

## Cinque cose da fare per un distretto “forte”

Paolo Da Col\*, Luciano Pletti\*\*, Antonino Trimarchi

\* Medico, specializzato in geriatria e gerontologia, medicina interna, cardiologia, igiene e sanità pubblica. Già Direttore di Distretto per 15 anni, dopo oltre 15 anni di attività clinica, di ricerca e didattica in ambiente universitario-ospedaliero, è Responsabile Nazionale CARD Area Cure Domiciliari e Vice Presidente CARD Friuli Venezia Giulia. Autore di oltre 100 pubblicazioni, partecipa a ricerche e lavori di importanti Agenzie Nazionali e Regionali ed è invitato regolarmente a Convegni e Congressi. Più recentemente ha iniziato a dedicarsi esclusivamente, in veste di Senior Consultant nell’ambito di Progetti Europei, a Progetti sperimentali internazionali multicentrici volti alla diffusione ed al progresso della integrated home care, sostenuta dalle innovazioni della Information Communication Technology.

\*\*Medico, specializzato in igiene e medicina preventiva ad indirizzo di igiene e tecnica ospedaliera e di sanità pubblica e in medicina legale e delle assicurazioni. E’ Direttore Sanitario dell’Azienda per i Servizi Sanitari (ASS) n.5 “Bassa Friulana” e presidente CARD Friuli Venezia Giulia. Autore di molte pubblicazioni scientifiche, ha ricoperto anche ruoli di docenza all’interno di eventi formativi a livello regionale.



Luciano Pletti



Paolo Da Col



Antonino Trimarchi

In una sintesi molto schematica, si possono individuare cinque questioni prioritarie per fare di un distretto, un distretto forte: 1) COSA fare per renderlo forte ; 2) CHI lo rende forte; 3-4-5) COME, DOVE e QUANDO agire perché ciò possa verificarsi.

### 1. COSA

Il distretto è forte solamente se tale è percepito al proprio interno (dagli operatori) ed all’esterno (dai professionisti, utenti e familiari, stakeholders). Ciò avviene quando il distretto riesce a:

- a. garantire i LEA. Gli interventi riguardanti i LEA distrettuali non vanno dispersi in strutture ed organizzazioni altre dal distretto. Il distretto diventa “forte” se con i LEA soddisfa i bisogni (diritti) delle persone e le esigenze dell’istituzione (interventi “giusti” per equità, efficienza, efficacia, pertinenza, legittimità);
- b. porsi come nuovo baricentro del sistema, spostato dall’ospedale al territorio, centrato sulla conoscenza dei bisogni, preparato ad offrire risposte coordinate, continuative, globali rivolte innanzitutto al vasto mondo della “cronicità e della fragilità”. Il distretto forte esercita funzioni



di produzione, governo, committenza (v. oltre). Eroga prestazioni e servizi alternativi, non solo complementari a quelli dell'ospedale (che può acquisire così nel tempo funzione residuale), nell'ambito della prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione. In assenza di riferimenti ad una disciplina di settore – la “*distrettuologia*” che esiste nei fatti, pur non (ancora) formalmente - il distretto attua le indicazioni scientifiche della Primary Health Care (WHO).

Un distretto forte è un distretto di garanzia: rispetta diritti, doveri, requisiti di evidenza scientifica ed appropriatezza; guida la domanda e governa l'offerta; osserva le norme ma sa anche (s)piegarle, quando occorre, alle esigenze delle persone, “facendo burocrazia” per difendere il cittadino più che per dare legittimità agli atti.

## 2. CHI

La forza del distretto deriva innanzitutto dalle persone che lo sostengono: gli utenti e gli addetti ai lavori. Per gli operatori, essa sarà tanto più elevata quanto maggiore sarà la loro dimensione quantitativa ed anche qualitativa, la capacità di interrelazione reciproca. Ciò presuppone siano adeguati per numero (v. oltre) e competenza: nel sapere, saper essere, saper fare rispetto alle tre funzioni di produzione, governo e committenza (nota: un distretto non sarà mai forte se gli viene destinato il “personale esausto” dell'ospedale). E' necessario quindi rivedere le dotazioni organiche ed investire nella formazione permanente del personale, per incrementarne capacità, autonomia e responsabilità.

