi C, *Il governo della domanda nei sistemi sanitari*, Salute e Territorio, n. 143/2004, pp.118-120) si possono individuare tre livelli di governo della domanda: il primo è quello del governo clinico e riguarda i problemi dell'appropriatezza, il secondo è quello del governo economico della domanda, infine un terzo livello riguarda il governo politico della domanda inteso come problema di rappresentanza e di partecipazione. L'obiettivo di Regione Lombardia in questi ultimi due anni è stato quello di creare un metodo per una valutazione complessiva della domanda, ponendo al centro del sistema il singolo cittadino.

L'intuizione operativa per attuare la suddetta integrazione è stata quella di utilizzare le banche dati di tipo amministrativo esistenti. È da tempo ormai, a causa principalmente dell'introduzione del pagamento a prestazione, che le fonti più complete di dati sanitari sono le basi dati amministrative costruite appunto per misurare in termini economici il consumo di risorse. I principali database oggi alimentati (farmaceutica, ricoveri, ambulatoriale) hanno prevalentemente una funzione amministrativa per facilitare il controllo del pagamento dei beni e dei servizi forniti agli assistiti. Al centro del sistema è posta l'unità di offerta o l'area territoriale che eroga le prestazioni e il percorso clinico del paziente risulta quindi frazionato in uno o più contatti effettuati da strutture diverse. Non è impossi-

bile integrare i diversi interventi sul paziente, unendo i vari contatti rintracciabili nei diversi database amministrativi esistenti, in modo da porre il paziente al centro del sistema e far sì che sia il caso clinico a divenire il vero oggetto di analisi e valutazione. Con il paziente al centro del sistema l'ottica di lettura si modifica radicalmente e aumentano le opportunità per conoscere e governare la domanda. Lo spostamento concettuale e operativo trasforma le ASL in organizzazioni che gestiscono processi e sono in grado di rilevare la qualità delle prestazioni e i costi necessari alla cura del caso clinico. Anche le modalità di valutazione entrano in una diversa ottica. Sino ad ora l'efficienza è stata ricercata con la riduzione degli sprechi e ovviamente la misura per tale indicatore è stata economica. Ma da sempre l'obiettivo dichiarato era ed è misurare l'efficienza non solo come risultato economico, ma anche come rapporto tra casi trattati in modo appropriato e casi che ricevono cure inadeguate. Il tutto aderendo o sviluppando degli standard (protocolli, percorsi diagnostico terapeutici, ecc.) definiti o approvati dalle società scientifiche. L'efficienza può essere costruita e misurata attorno al soggetto di cura, riconoscendo la centralità del paziente e del caso clinico; su questo cardine si sviluppa una diversa interrelazione tra chi produce e chi compra.

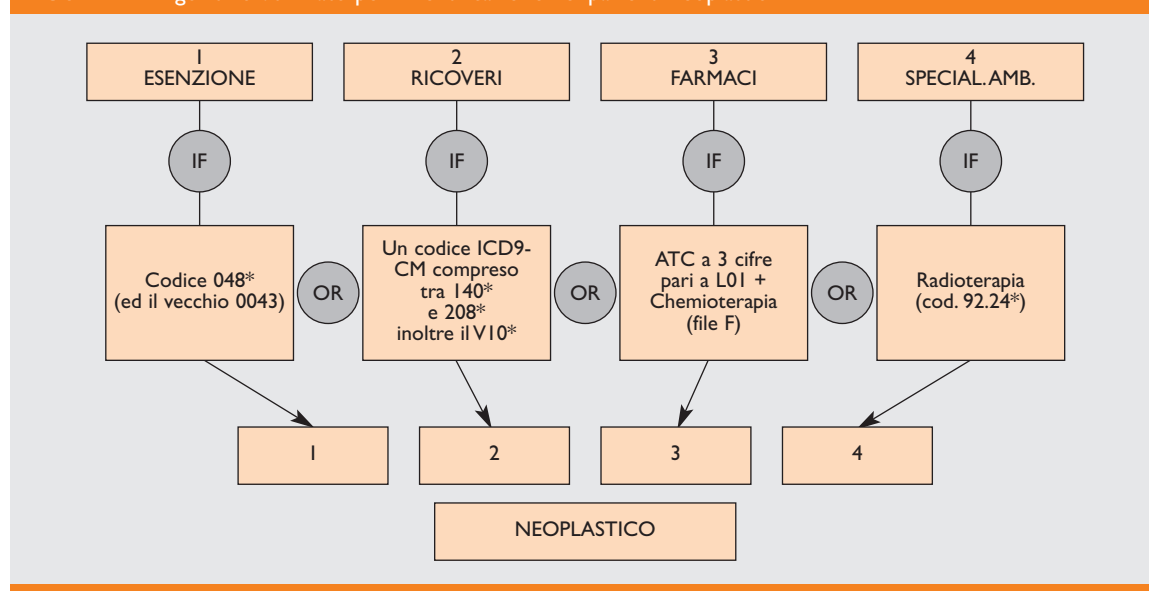
L'integrazione delle banche dati di interesse sanitario attraverso una chiave univoca di interazione (tessera sanitaria o codice fiscale, ad esempio) consente

nibili. Il tabellone può infatti svilupparsi in senso orizzontale, se si reperiscono ulteriori informazioni sugli assistiti (ad esempio: ricoveri in RSA o consumi per protesi o ausili), oppure può essere modificato verticalmente se si aggiungono nuovi assistiti.

Per individuare la patologia cronica prevalente di ogni assistito sono state utilizzate più opzioni: l'essenziazione per patologia, i ricoveri ospedalieri, le prestazioni specialistiche correlate a specifica patologia cronica (ad esempio radioterapia e dialisi) e il consumo di farmaci. L'utilizzo del database relativo ai consumi farmaceutici ha consentito di individuare le patologie croniche, in quanto è stato postulato che un soggetto con un consumo farmaceutico costante nel tempo è con molta probabilità affetto dalla patologia per la quale sta assumendo la terapia farmacologica. Per associare il consumo di determinati farmaci alle varie patologie è stato utilizzato il sistema di classificazione ATC e per dare una dimensione temporale del consumo di farmaci è stata utilizzata la DDD. Si riporta di seguito (fig. 2), a titolo esemplificativo, la modalità con cui sono stati identificati i soggetti affetti da patologia neoplastica (Zocchetti C, Agnello M, *La valutazione della domanda nei sistemi sanitari: proposta di un metodo*. XXVII Riunione annuale della Associazione Italiana di Epidemiologia, Bologna 20-22 ottobre 2003).

In questo modo è stata formulata una classificazione costituita da 15 classi di cui 11 sono riferibili alla patologia cronico degenerativa (trapiantato, insufficienza renale, Hiv, neoplasia, diabete, cardiopatia, broncopatia, gastropatia, neuropatia, autoimmune ed endocrinopatia). Due classi sono ascrivibili ad assistiti che non hanno avuto contatti con il servizio sanitario regionale, o che non sono identificabili come soggetti cronici ma che hanno avuto almeno un contatto con le strutture sanitarie. Infine, le ultime due classi identificate sono rappresentate dai soggetti deceduti e dalle donne che hanno partorito. La categoria deceduti è stata definita in seguito alla constatazione del rilevante assorbimento di risorse essenziali in concomitanza dell'evento morte a prescindere dalla patologia di cui risulta portatore il soggetto. La semplificazione che riguarda l'identificazione della patologia prevalente per singolo assistito si è resa necessaria in questa fase di studio del metodo per semplificare la rappresentazione dei dati e il confronto tra gli ambiti territoriali. Nel tabellone per singolo soggetto sono comunque individuabili tutte le patologie di cui il soggetto è affetto. In tale senso ha operato la ASL della provincia di Brescia (Indelicato A, Lonati F, Saleri N, Buzzetti R, *La banca dati assistito*. Brescia: ASL della provincia di Brescia, 2004) che ha rappresentato le differenti combina-

FIGURA 2 - Algoritmo utilizzato per l'identificazione dei pazienti neoplastici



zioni possibili. In questo approfondimento si dimostra che oltre il 15% sul totale dei soggetti è affetto da forme isolate di patologia, il 5% ha la compresenza di due forme patologiche e che oltre il 2% ne associa un numero superiore sino ad un massimo di 8. Il numero di patologie concomitanti è considerato un indice di complessità clinica del singolo soggetto e in questo senso sarà necessario ampliare l'attuale classificazione con l'individuazione di ulteriori suddivisioni delle classi che tengano in debita considerazione l'associazione di più patologie.

Il metodo sopra descritto è stato approntato e testato presso la ASL della provincia di Pavia nell'anno 2002 (Agnello M, Cerra C, Lottaroli S, *Il governo della domanda nei sistemi socio sanitari*. Pavia: Azienda Sanitaria Locale della provincia di Pavia, 2002). Nel 2003 è stato istituito un gruppo di lavoro, promosso dalla Regione Lombardia e costituito da cinque ASL (Bergamo, Brescia, Monza, Pavia e Varese), con il compito di rendere uniformi i criteri metodologici e avviare in ogni ASL la costruzione della BDA. Successivamente tutte le ASL della Regione hanno provveduto alla costituzione della BDA secondo le indicazioni del gruppo di lavoro e ad inoltrare i dati in Regione per la formazione di una banca dati centralizzata. Questa modalità, che prevede la condivisione tra le varie ASL dell'esperienza acquisita, è valutata da Zocchetti (Zocchetti C, *L'impatto della devoluzione in epidemiologia: ci sarà maggiore attenzione per le realtà locali?*,

Tendenze Nuove, 3/2004, pp. 239-257) come esempio di approccio "federalista" per l'utilizzo di dati di tipo epidemiologico. L'esigenza promossa da una ASL di discutere con il proprio territorio (distretti, medici di medicina generale, ...) da una parte le caratteristiche della domanda di prestazioni sanitarie e dall'altra le consuetudini prescrittive dei vari attori del SSR ha fatto sì che tutte le risorse disponibili in termini di informazione fossero adeguatamente utilizzate attraverso l'implementazione della BDA. Una volta valutata positivamente, l'esperienza è stata riproposta e accettata dalle altre ASL senza un intervento coattivo da parte del livello regionale. La Regione infatti si è limitata a facilitare gli incontri tra gli operatori per la condivisione del metodo.

I PRIMI RISULTATI

I valori riportati nelle successive tabelle riguardano 12 delle 15 ASL in cui è suddivisa la Regione, per un totale della popolazione esaminata pari a circa 7.300.000 assistiti, che in percentuale equivale a circa l'80% dell'intera popolazione della Lombardia. I dati riportati nelle tabelle si riferiscono all'anno 2002. In modo schematico si possono rappresentare tre livelli di "sfruttamento" delle informazioni contenute nella BDA: programmazione, percorsi diagnostico terapeutici e budget di distretto.

Programmazione

La tabella 1 mostra la prevalenza delle patologie

TABELLA 1 - Ricavi e costi per attività di libera professione intramoenia (in euro).

Cat. Regione	% su tot assistiti Regione	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M
Deceduto	0,5%	nd	nd	nd	0,9%	0,8%	1,0%	0,8%	0,6%	0,7%	1,2%	0,8%
Trapiantato	0,05%	0,06%	0,05%	0,05%	0,04%	0,05%	0,05%	0,03%	0,04%	0,06%	0,04%	0,04%
Ins_renale	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
HIV	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
Neoplasia	2,5%	2,8%	2,7%	2,5%	2,5%	2,5%	1,0%	2,5%	2,7%	2,5%	2,5%	2,6%
Diabete	3,2%	3,0%	3,1%	3,1%	3,5%	2,6%	2,8%	3,8%	2,6%	3,2%	3,6%	3,1%
Cardiovasculopatia	13,0%	10,5%	11,0%	11,1%	14,2%	12,0%	10,3%	14,1%	10,6%	12,4%	13,7%	12,5%
Broncopatia	1,3%	1,0%	1,3%	1,2%	1,3%	0,9%	0,9%	1,3%	1,1%	1,2%	1,1%	1,1%
Gastropatia	1,5%	1,4%	1,3%	1,2%	1,2%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,1%	1,3%	1,1%
Neuropatia	1,1%	1,2%	1,4%	1,3%	1,1%	1,2%	0,4%	0,2%	1,1%	1,1%	0,8%	1,2%
Autoimmuni	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
Endocrinopatia	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	0,8%	0,6%	1,4%	1,4%	1,0%	0,9%
Altro Parto	0,8%	0,9%	0,9%	0,8%	0,5%	0,9%	0,7%	0,7%	0,8%	0,6%	0,6%	0,8%
Altro non utente	17,5%	17,6%	15,9%	17,6%	17,9%	18,1%	18,7%	15,3%	17,9%	17,5%	17,4%	18,6%
Altro	57,1%	59,8%	60,6%	59,6%	55,1%	58,3%	61,6%	59,1%	59,5%	57,7%	56,3%	56,7%

TABELLA 2 - Spesa suddivisa per ricoveri, ambulatoriale, farmaci e file F per categorie regionali (in euro)

Patologia	Numero assistiti	% su tot assistiti	età media	Spesa media x assistito	Spesa complessiva	% su totale spesa
Deceduto***	33.166	0,45%	77,2	6.171	204.651.158	4%
Trapiantato	3.463	0,05%	48,8	20.670	71.580.592	1%
Ins renale	15.579	0,21%	64,7	14.245	221.921.606	4%
HIV	12.090	0,16%	40,1	7.851	94.914.843	2%
Neoplasia	187.440	2,55%	62,9	4.096	767.847.722	13%
Diabete	232.447	3,16%	65,5	1.974	458.839.950	8%
Cardiopatia	956.604	12,99%	64,9	1.615	1.544.647.201	27%
Broncopatia	95.620	1,30%	39,9	1.233	117.913.499	2%
Gastropatia	106.850	1,45%	52,2	1.452	155.140.777	3%
Neuropatia	79.048	1,07%	47,7	1.924	152.069.332	3%
Autoimmuni	8.087	0,11%	46,9	1.240	10.024.457	0%
Endocrinopatia	86.921	1,18%	51,2	940	81.663.308	1%
Altro Parto	55.771	0,76%	31,5	2.107	117.483.940	2%
Altro non utente	1.288.774	17,51%	35,5	-	-	0%
Altro	4.200.142	57,05%	35,6	408	1.713.323.777	30%
	7.362.002	100,00%	41,9	776	5.712.022.162	100%

*** non riportati da tutte le ASL

esaminate complessivamente a livello regionale e per singola ASL.

I soggetti affetti da patologia cronica sono circa il 24% della popolazione. La classe più rappresentata è la cardiovascolopatia con un valore regionale di prevalenza stimato del 13% e un'età media di 65 anni. Il confronto tra le varie ASL mostra una variabilità compresa tra un valore minimo di 10,3% per la ASL F e un valore massimo di 14,2% per la ASL D. Il valore medio regionale di prevalenza della patologia diabetica è pari al 3,2% dell'intera popolazione, con variazioni tra le ASL ricomprese tra un valore massimo di 3,8 per la ASL G e un valore minimo di 2,6 per le ASL E ed H.

La metodologia per identificare le patologie presenta ovviamente un certo livello di approssimazione rispetto all'identificazione con criteri epidemiologici tradizionali, ma il confronto con i dati della letteratura effettuato da una ASL (Indelicato A, Lonati F, Saleri N, Buzzetti R, *La banca dati assistito*. Brescia: ASL della provincia di Brescia, 2004) mostra un accettabile livello di sovrapposizione. Si sottolinea inoltre che l'utilizzo dei suddetti dati è a fini gestionali e non per effettuare valutazioni di tipo epidemiologico in senso stretto. In questo caso anche dati stimati o con un adeguato livello di

approssimazione sono preziosi per consentire valutazioni e confronti finalizzati al miglioramento complessivo del sistema.

Dalle tabelle emerge la distribuzione delle patologie di gran parte della Regione e il tipo di consumo di risorse che tale distribuzione comporta. Nella tabella 2 sono riportati il numero di assistiti rilevati dalle ASL e i consumi medi in euro delle classi di patologia individuate.

Nel dettaglio si può verificare la composizione percentuale di tale spesa media nelle tre principali fonti di consumo – ricovero ospedaliero, farmaci compreso il file F (farmaci chemioterapici) e prestazioni ambulatoriali e PS – e la percentuale di pazienti che, nell'arco di un anno, accede all'utilizzo di queste prestazioni e di questi servizi. La composizione della spesa vede da una parte tre grandi gruppi di pazienti cronici (neoplastici, cardiopatici e diabetici) che assorbono il 50% delle risorse rappresentando il 15-20% dei pazienti e dall'altra un gruppo molto numeroso di pazienti non cronici (55-60% dei pazienti) che assorbono comunque il 30% delle risorse.

Sulle performances nella gestione di questi gruppi si basa il buon risultato di gestione delle ASL e in definitiva la tenuta stessa del SSR.

