

ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI SANITARI  
*Giuseppe Cannarella*

Con il patrocinio del Consiglio  
regionale del Lazio



CONSIGLIO  
REGIONALE  
DEL LAZIO



Confederazione  
Associazioni  
Regionali di Distretto  
Società Scientifica delle attività  
Socio-sanitarie territoriali



Associazione  
Direttori e Dirigenti  
Sanitari dei Distretti  
del Lazio

# QUALI SVILUPPI PER I SERVIZI DISTRETTUALI NELLA REGIONE LAZIO?

Proposte delle Istituzioni,  
dei Cittadini e degli Operatori

**Roma, 5 dicembre 2023**

Sala Mechelli - Consiglio Regionale del Lazio - Via della Pisana, 1301

## PROPOSTA DOCUMENTO CARD LAZIO

### **“IL DISTRETTO LEVA DEL CAMBIAMENTO DELL’ASSISTENZA TERRITORIALE”**

#### **Introduzione**

Il potenziamento dell’assistenza territoriale è un’esigenza avvertita da lungo tempo che si è particolarmente accentuata con l’emergenza epidemica. Oggi si è pienamente convinti che senza un’adeguata rete sanitaria territoriale non è possibile offrire servizi capaci di rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

Con questo documento Regione e Card intendono esplicitare:

- a) la propria visione sul ruolo, funzioni, struttura dei Distretti, per ridurre gli elementi di diversificazione interpretativa e attuativa oggi riscontrabili al fine di giungere a una definizione univoca del modello di Distretto con organizzazione omogenea a livello regionale;
- b) la necessità d’individuare le procedure di selezione dei Direttori di Distretto, per disporre di professionisti con funzioni dirigenziali “apicali” idonee a sostenere la rilevanza del ruolo e degli obiettivi assegnati.

#### **Contesto**

Nella Regione Lazio sono presenti 46 Distretti. E’ osservabile una grande eterogeneità tra di essi relativamente a ruoli, mandati, funzioni assistenziali assegnate, obiettivi e dotazione di risorse. Ciò rende di fatto disomogenea l’assistenza offerta, con importanti riflessi sull’erogazione dei LEA distrettuali.

Sia il PNRR che il DM 77 offrono oggi grandi opportunità per il potenziamento e la realizzazione della riforma dell’assistenza territoriale, attesa da lungo tempo e che prevede una sanità più vicina alle persone con solide componenti d’integrazione, per il superamento della frammentazione dei processi di presa in carico degli utenti, per un governo unitario delle risorse e delle modalità di accesso ai servizi unificati, volti a garantire qualità, appropriatezza e riduzione delle diseguaglianze di accesso.



Con questi nuovi sviluppi normativi il Distretto diviene il fulcro fondamentale dell'assistenza sanitaria territoriale, costituendo il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi offerti alla persona.

Ne risulta quindi un Distretto volto a fornire un'assistenza fortemente integrata con la funzione prioritaria di dare risposte adeguate alla singola persona e alla comunità. Un Distretto quindi che agisce in un quadro complesso di responsabilità, di obiettivi, con gestione diretta delle risorse assegnate e un'organizzazione tale da indurre a considerare ineludibile la sua definizione nell'Atto Aziendale quale struttura ad alta complessità, al pari di una struttura dipartimentale, contrariamente ad un'attuale tendenza ad oscurarlo e sottovalutarlo.

Si ribadisce che oggi viene ereditata dal passato una rete territoriale di servizi fortemente disomogenea, scarsamente caratterizzata da forme d'integrazione, spesso con la presenza di una forte settorializzazione dei servizi. Questo è stato il frutto del mancato esercizio delle funzioni di governance del sistema e che ha visto le singole Aziende sanitarie organizzarsi secondo proprie logiche, determinando in questo modo grande diversità organizzativa.