Da fare subito: adeguare le norme per la nomina dei direttori di distretto a quelle delle altre apicalità del Servizio Sanitario Regionale e formare nuovi dirigenti e direttori, data l'attuale assenza di ricambi, riconoscendo i requisiti e le peculiarità specifiche di questi ruoli. Pari attenzione formativa va riservata ai professionisti convenzionati ed a quanti, legati al distretto in modo formale o informale (associazioni, cooperative, “badanti”), ne accrescono il valore umano e professionale. Qui solo un breve cenno sui Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Continuità Assistenziale (MCA): nei prossimi accordi nazionali e regionali, è indispensabile che la Parte Pubblica sia più incisiva per fare in modo di differenziarne i meriti (di competenze e continuità), spostarne la remunerazione sui risultati e sul reale progresso della qualità (clinico-professionale ed organizzativa-associativa) dei servizi, per ridurre i comportamenti autoreferenziali (autarchici) ed accentuarne l'inserimento nel distretto.

Come già detto, il CHI riguarda anche gli stessi assistiti ed i caregivers: il distretto forte sa coinvolgerli molto di più, renderli soggetti attivi e non percettori passivi, co-responsabili del raggiungimento dei risultati attesi nei percorsi di cura ed assistenza, dando impulso all'empowerment ed al self care, espressioni dell'autodeterminazione, mai dell'abbandono o del ritiro dell'Istituzione. Il target prioritario del distretto forte sono i soggetti deboli; CHI è a rischio di esclusione dall'accesso e dalla fruizione dei servizi, di perdita dell'inclusione sociale; CHI necessita di cure ed assistenza nel lungo termine (c.d. malato “cronico”, in primis quando sembra “non ci sia più niente da fare”), è a rischio di abbandono o under-treatment. Pertanto, occorre piena consapevolezza che il più grande patrimonio del distretto forte è il capitale umano: sono le persone, gli stessi assistiti, le famiglie, i caregivers e gli operatori.

## 3. COME

E' il lavoro, tipicamente svolto in team multiprofessionali e multidisciplinari, a rendere forte il distretto, di: accoglienza, valutazione, definizione di progetti individuali, presa in carico, valutazione degli esiti. Un lavoro che va oltre i confini di rigide competenze, ricomponendo le frammentazioni in azioni congiunte, cooperative, convergenti verso interventi personalizzati. Per facilitare le interconnessioni tra operatori serve maggiore circolazione delle informazioni e dei dati: non ci sarà mai distretto forte senza potenti ed efficienti strumenti informatici, unici a consentire il lavoro in rete per reti di servizi contigue e continue (h24/7-v.oltre). Il lavoro del distretto è innanzitutto di prossimità, di proattività, di iniziativa, non più solo di attesa, coerente con la nuova domanda e l'epidemiologia emergente della “cronicità complessa”; è centrato sulla persona, di tutte le fasce di età; rappresenta un investimento e non un costo; costruisce alleanze con la comunità; contribuisce ad elevare il capitale sociale.

La forza del distretto dipende ovviamente anche dalle risorse a disposizione: occorre incrementarle, dopo anni di costante inadeguatezza, in termini di spazi, personale, automezzi, strumentazioni

tecnologiche, dotazioni informatiche. Essenziale ed irrinunciabile è la cartella personale informatizzata per assumere in tempo reale decisioni clinico-assistenziali, alimentata e consultata da tutti gli attori di cura (formali ed informali), oltre che dalla persona assistita. Irrinunciabile è fare sedi dignitose in cui il cittadino riconosce i nuovi impegni per un territorio “riformato”. Il distretto forte richiede un’architettura organizzativa con almeno tre Strutture Complesse, identificabili per target di utenza (non di disciplina, come in ospedale) e competenza degli operatori: orientativamente, una dedicata ad adulti-anziani; una a salute minori-famiglie-donne; una a tutela delle persone con disabilità. Al loro interno, le strutture semplici qualificano servizi specifici (evitiamo di dire specializzati, per rimanere distanti dalle prospettive ospedaliere): ad esempio, di assistenza primaria (governo di MMG, MCA), di medicina specialistica, il consultorio familiare, la pediatria di comunità.

Oltre a maggiori risorse, al distretto forte vanno assegnati nuovi strumenti e poteri, primo tra tutti il budget di distretto (reale, non virtuale), in cui si legano obiettivi e risorse concretamente in mano al distretto. Rappresenta elemento di garanzia per la direzione generale e la cittadinanza della coerenza delle azioni e dell’uso corretto delle risorse assegnate. In questa dinamica, il distretto forte fa riconversione delle risorse, che richiede intelligenti capacità gestionali, ma anche meccanismi di finanziamento del distretto diversi. Ad esempio, le risorse liberate da azioni di deospedalizzazione e deistituzionalizzazione (riduzioni di n° ricoveri e n° giornate di degenza in ospedale o strutture intermedie con alternative di pari efficacia), da maggiore appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, da miglior uso globale dei fattori produttivi vanno mantenute in distretto e reinvestite dallo stesso distretto.