Da questi dati è possibile ricavare un primo confronto tra le ASL della Lombardia (tab.3) alla ri-

Spesa complessiva	Ricovero		Ambulatoriale			Farmaci			File F		
	% spesa	% utenti	Spesa complessiva	% spesa	% utenti	Spesa complessiva	% spesa	% utenti	Spesa complessiva	% spesa	% utenti
169.973.758	83%	65%	14.134.276	7%	80%	17.679.912	9%	82%	2.863.212	1%	4%
43.789.032	61%	60%	9.169.451	13%	98%	15.994.388	22%	98%	2.627.722	4%	24%
67.567.277	30%	60%	131.918.238	59%	98%	21.445.598	10%	98%	990.492	0%	7%
18.556.791	20%	32%	14.240.906	15%	97%	5.852.660	6%	76%	56.264.487	59%	65%
496.864.094	65%	48%	104.752.852	14%	97%	136.206.283	18%	92%	30.024.493	4%	6%
244.407.911	53%	26%	63.428.534	14%	92%	149.238.402	33%	97%	1.765.102	0%	1%
836.899.312	54%	21%	202.863.256	13%	85%	498.665.661	32%	99%	6.218.972	0%	1%
56.685.161	48%	20%	17.422.161	15%	82%	41.812.661	35%	98%	1.993.515	2%	3%
64.533.417	42%	21%	31.094.133	20%	90%	52.527.554	34%	93%	6.985.673	5%	2%
83.632.727	55%	28%	21.415.083	14%	88%	34.285.049	23%	97%	12.736.473	8%	2%
4.992.663	50%	27%	2.514.408	25%	96%	2.153.359	21%	91%	364.026	4%	1%
32.610.807	40%	17%	19.935.061	24%	93%	28.502.449	35%	97%	614.991	1%	1%
93.246.894	79%	97%	22.322.154	19%	98%	1.842.569	2%	66%	72.323	0%	1%
-	0%	0%	-	0%	0%	-	0%	0%	-	0%	0%
897.067.274	52%	11%	519.318.870	30%	82%	277.809.826	16%	70%	19.127.807	1%	1%
3.110.827.119	54%	13%	1.174.529.383	21%	69%	1.284.016.372	22%	64%	142.649.288	2%	1%

TABELLA 3 - Confronto tra ASL (11/15) della spesa media procapite per categorie regionali.

Cat. Regione	Assistiti	%	Età media	Spesa media	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M
Trapiantato	3.463	0,0%	48,8	20.670	21.569	20.414	18.816	17.608	17.885	19.279	19.423	20.996	20.852	21.911	20.714
Ins renale	15.579	0,2%	64,7	14.245	13.511	15.892	15.015	11.506	13.974	11.800	15.201	15.633	13.572	16.213	15.130
HIV	12.090	0,2%	40,1	7.851	6.747	7.344	7.633	4.506	7.838	12.002	7.751	7.570	8.765	3.159	10.989
Neoplasia	187.440	2,5%	62,9	4.096	3.837	4.280	3.949	3.472	3.915	8.341	3.843	3.969	4.124	4.479	3.956
Diabete	232.447	3,2%	65,5	1.974	2.065	2.174	1.950	1.982	1.836	2.463	1.838	1.995	1.923	2.006	1.928
Cardiovasculopatia	956.604	13,0%	64,9	1.615	1.695	1.888	1.631	1.687	1.592	1.737	1.611	1.685	1.661	1.787	1.632
Broncopatia	95.620	1,3%	39,9	1.233	1.367	1.574	1.420	1.211	1.323	1.604	1.374	1.367	1.377	1.695	1.501
Gastropatia	106.850	1,5%	52,2	1.452	1.521	1.950	1.577	1.573	1.486	1.976	1.506	1.622	1.693	1.608	1.748
Neuropatia	79.048	1,1%	47,7	1.924	1.836	2.058	1.935	1.670	1.651	2.513	3.110	1.870	1.990	2.129	2.022
Autoimmuni	8.087	0,1%	46,9	1.240	1.135	1.414	1.226	1.224	1.047	1.580	1.159	1.927	1.160	1.550	1.284
Endocrinopatia	86.921	1,2%	51,2	940	957	1.234	981	1.037	872	1.124	1.143	941	844	1.162	883
Altro Parto	55.771	0,8%	31,5	2.107	2.094	2.144	2.171	776	2.128	2.308	2.144	2.222	2.089	2.217	2.198
Altro non utente	1.288.774	17,5%	35,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altro	4.200.142	57,1%	35,6	408	402	435	409	518	388	424	384	408	412	452	408

cerca di diversità che – al di là di eventuali disomogeneità nella rilevazione – possano rappresentare degli esempi di gestione interessanti.

Emergono variabilità di spesa in più e in meno della media che diventano oggetto di approfondimento sia sotto il profilo del risultato in termini di salute, sia sotto il profilo dell’organizzazione dei servizi dove spesso si nascondono sacche di inefficienza e inappropriata su cui la ASL/distretto ha il dovere di agire.

Percorsi diagnostico terapeutici

L’articolazione del “tabellone” e i relativi collegamenti consentono di attribuire ad ogni assistito

una patologia probabile e registrare i principali contatti avvenuti con le strutture sanitarie. In questo modo si potrà rappresentare il percorso del paziente. Oggi è possibile solo una ricostruzione a posteriori (nel senso che la registrazione degli eventi è successiva a quella di contatto e quindi non sarà possibile intervenire in modo tempestivo sui casi aperti), ma il continuo scambio di informazioni e confronto tra il distretto e i Medici di Medicina Generale renderà possibile non solo i cambiamenti organizzativi da cui è lecito attendersi il costante miglioramento della qualità clinica e di vita del malato, ma anche la loro standardizzazione in un percorso ideale.

Per il Piano Oncologico regionale 2002-2004, ad esempio (DGR n.VII 18346/2004 – *Interventi in campo oncologico*, in attuazione del PSSR 2002-2004 Regione Lombardia), cui si rimanda per un dettaglio della trattazione, è stato messo a punto un percorso tipo del paziente oncologico utilizzando le informazioni tratte dalla BDA. La parte principale della scheda è strutturata in modo da rappresentare la sequenza dei principali contatti che il paziente ha avuto con le strutture sanitarie. La scansione temporale riprodotta è quella annuale con la suddivisione mensile in tre decadi. I principali oggetti (eventi sanitari) della rappresentazione sono costituiti dai ricoveri, distinti in ricoveri ordinari e day hospital (DH) sia di tipo medico che di tipo chirurgico. A parte sono indicati i ricoveri effettuati in regime di DH per eseguire la chemioterapia o la radioterapia. Altri eventi riportati nella scheda sono le prestazioni di specialistica ambulatoriale suddivise tra le principali discipline (laboratorio, radiologia, radioterapia, cure palliative, ecc.). Un'ulteriore porzione della scheda serve per rappresentare il consumo di farmaci e la somministrazione di farmaci chemioterapici in regime ambulatoriale (file F) e nelle cure domiciliari. Ogni quadratino della scheda rappresenta un evento sanitario il cui conca-

tenamento costituisce il percorso effettuato dal paziente.

Budget di distretto e valutazione MMG e PLS

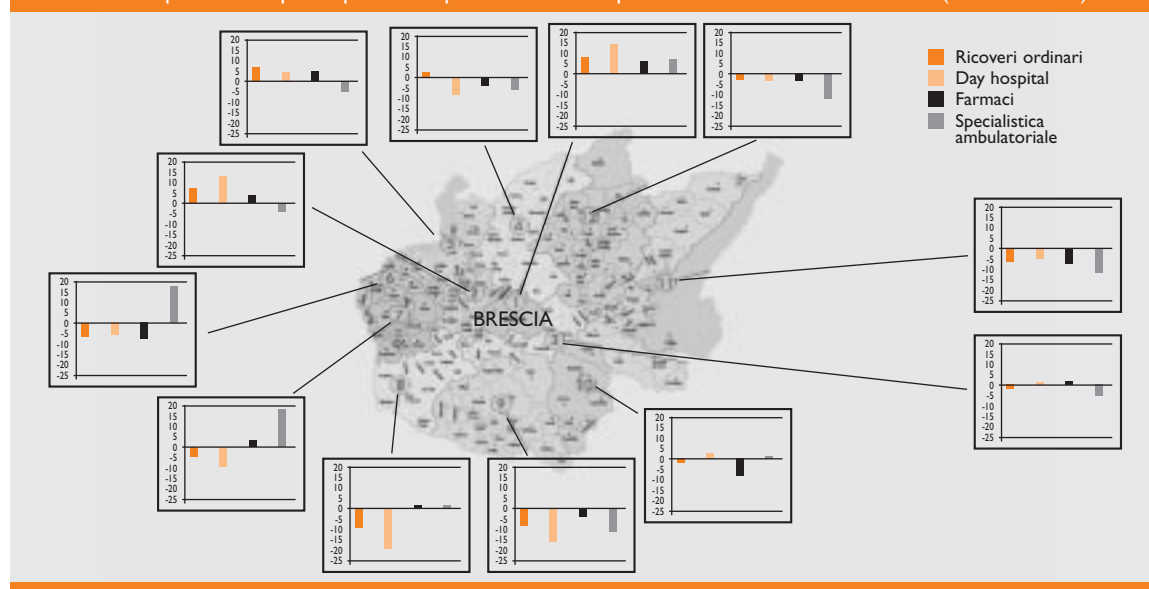
È in prospettiva l'ambito che presenta le maggiori possibilità di applicazione rendendo possibile lo sviluppo di metodi per l'applicazione del Budget di distretto.

Nell'allegato 2 della DGR VII/19688 del 2004, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2005*, la Regione Lombardia ribadisce che la Banca Dati Assistenti è metodologia già condivisa da tutte le Aziende Sanitarie Locali e che nel corso del 2005, con il coordinamento della Direzione Generale Sanità, dovrà trovare pieno sviluppo e, inoltre, che le informazioni, adeguatamente elaborate e rappresentate, dovranno essere rese disponibili a tutti i MMG e PLS.

Secondo la stessa DGR, la BDA troverà utilizzo anche nei rapporti con i soggetti erogatori, che nel 2005 saranno tenuti a partecipare agli incontri con i MMG per la definizione delle corrette modalità prescrittive delle prestazioni a maggiore richiesta o che hanno registrato i maggiori incrementi.

Infine sulla base di dati storici, epidemiologici ed

FIGURA 3 - Spesa media pro-capite lorda per cardiovasculopatie scostamento % dalla media (Asl di Brescia)



economici, contenuti nella BDA e con il coinvolgimento di tutti gli operatori (MMG, PLS, specialisti ospedalieri, erogatori pubblici e privati, ecc.), dovrà essere definito il Budget di Distretto in cui dovranno essere indicati gli obiettivi da perseguire e a questi obiettivi dovranno essere legate forme di incentivazione di risultato nella direzione del miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni.

A titolo esemplificativo, per mettere in evidenza le potenzialità della BDA per la determinazione degli obiettivi di distretto, si riporta una possibile elaborazione (fig.3) (Indelicato A, Lonati F, Salleri N, Buzzetti R, *La banca dati assistito*. Brescia: ASL della provincia di Brescia, 2004) della spesa media pro-capite lorda per cardiovasculopatie nella ASL di Brescia, in cui si evidenzia quanto notevole sia – nel confronto tra i distretti – la diversità nelle modalità di intervento sanitario.

Tale variabilità è presente in varie forme in altre esperienze di ASL ed è indicativa di varie possibilità di approccio ad uno stesso problema. Nel definire gli obiettivi di distretto è necessario comprendere quanto le diverse modalità di approccio siano determinanti per la qualità clinica dei pazienti e quanto invece influiscano sulla loro spesa.

Lo stesso metodo del confronto utilizzato a livello di Asl e di distretto può essere applicato per apprezzare l'impegno dei MMG/PLS. In questo caso è necessaria molta cautela ed è importante costruire le analisi di confronto limitando il campo solo ad alcuni specifici elementi.

In effetti, se riportiamo le analisi di ordine generale al livello particolare di ogni singolo medico di medicina generale, ci accorgiamo che permangono categorie patologiche ben rappresentate (ad esempio la cardiovasculopatia e il diabete) e altre importanti ma di minor impatto (ad esempio Hiv e trapianti) che rischiano di non essere rappresentate o di modificare in modo determinante il profilo di spesa del singolo medico. Per facilitare e rendere maggiormente trasparente la valutazione e l'autovalutazione del medico

di medicina generale, è opportuno focalizzare l'attenzione sulle patologie con alta prevalenza e per le quali l'intervento assistenziale del medico di medicina generale sia determinante.

Anche in questo caso sono diverse le esperienze che si stanno sviluppando con diversi modelli di reports che sono inviati periodicamente ai MMG/PLS. Il valore aggiunto della BDA è quello di poter offrire i confronti standardizzati e per livelli assistenziali.

E tali confronti sono un'occasione fondamentale per mettere a punto uno strumento di valutazione e di autovalutazione attraverso il quale ASL e medici di base – liberi da complessi di persecuzione ed esenti da impegni di giustificazione – sappiano leggere nella loro storia e rinnovarla.

CONCLUSIONI E OBIETTIVI IN PROSPETTIVA

I dati presentati sono il primo frutto di un tentativo omogeneo e condiviso di analisi complessiva della domanda di una Regione grande e rilevante come la Lombardia.

L'applicazione del metodo può dare frutti a livello programmatico e strategico. Si possono valutare conoscenze sull'evoluzione della domanda sanitaria e la grande massa di elementi numerici disponibili permette di sviluppare modelli più precisi di previsione della spesa, in particolare a livello distrettuale.

Sono dati che mettono in evidenza il numero elevato di pazienti cronici e stimolano la voglia di confronto per verificare gli effetti delle diverse modalità con cui i problemi sono affrontati.

È un terreno su cui Regione e ASL – attraverso i distretti – iniziano a muoversi con maggiore sicurezza nella pianificazione a lungo termine e negli investimenti. E questo, anche se avrà valore a medio-lungo termine, è un fatto estremamente positivo.

Ovviamente molti elementi di questo lavoro sono già sfruttati a livello territoriale da ogni distretto per avviare delle negoziazioni di budget con medici di base o gruppi di medici di base.

Una gestione manageriale della quota capitaria dei singoli pazienti richiede un controllo che assicuri contemporaneamente efficienza ed efficacia; in questo processo la ASL ha il dovere di tutelare il medico di medicina generale che sta per avventurarsi fuori dai suoi tradizionali ambiti di lavoro, fornendogli mezzi e metodi per una corretta valutazione del proprio impegno.

A maggiore ragione, se si restringe l'oggetto di analisi per dimensione (da una Regione ad una ASL/distretto fino addirittura al gruppo dei 1000-

1500 assistiti di un medico di base), i metodi tradizionali di valutazione del "peso" di un paziente diventano inapplicabili.

Il consumo di risorse, l'impegno professionale e i risultati sono legati alla conoscenza delle patologie e alla stima dei relativi bisogni e non solo all'età. E anche gli obiettivi di gestione che un medico di medicina generale può concordare con la ASL devono prendere le mosse da osservazioni sul campo che questo metodo oggi propone e che dovrà essere ulteriormente migliorato.

Provincia Autonoma di Trento

I DISTRETTI SANITARI IN TRENTINO

a cura di Arrigo Andrenacci

Dirigente del Servizio attività territoriale e domiciliare dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento

a cura di Luciano Pontalti

Dirigente del Servizio organizzazione e qualità dei servizi sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Il distretto sanitario viene individuato dalla legge n. 833/1978 come articolazione costitutiva della nuova organizzazione sanitaria e definito "struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento", mentre il decreto legislativo n. 229/99 ne precisa la caratteristica di "articolazione finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i servizi". È poi lo stesso decreto del 1999 che demanda alle Regioni la disciplina organizzativa del distretto, segno evidente, per un verso, della incompleta realizzazione o dell'incerto funzionamento, a quella data, di tale struttura e della necessità, per contro, di conferire al distretto una possibile pluralità di fisionomie aderenti ai diversi contesti regionali.

Il caso trentino è dimostrativo della possibile mutevole interpretazione nel tempo del distretto sanitario in risposta a specifiche contingenti esigenze locali. In realtà, si è qui in presenza di un processo di ricerca di un assetto territoriale dell'assistenza sanitaria rispettoso delle aspettative e dei valori delle comunità e assieme positivamente incisivo sullo stato di salute delle rispettive popolazioni. Nel processo evolutivo del distretto sanitario nella Provincia autonoma di Trento sono distinguibili tre fasi temporali: nella prima il distretto assume una prevalente connotazione politico-istituzionale cui, nella seconda, si somma una valenza organizzativo-aziendale. Nella terza fase, tuttora in corso, il distretto viene infine prospettato come luogo di integrazione e di parte-

cipazione per il governo della salute. E, mentre in tale ultima fase vengono elaborati progetti di riforma, sono nel contempo messi in atto modelli e strumenti operativi che intendono prefigurare la natura e il funzionamento del "nuovo" distretto.

Il distretto struttura politico-istituzionale

Il territorio trentino è diviso, da nord a sud, dalla valle del fiume Adige su cui convergono valli laterali. Esso si estende su una superficie di circa 6.200 chilometri quadrati per il 70 per cento di altitudine superiore ai 1.000 metri: un territorio montuoso, dunque, più densamente popolato lungo l'asse centrale del fiume Adige (208.521 abitanti pari al 45 per cento della popolazione), ma con una distribuzione diffusa, sebbene di minor densità, su tutte le rimanenti più ampie zone periferiche (253.479 abitanti pari al 55 per cento della popolazione). Alla popolazione residente va comunque aggiunto il notevole carico di presenze turistiche (in media 4.250.000 arrivi all'anno). L'occupazione estensiva della Regione, attestata da secolari testimonianze di insediamento, è alla radice del forte sentimento identitario delle comunità di valle, che si manifesta nelle differenziazioni linguistiche e culturali e si esprime nelle tradizioni di autogoverno. Di converso la suddivisione del territorio in zone chiuse virtualmente autosufficienti è stata quasi ininterrottamente ricomposta entro una stessa cornice politica. La stretta appartenenza geopolitica del Trentino fi-

no al primo ventennio del secolo scorso all'area mitteleuropea lo ha infatti indotto, prima attraverso la mediazione del principato vescovile e poi con movimenti indipendentistici, a rivendicare un suo carattere unitario e distintivo rispetto all'amalgama delle altre province dell'impero asburgico. Nella cultura locale, in definitiva, con il senso di una storia comune a tutta la Provincia convive l'orgoglio particolaristico delle comunità di valle, ciascuna con il suo patrimonio di valori: dal godimento collettivo di beni demaniali (usi civici) alle singolari forme di associazionismo economico (movimento cooperativo); dalla mutua assistenza nelle imprese di volontariato (corpi dei vigili del fuoco, associazioni di trasporto infermi ecc.) alle iniziative di solidarietà, cui si devono in passato la fondazione e la costruzione di asili, scuole, case di riposo e ospedali. La varietà e la ricchezza delle espressioni sociali della tradizione frenano però ogni tentativo di razionalizzazione istituzionale imposta dai complessi problemi della modernità. A fronte di duecentoventitre comuni, tanti sono i municipi in Trentino, obiettivo costante del governo provinciale è stato perciò il superamento di simile frammentazione amministrativa. Con la ripartizione del territorio in Comprensori, concepiti in un primo momento come distretti di pianificazione urbanistica, la Pro-

vincia, richiamandosi all'esperienza dei capitanati (Giampaolo Andreatta, *Bezirk e Comprensorio nel Trentino: storia e prospettive di un'idea*, Trento, Saturnia, 1975), provvede a raggruppare in undici enti di secondo grado tutti i comuni (legge provinciale 7 dicembre 1973 n. 62).