Il Distretto va quindi ripensato come un *"Sistema Distretto/Territorio"*, *"sistema unico e circolare"*, con *"porte girevoli"*, non unidirezionali, con il Sistema Ospedale. Il Distretto nasce e si sviluppa come ambito territoriale di riferimento per garantire una risposta assistenziale appropriata, capillare, equa e integrata sotto il profilo delle competenze professionali, delle risorse e degli strumenti e per determinare un'efficace presa in carico dei pazienti fragili e con malattie di lungo termine. Inoltre, è l'articolazione fondamentale del governo aziendale, funzionale allo sviluppo delle nuove e più incisive forme di collaborazione fra Aziende Sanitarie, Enti locali e Comunità, rappresentando la sede ottimale per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e dell'integrazione fra servizi sanitari e sociali.

Di conseguenza il Distretto si identifica come la struttura organizzativa/gestionale che gestisce i sistemi sanitari e sociosanitari integrati, con funzioni di *governo* e di *governance* in particolare per il rapporto con gli stakeholders istituzionali e non e con la comunità, per l'attuazione di un approccio di community care, con uno sguardo attento alla programmazione (sociale e sanitaria).

Si ribadisce che il contesto nazionale favorevole, che vede assegnate rilevanti risorse e indicate le linee organizzative della sanità territoriale, deve essere colto come grande opportunità.

Perché questo processo di sviluppo possa essere realizzato, si ritiene indispensabile che sia superata a livello regionale la frammentazione del sistema, privilegiando tutti gli aspetti d'integrazione, in un contesto

di realizzazione di una rete di servizi secondo l'organizzazione indicata dall'allegato 1 del DM 77 e in cui il Distretto riveste un ruolo determinante.

Diviene quindi essenziale la costruzione di Distretti capaci di rispondere alla necessità di assistenza da parte della popolazione.

Ciò potrà avvenire:

- investendo nella creazione delle Case della Comunità, che da poliambulatori diventino i veri presidi di promozione della salute e gestione della cronicità, che da meri contenitori si trasformino in forme organizzative complesse con il paziente partner nelle scelte di salute, dove trovano posto figure professionali innovative specializzate nell'assistenza primaria (Infermieri di Famiglia e Comunità, Fisioterapisti di Comunità, Psicologi di comunità e cure primarie, Medici di Comunità e delle Cure Primarie), per svolgere insieme attività multiprofessionali;
- superando la logica prestazionale per indirizzare gli sforzi sulla presa in carico e la strutturazione di percorsi "veri" e condivisi per la cronicità e la fragilità, in una visione olistica dell'assistito, superando le "visioni parziali" (legate al posizionamento dei professionisti nei servizi e nelle discipline di appartenenza);
- strutturando le C.O.T. a livello distrettuale quale strumento organizzativo per la gestione delle transizioni e per la presa in carico dei casi complessi, ed elemento di in connessione con tutti gli attori di cura e assistenza;
- realizzando gli Ospedali di Comunità e le altre strutture di assistenza intermedia;
- attuando percorsi di formazione specifica per creare un elenco regionale di dirigenti specificamente formato per il ruolo di Direttore di Distretto, requisito per la selezione.

## Sintesi

Con diverso approccio comunicativo-illustrativo, si sintetizzano alcuni concetti chiave:

- I Distretti, perché:
  - perché si possano adempiere i LEA distrettuali,
  - per creare occasioni pubbliche di salute uniformi, nel rispetto di requisiti di efficacia, efficienza, equità;

- per offrire servizi pubblici di prossimità, prossimità intesa, non solo come vicinanza fisica-spaziale, ma in primis di vicinanza empatica, di accoglienza, valutazione e presa in carico ad alto valore umano.
- I Distretti, dove:
    - in casa, come primo luogo di cura;
    - negli ambulatori;
    - nelle strutture di assistenza intermedia;
    - in continuità intelligente con l'ospedale;
    - nelle Case della Comunità hub e spoke;
    - nelle COT;
    - e, più in generale, nelle scuole, nelle farmacie, nei luoghi di vita delle persone.
  - I Distretti, cosa:
    - erogano, oltre ai servizi e prestazioni di ambito e pertinenza sanitaria, quelle sociosanitarie includenti ed integranti, con azioni su tutti i determinanti sociali della salute.
  - I Distretti, come:
    - operano con professionisti di elevata professionalità e competenza, in logiche e pratiche fortemente integranti, con l'uso corrente di strumenti di ICT e di tecnologie diagnostiche di basso costo/complessità e facile diffusione. Gli interventi si caratterizzano per l'elevata autonomia e alto livello di responsabilità professionale, in una logica di decentralizzazione, lungo le tipiche fasi del lavoro distrettuale: accesso (a bassa soglia), accoglienza, valutazione (multidisciplinare), programmazione del progetto/programma di cura individuale, presa in carico (con ampio uso della figura del case manager), rivalutazione degli esiti.
  - I Distretti, a chi:
    - a tutta la popolazione con priorità è offerta ai soggetti e alle fasce di popolazione svantaggiate, a maggiore vulnerabilità, fragilità, con malattie croniche e disabilità;

