

LA RETE DEI DISTRETTI SANITARI IN ITALIA

La necessità di una sempre maggiore integrazione socio-sanitaria è alla base dell'Indagine promossa da Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali sullo stato di attuazione dei Distretti sanitari in Italia e pubblicata sul Quaderno - supplemento di Monitor n°8 – marzo 2011.

Dai dati emersi dall'Indagine 2010, condotta attraverso questionari e l'uso di specifiche analisi statistiche, emergono due considerazioni preliminari:

1. l'adesione pressoché unanime del target individuato: 681 Distretti sul totale di 711 (96%) hanno reso disponibili le informazioni richieste, dimostrando, quindi, una "forte" capacità di risposta del sistema da parte delle strutture più giovani dei nostri servizi sanitari;
2. la maggioranza delle risposte fornite ha consentito di disegnare un quadro omogeneo, in cui, tuttavia, si possono riconoscere trend territoriali ben definiti, con caratteristiche e differenze peculiari tra Nord (talora distinte nelle parti Est ed Ovest) Centro e Sud e Isole. Nella ricerca si ricorre alle "medie" nazionali per esigenze di concisione ed incisività.

Caratteristiche generali del Distretto oggi

I Distretti in Italia oggi si presentano come organizzazioni con territori e popolazioni di riferimento rimarchevoli: 85.000 abitanti in media e una superficie media di 440 kmq. Numeri maggiori, quindi, di quanto previsto dal d.lgs n. 229/99.

Pur nell'ampia variabilità inter-distrettuale/inter-regionale, il 73,5% dei Distretti copre un territorio urbano (40,5%) o extraurbano (33,4%). Potrebbe, quindi, tornare di attualità il dibattito se debbano esistere "Distretti" modellati diversamente a seconda della collocazione geografica e della densità abitativa, dato che l'espressione dell'assistenza primaria trova giustificazione anche rispetto a questi parametri. Occorrerebbe, invece, approfondire se, per rispettare i Livelli essenziali di assistenza, gli standard di

organizzazione e dotazione di risorse del Distretto urbano od extraurbano debbano essere programmaticamente diversi da quelli esistenti in altre aree di riferimento a minor densità abitativa e con diverse caratteristiche geografico-ambientali.

Caratteristiche organizzative

I dati dell'Indagine sono in grado di giustificare l'individuazione del Distretto come struttura complessa, anche a valenza dipartimentale: nel 78% dei Distretti esistono centri di responsabilità definiti (addirittura oltre 6 nel 25% dei casi). Rispetto alla precedente Indagine del 2005/2006, nella complessità della rete assistenziale emerge anche un rafforzamento della figura del Direttore di Distretto. Infatti, gli sono attribuiti riconoscimenti formali più evidenti nell'ambito delle gerarchie aziendali: il 94,2% è responsabile di struttura complessa (nel 23,5% dei casi con indennità dipartimentale). Nel 97% dei casi la carica di Direttore di Distretto è ricoperta da un dirigente del Ssn, mentre nel restante 3% l'incarico è svolto da un medico di medicina generale.

Incarico di Direttore di Distretto nella maggior parte dei casi viene affidato per nomina fiduciaria (46,3%) piuttosto che per concorso (43%).

Programmazione e integrazione sociosanitaria

Dall'indagine emerge anche quella che viene ritenuta all'unanimità una delle premesse indispensabili per l'integrazione, vale a dire la coincidenza tra territorio del Distretto e ambito sociale, registrata nell'80% dei casi, e la partecipazione alla costruzione del Piano di Zona (84%).

Tuttavia, la programmazione interna del Distretto avviene più legata a specificazioni aziendali che non al Programma delle attività territoriali (Pat).

Altra questione rilevante per i Distretti è quella, spesso poco considerata, che interessa il grado di coordinamento tra loro all'interno dell'azienda di appartenenza. Il 62,9% dei Direttori di Distretto ha risposto affermando che esiste un coordinamento all'interno della Asl e che, nei 2/3 dei casi, è di tipo funzionale. Nel 59,2% dei Distretti esiste, poi, un Ufficio di coordinamento dell'attività distrettuale (Ucad) che contribuisce alla programmazione e all'integrazione.

Oltre al problema della negoziazione delle risorse da rafforzare, un limite piuttosto significativo emerso dall'Indagine è quello relativo alla valutazione dei bisogni del cittadino, effettuata "spesso" nel 48,1%, "raramente" nel 40,1% e che non viene mai compiuta nell'11,3% dei casi, senza particolari distinzioni fra le diverse aree territoriali, nonostante la rilevanza ad essa attribuita dalla normativa nazionale e regionale.

La ricerca ha preso in considerazione anche l'aspetto della partecipazione del cittadino, il cui coinvolgimento è lievemente aumentato rispetto alla precedente Indagine del 2005-2006 (dal 40 al 44%). A forme istituzionali di partecipazione, quali le consulte con i cittadini e i comitati consultivi misti, sono state affiancate modalità più flessibili, quali gruppi di lavoro su obiettivi specifici.

Dall'Indagine emergono anche alcune criticità: i percorsi formativi espressamente dedicati al proprio personale sono svolti "spesso" nel 61% dei casi, "raramente" nel 32%, "mai" nel 6,4%.

Anche per quanto riguarda la negoziazione di obiettivi e risorse tra Distretto e Direzione generale dell'Azienda, dai dati raccolti emerge che, mentre la negoziazione annuale degli obiettivi avviene nell'85,2% dei Distretti, quella delle risorse interessa poco più del 33%, dati che evidenziano la difficoltà nell'implementare un vero e proprio processo di *budgeting* nelle Aziende sanitarie e che dimostrano che il Distretto non è visto in modo univoco, come soggetto fondamentale per la negoziazione di obiettivi e risorse nell'ambito dell'assistenza primaria.

L'Indagine sulla rete dei distretti in Italia si propone di implementare un modello di intervento pro-attivo, di iniziativa e di presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, di partecipazione e di prossimità, che rappresenta il valore aggiunto del Distretto per la comunità e per il cittadino.