Ai Comprensori, in parte assimilabili alle comunità montane, sono affidati compiti di pianificazione urbanistica e di gestione di servizi di interesse sovracomunale come l'assistenza scolastica, l'assegnazione di alloggi pubblici e di contributi per l'edilizia abitativa privata, la raccolta dei rifiuti, l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni socio-assistenziali. Sono i Comprensori gli enti che assumono in Trentino la veste e le competenze delle Unità Sanitarie Locali contemplate dalla riforma sanitaria del 1978 (Figura 1).

Ben presto tuttavia emergono i limiti di una gestione dei servizi sanitari in ambiti di ridotta popolazione sia per le inevitabili lacune nel ventaglio delle possibili offerte di cura, sia per gli insostenibili costi dati dalla moltiplicazione di strutture gestionali. Di fatto all'unità sanitaria del capoluogo, dove ha sede il principale ospedale provinciale, vengono attribuiti compiti di coordinamento e integrazione per funzioni che le altre unità sanitarie svolgono parzialmente o non possono sostenere.

FIGURA 1 - Comprensori e unità sanitarie locali fino al 1993.



Matura così, pur tra molte resistenze, la decisione di creare un unico ente provinciale per la gestione dei servizi sanitari. A breve distanza dall'emanazione del decreto legislativo n. 502/92, la Provincia con la legge di riforma del Servizio sanitario provinciale del 1993 (legge provinciale 1 aprile 1993 n. 10) istituisce per tutto il territorio l'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Con lo stesso provvedimento legislativo vengono creati tredici distretti sanitari tutti ricalcati sulle ex Unità Sanitarie Locali comprensoriali, salvo che per due distretti enucleati dall'ambito della preesistente unità sanitaria di Trento. Il distretto è definito dalla legge provinciale come un'articolazione organizzativa fondamentale dell'Azienda sanitaria e sulla carta appare essere una struttura forte, da cui dipendono non solo i servizi di assistenza primaria e alcuni servizi di prevenzione e igiene, ma anche, almeno in cinque distretti, servizi di cura e riabilitazione grazie alla presenza in loco di altrettanti ospedali di zona.

Al direttore di distretto viene affiancato un consiglio dei sanitari, che dovrebbe contribuire alla programmazione delle attività di assistenza sanitaria. Per ogni distretto, infine, è previsto, in corrispondenza dello staff gestionale aziendale, un organo politico: è il Comitato di distretto formato dai sindaci dei Comuni compresi nel

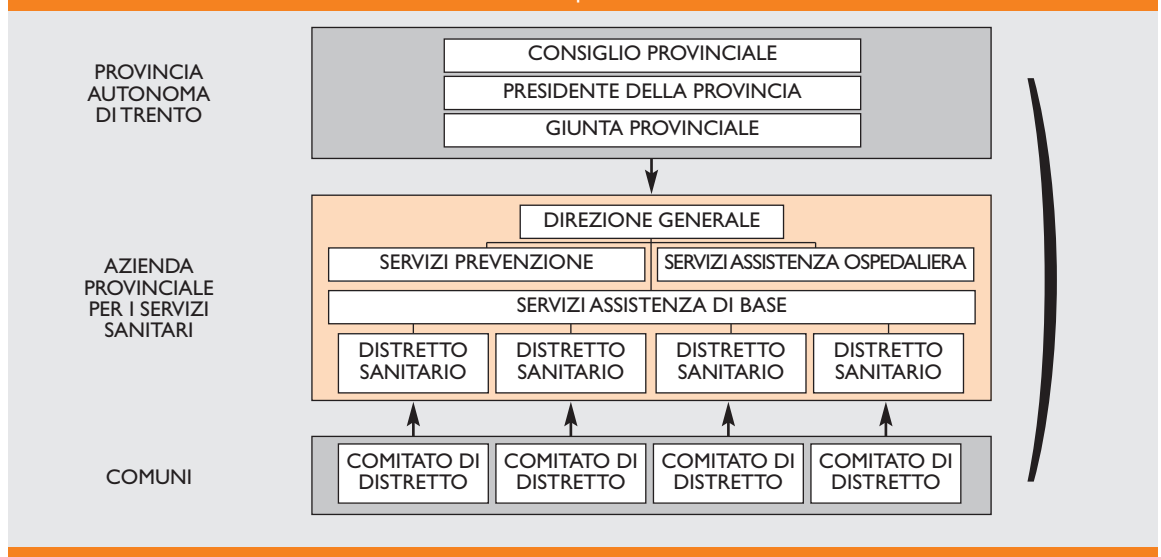
suo ambito. Il Comitato concorre alla programmazione sanitaria, formulando osservazioni e proposte per la formazione del piano sanitario provinciale (Figura 2).

L'architettura dell'insieme in astratto risulta coerente e ben disegnata, ma non può sfuggire che il legislatore provinciale, per aver trasferito a un'azienda sanitaria unica per tutto il territorio le competenze già attribuite alle undici unità sanitarie, ha voluto in parte risarcire gli amministratori locali del potere gestionale loro sottratto, creando distretti coincidenti con le ripartizioni comprensoriali e istituendo degli organismi, i Comitati, che dovrebbero garantire ai Comuni la possibilità di influire sulle decisioni di politica sanitaria. La nascita del distretto sanitario origina insomma da una costruzione formale ispirata più dal tentativo di offrire una soluzione politico istituzionale di bilanciamento tra esigenze di razionalizzazione tecnico-gestionale e istanze di coinvolgimento politico, che non da un profondo convincimento della decisiva importanza per l'evoluzione del Servizio sanitario provinciale delle sue articolazioni territoriali.

Il distretto struttura organizzativo-aziendale

Nell'impianto dalla legge provinciale di riforma del Servizio sanitario provinciale veniva progettata una

FIGURA 2 - L'assetto istituzionale del servizio sanitario provinciale



reciproca influenza, a livello territoriale, tra la funzione di programmazione e quella gestionale. Le esigenze del territorio, indicate dai Comitati di distretto e recepite da una programmazione aziendale delle attività di assistenza, avrebbero perciò dovuto guidare l'azione degli operatori e viceversa le segnalazioni di disfunzioni rilevate dagli operatori medesimi avrebbero dovuto consentire la revisione delle attività programmate. Nell'applicazione della legge tuttavia ciò non si concretizza pienamente.

Invero, sono stati sollecitamente messi in moto tutti gli organismi, le direzioni e il personale necessari alla costituzione dei distretti e questi sono entrati regolarmente in esercizio. Tuttavia, nei primi cinque anni di vita, dal 1994 al 1999, la nuova realtà aziendale è stata caricata del gravoso e impegnativo compito di ricondurre a una comune gestione i servizi sanitari secondo logiche di maggiore efficienza. Diviene allora essenziale il rafforzamento delle strutture gestionali centrali e l'unificazione dei servizi di supporto tecnico, ma anche assistenziali, che non possono essere sostenuti in tutti i distretti. Di conseguenza, le risorse professionali sono destinate prioritariamente al potenziamento delle strutture aziendali di coordinamento, mentre si mira a omologare le attività nei distretti a modelli procedurali ed erogativi uniformi. L'innovazione gestionale è però condotta con successo dai vertici aziendali: i distretti sanitari prendono corpo e provvedono con buoni risultati alle prestazioni assistenziali di primo livello.

Quello che viene meno è il coinvolgimento attivo del personale sanitario. Nonostante l'istituzione dei consigli sanitari di distretto sia stata regolamentata e gli stessi siano stati costituiti, ai suoi componenti mancano formazione e sostanziali potestà di intervento perché il funzionamento dei consigli sia da loro stessi voluto e richiesto e il legislatore provinciale, constatata la paralisi dei consigli sanitari di distretto, nel 2001 ne abroga la norma istitutiva. D'altra parte ogni attenzione è stata dedicata dall'Azienda sanitaria all'edificazione di una struttura distrettuale efficiente nella gestione di attività programmate in alto, laddove cioè

avviene il contatto tra il vertice politico e quello tecnico: una struttura distrettuale che, per ciò stesso, è priva di spazi di pianificazione locale autonoma. Nel distretto, articolazione organizzativa dell'Azienda, non può dunque verificarsi nemmeno un articolato confronto dialettico tra operatori, associazioni di volontariato, istituzioni socio-economiche e amministratori comunali rappresentati nei Comitati. Il direttore di distretto partecipa alle riunioni del Comitato e lo informa sulle attività in essere, ma interlocutore ufficiale del Comitato è la Giunta provinciale e per essa l'Assessore di merito. Si determina così una dicotomia sul territorio tra piano politico e piano operativo-gestionale. Il solco si approfondisce nel momento in cui i Comitati, dopo aver avanzato richieste di moltiplicazione di strutture e servizi senza farsi carico di una visione complessiva e sinergica del Servizio sanitario provinciale, scoprono che la loro voce sembra rimanere inascoltata e il loro contributo critico inutilizzato.

Le preoccupazioni manifestate dai Comitati non vertono tanto sulla qualità delle prestazioni di assistenza primaria quanto, soprattutto, sulla difesa delle strutture ospedaliere, di cui si teme l'impoverimento a favore dell'ospedale del capoluogo e sulla asserita carenza di strutture di pronto soccorso periferiche. Sono questi i temi dibattuti a discapito di una maggiore attenzione che potrebbe essere riservata alle problematiche dell'assistenza di base sul territorio. Ma quello della funzionalità delle strutture ospedaliere è anche il terreno su cui l'Azienda ritiene, non senza fondamento, di essere valutata in via principale e dove riconosce quale unica autorità quella della Giunta provinciale, astenendosi dal confronto con la molteplicità dei referenti politici locali. Nella percezione del cittadino, in effetti, l'ospedale occupa ancora la posizione focale: là si risolvono i casi gravi e vi si curano le patologie croniche presso i centri specialistici; là si usufruisce della maggior parte delle visite specialistiche e delle prestazioni diagnostiche; a esso si accede con la mediazione dei medici di famiglia. Viceversa il distretto, in sé, non

gode di luce propria e, per la generalità della popolazione, è semplicemente una sede decentrata dell'Azienda dove si possono sbrigare incombenze amministrative come la scelta del medico o del pediatra o la prenotazione di prestazioni sanitarie o il ritiro di un certificato o di un referto.

Il distretto struttura territoriale per il governo della salute

Sul finire del primo quinquennio di vita dell'Azienda provinciale si apre un periodo di riflessione sugli effetti recati dalla nuova organizzazione sanitaria e sui problemi ancora aperti (*Il territorio tra assistenza sanitaria e attività socio assistenziale*, Punto Omega – Rivista del Servizio sanitario del Trentino n. 7, 2001). Relativamente ai distretti sanitari lo stimolo ad un vaglio critico dell'esperienza trentina viene anche dall'approvazione del piano sanitario nazionale 1998/2000 e del decreto legislativo n. 229 del 1999, atti nei quali si accentua il rilievo primario del territorio, luogo elettivo per la pianificazione partecipata degli interventi di mantenimento e miglioramento della salute e per l'integrazione dei servizi sociali e sanitari. Una prima constatazione riguarda, come si desume anche dalle opinioni registrate dalla stampa locale, la collocazione sfumata del distretto all'interno del sistema sanitario. Esistono concezioni assai diverse circa la posizione e le finalità del distretto a seconda che lo si veda come struttura "decentrata" ovvero "costitutiva" del sistema. Per l'Azienda il termine decentramento può avere allora il significato di periferizzazione dei servizi meno complessi, ma idonei a fronteggiare casi clinici semplici e a filtrare le complicanze verso le strutture sovraordinate; specularmente, al contrario, per le comunità la territorializzazione dei servizi può voler dire rivendicazione di funzioni di cui un centro onnivoro le avrebbe private, chiedendo, ad esempio, l'istituzione anche nel proprio ospedale di zona di specialità già e proprio perché presenti altrove. Il distretto come struttura costitutiva del sistema sanitario locale vuole invece siano mantenute o fondate sul

territorio le funzioni di prevenzione e assistenza, che su di esso non solo più agevolmente e proficuamente, ma anche con maggiore appropriatezza ed efficacia possono essere svolte.

Da questo punto di vista, per esempio, ha minore rilievo il fatto che la direzione di un ospedale di zona sia connessa a quella di un unico servizio ospedaliero provinciale, anziché essere affidata alla responsabilità di una direzione distrettuale. Ciò che conta, per il vero, non è la soluzione organizzativa individuata per ragioni di ottimizzazione gestionale, quanto invece che siano prestati sul territorio tutti gli interventi specialistici che possono esservi validamente erogati e ragionevolmente sostenuti. Simile prospettiva domanda un approccio culturale meno legato a modelli piramidali con gerarchie di funzioni superiori e subalterne e più vicino alla rappresentazione di un sistema a rete, sui nodi della quale si distribuiscono le funzioni in base al principio di sussidiarietà. Un altro elemento di evidente debolezza dei distretti risiede nella esiguità demografica di molti di essi, tale da non permettere, in qualche caso, la concentrazione di risorse umane e materiali necessaria per il loro autonomo funzionamento e tale comunque che non residuano spazi, sia pure marginali, di scelta nel loro impiego. L'impossibilità nei fatti di determinare nel distretto alcuna diversa allocazione di risorse, se non già preventivata a livello aziendale, limita le possibilità di manovra degli operatori e frustra ogni volontà di partecipazione alla definizione di programmi di attività.

È bene ricordare in proposito che nel 1997 viene introdotto, e via via negli anni affinato, il sistema di gestione per budget con l'assegnazione cioè alle varie strutture aziendali di specifici obiettivi e relative risorse dedicate con susseguente valutazione dei risultati raggiunti. L'Azienda, in linea con gli obiettivi fissati dalla Provincia, approva un programma di attività sulla base del quale si costruisce il budget delle diverse strutture aziendali fra cui i distretti. Per il distretto il budget è negoziato con la direzione aziendale dal suo direttore che si fa interprete e portavoce delle esigenze nuo-

ve o in aumento del territorio circa la tutela, la prevenzione e la cura della salute. Il programma di attività del distretto è pertanto permeabile alle variazioni percepite nella domanda dei servizi sanitari. Ma i cambiamenti nella programmazione e nell'impiego delle risorse dipendono ora solo da una lettura unilaterale delle priorità. Difetta un preventivo, esplicito e pur regolamentato confronto tra istituzioni sanitarie e istituzioni rappresentative della comunità. Se ciò avvenisse, purché in uno spazio territoriale abbastanza ampio per permettere un dibattito di sufficiente respiro, si perverrebbe a scelte validate da un informato ampio consenso. La delimitazione di ambiti distrettuali ottimali per estensione e popolazione, ottenibile con la riduzione del numero di quelli attuali, è perciò il presupposto di qualunque revisione si voglia intraprendere in tema di distretti. E che i distretti debbano essere ripensati è un convincimento che lentamente si fa strada a causa dell'emergere di nuove domande da parte dei cittadini.

Indagini condotte su mandato dell'Amministrazione provinciale (Nadio Delai, a cura di, Azienda provinciale per i servizi sanitari - *Qualità & Salute: utenti, medici e infermieri giudicano il sistema sanitario locale*, Milano, Franco Angeli, 2003) confortano per l'elevato livello di soddisfazione dei trentini nei confronti dell'offerta di servizi e prestazioni assicurati dal sistema sanitario locale, ma evidenziano nuove tuttora insoddisfatte aspettative di continuità tra i diversi livelli di assistenza, specialmente tra ospedale e territorio, e di accesso rapido e diretto alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche. Gli assistiti e gli operatori fotografano così lo stato di impreparazione del sistema a fronteggiare pienamente le esigenze assistenziali delle persone lungodegenti o non autosufficienti e dei malati terminali. Le strutture ospedaliere che, con la diminuzione dei posti letto e la riduzione dei tempi di degenza, restringono i propri interventi alla cura delle acuzie, sono per contrappasso sovraccaricate di richieste di prestazioni specialistiche e diagnostiche spesso inutili o superflue. Si riscopre in questo modo che la parte recitata

dal distretto è affatto specifica e da coprotagonista in un sistema sanitario di elevate qualità ed efficacia. In realtà la gestione dei problemi sanitari laddove la gente risiede dovrebbe essere la norma e la cura presso le strutture ospedaliere solo eventuale e per lo stretto tempo di permanenza indispensabile. Ciò è possibile se sul territorio si dispone del supporto di servizi sociali e sanitari integrati e se si può contare sulla presenza di professionalità sociali e sanitarie in grado di accompagnare costantemente gli assistiti nei percorsi di cura e riabilitazione e prima e dopo l'esecuzione di interventi a carico di strutture specialistiche.