- I Distretti, con chi:
  - con i propri operatori, dipendenti e convenzionati, di cui si cura la motivazione, il senso d'identità e di appartenenza, per attività in alleanza con le comunità, la cittadinanza attiva, il terzo settore, per un lavoro svolto più "con" che "per".
  
- I Distretti, verso:
  - la direzione organizzativa e operativa tende alla crescita di servizi emancipativi (empowerment, self care), verso un welfare umanizzato con capacità di cure personalizzate per l'individuo/famiglia e generativo per le Comunità.
  
- **I Distretti, i punti di forza:**
  - la natura pubblica universalistica;
  - l'approccio globale;
  - la convinta motivata priorità a soddisfare diritti dei più deboli;
  - la partecipazione a programmi di salute globale (one health);
  - la costruzione di sistemi di salute portatori di efficacia, efficienza, ed equità, prospetticamente crescenti nel tempo, pilastro di un servizio sanitario pubblico.

## Proposte

1. E' indispensabile superare a livello regionale la frammentazione organizzativa del sistema, privilegiando tutti gli aspetti d'integrazione, in un contesto di realizzazione di una rete di servizi territoriale gestita dal Distretto, secondo le indicazioni dell'allegato 1 del DM 77;
2. Tenuto conto delle indicazioni del DM 77 e dei LEA distrettuali, nonché dei riferimenti della PHC e della ventennale cultura ed esperienze maturate nei distretti, è necessario assegnare al Distretto all'interno della ASL il valore di macrostruttura a valenza dipartimentale con esplicitazione nell'Atto Aziendale e quindi di riconoscere al Direttore di Distretto il ruolo di responsabile della Macrostruttura Distretto;
3. Al Distretto va riconosciuto il mandato di essere struttura di garanzia dei LEA e una funzione integrante e un ruolo primario di motore dell'integrazione verticale (intra-sanitaria) e orizzontale (socio-sanitaria ed inter-settoriale), la funzione di produzione, con priorità all'assistenza primaria e modalità di lavoro in equipe multiprofessionali;
4. Per tale funzione di produzione, finalizzata a soddisfare i LEA con reti di cure primarie, al Distretto vanno affidati adeguati fattori produttivi propri ed esterni, per i quali agisce su delega della

Direzione Generale con precise facoltà di committenza. Il governo della Medicina Generale, della Pediatria di libera scelta, della Continuità Assistenziale e di ogni professionista convenzionato rientra tra i mandati specifici e ineludibili del Distretto. MMG, PLS, Infermiere di Famiglia e Comunità rappresentano i cardini dell'assistenza sanitaria territoriale di cui il Distretto è responsabile. In una visione di servizi di prossimità coordinati, il Distretto valorizza il ruolo delle Farmacie Convenzionate.

