

## 4. Ruolo e organizzazione dei distretti sociosanitari

*Luciano Pletti*

### **Introduzione**

Per esaurire il primo dei due concetti del titolo, basterebbe richiamare il capo III - Assistenza distrettuale - del DM 12/01/2017 (LEA), più gran parte dei 15 articoli del capo IV - Assistenza Sociosanitaria: il distretto è la struttura sanitaria che ha il compito di assicurare l'assistenza distrettuale e l'assistenza sociosanitaria.

Stabilito il “cosa”, più impegnativo è stabilire il “come”: l'organizzazione della struttura, le competenze, gli strumenti e i mezzi a disposizione. È ben vero che le principali norme sulla configurazione e il funzionamento del SSN, in particolare il DLeg 502/92, integrato con il DLeg. 229/99 (dall'articolo 3 quater al 3 septies), hanno delineato il distretto quale articolazione organizzativa dell'Unità Sanitaria Locale, con modalità di gestione, campo delle competenze, configurazione organizzative e risorse. Tutto questo però, non è stato mai portato a realizzazione in misura completa e omogenea nelle diverse Regioni. Anzi, in alcune, i distretti sono stati progressivamente svuotati, mentre in altre sono stati limitati alla sola funzione di committenza. In nessun caso si è dato seguito all'attribuzione al distretto, della “autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale”, prevista dalla 229.

Il distretto è rimasto quindi una “incompiuta” e, in diversi casi, è andato incontro ad una dissolvenza, con polverizzazione delle funzioni e dell'offerta LEA distrettuale e sociosanitaria. Le conseguenze di questo si sono potute chiaramente osservare durante la pandemia, in alcuni territori.

CARD, società scientifica nata dalla Confederazione delle Associazioni Regionali operatori dei Distretti, da anni affronta questi temi,

mettendo in risalto le buone pratiche realizzate in diverse realtà distrettuali nazionali e richiamando l'attenzione dei decisori su principi e progettualità che ritiene rilevanti, e fino ad ora in buona misura trascurati: la multiprofessionalità dell'assistenza, la prossimità e la continuità long-term della stessa, il contesto di cura domiciliare quale setting principale di intervento, l'approccio multidimensionale e personalizzato e, soprattutto, fortemente integrato, in cui i determinanti sociali della salute sono tenuti in dovuta evidenza. Una visione di "medicina territoriale" intesa nella più ampia accezione di assistenza primaria, che, in questo momento storico, pare tornata alla ribalta, e di cui la componente medica non rappresenta l'unico tassello.

### **Compiti del Distretto**

Al Distretto compete una funzione di garanzia, con attenzione prioritaria ai soggetti deboli, fragili, più vulnerabili, quale centrale interesse della sanità pubblica. Ciò richiede interventi dedicati sia ai singoli portatori di specifici bisogni, sia alla comunità in cui vivono, che costituisce risorsa di cura. Siamo nell'ambito della personal care e della community care della letteratura scientifica (1). Si tratta in particolare degli ambiti di intervento già indicati nel D.Leg 229/99 e poi ripresi anche nei LEA, comprendenti le aree della maternità, infanzia, adolescenza e famiglia, l'ambito della neuropsichiatria e neuropsicologia dello sviluppo, il settore della disabilità e della riabilitazione, quello degli anziani e della non-autosufficienza e, infine, quello delle cure di supporto e palliative. I settori sanitari ad alta integrazione sociosanitaria, rappresentati dalla salute mentale e dalle dipendenze, in molte realtà regionali, sono affidati a strutture dipartimentali territoriali.

Il nostro SSN presenta Distretti molto difforni, con una varietà di interpretazioni che li rende difficilmente riconoscibili dai cittadini delle diverse Regioni. Da qui, una prima raccomandazione di CARD: trovare il modo, in sede legislativa e di Accordo Stato-Regioni, di rendere i Distretti obbligatoriamente uniformi, con funzioni omogenee, che per CARD devono essere: a) di produzione diretta di servizi; b) di committenza, ovvero di indirizzo programmatico per

l'offerta sanitaria, ricorrendo ove necessario anche a soggetti privati, accreditati, in base a precisi indicatori di qualità e spesa, in rapporto al bisogno rilevato con strumenti di lettura e stratificazione adeguati; c) di governo, ovvero di regia e coordinamento di tutti gli attori di cura del territorio, compresi tutti i professionisti convenzionati; d) di programmazione dell'offerta.