Il successo del distretto però non può essere affidato unicamente alla buona organizzazione dei servizi e alla sensibile competenza degli operatori. Occorre che il distretto sia informato a una visione condivisa delle sue finalità di prevenzione e di promozione non meno che di riparazione e recupero della salute; occorre che sia dotato di potestà non virtuali per coinvolgere le istituzioni locali pubbliche e private, i professionisti sanitari dipendenti e convenzionati e la cittadinanza nelle sue espressioni di volontariato (*Il volontariato in Trentino*, pubblicazione della P.A.T. nella collana Infosociale n. 5, 2003), nella pianificazione e attuazione di programmi di attività mirati agli specifici e prevalenti bisogni dei cittadini di un determinato ambito territoriale. Certo un distretto con capacità di governo della salute sul suo territorio non si edifica senza costi politici e organizzativi per chi, Provincia e Azienda, ha comunque l'onere e il dovere di dare organicità ed equilibrio alle componenti del sistema sanitario provinciale. Però al prezzo di qualche allungamento nei tempi di decisione o di qualche soluzione concordata, si possono recuperare alla luce di un confronto aperto e palese le resistenze latenti o le opposizioni pregiudiziali alla programmazione sanitaria e si può rendere credibile e perseguibile l'obiettivo di migliorare lo stato di salute delle comunità.

PROGETTI DI RIFORMA

Gli aspetti critici della struttura distrettuale, che

affiorano dalla valutazione dell'esperienza, riguardano in sintesi l'incertezza delle finalità e il sottodimensionamento del distretto, la scarsa integrazione dei servizi assistenziali sociali e sanitari sul territorio, la problematica regolazione dell'accesso alle prestazioni secondo criteri di appropriatezza e urgenza, le interruzioni della continuità assistenziale nei percorsi di cura e riabilitazione, la debole partnership professionale e sociale nell'analisi delle priorità e nella progettazione e attuazione degli interventi assistenziali correlati.

Intanto nel 1998 un provvedimento legislativo di disciplina degli interventi di assistenza sociale (legge provinciale 28 maggio 1998 n. 6) istituisce le residenze sanitarie assistenziali o per meglio dire riconosce alle numerose case di soggiorno per anziani il ruolo, che di fatto già svolgono, di ospitalità per pazienti non autosufficienti stabilizzati ma bisognosi di assistenza socio-sanitaria. Istituisce inoltre le unità valutative multidisciplinari: organismi tecnici formati da professionisti esperti in campo sociale e sanitario e insediati nei distretti, cui è commesso l'esame delle domande o delle proposte di interventi di assistenza socio-sanitaria e la decisione circa le prestazioni appropriate erogabili a domicilio o presso strutture. Funzione e scopo delle unità valutative multidisciplinari consistono nell'erogazione di interventi adeguati e sufficienti al bisogno sulla base di progetti assistenziali individualizzati e nella razionalizzazione dell'accesso a detti interventi, che avviene unicamente per suo tramite, avuto riguardo alla gravità e all'urgenza del caso e del luogo di residenza e dello stato familiare del beneficiario.

Successivamente al 1998, salvo disposizioni circostanziate, non vengono approvate altre leggi di riforma organica. La stagione è, tuttavia, di impegno rilevante nella progettazione di possibili correzioni all'assetto delle strutture e dei servizi laddove se ne scorgono fragilità e nella sperimentazione, soprattutto, di nuove soluzioni organizzative e gestionali anticipatrici di una opportuna rivisitazione generale della disciplina del Ser-

vizio sanitario provinciale. Nel 2000 la Giunta provinciale approva un disegno di legge di riforma del Servizio sanitario provinciale, con il quale si prospettano per il distretto innovazioni strutturali, organizzative e funzionali, che dovrebbero consentirne il rilancio. Il disegno di legge, contrastato da paralleli progetti legislativi, che mettono in dubbio la scelta di mantenere sul territorio provinciale una unica azienda sanitaria, non giunge comunque alla discussione in aula consiliare. Ma con l'apertura della nuova legislatura la Giunta provinciale riprende in mano il progetto di riforma, approvando nel 2004 un primo disegno di legge recante disposizioni sulla "Partecipazione delle istituzioni locali e delle professioni sanitarie per la realizzazione delle politiche per la salute" (disegno di legge di iniziativa della Giunta provinciale n. 43/2004).

Il disegno di legge, per quanto qui di maggiore interesse, prevede l'ampliamento dell'estensione territoriale dei distretti e la loro riduzione numerica: da tredici a sei. Costituisce poi un organismo l'Assemblea dei presidenti dei Comitati di distretto, di raccordo tra l'Amministrazione provinciale e i Comitati stessi rappresentativi di tutti i comuni. L'Assemblea è candidata perciò ad essere la sede dove la Provincia potrà costantemente confrontarsi sulle scelte future di politica sanitaria o socio-sanitaria e sulle scelte per la tutela della salute e dove le comunità potranno documentare le prevalenti esigenze del territorio e dibattere proposte di intervento. Il disegno di legge, infine, adottando con un mutamento non puramente lessicale la locuzione "politiche per la salute", allarga l'orizzonte dalle politiche sanitarie alla promozione della salute e formalizza un orientamento che da tempo rappresenta la direttrice di marcia. L'Azienda sanitaria, in piena sintonia con gli indirizzi della Provincia, approva infatti nel 2001 un documento programmatico (Programma di sviluppo strategico, pubblicazione della A.P.S.S. nella collana Miglioramento continuo della qualità, 2001) in cui si afferma:

"... la promozione della salute non è una responsabi-

lità esclusiva del settore sanitario, ma è invece il risultato dell'azione intersettoriale di tutte le componenti di una comunità; esse devono agire in maniera integrata per aiutare i singoli e la collettività nel suo insieme ad acquisire un maggiore controllo sui fattori che determinano la salute e a fare scelte che la migliorino. Condizioni essenziali perché il processo di promozione della salute si svolga correttamente sono la partecipazione e il coinvolgimento attivo delle persone e della comunità ... Il distretto è il contesto privilegiato per (le) iniziative di partecipazione e di coinvolgimento". Nel 2001 vengono stipulati gli accordi provinciali integrativi con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta (*Accordi provinciali per i medici convenzionati*, pubblicazione della P.A.T. nella collana Infosanità n. 18, 2002). È questa una tappa significativa nel processo di miglioramento dei servizi distrettuali. Viene fortemente incentivato l'associazionismo medico in vista del potenziamento e della qualificazione dell'assistenza ambulatoriale e della instaurazione di collaborazioni organiche tra i responsabili del distretto e l'insieme dei medici convenzionati che vi operano. Anche grazie a questa incentivazione, dal 2000 al 2004 la percentuale dei medici di medicina generale associati nelle varie forme passa dal 18% al 50% (*Qualità dell'assistenza e forme associative in medicina generale*, documentazione del seminario organizzato a Trento dalla Scuola di Formazione in medicina generale, reperibile sul sito: www.scuolamgtn.it). È poi richiesta la partecipazione dei medici curanti alle riunioni delle unità valutative multidisciplinari quando sono presi in esame i casi di loro assistiti e viene compensato l'incremento di attività di assistenza a domicilio, anche a sostegno del progetto di cure palliative promosso dalla Provincia e varato dall'Azienda su base distrettuale (*L'accompagnamento nelle cure di fine vita: dignità della persona e qualità della cura*, atti del convegno organizzato a Rovereto dalla Fondazione trentina per il volontariato sociale, 2004). Ancora sono resi operativi i cosiddetti "progetti obiettivi" per lo studio e la sperimentazione di modalità di miglioramento degli interventi, sia con

riferimento alla loro validità clinica sia con riguardo alla loro organizzazione e gestione, come ad esempio nel caso del progetto per la regolazione dell'accesso alle prestazioni diagnostico-terapeutiche secondo criteri di priorità e urgenza (*Tempi di attesa e priorità cliniche – esperienze a confronto*, atti del convegno organizzato a Rovereto dalla A.P.S.S., Roma, Esseditrice, 2003).

In esecuzione delle previsioni dell'accordo provinciale con i medici di medicina generale, infine, la Provincia emana direttive per la riorganizzazione dei servizi di continuità assistenziale sul territorio. Il piano sanitario nazionale 2003-2005 ribadisce la "necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi che ancora oggi sono assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica che oggi non è più sostenibile" e asserisce inoltre che "il gradimento dei cittadini verso l'assistenza di base consiglia di recuperare in pieno questa risorsa riportandola al centro della risposta sanitaria e di governo dei percorsi sanitari. Ciò in raccordo con le altre presenze nel territorio. Questo dovrà uniformarsi con un governo unitario della sanità nel territorio espresso nella partecipazione alle scelte di programmazione". In provincia di Trento lo spostamento delle percentuali della spesa sanitaria a favore degli interventi di assistenza distrettuale testimonia la maggiore attenzione dedicata al territorio. Per l'assistenza distrettuale – comprendente l'assistenza di base, l'assistenza farmaceutica, l'emergenza, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza territoriale e semiresidenziale e l'assistenza residenziale sanitaria – la percentuale sul totale della spesa sanitaria negli anni dal 1999 al 2003 cresce dal 47% al 51%.

Ma anche la ricerca e il sostegno alla partecipazione sociale ha interessato costantemente la direzione dell'Azienda sanitaria, non da ultimo nella costruzione della Carta dei servizi (Cleto Corposanto e Adriano Passerini, a cura di, *La costruzione partecipata della Carta dei servizi in sanità: l'esperienza dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento*, Milano, Franco Angeli, 2004). Quando si parla di partecipazione il rischio è quel-

lo di largheggiare nell'uso di un termine politicamente corretto e portatore di esteso consenso, ma di non sapere poi dare alla medesima parola significato univoco e contenuti operativi. La salute è un bene che le persone, le comunità e gli operatori sanitari sono parimenti interessati a tutelare, sebbene con azioni e responsabilità non sovrapponibili. E se la partecipazione alle scelte non può né deve significare confusione di ruoli o commistione delle parti, il governo della salute d'altra parte non è monopolio di una qualsiasi particolare categoria. L'esperienza conferma che l'intensità del coinvolgimento di tutti gli attori in campo attorno all'obiettivo salute è correlata in modo proporzionalmente diretto all'incremento del patrimonio comune di conoscenza. All'elevamento del livello del sapere collettivo guardano le iniziative di comunicazione e di educazione sanitaria promosse dalla Provincia e dall'Azienda. La Provincia vara due importanti campagne di comunicazione sul corretto uso dei farmaci nel triennio 2002/2004 e sul lavoro sicuro nel 2004. Provincia e Azienda inoltre curano attentamente l'educazione a stili di vita e comportamenti corretti in ordine ad esempio all'alimentazione, alle pratiche sportive e all'uso di sostanze, attraverso pubblicazioni, pieghevoli e interventi di esperti presso scuole e altre istituzioni. Ma l'allargamento delle conoscenze si avvale anche della creazione da parte dell'Azienda, su mandato della Provincia, di un sistema informativo territoriale.

Le informazioni che così possono essere elaborate e fornite con tempestività serviranno anche alle comunità per la comprensione degli eventi e del loro differente manifestarsi nei diversi ambiti territoriali.

MODELLI E STRUMENTI OPERATIVI NEL DISTRETTO

Alla progettazione normativa per la revisione del distretto e allo studio dei cambiamenti che possono essere attivati in via amministrativa si affianca la promozione, in un primo tempo sotto forma di sperimentazione, di modelli e strumenti operativi nella direzione di una significativa valorizzazione degli operatori e di un progressivo potenziamento delle attività sul territorio.

L'associazionismo medico

In provincia di Trento gli interventi sull'associazionismo medico sono stati orientati secondo due direttrici principali: la prima finalizzata ad una crescita numerica delle associazioni nella convinzione che tale modalità organizzativa rappresenta il futuro della medicina generale e che pertanto è strategicamente rilevante creare condizioni favorevoli affinché i medici di medicina generale, solitamente professionisti isolati, inizino a confrontarsi all'interno di équipe. Di fatto questo intervento ha portato ad un progressivo aumento del numero di associazioni, nelle diverse forme previste dall'Accordo Collettivo Nazionale, come evidenziato nella tabella n. 1 che riporta lo

TABELLA 1 - Stato dell'arte sull'associazionismo medico in provincia di Trento (30.06.2004)

Distretti	Popolazione*	Associazione			Gruppo			Rete		
		N.	Assistiti	Medici	N.	Assistiti	Medici	N.	Assistiti	Medici
Primiero	9.839				1	4.105	3			
Fiemme e Fassa	27.762	1	7.514	5						
Bassa Valsugana	25.694	1	8.115	6						
Alta Valsugana	46.602				4	17.300	14			
Trento Valle Laghi	160.948	10	43.492	31	6	27.595	23	5	38.327	28
Valle di Non	37.143	2	7.357	6	2	8.350	6			
Valle di Sole	15.020	2	8.069	6						
Giudicarie e Rendena	35.647	3	11.798	10	1	5.300	4			
Alto Garda e Ledro	42.955	1	5.399	4	3	14.980	11	1	7.601	6
Vallagarina	81.550	2	8.270	8	5	26.308	19	3	19.848	14
Totale	483.196	22	100.014	76	22	103.938	80	9	65.776	48

*Annuario statistico Provincia autonoma di Trento a.2002.

stato dell'arte sulle associazioni in provincia di Trento al 30 giugno 2004. Nello specifico appare importante sottolineare che alla data della rilevazione il numero complessivo di medici organizzati in forme associative risultava essere pari a n. 204 unità e che oltre il 50% degli assistiti (279.758 utenti) era in carico a detti sanitari.

La seconda direttrice sulla quale si è intervenuti è stata quella della qualificazione dell'assistenza ambulatoriale dei medici che operano nelle forme associative. L'Accordo integrativo provinciale ha tradotto in requisiti specifici e misurabili le attività svolte dai medici in associazione per garantire agli stakeholders una precisa conoscenza sugli impegni assunti. Nello specifico le iniziative più rilevanti dell'accordo decentrato, sottoscritto nell'agosto 2001, risultano essere le seguenti:

- la presenza di ogni medico in ambulatorio per cinque giorni alla settimana, fatto salvo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale, per un orario individuale complessivo minimo di 75 minuti per ogni 100 assistiti fino alla soglia di 18 ore settimanali, con l'obbligo di indicare ai propri assistiti i periodi di effettuazione di tale orario;
- il coordinamento degli orari dei singoli medici in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso di almeno 8 ore – equamente suddivise tra mattino e pomeriggio con periodi di almeno 3 ore, di cui due consecutive – per cinque giorni a settimana e con apertura giornaliera di almeno uno degli ambulatori fino alle ore 19.00;
- la possibilità per l'assistito di accedere su prenotazione agli ambulatori in almeno 2 giorni a settimana nel primo anno di vigenza dell'accordo e – per i medici che si avvalgono di un collaboratore di studio o di un infermiere – con progressivo aumento fino a raggiungere almeno quattro giorni;
- la risposta alle chiamate di qualunque assistito dell'associazione da parte dei medici o loro collaboratori presso uno degli studi, anche a turno

o per fasce orarie distinte, per almeno complessive quattro ore giornaliere di cui una dalle ore 18.00 alle ore 19.00;

- l'applicazione di procedure convenute con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari atte a rendere funzionale ed efficiente il collegamento con i servizi di continuità assistenziale;
- la disponibilità alla reciproca sostituzione e il rispetto, nel caso di sostituzione interna all'associazione, delle condizioni e dei parametri previsti dall'Accordo collettivo nazionale;
- l'effettuazione di riunioni periodiche tra medici associati e la nomina di un delegato dell'associazione tenuto a garantire i rapporti con le strutture distrettuali e ospedaliere;
- l'adesione a linee guida diagnostiche terapeutiche preventivamente elaborate e condivise a livello distrettuale o provinciale;
- la partecipazione ai progetti obiettivi a livello provinciale o distrettuale previsti dall'Accordo integrativo provinciale;
- l'utilizzo di software per la gestione delle schede sanitarie che permettano comunque l'accesso ai dati dei medici associati e l'aggiornamento di tali schede con frequenza almeno mensile;
- il contenimento dell'attività libero professionale strutturata entro le cinque ore settimanali;
- l'adozione, l'esposizione in ambulatorio e la diffusione fra gli assistiti di una carta dei servizi dell'associazione.

L'Unità Valutativa Multidisciplinare

L'Unità Valutativa Multidisciplinare (di seguito definita UVM) è uno strumento operativo per la valutazione dei bisogni complessi, di natura socio assistenziale e sanitaria, e per l'individuazione, nell'ambito delle risorse disponibili, degli interventi che meglio rispondono ai bisogni della persona, da attuarsi in modo integrato e coordinato da parte della rete dei servizi.

Attualmente l'UVM governa l'accesso alle Residenze sanitarie assistenziali e all'Assistenza domiciliare integrata ed è quindi la porta di accesso al-

la rete dei servizi territoriali extra ospedalieri. L'UVM è composta da professionisti sanitari (medico del distretto, medico di medicina generale che partecipa di diritto alle sedute, coordinatore del servizio infermieristico territoriale e al bisogno medico specialista) e da rappresentanti dei Servizi sociali e ha la finalità di accertare lo stato di bisogno e il grado di non autosufficienza della persona interessata, definendone il profilo funzionale nonché il progetto individualizzato d'intervento da realizzarsi a livello territoriale ovvero attraverso una struttura residenziale di ricovero. I dati di attività dell'UVM in provincia di Trento nel corso del 2003 sono riportati nelle tabelle n. 2 e n. 3.

TABELLA 2 - Attività dell'Unità Valutativa Multidisciplinare (U.V.M.) nel corso del 2003.

Attività dell'U.V.M.	Totale
Richieste di attivazione UVM	2889
Richieste di attivazione per accesso RSA	2057
Richieste di attivazione per ADI:	832
N. utenti valutati dall'UVM	2656

TABELLA 3 - Esiti valutazione dell'Unità Valutativa Multidisciplinare (U.V.M.) nel corso del 2003.