5. Il Distretto è titolare di un proprio budget in cui sono posti in equilibrio la conoscenza di domanda/bisogni, obiettivi e risorse (interne ed esterne); al Direttore di Distretto sono assegnati pertanto poteri e strumenti adeguati per il conseguimento degli obiettivi.
6. Il Distretto è la struttura di prossimità riconoscibile nel territorio quale prima articolazione del Servizio sanitario pubblico, riconosciuta dalle Comunità nel cui territorio vivono e da cui ricevono identità: diviene pertanto Distretto di Comunità, componente costruttiva di un sistema di welfare generativo ed emancipativo. In questa prospettiva, la Casa della Comunità, l'Ospedale di Comunità, la COT rappresentano i punti centrali della vita del Distretto.
7. Il Distretto interagisce con tutte le espressioni della Comunità facilitando e attuando la partecipazione, per realizzare in modo equilibrato ciò che è previsto dalla PHC, in tutti i suoi aspetti specifici e allargati, integrando e valorizzando le risorse provenienti dal mondo delle cure informali e spontanee, sostenute innanzitutto dal rafforzamento dei pilastri portanti pubblici istituzionali (formali) dei setting di cura territoriali: ambulatoriale, domiciliare, residenziale, tra loro operanti in continuità e coordinamento, grazie anche alla diffusione dei case manager.
8. La complessità delle funzioni assegnate al Distretto impone che in esso vi siano collocate almeno due Strutture Complesse, adeguate Strutture Semplici e Strutture Semplici Dipartimentali per esprimere concretamente il mandato primario della presa in carico; le correlate attività offrono risposte globali, coordinate, unitarie e continuative ai bisogni di salute riguardanti innanzitutto la popolazione più fragile e vulnerabile: bambini ed adolescenti, donne, adulti fragili, anziani in multimorbilità e longevità, famiglie disagiate multiproblematiche, disabili.
9. Nella cornice organizzativa della governance Distrettuale va collocata ogni iniziativa del DM 77. Il Direttore di Distretto è da considerarsi naturalmente sovraordinato e responsabile generale di detti servizi e strutture.

Per quanto detto è fondamentale che i modelli individuati poggino su solide basi di evidenze scientifiche a sostegno.

## Conclusioni

La realizzazione di un nuovo assetto della sanità territoriale non può eludere o rimandare la definizione univoca in tutto il territorio regionale che vede il Distretto fulcro dell'organizzazione dei servizi territoriali.

Va superata l'eterogeneità delle loro attuali configurazioni, e create le premesse per corrispondere in modo uniforme ed equo i LEA distrettuali: l'esistenza dei LEA distrettuali esige che esistano le strutture attuative correlate, ovvero Distretti a valenza dipartimentale diretti da Direttori di comprovata capacità.

Il Distretto diviene il fulcro fondamentale, costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi offerti alla persona.

Un Distretto quindi con rilievo strategico a livello di sanità regionale per un'assistenza fortemente integrata capace di dare risposte concrete alla singola persona e alle comunità, che deve inevitabilmente acquisire il ruolo di macrostruttura a valenza dipartimentale con piena autonomia gestionale.

## PRINCIPALI DISPOSIZIONI DI INTERESSE NAZIONALE E REGIONALE RELATIVE AL DISTRETTO

- Legge n. 833 del 1978 (art. 10): istituzione del Distretto sanitario di base, quale articolazione dell'Unità Sanitaria Locale, definito come "struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento"
- Decreti Legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993 (art. 3): il Distretto si inserisce nel processo di aziendalizzazione come struttura cardine finalizzata ad assicurare la funzione di filtro della domanda sanitaria e di integrazione orizzontale e verticale
- Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998- 2000: il Distretto viene definito come "centro di servizi e prestazioni dove la domanda è affrontata in modo unitario e globale"
- Decreto Legislativo n. 229 del 1999 (artt. 3-quater → 3-septies): il distretto diviene "struttura forte", dotata di autonomia gestionale e contabilità separata, in un sistema aperto, formato da tre macrostrutture (Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Ospedale)
- Legge n. 328 del 2000 (artt. 3 e 19): integrazione sociosanitaria dei processi assistenziali, in una logica di programmazione integrata tra Aziende Sanitarie ed Enti Locali
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001: vengono definiti, all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza, i macrolivelli e le funzioni assistenziali proprie dell'Assistenza Distrettuale
- La rete dei Distretti sanitari in Italia, AGENAS (2011)

- Decreto del Ministero della salute n. 77 del 23.05.2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
- D.G.R. n.643 del 26/07/2022 “Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio[...] previste dal PNRR e dal D.M. n. 77 del 23/05/2022”
- Determinazione Regione Lazio n.18206 del 2022 “Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 “Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77” quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell’Art.1 comma 2 del citato provvedimento”
- Determinazione Regione Lazio n. G02706 del 28 febbraio 2023 “Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022”