### **La Primary Health Care nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza**

Le risposte complesse ai problemi di alta complessità, che la primary care deve affrontare, si fondano su un alto livello di integrazione verticale ed orizzontale. Nel primo caso si intende la collaborazione tra medicina generale e specialistica, quale presupposto della continuità di cura, imprescindibile per l'assistenza di lungo termine. A questo riguardo va sottolineato il tema della salute mentale, che deve entrare a far parte della medicina territoriale avanzata. Ricordiamo, per altro, l'affermazione dell'OMS: "non esiste salute per tutti senza salute mentale". Per integrazione orizzontale, invece, intendiamo l'offerta congiunta medico-sanitaria e socioassistenziale. La persona assistita a domicilio necessita, oltre che di appropriato programma terapeutico e di farmaci, di una abitazione e un'alimentazione adeguata, di aiuti per le attività della vita quotidiana (determinanti sociali della salute), in assenza dei quali anche le migliori prestazioni mediche sarebbero ben poco efficaci. Integrazione e Distretto rappresentano un binomio inscindibile. L'organizzazione distrettuale è chiamata a realizzarla, esprimendola, in particolare, nel lavoro delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali. Ci piace anche ricordare che il PNRR offre un forte raccordo tra Missione 5 e 6 del PNRR, ovvero tra Ministero delle Politiche Sociali e della Salute.

La primary care avrà occasione di qualificarsi e potenziarsi grazie ai servizi inclusi nella Missione 6 del PNRR: Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, cure domiciliari, Ospedali di Comunità, infermieri di famiglia e di comunità.

LE CASE DELLA COMUNITA' (CDC). Luoghi di cura dove si concretizza il lavoro in team, multiprofessionale e multidisciplinare, la medicina proattiva, supportata anche nell'uso di strumenti infor-

matici – ICT e di telemedicina - superando modelli poliambulatoriali di vecchio retaggio post-mutualistico. Le 1.288 CDC previste dal Piano dovranno rientrare nel governo distrettuale, per evitare che diventino monadi isolate e autoreferenziali. Solo così possono rappresentare punti credibili e visibili delle nuove reti di servizi territoriali del SSN interconnessi con la regia del Distretto. CDC intese, non come “mini Pronto Soccorso”, ma quali presidi per la presa in carico proattiva, di prossimità e di continuità, a favore della prevalenza di cittadini con malattie croniche. In esse, inoltre, si deve svolgere attività di prevenzione, sia attraverso opera di promozione di stili di vita corretti, sia mediante screening oncologici. Si completa così in ogni territorio, capillarmente, il ciclo prevenzione-diagnosi-terapia-assistenza. Le CDC dovranno disporre di professionisti appositamente formati e qualificati, evitando l’esperienza già purtroppo vissuta frequentemente in passato, in cui ai servizi distrettuali si trasferivano operatori a fine carriera o con limitazioni. In quanto case “della comunità”, dovranno essere strutture aperte, capaci di accogliere anche servizi sociali e di dare spazio ad eventi e attività di coinvolgimento della popolazione sui temi della salute. Da evitare il rischio di lasciare sguarnite aree periferiche, concentrando tutte le risorse e professionisti in queste strutture: le CDC dovranno costituire lo snodo nevralgico in una rete di punti di contatto decentrati, rappresentati da ambulatori medici e infermieristici, dove i medici generalisti del distretto si avvicendano, cooperando con l’infermiere di comunità, con l’assistente sociale del comune e il farmacista. Da prevedere anche una modalità facilitata di accesso ai punti periferici, con il supporto di personale amministrativo, che si possa occupare della gestione appuntamenti e del raccordo per diverse prestazioni (es. fornitura AFIR, protesica, farmaceutica diretta). Tale modalità è di urgente attuazione, in relazione anche alla progressiva e massiccia riduzione numerica dei medici e alla necessità di alleggerire le incombenze burocratiche degli stessi. Ma soffermiamoci sulle cure domiciliari: la vera novità del PNRR è la previsione del raddoppio degli assistiti a casa. CARD enfatizza da vent’anni il valore della home care, concetto che vuole condensare la presenza di cure medico-sanitarie globali con gli interventi di

supporto sociale: cure globali, coordinate, continuative.