Esiti valutazione U.V.M.	Valori assoluti
Utenti eleggibili per Residenza Sanitaria Assistenziale	1732
Utenti eleggibili per Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) - A.D.I. Cure Palliative	748
Utenti eleggibili in posti letto residenziali	51
Utenti eleggibili per altre forme di assistenza (es. A.D.P.)	125
Utenti valutati ed accolti in RSA (01.01.2003 al 31.12.2003)	1191
Utenti in attesa di accesso in RSA al 31.12.2003	514

L'assistenza residenziale

Nella Provincia di Trento l'assistenza residenziale viene erogata in 50 Residenze Sanitarie Assistenziali (di seguito definite RSA), pubbliche e private, a sede territoriale e ospedaliera.

I destinatari delle prestazioni sanitarie e assistenziali fornite in tali strutture sono cittadini non autosufficienti, non assistibili a domicilio, residenti in provincia di Trento e iscritti al Servizio sanitario provinciale.

L'accesso alle RSA viene determinato dalla valutazione dell'Unità Valutativa Multidisciplinare, operativa presso il distretto sanitario territorialmente competente.

Il distretto, inoltre, d'intesa con le strutture resi-

Fra le iniziative per la qualificazione delle cure domiciliari promosse dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento, nell'anno 2004, va ricordata quella condotta mediante un gruppo di lavoro che ha avviato un monitoraggio sulle modalità di funzionamento dell'UVM nei distretti, sullo sviluppo dei processi assistenziali territoriali e sulle modalità di integrazione fra operatori sanitari e sociali al fine di individuare criticità e azioni di miglioramento. Dall'analisi dei dati raccolti nel corso degli audit è emerso che l'UVM ha dei margini di miglioramento per le funzioni di valutazione dei bisogni, mediante la definizione dettagliata del piano di assistenza individualizzato e per il governo della domanda, mediante un maggior coinvolgimento dei servizi sociali nei casi maggiormente complessi. Va ricordato che nella Provincia Autonoma di Trento i Servizi sociali sono di competenza dei comprensori e dei due Comuni maggiori, Trento e Rovereto.

denziali, al fine di migliorare l'assistenza, provvede anche a:

- elaborare e diffondere, all'interno delle strutture, linee guida clinico assistenziali per le patologie prevalenti;
 - definire percorsi specialistici integrati con i presidi ospedalieri e i poliambulatori specialistici;
 - verificare costantemente l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria complessivamente erogata.
- L'Azienda sanitaria garantisce agli ospiti non autosufficienti prestazioni sanitarie e assistenziali a rilievo sanitario (assistenza medica generica e specialistica, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, assistenza generica alla persona, for-

nitura di farmaci e dispositivi medici, trasporti sanitari).

L'attività medica svolta all'interno delle strutture residenziali garantisce le funzioni di:

- coordinamento e direzione sanitaria;
- assistenza medica agli ospiti della struttura, posto che durante il ricovero al paziente viene sospesa l'assistenza del medico di medicina generale, le cui prestazioni sono garantite dalla struttura stessa.

Nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi l'assistenza medica è assicurata dal Servizio di continuità assistenziale su chiamata. La presenza oraria giornaliera del medico nella struttura è rapportata al numero dei posti letto della RSA. Oltre all'attività medica generica, ai pazienti ricoverati nelle RSA viene garantita, su richiesta del medico della struttura, l'assistenza specialistica sulla base delle necessità e dei piani assistenziali concordati per ogni degente con il Distretto territorialmente competente. Nelle RSA è altresì assicurata la continuità assistenziale infermieristica che nelle strutture dotate di soli posti letto di base può essere svolta anche mediante l'istituto della pronta disponibilità, mentre nelle strutture dotate di posti letto in nuclei ad alto fabbisogno assistenziale e nelle RSA Ospedaliere (di seguito definite RSAO) è garantita mediante la presenza dell'infermiere nell'intero arco delle 24 ore.

Come sopra accennato in alcune RSA sono stati attivati posti letto in nuclei ad alto fabbisogno assistenziale, riservati all'assistenza a persone con gravi disturbi comportamentali (o demenze) o a pazienti affetti da forme patologiche severe che necessitano di assistenza qualificata e intensiva.

All'interno delle RSA è inoltre prevista la possibilità di disporre di posti letto di sollievo che hanno il fine di rispondere ad un bisogno momentaneo e programmato di assistenza, fissato in un massimo di 60 giorni all'anno per uno stesso ospite. L'inserimento dei pazienti avviene su indicazione della UVM; in tale evenienza, considerato il carattere temporaneo dell'istituzionalizzazione, all'assistito non viene sospesa la scelta del medico di medicina generale. Le RSAO si configurano diversamente rispetto alle RSA di base. Infatti, in ragione della loro collocazione logistica, contigua ad una struttura ospedaliera, rappresentano una risposta ai bisogni assistenziali derivanti da situazioni clinico assistenziali di notevole impegno, anche se stabilizzate, rispetto alle quali è necessario mantenere la continuità terapeutica e assistenziale successivamente al ricovero ospedaliero. Anche in tali strutture l'accesso avviene previa valutazione da parte dell'UVM.

Il quadro riassuntivo sulla tipologia delle Residenze Sanitarie Assistenziali in provincia di Trento e il relativo numero di posti letto sono sintetizzati nella tabella n. 4.

TABELLA 4 - Tipologia R.S.A. in provincia di Trento e n. posti letto finanziati dalla Provincia

Tipologia delle Residenze Sanitarie Assistenziali	Numero	Posti letto
R.S.A. Ospedaliere	3	67
R.S.A. Territoriali	47	4080 (di cui n.41 P.L. di sollievo)
R.S.A. territoriali con nuclei ad alto fabbisogno assistenziale	14	240 (di cui n.130 P.L. nucleo sanitario e n.110 P.L. nucleo demenze gravi)
Totale	50	4147

Le cure domiciliari

Con la dizione "Cure Domiciliari" viene inteso l'insieme delle attività mediche, infermieristiche e/o socio assistenziali svolte al domicilio di utenti impossibilitati a raggiungere le strutture sanitarie e per i quali l'assistenza in casa rappresenta il livello assistenziale più appropriato, anche in for-

ma alternativa al ricovero ospedaliero.

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia Autonoma di Trento, nell'ambito del proprio programma di sviluppo strategico, ha indicato la direzione da seguire nell'erogazione dell'assistenza, individuando nell'appropriatezza, nel corretto utilizzo delle risorse e nella de-

finizione delle priorità gli elementi che caratterizzano il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza offerta. Sulla scorta di tali indicazioni anche le cure domiciliari, rappresentate dall'assistenza infermieristica domiciliare, dall'assistenza domiciliare integrata (comprensiva degli interventi socio assistenziali), dall'assistenza domiciliare programmata e dall'assistenza domiciliare integrata - cure palliative, sono state oggetto di interventi di qualificazione finalizzati alla valorizzazione del processo di presa in carico del paziente.

Nello specifico sono stati oggetto di intervento i seguenti elementi del processo di presa in carico:

- la valutazione multidimensionale dei bisogni mediante l'unità valutativa multidisciplinare;
- la stesura del piano assistenziale individuale;
- l'individuazione di un *case manager* (responsabile del caso);
- l'individuazione dei *care giver*;
- la continuità dell'assistenza temporale;
- la continuità assistenziale fra servizi diversi e fra ospedale e territorio;
- le procedure per la fornitura di dispositivi medici e farmaci;
- lo sviluppo del sistema informativo;
- l'elaborazione di un sistema di monitoraggio di eventi critici avversi (*risk management*).

Nello specifico, per quello che riguarda l'assistenza domiciliare integrata (forma assistenziale finalizzata al mantenimento a domicilio dei malati attraverso un programma di assistenza integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto) e l'assistenza domiciliare integrata - cure palliative (forma assistenziale dedicata a pazienti con malattia neoplastica in fase avanzata), gli standard assistenziali garantiti dalle unità operative di assistenza territoriale dei distretti dell'Azienda sanitaria sono i seguenti:

- la presa in carico multidisciplinare con un apporto di équipe;
- la tempestività della risposta;
- la fornitura facilitata di presidi, ausili e farmaci urgenti;
- la continuità assistenziale nel tempo (7 giorni su 7) fra servizi diversi (ospedale - territorio) e all'interno di percorsi assistenziali.

Nell'anno 2004 la Giunta provinciale ha assegnato un obiettivo di sperimentazione per lo sviluppo dell'Assistenza domiciliare integrata e la continuità assistenziale delle cure domiciliari che ha coinvolto 4 distretti sanitari - Valle di Sole, Alto Garda e Ledro, Trento e Valle dei Laghi e Vallagarina - i cui dati preliminari sono riportati nella tabella n. 5.

TABELLA 5 - Attività ADI nei Distretti coinvolti nel progetto di sperimentazione ADI nell'anno 2003 e nel periodo 01.01.2004 - 31.05.2004

Distretto	Anno 2003	Anno 2004 (1/01 - 31/05)
Valle di Sole	23	12
Alto Garda e Ledro	67	38
Trento e Valle dei Laghi	627 (n.395 A.D.I.+ n.232 A.D.I.C.P.)	449 (n.311 A.D.I.+ n.138 A.D.I.C.P.)
Vallagarina	78	61
Totale	795	560

I PROGETTI OBIETTIVO PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

L'Accordo integrativo provinciale per i medici di medicina generale prevede la realizzazione di progetti obiettivo da attuarsi a livello provinciale o distrettuale per finalità coerenti con le indicazioni della programmazione sanitaria e orientati al raggiungimento di obiettivi nel campo della pro-

mozione della salute, della prevenzione e cura delle malattie, dell'integrazione socio-sanitaria e del governo della domanda di prestazioni.

In ottemperanza a quanto previsto dall'accordo integrativo provinciale, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari raccoglie, ogni anno, le proposte di progetti obiettivo pervenute.

I progetti raccolti sono successivamente concor-

dati dall'Azienda sanitaria con i rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale; le proposte così selezionate vengono poi trasmesse al competente Assessorato alle politiche per la salute che ne effettua la valutazione e stabilisce il relativo finanziamento dei compensi spettanti ai partecipanti.

Per l'anno 2003 sono stati approvati i seguenti progetti:

- sperimentazione Raggruppamenti Omogenei d'Attesa (RAO): detto progetto, che ha coinvolto tutti i medici di medicina generale (circa 350 partecipanti) della provincia di Trento, era finalizzato all'implementazione del modello RAO per la prescrizione di visite e prestazioni specialistiche ambulatoriali sulla scorta di criteri di priorità condivisi al fine del contenimento dei tempi di attesa;
- interazione telematica ospedale-territorio: progetto finalizzato all'implementazione di una rete virtuale con attivazione di collegamenti tra gli studi dei medici di base e la struttura ospedaliera di riferimento, che ha coinvolto 50 medici;
- la gestione del paziente iperteso in medicina generale: progetto che ha coinvolto 20 medici;
- profilo assistenziale del paziente in terapia anticoagulante orale: progetto finalizzato a riaffidare al medico di medicina generale il trattamento di tale patologia, cui hanno partecipato 60 medici;
- profilo diagnostico assistenziale per i tumori del colon retto: progetto cui hanno aderito 60 medici;
- centri di Alcologia: progetto di assistenza mirata cui hanno partecipato 7 medici;
- gestione scompenso cardiaco: progetto che ha coinvolto 60 medici;
- progetto TRIPSS – Scompenso Cardiaco: progetto finalizzato al trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica dei servizi sanitari, che ha coinvolto 100 medici;
- la gestione del paziente diabetico in medicina generale: progetto che ha avuto l'adesione di 15 medici.

Il finanziamento complessivo per tali progetti (anno 2003) è risultato essere pari ad euro 464.800,00. Per l'esercizio 2004 sono stati inoltre avviati i progetti – finanziati per un importo complessivo di euro 231.500,00 – di seguito elencati:

- qualificazione dell'assistenza farmaceutica: 34 medici partecipanti;
- sistema informativo territoriale (S.I.T.): 2 medici partecipanti;
- percorso clinico assistenziale tumore maligno del polmone: 60 medici partecipanti;
- percorso clinico assistenziale tumore colon retto: 60 medici partecipanti;
- diagnosi precoce sui familiari con fattori di rischio più elevato dei pazienti affetti da tumore del colon retto: 60 medici partecipanti;
- creazione dei presupposti metodologici per il collegamento dei medici di medicina generale al S.I.T.: 40 medici partecipanti;
- *counselling* sul fumo ad opera dei medici di medicina generale: 60 medici partecipanti;
- centri di alcologia: 4 medici partecipanti;
- paziente in trattamento anticoagulante orale: 50 medici partecipanti.

Ai responsabili di progetto è stato attribuito il compito dello sviluppo operativo dello stesso, della stesura di una relazione (a sei mesi dall'avvio e al termine) sull'andamento del progetto, con una valutazione sugli obiettivi raggiunti.

I progetti conclusi hanno, generalmente, raggiunto gli obiettivi proposti; tuttavia si è rilevato che, a causa della complessità delle attività previste da alcuni progetti, ad esempio la predisposizione, diffusione e condivisione di linee guida, l'arco temporale a disposizione per lo sviluppo operativo (un anno), risulta non sufficiente.

La continuità assistenziale

Il Servizio di continuità assistenziale, capillarmente diffuso sul territorio, costituisce una risorsa importante nell'ambito dei servizi territoriali, seppure risulti ormai evidente la necessità indifferibile di una maggiore valorizzazione e qualificazione.

La diffusione del servizio, definita con gli atti istitutivi del Servizio sanitario provinciale, non è stata oggetto, nel corso degli ultimi anni, di revisione sulle attività erogate e sostanzialmente continua a svolgere le proprie funzioni con modalità non difformi da quanto fatto da circa 20 anni a questa parte. Inoltre la necessità di assicurare alla popolazione modelli organizzativi qualificati e diffusi per gli interventi di urgenza ed emergenza sul territorio, da realizzarsi mediante la creazione di reti integrate (Pronto soccorso ospedalieri, Trentino Emergenza 118, Continuità assistenziale e Assistenza primaria), impone un ripensamento complessivo del sistema.

Per tale motivo nel corso del 2004 l'Assessorato alle politiche per la salute della Provincia Autonoma di Trento, dopo aver emanato un provvedimento generale di indirizzo, ha chiesto all'Azienda provinciale per i servizi sanitari l'elaborazione di un progetto volto a garantire il Servizio di emergenza medica, in modo omogeneo su tutto l'ambito provinciale, evidenziando alcune criticità, di seguito elencate, che devono essere superate:

- la necessità di ridefinire gli interventi di riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale;
- l'indifferibilità della messa in rete tra servizio/risorse che possono concorrere al buon esito degli interventi di soccorso;
- il coordinamento di tutte le risorse impegnate nei servizi di urgenza emergenza territoriale;
- la ridefinizione del modello organizzativo di urgenza/emergenza esistente in provincia di Trento alla luce delle modifiche proposte;
- la presenza di personale medico sul luogo dell'evento e a bordo di ambulanze;
- il consolidamento delle équipes di pronto soccorso presso gli ospedali provinciali e distrettuali;
- la necessità di assicurare il trasporto medico assistito per pazienti acuti e garanzia di adeguati livelli di cura in itinere.

Sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Provincia, l'Azienda sanitaria ha elaborato una pro-

posta tecnica che si sostanzia nei seguenti punti:

- il coordinamento di tutte le richieste di soccorso per le urgenze e le emergenze territoriali tramite la centrale operativa di Trentino Emergenza 118;
- la razionalizzazione e riorganizzazione del Servizio di continuità assistenziale;
- l'adesione volontaria di medici di assistenza primaria a modelli organizzativi sperimentali e integrati con l'unità operativa Trentino Emergenza 118 per lo svolgimento di attività di urgenza ed emergenza valorizzando, all'interno di definiti criteri e obblighi, il loro contributo.

Il sistema informativo territoriale

La Provincia ha assegnato all'Azienda provinciale per i servizi sanitari, con gli esercizi 2002 e 2003, uno specifico obiettivo per la costruzione del Sistema Informativo Territoriale (di seguito denominato SIT).

La motivazione che giustifica l'attenzione del governo provinciale per tale iniziativa è da ricercare nella crescente complessità dei sistemi sanitari e nel fatto che gli attuali sistemi informativi territoriali risultano carenti per:

- difficoltà nell'assemblaggio dei dati, con necessità di continue verifiche;
 - scarsa oggettivazione dell'attività effettivamente svolta;
 - possibili errori nel passaggio di informazioni.
- Sulla scorta di tali evidenze è stata avviata la progettazione del SIT con l'obiettivo di porre "il cittadino al centro del processo" e quindi di:
- ottimizzare le attività e i processi;
 - garantire la tempestività e l'accuratezza delle informazioni;
 - assicurare trasparenza e garanzia della privacy;
 - migliorare l'interazione tra gli operatori e le strutture.

Con il SIT ci si propone pertanto di garantire l'uniformità di comportamento degli operatori, definire regole che garantiscano la privacy e la sicurezza dei dati, costruire una banca dati centrata sull'utente e aggiornata in tempo reale e infine

garantire l'apertura verso l'integrazione con altri sistemi informativi.

Il SIT è articolato su due livelli:

- il sistema informativo di primo livello all'interno del quale ogni servizio territoriale (Psichiatria, Assistenza sanitaria di base, Neuropsichiatria Infantile, Psicologia.....) dispone di un sistema informativo proprio, centrato sull'utente, che registra i dati relativi alle prestazioni e alle attività svolte;
- il sistema informativo di secondo livello (o direzionale) che consente di conoscere l'identificativo della struttura erogante, l'identificativo dell'utente, l'identificativo dell'operatore che ha eseguito la prestazione, la data dell'intervento, la prestazione erogata e la relativa tipologia, l'area funzionale di erogazione (assistenza programmata, assistenza specialistica...), la classificazione diagnostica e se è stato attivato un piano assistenziale.