Al budget di distretto si correlano i budget individuali di salute, in cui obiettivi e risorse sono vincolati alla persona con bisogni di alta complessità. Vanno sostenuti con un nuovo fondo sociosanitario di distretto/ambito costituito ad hoc. Vi confluiscono porzioni del Fondo sanitario e Fondo sociale regionale, con lo scopo di creare un “portafoglio” per questi budget di salute personalizzati, che sostengono interventi congiunti “di confine” a favore di persone multiproblematiche (“aree grigie” delle prestazioni sociosanitarie, sanitarie ad alta rilevanza sociale o sociali ad alta rilevanza sanitaria, in cui sono inscindibili ed indistinguibili i bisogni - e le relative “competenze” di spesa ed azione - di parte sanitaria o sociale). Il distretto forte non solamente sa impiegare al meglio le risorse istituzionali proprie, ma riconosce e mette in circolazione la ricchezza di quelle del proprio territorio grazie al lavoro di prossimità e di comunità. Tutto questo è reso possibile solamente se la dimensione del distretto è adeguata. I fatti mostrano che i maggiori successi si riscontrano in distretti con una popolazione di riferimento nel range 50.000-100.000 (secondo densità di zona: urbana, suburbana, rurale/montana).

Dare nuovi strumenti e poteri giova, oltre alla più qualificata produzione di prestazioni e servizi, anche alla funzione di governo e committenza (molto difficile: si pensi al vasto mondo dei servizi accreditati, dei soggetti privati profit e no-profit, del privato sociale, del terzo settore). Ma lo strumento principe resta l’integrazione. Il distretto forte fa integrazione (che quindi è mezzo non fine), sia in ambito intra-sanitario - in primis con l’ospedale (continuità), con i MMG, le farmacie - che sociosanitario(v. sopra). Per un distretto forte nelle capacità di risposta, fondamentale è altresì l’integrazione con il mondo delle cure informali. Infine, il distretto forte si integra negli interventi intersettoriali per la salute (casa, lavoro, reddito, trasporti,...).

#### 4. **DOVE**

Reso chiaro il mandato, il distretto forte richiede un preciso riferimento territoriale, da far coincidere sempre con quello dell’Ambito. Il distretto agisce nei luoghi di vita con i LEA: in ambulatorio, a domicilio (le cure domiciliari includono anche quelle palliative, mai viceversa), nelle strutture intermedie e residenze (innovative, più umanizzate), nelle strutture semiresidenziali.

In uno slogan, il D forte fa per “DARE”: D omicilio, A mbulatorio, R esidenza con team multiprofessionali, composti da MMG, medici specialisti, medici di distretto, infermieri, terapisti, psicologi, ostetriche ed altri. L’enfasi va posta su nuovi servizi domiciliari che devono raggiungere la copertura h 24/7, al fine di una corretta presa in carico ad alta intensità e complessità assistenziale (in primis, per le persone terminali), ed essere dotati delle opportunità offerte dalla ICT per l’home care. La gamma di tutti questi interventi, in tutti i setting, offre valide alternative all’ospedalizzazione e rende attuabile la revisione dell’offerta ospedaliera zonale.

## 5. QUANDO

Riaffermata la necessità della copertura 24/7 delle reti di cura ed assistenza territoriale/distrettuale (focalizzandosi sulle cure domiciliari), la dimensione temporale degli interventi rileva la peculiarità (“specialità”) del distretto nelle cure di lungo termine, per persone in situazioni di “cronicità”, complessità, plurimorbosità, per soggetti terminali, disabili, non autosufficienti. Inoltre, il distretto forte dimostra l’alta considerazione del fattore tempo nella continuità e nella tempestività dell’accesso-accoglimento e dell’ascolto; del pronto avvio della presa in carico, protratta continuativamente secondo le esigenze del paziente e non dei servizi. Infine, lo sguardo del distretto forte si proietta al tempo futuro: per questo ricerca e innovazione devono rientrare nelle modalità di lavoro usuale.

In conclusione, occorre fare in modo che il distretto forte sia primo protagonista del cambiamento.

Le due parole “*forte*” e “*primo*” sono composte ciascuna da cinque lettere, possibili acronimi forse utili per riassumere con maggiore leggerezza le cinque questioni qui illustrate.

**FORTE** *Fare Organizzazione con Risorse nel Territorio Equamente.*

**PRIMO** *Produttore di Risposte Integrate per Maggiori Opportunità di salute per tutti*