A questo proposito si deve entrare nel merito delle professionalità necessarie, delle loro competenze e prerogative professionali. Molti pensano che l'evoluzione della medicina territoriale sia legata sostanzialmente ai medici di famiglia, oggi circa 45.000. Essi rappresentano certamente una fondamentale risorsa per il SSN e per i territori, ma molto resta ancora da fare per la loro transizione da un lavoro individuale, autonomo e spesso autoreferenziale, verso un'operatività aggregata in equipe multiprofessionale, fortemente orientata alla medicina di iniziativa. È necessario ed urgente modificare gli accordi contrattuali per consentire la riqualificazione dell'assistenza primaria, costituita anche dai pediatri di libera scelta, dai medici della continuità assistenziale e dagli specialisti ambulatoriali. Al superamento della figura storica del medico di famiglia, quale professionista isolato e autonomo, si aggiunga anche quello dell'infermiere domiciliare tradizionale, impostato su un'attività prestazionale, con interventi standard, "on demand". Esistono già consolidate esperienze in alcune (purtroppo ancora poche) realtà distrettuali, in cui è stato istituito l'INFERMIERE DI COMUNITÀ (2) E DI FAMIGLIA, richiamato anche nelle linee programmatiche del PNRR, quale professionista incaricato della funzione di connettore delle risorse comunitarie e familiari utili ad un approccio assistenziale proattivo e generativo, in cui la capacità relazionale educativa è parte integrante e qualificante dell'intervento professionale, sempre all'interno di logiche di lavoro d'equipe distrettuale multiprofessionale, e mai come soggetto autonomo svincolato dall'organizzazione. In tal senso si temono soluzioni in cui questo ruolo, finalizzato alla personalizzazione e continuità della cura, possa essere affidato a soggetti esterni, privati, o attribuito a professionisti autonomi (convenzionati).

Infine, la figura portante della primary care, quella del medico generalista, si è recentemente arricchita di un nuovo profilo. È emersa, infatti, la figura del medico dell'U.S.C.A., organizzazione recentemente creata nel periodo pandemico, che ha visto scendere in campo unità mediche in grado di intervenire agilmente e tempestivamente nell'assistenza ai malati COVID a domicilio e nelle residenze

per anziani e disabili, e di svolgere un ruolo di supporto ai medici di medicina generale e ai servizi territoriali, collaborando con gli altri professionisti del Distretto e del Dipartimento di Prevenzione. Un'esperienza da molti considerata meritevole di consolidamento e che CARD propone di mantenere, per poter intervenire con la medesima tempestività e con forte integrazione multiprofessionale, a favore delle situazioni più complesse, delle persone afflitte da polipatologie, spesso non autosufficienti e talvolta in fase terminale, appartenenti a quella fascia di popolazione che assorbe gran parte delle risorse sanitarie, per periodi di lunga durata, ma che può essere validamente curata e assistita a domicilio. Un ambito di intervento in cui i medici USCA, i Medici di famiglia e gli infermieri di Comunità, possono svolgere una funzione determinante per migliorare la qualità di vita di queste persone e dei loro familiari, nonché di abbattere i costi di ricoveri e accessi ai servizi di emergenza, evitabili e molto gravosi per il paziente stesso. Il futuro sta nel lavoro di squadra. Una primary home care innovativa deve possedere quattro requisiti: avere personale adeguato; essere integrata; funzionare 24 ore al giorno, tutti i giorni; essere dotata di risorse di telemedicina e strumenti di ICT. Nella previsione del raddoppio del numero di assistiti del PNRR (da 700.000 a 1,5 milioni), CARD raccomanda che il baricentro della produzione rimanga pubblico. Sarebbe un grave errore strategico, compromettente i risultati di salute, pensare di potenziare la home care affidandola in toto ad erogatori privati, estranei alla rete. L'obiettivo non è incrementare la quantità di prestazioni, per produrre grandi volumi di attività, ma aumentare il numero di soggetti con problemi complessi, presi in carico con modalità multidisciplinare.