Inoltre il SIT consentirà di disporre degli indicatori, derivanti dall'aggregazione delle informazioni provenienti dai diversi sistemi informativi in un unico database centralizzato, che ne consentirà l'immediata lettura.

In sintesi il SIT consentirà di disporre di importanti informazioni, indispensabili in un moderno sistema sanitario, sulla distribuzione dell'utenza, sui percorsi di accesso, sui volumi di attività e sui carichi di lavoro, consentendo pertanto la definizione di modelli di intervento per profili di utenza, percorsi di accesso per tipo di patologia, costi per raggruppamenti diagnostici. Sarà inoltre pos-

sibile disporre della documentazione sanitaria individuale, oltre ad indicatori di attività di struttura di processo ed esito.

La costruzione del sistema informativo è articolata su tre moduli:

- il primo, in fase di completamento, che comprende le cure domiciliari, il servizio infermieristico ambulatoriale e domiciliare, le prestazioni di particolare impegno professionale dei medici di medicina generale;
- il secondo modulo, che comprende la continuità assistenziale, la medicina turistica, l'assistenza specialistica, l'assistenza indiretta e le prestazioni aggiuntive nonché l'integrazione di alcune aree (assistenza protesica, servizio farmaceutico, unità di valutazione multidisciplinare, residenze sanitarie assistenziali);
- il terzo modulo, che comprende la Psichiatria, la Psicologia, la Neuropsichiatria infantile, i Consultori, l'Alcologia e il Centro per i disturbi del comportamento alimentare.

CONCLUSIONI

I modelli e gli strumenti operativi progettati, le iniziative sperimentate e le innovazioni gestionali introdotte prefigurano il "nuovo" distretto e predispongono il terreno ad una sanzione formale del distretto come struttura territoriale per il governo della salute. I cambiamenti parziali che sono progressivamente indotti attraverso un processo lungo e faticoso, ma soprattutto coinvolgente tutti gli attori del sistema, sono la migliore premessa per un complessivo cambiamento reale e duraturo.

Regione Calabria

IL DISTRETTO IN CALABRIA

a cura di Maria Gabriella Rizzo

Dipartimento della Sanità - Regione Calabria

In Calabria, forse più che in altre realtà, l'ospedale ha costituito a lungo l'unico "forte" riferimento sanitario per il cittadino e l'utente ha da sempre considerato l'ospedale quale termometro per valutare la presenza e l'efficacia del sistema sanitario, affidando invece al territorio un ruolo secondario e marginale (un luogo per lo più conosciuto per una serie di prestazioni amministrative, come la scelta del medico di medicina generale; la prenotazione di visite e accertamenti specialistici e poco di più). Le istituzioni locali, inoltre, sono risultate molto attente ad intraprendere lotte politiche contro decisioni regionali di riconversioni di presidi ospedalieri in strutture sanitarie diverse, ma non sempre hanno dedicato un'analoga attenzione e sostegno ai processi di sviluppo e riorganizzazione dei distretti intesi non come mera articolazione territoriale dell'azienda sanitaria ma anche come articolazione organizzativa, con una funzione di commitment e produzione di attività e servizi.

Negli anni '90 la Regione era caratterizzata dalla presenza di una miriade di ospedali, molti dei quali erogatori di medesime prestazioni in un ambito territoriale molto ristretto.

In questo contesto la legge regionale 13 aprile 1992, n. 3 ha rappresentato una felice intuizione del legislatore regionale, scegliendo di riorganizzare il sistema sanitario in centri di governo più vasti (da 33 USL si è passati ad 11 USL), con utenza media di 196.000 abitanti, anticipando quanto poi previsto all'art. 3 della legge di riordino 502/92, come soluzioni miranti ad una maggiore economicità e razionalità nell'impiego delle risorse ed efficienza dei servizi. Il primo piano sa-

nitario regionale, già in discussione dal 1992 e approvato nel 1995, nasce quindi in un contesto di innovazioni legislative nazionali e regionali e fornisce l'essenziale riferimento per i processi di aziendalizzazione e diversificazione dei servizi sanitari, con collocazione degli stessi in una logica di "rete". Le scelte di fondo erano chiare, anche se in seguito risultate di difficile attuazione. Le aziende dovevano mirare ad un serio riequilibrio tra ospedale e territorio, operando in duplice modo: da un lato realizzando i distretti come reali riferimenti per i cittadini, dall'altro razionalizzando le attività degli ospedali (non si prevedevano "chiusure" complessive di ospedali, ma superamento di duplicazioni di servizi e programmazione reale del fabbisogno).

Per quanto riguarda il distretto, va premesso che lo stesso Piano Sanitario Nazionale 1994-96 non forniva riferimenti sul "modello organizzativo", osservando che l'attuazione dei distretti in Italia avrebbe seguito strade molto differenziate, sia in ragione di fattori oro-geografici (come la localizzazione rurale, urbana, metropolitana), sia per adeguarsi ai reali bisogni dei cittadini in sede locale. In sostanza, il PSN conteneva indicazioni aperte, lasciando alla Regione il compito di individuare la tipologia distrettuale più appropriata in rapporto alle proprie esigenze.

La configurazione geomorfologica della Regione, caratterizzata da una dorsale montuosa con insediamenti abitativi e vie di comunicazione meno diffuse delle zone costiere, ha reso necessario individuare ambiti territoriali differenziati di distretto, nelle zone urbane, extraurbane, montane o costiere. Il Piano sanitario del 1995 già defini-

va il Distretto come area organizzativa “flessibile”, con la funzione di governare l’insieme dei servizi territoriali per la popolazione di riferimento, garantire l’integrazione dei servizi sanitari tra loro e con i servizi sociali, costituire il punto di riferimento al cittadino per l’accesso ai servizi sanitari aziendali. Individuava con chiarezza, inoltre, la “mission” del distretto come area di governo dei servizi territoriali da costruire partendo dalla lettura dei bisogni della popolazione, non traducibile in un mero “organigramma di strutture eroganti servizi sanitari di base”.

Il Piano del 1995 accoglieva, in sostanza, le scelte nazionali sul distretto e adottava una particolarità: prevedeva l’articolazione dei distretti in centri di servizi piuttosto diffusi sul territorio, definiti “poli sanitari territoriali”, dotati di personale funzionalmente addetto e di un Responsabile (non esclusivamente dedicato a questa funzione). I poli erano chiamati a svolgere localmente le funzioni di primo livello per prevenzione, diagnosi, cura ed educazione sanitaria della popolazione residente, con esclusione delle funzioni più complesse e di quelle avente carattere collettivo, es. igiene pubblica, nonché di quelle supportate da una specifica organizzazione a latere. Erano, essenzialmente, centri sub-distrettuali, corrispondenti al vecchio modello di Distretto Sanitario di Base di cui alla L. 833/78. L’idea era concentrare nel distretto le funzioni di tutela e “committenza” (intesa come l’individuazione di “quali risposte per quali bisogni”), nonché le funzioni di erogazione dei servizi specialistici di maggiore complessità, garantendo attraverso i Poli sanitari territoriali una presenza capillare dei servizi di primo livello per rispondere alle esigenze di un territorio fortemente disomogeneo, con servizi “vicini al cittadino” e per tentare di superare l’ottica “ospedalocentrica”. Tuttavia, la realizzazione di queste indicazioni ha incontrato diversi ostacoli nella realtà e a lungo il sistema sanitario regionale è rimasto concentrato sulle funzioni ospedaliere. In particolare la rete distrettuale, pur operativa dagli anni ’90 (33 distretti; 94-98 poli sanita-

ri territoriali) non è riuscita realmente ad effettuare il passaggio, prefigurato dal PSR 1994-96, da mera sede di erogazione di servizi a luogo di “governo” e di integrazione. Negli ultimi anni si è rafforzato l’impegno, anche finanziario, della Regione per il riequilibrio ospedale/territorio. Il decreto legislativo 229/99 modifica l’assetto dell’organizzazione distrettuale, tuttavia è stato necessario aspettare il 2001 per avere un indirizzo da parte della Regione Calabria su tale organizzazione. La Giunta regionale ha fornito indicazioni nelle “Linee Guida sulla predisposizione degli atti aziendali”, prevedendo – tra l’altro – la rivalutazione del ruolo dei medici di famiglia nel distretto.

Ripercorrere le tappe del sistema sanitario territoriale nella Regione dagli anni ’90 ad ora esula

Le maggiori criticità nel funzionamento dei distretti

1. Difficile confronto e interrelazione con le Istituzioni locali
2. Mancanza di stabilità degli organi di vertice aziendali e regionali
3. Dispersione eccessiva della popolazione e viabilità precaria
4. Rapporto non integrato con ospedale e con la rete dei dipartimenti
5. Mancanza di coordinamento e integrazione con i Medici di famiglia
6. Carenza di professionalità specifiche per l’assistenza sul territorio

dal presente contributo, mentre si vogliono evidenziare alcuni fattori di criticità, da cui si è partiti per prefigurare, nel recente PSR 2004-06, il “nuovo” distretto.

Sicuramente una delle maggiori difficoltà ha riguardato la carenza del confronto e della collaborazione fattiva con le istituzioni interessate, in primo luogo con i Comuni (n. 409 nella Regione). Il Distretto avrebbe dovuto porsi come interlocutore tra due referenti, l’ASL da una parte e i Comuni dall’altra, agendo da “ponte” tra le due istituzioni, per garantire le prestazioni socio-sanitarie a fronte dei bisogni complessi della popolazione. Si è dovuto registrare, invece, che la definizione di “Distretto Sociosanitario” ha assunto un valore puramente nominalistico. È pur vero che la mancata sinergia tra Ente Locale e Azienda Sanitaria è da addebitare, da un lato, alla difficoltà dei Comuni ad associarsi in ambiti ben definiti, tali da costituire interlocutori certi

per il distretto nella programmazione dei servizi per i soggetti fragili, dall'altro alla difficoltà di superare una logica "municipalistica", legata alla difesa dei presidi ospedalieri, anche piccoli e di dubbia utilità, lasciando inattuati i principi relativi alla prevenzione e allo sviluppo dei servizi territoriali. In tale ambito, il Piano attuale mira ad una coincidenza tra distretti e ambiti sociali.

Altro nodo critico rilevante può ricondursi al continuo ricambio del vertice dirigenziale nelle aziende sanitarie, che ha determinato linee di discontinuità nella gestione dei servizi e nell'autonomia decisionale dei singoli Dirigenti (spesso all'incarico di Direttore di distretto non seguiva una chiara delega sulle funzioni e di fatto ogni potere decisionale veniva riservato al Direttore generale). Vanno, inoltre, considerate alcune caratteristiche territoriali e oro-geografiche della Regione, caratterizzate da una rilevante dispersione della popolazione, con una densità media regionale di 135 abitanti per kmq, ma con significative diversità (con un massimo di 283 abitanti nella USL di Reggio Calabria e un minimo di 82 abitanti nella USL di Castrovillari). Inoltre, la maggior parte della popolazione vive in centri piccoli, e in particolare quasi il 15% della popolazione risiede in Comuni con meno di 2.500 abitanti, che sono il 50% dei Comuni calabresi; il 24% della popolazione risiede nei 5 Comuni con oltre 50.000 abitanti, di cui solo uno con più di 100.000 abitanti; il restante 61% della popolazione risiede negli altri Comuni.

Questi piccoli centri sono ad economia prevalentemente agricola, con scarsi servizi disponibili in loco e con viabilità precaria, soprattutto nelle zone interne. Quest'ultimo elemento è forse quello più critico per lo sviluppo di gran parte del territorio, costringendo le ASL a sostenere maggiori costi nell'erogazione dei servizi per assicurare maggiore accessibilità territoriale, sia nella rete dell'emergenza urgenza che per le prestazioni ambulatoriali dei distretti. Rispetto a questo, anche la situazione attuale dei servizi sanitari presenta, in alcuni contesti, forti carenze dei servizi sanitari pub-

blici e ciò sia per la vetustà del patrimonio esistente sia per la frammentazione e duplicazione dei punti di erogazione delle prestazioni correlate ad una scarsa presenza sul territorio stesso di strutture specializzate. Se questi elementi sono importanti, un altro è il fattore di maggiore criticità: il rapporto tra il distretto e le altre articolazioni aziendali e prima di tutto l'ospedale. Un rapporto che si è tentato con il collegamento tra dipartimenti, siano essi territoriali o misti, ossia ospedale-territorio. Purtroppo, con aziende poco stabili nei modelli organizzativi, si sono susseguite sperimentazioni diverse di rapporto tra dipartimenti e distretti, che mantenevano, di fatto, una realtà caratterizzata da distretti deboli, in cui ogni unità operativa decentrata faceva riferimento al proprio capo servizio o dipartimento, anziché al distretto. Con conseguenti conflitti o sovrapposizione di competenze, storicamente legati alla presenza di personale giuridicamente incardinato nella struttura di appartenenza (dipartimenti) e funzionalmente collocato nel distretto - modello di rapporto a matrice. Non certamente come ultimo elemento, si pone la difficoltà di trovare gli strumenti operativi per rendere effettivo il raccordo tra distretto e medici di famiglia. Un raccordo considerato centrale già nel PSR 1995-97 e senza il quale non è possibile costruire un percorso di cura realmente integrato e rispondente al bisogno della persona. È in tale ottica che nell'anno 2004 la Regione ha aderito al programma avviato dal Ministero per l'innovazione tecnologica per l'informatizzazione della medicina generale, presentando un proprio progetto che definisce la "messa in rete" dei medici nell'ambito distrettuale e aziendale, per consentire uno scambio di informazioni cliniche e favorire un contatto diretto e costante fra le strutture.

Va infine rilevato il problema della carenza di figure professionali specificamente preparate per operare sul territorio che richiama, da un lato, un sistema universitario che investe ancora poco sul problema della cronicità e delle malattie degenerative, dall'altro una carenza di figure socio-sani-

tarie e, non ultimo, la necessità di poter “premiare” chi opera positivamente sul territorio. Sarebbe, inoltre, opportuno caratterizzare meglio la figura professionale del Direttore di Distretto (ad esempio dirigente medico di secondo livello esperto in medicina di comunità e inquadrato nell’area di sanità pubblica) e promuovere una formazione continua sull’organizzazione dei servizi sanitari di base.

IL DISTRETTO NEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE 2004-2006

Perfettamente consapevole delle criticità che hanno determinato la mancata attuazione dei distretti, il Piano per la Salute 2004-2006, approvato con la Legge Regionale 18 marzo 2004, n. 11, ha posto l’“Assistenza Distrettuale” come obiettivo prioritario. Il distretto è considerato lo strumento essenziale per ricollocare al centro del SSR le necessità dei cittadini e coinvolgere gli operatori nel grande impegno di riequilibrare risorse e attività tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale. Da un punto di vista delle funzioni, rappresenta il sistema al quale è riconosciuta unitariamente la responsabilità di governare la domanda (ruolo di committenza – valutare quali servizi per quali bisogni) e quella di gestire i servizi sanitari regionali (ruolo di produzione). Dal punto di vista operativo il distretto rappresenta il punto di riferimento per tutti i cittadini nello specifico ambito territoriale per l’accesso a tutti i servizi dell’Azienda Sanitaria e, allo stesso tempo, costituisce il polo unificante di tutti i servizi sanitari e socio assistenziali territoriali. In quanto riferimento per l’erogazione delle prestazioni individuate dai Livelli Essenziali di Assistenza, il Distretto realizza i propri obiettivi nel coordinamento e nell’integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali riconducibili alla *primary care* (attività di prevenzione rivolta alla persona; assistenza sanitaria di base e specialistica, assistenza sanitaria domiciliare; attività ad elevata integrazione socio-sanitaria e prestazioni sanitarie a

rilevanza sociale; residenze sanitarie e centri diurni). La riorganizzazione dei distretti si avvia con la ridefinizione degli ambiti territoriali degli stessi, al fine di divenire “centro di riferimento per la comunità locale” e a tal fine il Piano 2004-06 propone da distinzione, in ragione delle diverse caratteristiche oro-geografiche del territorio, di distretti urbani, extraurbani e montani.

Le indicazioni della Regione (nel Piano e nelle linee-guida per l’atto aziendale) riguardano, poi, la ridefinizione del distretto in termini di “centro organizzativo” dell’insieme dei servizi sanitari nel territorio di riferimento, con l’obiettivo di dare ai Direttori generali delle aziende sanitarie i riferimenti necessari per:

- una chiara distinzione fra responsabilità organizzative e produttive in ogni livello di governo;
- una maggiore personalizzazione del prodotto aziendale sanitario, chiarendo la necessità di portare i servizi e le attività in un ambito più vicino al cittadino, nel quale la realtà locale stessa si possa riconoscere e vedersi rappresentata nelle proprie specifiche esigenze e bisogni di salute;
- un rimodellamento del territorio aziendale attraverso una rete di servizi sanitari sempre più ampia, locale e a misura del cittadino, in modo da creare alternative positive ai ricoveri ospedalieri. La rete dei servizi deve essere incentrata sul distretto come sede organizzativa e di governo dei percorsi;
- la creazione di servizi di tipo socio-sanitario, in risposta ai bisogni complessi legati alla cronicità e alle malattie degenerative, con reale programmazione e gestione integrata con il sociale e progettazione personalizzata delle risposte;
- la definizione degli strumenti per garantire la continuità assistenziale, con integrazione tra distretto e medici di famiglia. In quest’ambito si rileva l’opportunità di potenziare le forme associative di lavoro tra medici (di medicina generale, pediatri di libera scelta, di guardia medica notturna e festiva, specialisti ambulatoriali). L’assistenza specialistica ambulatoriale sarà maggior-

mente garantita con l'integrazione del livello ospedaliero. Il PSR consente, a tal fine, la mobilità professionale tra i due livelli assistenziali. Per quanto riguarda l'ambito territoriale, il Piano accoglie il riferimento nazionale (indicato dal Dlgs 229/99), di un distretto con una media di 60.000 abitanti, ma prevede che lo stesso debba configurarsi e assumere un ruolo diverso a seconda del contesto geografico, abitativo e di ecosistema umano (tenendo conto di: densità abitativa; rete dei trasporti; contesto culturale, sociale e antropologico; accessibilità ai servizi; grado di vicinanza alle strutture ospedaliere e di pronto soccorso e altro). Sono state, pertanto, delineate tre tipologie di distretti: urbano, extraurbano e montano.

Il Distretto urbano

Nei centri cittadini si possono più facilmente valorizzare le forme di associazionismo della medicina generale e pediatria di libera scelta, per assicurare agli assistiti facile accesso agli ambulatori per 12 ore al giorno, maggiore possibilità di interventi a domicilio, prevenendo così l'indiscriminato ricorso al pronto soccorso ospedaliero come prima struttura di riferimento come soluzione a qualsiasi problema assistenziale, anche di tipo non sanitario.

Il Distretto extraurbano

Nelle aree fuori dalle città il distretto è chiamato maggiormente a rispondere della "accessibilità" dei servizi. L'inevitabile tendenza a ridurre il numero dei presidi ospedalieri rende pressante la necessità di garantire servizi sanitari territoriali di riferimento che possano indurre, sia nella realtà oggettiva che in quella percepita dalla popolazione locale, senso di sicurezza e tutela. Il Distretto quindi è chiamato ad analizzare e valutare la fattibilità e convenienza di allestire, di concerto con gli enti locali, soluzioni di trasporto "dedicato", eventualmente protetto, che consenta alla popolazione il facile raggiungimento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Il Distretto montano

Le ben note peculiarità delle zone di montagna (tra cui la dispersione della popolazione, la difficoltà dei trasporti e di accesso ai servizi, la concentrazione di persone anziane) suggeriscono l'opportunità di realizzare azioni specifiche, sia di promozione della salute, sia di servizi sanitari che possano offrire continuità delle cure (tenendo conto anche del rischio di mantenere servizi complessi, anche per la limitata casistica affrontata dagli operatori sanitari in loco). Occorre, poi, definire le modalità per una rapida risposta per i problemi di emergenza-urgenza.

In sintesi, sia nel Distretto di area extraurbana che in quello a minore densità, sono identificabili alcuni obiettivi e azioni:

- perseguire il mantenimento delle persone malate a domicilio favorendo la massima integrazione fra la componente sanitaria e quella sociale dei servizi;
 - specializzare i servizi sanitari privilegiando i servizi territoriali e residenziali rispetto a quelli di degenza;
 - specializzare le strutture di degenza in strutture in grado di assicurare efficaci e appropriate prestazioni di urgenza ed emergenza sanitaria e assistenza sanitaria post-acuzie e di lungodegenza, a medio o lungo termine, sulla base di protocolli concordati con le strutture per acuti di riferimento;
 - integrare i servizi sanitari territoriali e di degenza in un sistema a rete utilizzando la modalità organizzativa dipartimentale e adottando soluzioni telematiche per favorire il coordinamento degli operatori, lo sviluppo delle competenze professionali e l'efficacia degli interventi;
 - attivare iniziative che favoriscano la residenzialità di operatori sanitari preparati e competenti nelle zone più decentrate, parametri concordati in sede regionale tali da individuare soglie universalistiche di risposta ai bisogni, entro i termini del bilancio revisionale del primo anno successivo all'approvazione del presente PRS.
- Il sistema integrato di interventi e servizi che ne

deriva promuove la solidarietà attraverso la valorizzazione dell'iniziativa delle persone, delle famiglie, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità. Tutto ciò, integrato al piano sociale, definirà il sistema di Welfare della Regione e la sua natura solidaristica ed universale.

Su questo terreno è da auspicare l'elaborazione di linee guida a contenuto misto, clinico, assistenziale e organizzativo, tali da garantire qualità e appropriatezza ad interventi che investono gruppi di lavoro multiprofessionali, chiamati a condividere responsabilità sulle scelte e sui risultati.

Anche la dirigenza sanitaria dovrà crescere in questa prospettiva, tenendo conto che il Dlgs n. 229/99 prevede un'integrazione delle tabelle dei servizi, delle specializzazioni e delle discipline previste per l'accesso alla dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale e l'introduzione dell'area delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, con discipline idonee. Le difficoltà di valutazione dei costi potranno essere affrontate tenendo conto di due parametri generali: le prestazioni e i processi assistenziali, con riferimento alla distinzione "costi/prestazione e costi/processo" e con riferimento a prestazioni semplici (quando la natura del bisogno può essere soddisfatta con modalità standardizzate di intervento) e a prestazioni complesse (meglio descrivibili sotto forma di processi assistenziali) quando la natura del bisogno è multifattoriale e richiede competenze capaci di gestire percorsi assistenziali integrati di medio e lungo periodo.

LA GESTIONE QUALITATIVA DELL'OFFERTA DISTRETTUALE

Una recente analisi sulla qualità percepita dal cittadino utente dei servizi erogati nella Regione Calabria ha rilevato una pressoché totale insoddisfazione. Le critiche si concentrano sui servizi ospedalieri (forse perché ancora considerati i fondamentali riferimenti), ma nello sviluppo obbligatorio dei servizi sanitari territoriali è indispensabile, per la loro credibilità, migliorare ulteriormente la qualità percepita.

Le criticità sono riconoscibili nelle difficoltà che il cittadino incontra nell'accesso quotidiano ai servizi, nelle insufficienti informazioni sulle prestazioni, nella scarsa conoscenza delle strutture erogatrici, delle liste di attesa, delle tariffe, dei percorsi.

Per affrontare questi problemi il Piano regionale per la salute 2004-06 indica tre priorità:

1. il miglioramento dei tempi di accesso ai servizi distrettuali, per una migliore garanzia della continuità dell'assistenza ai cittadini.

Il Piano impegna le aziende sanitarie a modificare orari e modalità di utilizzo dei servizi, al fine di garantire una operatività continuativa per 12 ore giornaliere per 6 giorni alla settimana. Ciò significa superare le modalità tradizionali: servizi aperti 5 giorni alla settimana, spesso chiusi il venerdì pomeriggio. Significa, anche, cambiare la loro immagine, sovente caratterizzata dalla precarietà delle strutture e degli arredi, da professionalità che non sempre vedono riconosciute le qualità tecniche e scientifiche che sono in grado di esprimere (anche sui versanti dell'educazione sanitaria, della prevenzione, del trattamento continuativo di patologie che richiedono elevato impegno e complessità assistenziale).

Nel caso dei servizi di assistenza domiciliare integrata la funzionalità deve essere estesa continuamente a 7 giorni, anche al fine di garantire l'integrazione assistenziale tra Ospedale e Distretto e rendere possibili dimissioni programmate nell'arco di tutta la settimana;

2. la costituzione di un "Punto unico di accesso all'intera rete dei servizi sanitari e sociosanitari", che richiede l'identificazione di percorsi assistenziali precisi, come guida e riferimento per il cittadino. Esso ha, pertanto, una duplice connotazione: da un lato è una modalità organizzativa del Distretto, che deve essere concordata con gli Enti Locali che ne fanno parte (gli strumenti sono: il Programma delle Attività Territoriali del distretto e il Piano di Zona dei servizi sociali); dall'altro è una risorsa a disposizio-

ne del cittadino e degli operatori. La finalità è avere una modalità programmata per indicare i percorsi di risposta ai bisogni di ordine sanitario e sociale in modo unitario e integrato, in ragione della complessità della domanda. Un amichevole e corretto funzionamento favorisce il processo di identificazione del cittadino nel proprio Distretto, obiettivo da perseguire per renderlo così concreto primo punto di riferimento per qualsiasi situazione di bisogno.

È un obiettivo ambizioso, che richiede una mappa dei percorsi, in forma integrata tra sanitario e sociale, tra tutte le tipologie di offerta dei servizi presenti nel territorio, indipendentemente dal soggetto erogatore (Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, privati accreditati, attività libero professionale intramoenia); costituisce garanzia di trasparenza nelle informazioni e rappresenta una condizione di tutela della libertà di scelta dell'utente;

3. la semplificazione delle procedure di prenotazione, tramite l'organizzazione di Centri Unificati di Prenotazione. I CUP devono garantire una molteplicità di punti di prenotazione, capillarmente distribuiti nel territorio, localizzati nei presidi sanitari e progressivamente nelle farmacie, presso i medici di medicina generale e nei Comuni, istituendo o consolidando, dove già presenti, sistemi di prenotazione telefonica e telematica. Il collegamento in rete metterà in grado di interconnettere le diverse offerte di servizi presenti nel territorio e ai punti unici di accesso di operare come terminali intelligenti di un sistema integrato su base orizzontale e verticale.

Per facilitare la realizzazione di queste tre priorità, il Dipartimento Sanità della Regione provvederà all'elaborazione di linee guida per identificare le priorità cliniche e valutare i tempi di differibilità della risposta, in modo da rendere compatibili i percorsi del cittadino con le effettive possibilità di erogazione dei servizi, garantendogli una informazione efficace e trasparente sulla compatibilità dei tempi di acces-

so con la necessità di affrontare in modo tempestivo e appropriato il bisogno rilevato.

Si dovranno, poi, attivare strumenti di informazione adeguata di modalità di lavoro attive e rispettose della dignità dei singoli, di suggerimenti che compensino le situazioni di fragilità e valorizzino la capacità delle persone e delle reti sociali amicali e familiari. Particolare attenzione sarà posta agli interventi a favore dei soggetti che risiedono nelle zone svantaggiate, nelle aree rurali e nei piccoli centri.

Diventa pertanto necessario che nelle agende informatizzate vengano immesse tutte le prestazioni erogate da ogni produttore (pubblico e privato), per dare al cittadino piena visibilità dell'offerta e al Distretto maggiori e più realistiche possibilità di governarla.

LA CREAZIONE DI PROGETTI PERSONALIZZATI DI ASSISTENZA

Il Piano 2004-06 e gli atti successivi intendono orientare il sistema sanitario verso forme personalizzate di assistenza, offrendo un reale orientamento e capacità di accompagnamento della persona, in specie quella "fragile" nei percorsi di cura (la presa in carico).

A tal fine la Regione richiede che il distretto diventi il nodo organizzativo per la costruzione di "progetti personalizzati di assistenza".

La crescita di bisogni connessi a cronicità e a lungoassistenza rende necessario attivare in ogni Distretto unità di valutazione multiprofessionali, che valutino i bisogni richiedenti risposte assistenziali complesse, continuative e integrate, definiscano il piano personalizzato di assistenza, ne seguano l'attuazione (con designazione di un "Responsabile del caso") e la verifica periodica dello stesso. L'unità di valutazione comprende: il medico di distretto, il medico di medicina generale, l'assistente sociale, l'infermiere professionale, nonché altri specialisti in ragione della natura del bisogno. È noto che l'introduzione di sistemi strutturati di valutazione multidimensionale dei bisogni ha determinato in vari contesti assistenziali

un miglioramento della qualità della vita delle persone assistite, una riduzione della mortalità, della disabilità, del numero e della durata dei ricoveri ospedalieri e in residenza sanitaria assistenziale, del consumo dei farmaci e della spesa sanitaria nel suo complesso.

LA SCELTA DI CURARE A CASA E GLI OSPEDALI DI DISTRETTO

La Regione è ben consapevole, nell'indicare la priorità di "curare a casa" (Piano per la salute 2004-06), che si tratta di un cambiamento culturale e organizzativo insieme: va consolidato il principio generale che la casa resta il migliore luogo di prevenzione, cura e riabilitazione; va chiarito che ciò consente anche un uso appropriato delle risorse disponibili, favorendo l'affidamento all'Ospedale della sua reale funzione, mirata alle patologie acute che richiedono elevata intensità di assistenza e concentrazione fisica di competenze e tecnologie. Le aziende sanitarie dovranno investire sull'assistenza domiciliare (anche limitando il numero di posti letto ospedalieri), utilizzando tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e sociali e della loro intensità, specificando le procedure di attivazione e organizzazione e le tipologie di costo. Dovrà essere implementata, in particolare, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che è la tipologia di "cura a casa" a maggiore impegno sanitario, che richiede percorsi di attivazione rapidi nella fattispecie dell'urgenza, soprattutto nei casi di post acuzie e di terminalità, riservando ad una fase successiva l'attivazione dell'unità multiprofessionale e di predisposizione del progetto personalizzato con i completamenti organizzativi e gestionali che si renderanno necessari.

All'interno delle strutture di ricovero accreditate per acuti andranno identificati specifici responsabili per la dimissione protetta, con il compito di definire, di concerto con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del paziente e con il Distretto, le modalità organizzative della dimissione, la tipologia delle cure domiciliari ne-

cessarie nella prima fase dopo la dimissione, le modalità di corretta risoluzione delle problematiche burocratiche, prescrittive e certificatorie. Più in specifico, nei casi di anziani o di persone le cui condizioni cliniche, psicologiche e di autonomia personale impongono un programma articolato e integrato di interventi sanitari e sociali a valenza sanitaria, alla fase di ricovero ospedaliero devono sovrapporsi precocemente, intorno alla terza giornata dall'ammissione, l'attivazione e l'interfaccia con le figure professionali e le strutture del Distretto per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione e organizzazione dei percorsi successivi. Occorre poi ampliare l'offerta di residenze per anziani, ma con cautela e con una precisa consapevolezza: la scelta di inserire in una residenza una persona anziana per lo più diventa irreversibile. Per tale motivo è un'opzione assistenziale da intendersi, per quanto possibile, come temporanea, realmente condivisa e accettata; deve garantire una qualità di vita accettabile e favorire la partecipazione attiva dei familiari e delle persone, al fine di mantenere legami significativi tra l'anziano e la sua comunità di provenienza. Il Distretto dovrà sempre più assumere capacità di governo e regia delle strutture residenziali, in una logica di impostazione a "rete", che colloca l'assistenza residenziale molto più in prossimità delle cure domiciliari piuttosto che di quelle ospedaliere.

Infine la Regione punta sulla realizzazione di strutture intermedie tra ospedale e distretto, di connotazione territoriale e affidamento clinico al Medico di medicina generale: gli Ospedali di comunità o Ospedali di distretto. Prevede, infatti, di costruire ben 15 ospedali di comunità, quali strutture sanitarie territoriali in grado di seguire una quota di popolazione che oggi afferisce impropriamente alla tradizionale degenza ospedaliera per acuti. Chiarisce che sono strutture sanitarie territoriali, destinate ad accogliere e seguire in regime residenziale o semiresidenziale le persone che necessitano di interventi clinico-assistenziali ovvero quei casi che, avendo esaurito il percorso

assistenziale di elevato contenuto tecnologico in fase diagnostico-terapeutica (fase acuta specifica del momento ospedaliero vero e proprio), necessitano ancora di una fase di sorveglianza clinica e assistenziale. Risultano, pertanto, di supporto all'ospedale in fase di dimissione precoce/protetta. Si distinguono nettamente dalle tipiche strutture territoriali residenziali (Residenze Sanitarie Assistenziali e Case Protette), che sono strutture socio-sanitarie che accettano soggetti anziani non autosufficienti con patologie croniche stabilizzate. Inoltre l'Ospedale di comunità può essere valida alternativa all'ADI quando la famiglia dell'utente non è in grado di gestirla. Il Piano 2004-06 definisce le modalità di ammissione in Ospedale di comunità: i ricoveri sono sempre programmati; l'ammissione può avvenire su proposta del medico ospedaliero, se si tratta di paziente ricoverato in ospedali per acuti, oppure su proposta del medico di Medicina Generale se non è ricoverato. In entrambi i casi è indispensabile il consenso del MMG che ha la responsabilità della condotta diagnostico terapeutica del paziente e che seguirà il paziente ricoverato nell'Ospedale di comunità del Distretto di competenza, secondo le modalità operative e gli impegni orari di accessi programmati che saranno stabiliti in sede di accordi con i MMG. L'assistenza sanitaria, sia negli aspetti diagnostici che terapeutici, viene erogata con modalità ospedaliere; in caso di emergenza/urgenza vengono attivate le strutture del 118, che in ciascun Ospedale di comunità possono trovare la loro collocazione quali sedi dell'emergenza territoriale con personale medico, infermieristico e tecnico e mezzi a ciò deputati 24 ore su 24. Inoltre nelle ore notturne prefestive e festive è presente anche il medico di continuità assistenziale di cui la postazione territoriale è allocata nella struttura dell'Ospedale di comunità.

L'Ospedale di comunità si avvale del medico di medicina generale e di personale infermieristico dedicato, nonché del servizio di primo soccorso

svolto dalle strutture territoriali del 118, delle postazioni di continuità assistenziale, dei servizi di specialistica ambulatoriale di diagnostica strumentale e di laboratorio nonché degli specialisti ambulatoriali territoriali.

LE AZIONI DI SUPPORTO AL CAMBIAMENTO

Il cambiamento prefigurato dal Piano per la salute 2004-06 è rilevante, comportando una vera e propria modifica della visione del sistema sanitario regionale, che punta a creare un distretto socio-sanitario realmente presente per il cittadino, centro di una rete di servizi rivolti alla persona e in particolare alla persona disabile. Si prevede lo sviluppo dei punti principali della rete, come l'assistenza domiciliare, le modalità di continuità delle cure, le strutture residenziali; si progetta di costruire ospedali di comunità che offrano alternative percorribili nelle zone più disagiate; si mira, insomma, a superare realmente l'unicità dell'ospedale come riferimento alla persona. È un processo di cambiamento ampio, che richiede gradualità di attuazione e anche una forte azione di supporto. A tal fine si è previsto, nella vigenza del Piano, che la Giunta Regionale assicuri:

- programma di formazione per lo sviluppo delle competenze dei Direttori di Distretto;
- programma di formazione per promuovere tra gli operatori lo sviluppo di atteggiamenti e abilità utili allo sviluppo dell'assistenza distrettuale;
- monitoraggio dell'attuazione del nuovo modello di assistenza distrettuale.