Un'altra importante previsione del PNRR, da CARD anticipata ancora oltre 10 anni fa con la proposta del numero unico distrettuale "124" (3) accanto alla porta unica di accesso (PUA), è rappresentata dalla CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT). Il Piano ne prevede circa 600, una ogni 100.000 abitanti. Una COT, dunque, presente in ogni Distretto, che costituirà il centro operativo di coordinamento e porta di accesso ai servizi essenziali distrettuali, luogo di regia di team di home care, sede visibile di regolazione

dell'accesso degli utenti. Ancora, alla COT possono confluire le rilevazioni dei parametri vitali ed ambientali raccolti con i dispositivi di telemedicina, per inserirli nelle cartelle elettroniche dei pazienti presi in carico. Infine, la COT appresenta l'evoluzione del PUA (4), a garanzia di un accesso facilitato ed amichevole ai servizi, con valutazione integrata personalizzata dei bisogni ed avvio dei piani di cura personalizzati, verifica dei risultati di salute attraverso rivalutazioni periodiche e monitoraggio degli esiti dei PAI, svolti in sede di UVD. In merito poi all'OSPEDALE DI COMUNITÀ e all'assistenza residenziale, pare doveroso esprimere alcune riflessioni. Per il primo, un rischio presente è quello di creare 381 ospedali "bonsai", che possono, forse, soddisfare qualche campanilismo, ma non le esigenze di salute. Dovrà trattarsi di un contesto di cura protetto, con il vantaggio della vicinanza dei familiari e in prossimità al contesto di vita, per persone per cui sono temporaneamente impraticabili cure domiciliari di adeguata intensità assistenziale, o per pazienti dimessi dall'ospedale, necessitanti di "convalescenza protetta" e di riattivazione-riabilitazione estensiva. Relativamente all'assistenza residenziale, la pandemia ha purtroppo messo in tragica evidenza i limiti delle residenze per anziani (RSA e Residenze protette per anziani e per disabili). L'analisi dei LEA distrettuali del settore residenziale mostra una difformità di offerta nelle Regioni. Va colmata, sperabilmente grazie alla riforma per la non autosufficienza e per la disabilità della Missione 5, alla cui stesura CARD intende contribuire, con le esperienze dei Distretti in tema di pratiche deistituzionalizzanti e rispettose della libertà e dignità delle persone fragili.

### **Conclusioni**

In conclusione, se il quesito è: come delineare la nuova organizzazione del distretto; CARD risponde convintamente che Il potenziamento e la riqualificazione della medicina territoriale richiede innanzitutto un cambio culturale, ovvero il recepimento dei contenuti della Primary Health Care, da anni proposta dall'OMS come caposaldo di sistemi di salute pubblici, equi, validi, efficaci e sostenibili. Al Distretto quindi il ruolo di interprete ufficiale della Primary Health Care. La sua funzione prevalente è di garanzia, in coerenza



con i LEA distrettuali, le esigenze di continuità e di coordinamento tra gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. In chiusura, CARD sostiene con forza che è ormai tempo di costituire a livello nazionale, l'albo dei Direttori di Distretto, professionisti con multiforme back ground professionale, ma soprattutto solidi interpreti di quel middle management (5) che rappresenta la colonna portante del sistema, necessariamente di provata esperienza nei servizi territoriali (almeno decennale e con compiti di coordinamento-direzione almeno quinquennale), accreditati da percorsi di formazione specifica. L'attesa e l'auspicio di questa fase storica determinante per la primary health care in Italia, è per l'emanazione di normative che assicurino la presenza uniforme nel Paese di Distretti resi "forti" e riconosciuti come punto di riferimento dalla comunità servita, in grado di adempiere alle funzioni di produzione, integrazione, committenza, governo clinico ed organizzativo, con cui si armonizzano e si pongono in continuità nel Distretto le quattro modalità di cura proprie di una buona medicina territoriale avanzata: nuove cure ambulatoriali, domiciliari, residenziali-intermedie, e forte coinvolgimento della comunità.

#### **Bibliografia**

1. Jeste DV, Blazer DG 2nd, Buckwalter KC et Al. Age-friendly communities initiative: Public Health approach to promoting successful ageing. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016; Dec 24 (12): 1158-1170
2. LIBRO. Pellizzari M. *L'infermiere di Comunità dalla teoria alla pratica*. Milano, Mc Graw-Hill, 2008
3. Relazione congressuale. Volpe G, Da Col P, Trimarchi A. 118-124-242 dare i numeri ovvero come dar conto della propria presenza attiva. Padova; Convegno Regionale CARD Veneto 2013
4. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. *Individuazione ed implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità*. Collana Documenti ARS, 2011
5. FIASO. *Gestione, Sviluppo e Valorizzazione delle competenze del Middle Management del SSN*. Milano, Egea, 2021