Occorrerà, poi, il sostegno delle forze politiche, delle istituzioni locali e di tutti gli operatori sociali per condividere con i cittadini il progetto di un "nuovo distretto", capace di costituire un centro di governo e di salute. L'idea è di partire dalle sedi locali, come suggerisce il "principio di sussidiarietà", per costruire un patto di salute che richiede, in Calabria, un grande impegno culturale, di risorse e di organizzazione.

LEGGERE IL DISTRETTO NELLA REGIONE MARCHE

a cura di Fausto Mannucci, M. Rita Paolini

Dipartimento dei Servizi alla Persona e alla Comunità - Servizio Assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria

a cura di Patrizia Balzani

Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR)

58

i Supplementi di **monitor**

Nell'exkursus legislativo, organizzativo e culturale che va dal primo Piano Sanitario Regionale, che risale al periodo 1982-1985, ad oggi, il ruolo del distretto si è venuto progressivamente a modificare in relazione alla crescente necessità dello sviluppo di una sanità territoriale.

IL DISTRETTO NEI PIANI REGIONALI

I Piano Sanitario Regionale

Il piano di cui alla L.R. n. 37/82 recepisce al suo interno una logica di programmazione centralistica delle unità produttive che vengono definite in ogni più piccolo particolare strutturale e funzionale. In tale ottica il Distretto si configura come mero luogo erogativo di prestazioni e nulla apporta né alla flessibilità strutturale dell'offerta né alla gestione dei percorsi assistenziali e di cura. La logica di programmazione del periodo era del resto quella dipendente dai modelli ispirati dal razionalismo economicistico, fortemente verticalizzati ad articolare una catena di produzione in cui gli elementi di controllo, basati su standard essenzialmente quantitativi, non lasciavano spazio alla condivisione, contrattazione o concertazione delle scelte e delle decisioni.

II Piano Sanitario Regionale

Un'impostazione significativamente diversa caratterizzava il secondo Piano Sanitario Regionale relativo al triennio 1998-2000 che, risentendo anche di quel passaggio dal centralismo programmatico al modello della sussidiarietà che ha

permeato l'avvio della riforma della Pubblica Amministrazione, affermava la centralità del distretto come luogo di governo della salute e gestione di tutto il complesso di attività sanitarie extra-ospedaliere. A tal fine avviava un percorso di ampliamento del bacino d'utenza dei singoli distretti nell'obiettivo di creare luoghi non parcellizzati, realmente in grado di assumersi la responsabilità della rete dei servizi territoriali.

III Piano Sanitario Regionale

Una alleanza per la salute

Il terzo Piano Sanitario Regionale, relativo al triennio 2003-2006, procede nel dar attuazione e strumenti ai principi ispiratori del piano precedente, individuando il Distretto come il luogo dove interpretare la domanda di salute e tradurla in risposte complessive ai bisogni attraverso la funzione di programmazione, produzione, integrazione e cooperazione. L'obiettivo principale del distretto è la tutela della salute dei cittadini: garantendo la continuità delle cure, l'accessibilità dei servizi, l'integrazione dei percorsi. Obiettivi ambiziosi che richiedono un impegno costante nella ricerca dell'equità verso i cittadini, in particolare di quelli più fragili, e dell'appropriatezza dei servizi (la risposta "corretta" al bisogno di salute). In questo quadro risulta fondamentale il cambiamento di prospettiva previsto dal PSR 03-06, che pone come obiettivo prioritario la costituzione di una sanità che non abbia più al centro l'ospedale ma piuttosto il territorio, chiedendo allo stesso di avviare i percorsi di salute dalla conoscenza e dalla valutazio-

ne delle necessità dei cittadini-utenti. Coerentemente, il Piano stabilisce le modalità per la razionalizzazione dell'offerta ospedaliera, per avviare un nuovo equilibrio delle attività e delle risorse tra ospedale e territorio, come presupposti per imprimere una spinta decisiva alla creazione di un distretto a centralità del cittadino.

IL DISTRETTO NELLE NORMATIVE REGIONALI DI RIORDINO

L. R. 26/96

Sostanzialmente, riproduce il contesto da cui deriva la legge di riordino del SSN, di cui al D.Lgs 229/99, con particolare interesse al Distretto come macrostruttura orientata all'analisi dei bisogni e all'impostazione dell'offerta.

L. R. 13/03

Da questi elementi prende avvio un profondo processo di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, che si sostanzia nella L.R. n. 13/2003. Si trasformano le precedenti 13 aziende sanitarie locali in un'unica Azienda, a valenza regionale, denominata "Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR)". Parallelamente, si accorpano le aziende ospedaliere, che da 4 diventano due, affiancate dalla presenza dell'Ircs INRCA. L'azienda unica viene articolata in 13 Zone Territoriali, sostanzialmente coincidenti con le preesistenti 13 AUSL. Le zone territoriali svolgono rilevanti compiti di programmazione, gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari nel rispettivo ambito territoriale, con l'obiettivo di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza e l'equo accesso ai servizi. Esse provvedono, in particolare:

- alla definizione degli obiettivi di salute, in raccordo con gli altri erogatori di servizi, tramite piani di attività zonale (PAZ);
- alla programmazione organizzativa e operativa delle risorse strumentali e umane, al coordinamento dei servizi sanitari di zona nei diversi livelli assistenziali (ospedale, distretto, prevenzione);

- all'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali;
- alla rilevazione e orientamento della domanda sanitaria;
- alla distribuzione delle risorse;
- alle negoziazioni con le organizzazioni sindacali per le intese e gli accordi a valenza zonale.

Di conseguenza cambia l'assetto organizzativo del distretto, che viene declinato come un'articolazione della Zona Territoriale, dotato di autonomia gestionale nell'ambito degli obiettivi e delle risorse negoziate con il Direttore di Zona. Per meglio capire il rapporto tra zona e distretto, va precisato che spetta al Direttore di zona nominare il Direttore di distretto.

La legge riprende, inoltre, un punto a lungo perseguito nella programmazione regionale: il distretto deve assumere una dimensione coincidente con l'ambito territoriale sociale. In questo modo il distretto assume due dimensioni, divenendo, da un lato, sub-articolazione della zona territoriale (elemento che la spinge più ad un ruolo di programmazione locale e attuativa, nonché alla funzione di gestione dei servizi) e dall'altro ambito di programmazione unitaria sanitaria e sociale (un luogo realmente "vicino al cittadino", capace di conoscere e rappresentare i bisogni della comunità locale).

L'idea di fondo è che per migliorare la salute dei cittadini occorra un quadro di azioni e alleanze fortemente partecipate tra gli enti locali, i gruppi organizzati, i cittadini assieme al sistema sanitario.

LE PECULIARITÀ DEL MODELLO MARCHIGIANO

La programmazione regionale sta orientandosi verso un distretto costruito intorno ad un'idea: *la centralità della presa in carico della persona e la necessità di garantire la continuità assistenziale.*

In questo nuovo orientamento, il distretto prevede come punti caratterizzanti:

- Tutela e promozione della salute

Il distretto è deputato a svolgere un ruolo di

tutela della salute all'interno di un sistema di governance in un definito ambito territoriale, prima ancora che di gestore di servizi e di operatori.

■ Integrazione

Fra le attività direttamente esercitate e quelle di pertinenza e competenza degli altri enti e soggetti operanti nel territorio (ambito sociale territoriale, Associazioni di Volontariato, Terzo Settore, ecc.), l'integrazione non si limita al raccordo operativo ma si realizza definendo congiuntamente le priorità di intervento alla luce anche degli obiettivi individuati dal Piano Sociale di Zona, dal PAD, dal Piano di zona e dai Piani Comunitari per la Salute.

■ Presa in carico e continuità delle cure

Si esprime attraverso la valutazione dei bisogni espressi dalla popolazione di riferimento, la definizione delle caratteristiche quali-quantitative dei servizi necessari alla presa in carico dell'assistito e ad assicurarne la continuità delle cure. Tale definizione si estrinseca sia nella funzione di committenza che di produzione.

■ Produzione

Si realizza tramite l'erogazione diretta o indiretta di prestazioni socio-sanitarie e sanitarie "di base" previste nei LEA. Inoltre, si realizza nella predisposizione di percorsi per la facilitazione dell'accesso ai servizi e la programmazione integrata tra servizi sociali e sanitari.

Per quanto riguarda il processo di integrazione socio-sanitaria e la successiva pianificazione strategica nei territori, il Direttore di Distretto esercita le proprie funzioni in collaborazione con il Coordinatore di ambito ed entrambi partecipano all'integrazione operativa nella definizione dei servizi e delle prestazioni necessarie al miglioramento dello stato di salute della popolazione interessata. In tale ottica, l'obiettivo della coincidenza dei distretti con gli ambiti sociali ha richiesto un sostanziale cambiamento anche ai Comuni (246 nella Regione) per superare la logica municipalistica dei piccoli centri definendo realmente "ambiti sociali" stabili come luoghi di pro-

grammazione e di coordinamento operativo e gestionale dei servizi sociali. Ha consentito, al contempo, di valorizzare la forte creatività e la ricchezza del sistema municipalistico nella Regione Marche, nell'individuare strumenti e progetti di tutela delle persone fragili, da condividere nell'ambito di una programmazione unitaria con la sanità.

La funzione di programmazione annuale viene esplicitata attraverso la predisposizione del Programma delle attività Distrettuali (PAD), che si configura come uno strumento teso a ricercare sempre più estesi livelli di integrazione tra ospedale e territorio, tra i soggetti del sociale e sanitario, tra le istituzioni sociali e sanitarie e l'insieme delle altre istituzioni economiche, culturali ed educative che possono ampiamente contribuire alla crescita del bene salute.

Nella predisposizione del PAD il Direttore di Distretto è coadiuvato dall'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) composto dai responsabili di ciascuna area di attività presente nel distretto, dai rappresentanti dei medici convenzionati, da un rappresentante delle figure professionali operanti nel distretto, dai dirigenti dei dipartimenti presenti nel contesto distrettuale e dal coordinatore di ambito sociale.

Lo stesso PAD deve altresì essere coerente e convergente con i contenuti del Piano di Zona nei settori assistenziali di particolare rilevanza sociale relativi alle problematiche della fragilità (età evolutiva, disabili, anziani, ecc.).

Considerato che il Programma delle attività distrettuali rappresenta le scelte di salute a livello distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria e che il Piano sociale di Zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari, diventa consequenziale e necessario gestire i due strumenti all'interno di un'unica strategia programmatica attuata in modo integrato tra Sanità ed Enti locali, tra Distretti e Ambiti Territoriali soprattutto attraverso lo strumento del Bilancio Sociale.

LA PRESA IN CARICO: LO SPORTELLO PER LA SALUTE E L'UFFICIO DI PROMOZIONE SOCIALE

Il Piano Sanitario Regionale riafferma il modello dello Sportello della Salute (SdS) in integrazione agli Uffici di Promozione Sociale (UPS), da intendersi come vera e propria porta di accesso al welfare di comunità e, per suo tramite, a quello regionale. L'integrazione tra Sportello della Salute e Uffici di Promozione Sociale deve consentire di attivare delle accettazioni territoriali integrate attraverso le quali il cittadino accede non solo ai servizi distrettuali, ma anche a tutta la rete sociale quando le due problematiche siano coesistenti.

Lo sportello della salute, funzione che riguarda il rapporto tra utenza e SSR, è da sviluppare in modo da favorire l'accesso appropriato del cittadino ai servizi e deve garantire equità di condizioni e di modalità di accesso.

All'interno dello sportello della salute devono operare:

- orientatori qualificati;
- mediatori abilitati;
- valutatori.

Le funzioni a cui è deputato lo sportello della salute possono essere sintetizzate in:

- ascoltare la richiesta in rapporto alla quale fornire informazioni, indicazioni utili, avviare percorsi;
- informare sulle modalità di accesso ai servizi;
- attivare i servizi richiesti utilizzando la rete di collegamento tra le strutture per evitare che l'utente rincorra le prestazioni (semplificazione e de-burocratizzazione);
- istruire/fornire i termini e gli elementi che conducono a successive valutazioni, come ad es. pareri, certificazioni, valutazioni a domanda dell'interessato;
- accogliere/prendere in carico situazioni assistenziali complesse per le quali attivare percorsi successivi che possono richiedere anche valutazioni multidimensionali, con relative analisi delle risorse attivabili. In tali percorsi l'utente

non deve essere lasciato solo ma deve avere sempre un riferimento preciso in funzione di care manager.

Gli strumenti utilizzati nella funzione distrettuale dello sportello della salute possono essere identificati in tre categorie principali:

- virtuali;
- personali;
- interattivi.

LA FUNZIONE DI VALUTAZIONE

Le Unità Valutative Distrettuali esercitano la funzione di valutazione del bisogno attraverso una lettura approfondita e integrata tra diverse professionalità (MMG infermiere professionale, assistente sociale, competenze specialistiche ecc.) al fine di individuare i percorsi assistenziali più adatti al bisogno presentato.

Inoltre, per aree settoriali con bisogni omogenei, vengono individuate, all'interno della funzione di valutazione espressa dalla UVD, anche strutture settoriali/specialistiche di valutazione quali le UMEE e UMEA che, ai sensi della normativa vigente, presentano anche alcune funzioni di presa in carico e "produzione".

LA FUNZIONE DI PRODUZIONE

Per le attività prodotte direttamente il Distretto deve essere configurato in modo da erogare prestazioni e servizi in integrazione con le altre strutture di produzione della Zona Territoriale e dell'ambito sociale. Il modello organizzativo che si viene a configurare deve rispondere alle esigenze di flessibilità per adattarsi alle diverse realtà.

L'assistenza primaria assicura promozione, prevenzione, cura, riabilitazione, abilitazione e supporto sul piano psicologico e sociale; si viene quindi a configurare come una rete attraverso la quale il distretto riesce a fornire risposte complessive agli utenti dalla prevenzione fino alla gestione della cronicità attraverso un modello di integrazione professionale con gli operatori che operano a livello territoriale o ospedaliero e con la componente sociale dell'ambito territoriale.

Per quanto riguarda i MMG, i PLS, la C.A e gli specialisti convenzionati dovranno essere sviluppate e attuate forme di associazionismo con il fine di attuare una forma organizzata di assistenza primaria che, attraverso l'integrazione funzionale tra i diversi professionisti, garantisca la continuità assistenziale.

Il principio innovatore che ispira tale scelta è la presa in carico del paziente per l'intero iter dell'assistenza richiesta dal percorso di cura e sarà reso possibile con interventi sia sugli assetti organizzativo/gestionali, sia sulle responsabilità clinico-assistenziali.

L'esperienza della Regione Marche costituisce certamente un tentativo di "mediazione" tra l'ottimizzazione della dimensione aziendale e i bisogni della presa in carico complessiva della persona fragile.

UN ESEMPIO APPLICATIVO

Pur costituendo un disegno strategico generale, l'impostazione del modello di Welfare regionale, orientato alla centralità dei bisogni e alla rilevanza del livello territoriale-distrettuale, i primi concreti passaggi attuativi e di realizzazione si sono concentrati su alcune situazioni complesse che con maggior urgenza richiedevano di dare risposte organizzative, gestionali e programmatiche di carattere integrato.

IL PROGETTO DI CONTRASTO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Una delle esigenze prioritarie è stata quella di ripensare l'organizzazione dei servizi di Welfare in rapporto all'età anziana e alla non autosufficienza in particolare. Il transito da una configurazione dei bisogni e delle esigenze della popolazione centrata su acuzie (sanitarie e metaforicamente sociali ed economiche) ad una caratterizzata dal protrarsi o cronicizzarsi dei tempi di non autosufficienza (in dipendenza da problemi di salute, sociali, culturali, ambientali ed economici) ha richiesto di articolare una diversa proposta di welfare.

Innanzitutto questa doveva assumere una configurazione attiva. Il modello basato sull'attesa della domanda comporta rischi di insufficienza, inadeguatezza e ipercosto delle risposte.

Piuttosto che perseguire una generica "prevenzione" della non autosufficienza, si è quindi elaborata una proposta incardinata sulla centralità sociale e sistemica dell'anziano. Questo significa da un lato attivare tutte le possibili risorse per la qualità della vita comunitaria (a partire dalla riconsiderazione degli spazi urbanistici e abitativi); dall'altro stimolare la solidarietà intergenerazionale attraverso la ricerca di percorsi di relazionalità attiva e di scambio.

A complemento di un disegno sociale a forte valenza comunitaria e territoriale, si richiede alle componenti istituzionali e professionali del sistema dei servizi di valorizzare adeguatamente le funzioni di valutazione e di progettazione personalizzata, come chiave attraverso cui ottenere:

- l'effettiva centratura dell'offerta sul sistema dei bisogni, anche attraverso lo sviluppo di un sistema di monitoraggio della domanda e dei risultati dei percorsi di assistenza e di cura;
- la responsabilizzazione del sistema dei servizi;
- l'integrazione operativa dei servizi;
- l'attivazione delle risorse comunitarie;
- la responsabilizzazione degli utenti e delle loro famiglie.

Il principio di sussidiarietà trova quindi due declinazioni strategiche: il primo attorno al concetto di responsabilità e reciprocità tra servizi ed utenti; il secondo attorno a quello di affiancamento, in quanto si propone una organizzazione di welfare in grado di accompagnare il cittadino e la sua famiglia nella sua età anziana rafforzandone e valorizzandone le capacità, le competenze e il ruolo sociale.

Sotto il profilo della modellizzazione, il progetto ridisegna un sistema di concertazione coerente ai diversi livelli e funzioni, armonico con quello proposto.