

POSITION STATEMENT DELLA CARD PER L'APPROPRIATA STRUTTURAZIONE DEI DISTRETTI E LE PROCEDURE DI SELEZIONE DEI DIRETTORI DI DISTRETTO.

(approvato all'unanimità dal Consiglio Nazionale)

1. INTRODUZIONE

La CARD (Confederazione delle Associazioni Regionali dei Distretti) è attiva da vent'anni come Società Scientifica delle Attività Territoriali e costituisce il punto di riferimento e di incontro di centinaia di operatori di tutte le professioni dei Distretti sanitari e sociosanitari del Paese.

Con questo documento la CARD intende esplicitare:

- a) la propria visione sul ruolo, funzioni, modalità di strutturazione ed organizzazione dei Distretti, al fine di ridurre gli elementi di diversificazione interpretativa ed attuativa oggi riscontrabili nel Paese e di sollecitare gli Organi decisori, politici e tecnici a giungere ad una definizione univoca del modello di Distretto, condiviso in modo uniforme all'interno della programmazione nazionale, regionale ed aziendale e realizzato di conseguenza per ridurre l'attuale variabilità organizzativa;
- b) la propria posizione su come definire, in coerenza con quanto sopra, 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 conferiti.

2. CONTESTO

Nell'ultimo Annuario 2021 il Ministero della Salute ha censito in Italia 552 Distretti. È osservabile una grande eterogeneità tra di essi nelle Regioni e nelle Province autonome, relativamente a ruoli, mandati, funzioni, obiettivi, opportunità di azione per dotazione di risorse e poteri. Ciò rende attualmente non uniforme la possibilità per i cittadini di vedere corrisposti i LEA distrettuali e, di conseguenza, avere un'assistenza territoriale omogenea. La posizione del Ministero della Salute è visibile nel sito istituzionale, il cui testo è riportato integralmente in Appendice.

Rileva qui richiamare i contenuti essenziali del recente DM 77 in cui il Distretto – si legge nel Decreto - :

- *“costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali*
- *è deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta*
- *garantisce una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento*
- *svolge funzioni di committenza, produzione, garanzia di accesso ai servizi, equità all'utenza*
- *garantisce l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali*
- *garantisce il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;*

- *garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni*
- *è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL, essendogli attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento*
- *assicura, inoltre, i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali, con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio. “*

Ne risulta quindi un Distretto che agisce in un quadro complesso di responsabilità di obiettivi, gestione, organizzazione, tale da indurre a considerarne ineludibile la sua definizione nell'Atto Aziendale quale struttura ad alta complessità, al pari quantomeno di una struttura dipartimentale, contrariamente ad una tendenza diffusa ad oscurarlo e sottovalutarlo.

3. RIFERIMENTI CULTURALI E SCIENTIFICI DELLE ATTIVITA' DEI DISTRETTI

Il primo riferimento è costituito dall'ambito della Primary Health Care di WHO (OMS), di cui CARD assume tutti gli attributi e declinazioni sia di prospettiva che di operatività. Un elemento per tutti: la PHC di WHO si basa sui *“Primary care team: continuous, comprehensive, person centred care”*. In Italia, i Distretti agiscono come unici possibili interpreti della PHC, che include ma non equivale alla c.d. *“assistenza primaria”*. Quest'ultima ne è un costituente importante, ma non unico.

CARD condivide con la *“Alleanza per le cure primarie in Italia”* l'attenzione prioritaria verso i seguenti orientamenti:

- *“Centralità del Distretto e, al suo interno, la riconduzione di tutte le attività territoriali alla Casa della Comunità*
- *La casa come primo luogo di cura*
- *L'approccio comunitario*
- *Il passaggio dalla logica delle “prestazioni sanitarie” al “servizio per la salute” e al “prendersi cura”*
- *La valorizzazione e integrazione delle attività consultoriali rispettando le specificità dell'area materno-infantile*
- *L'integrazione multiprofessionale.”*

La PHC rappresenta l'occasione per affermare il valore della sanità pubblica universalistica, superare l'ospedalocentrismo, la frammentazione della sanità dei provider privati, soprattutto se profit, e gli opportunisti connessi al mondo della commercializzazione della salute.

La CARD riafferma le linee di indirizzo già messe a punto nei lavori collaborativi svolti con FIASO ed AMDO, secondo cui il Distretto

- **“va pensato come “Sistema Distretto/Territorio , “sistema unico e circolare”, con “porte girevoli”, non unidirezionali, con il Sistema Ospedale. Nasce e si sviluppa come ambito “territoriale” di riferimento per garantire una risposta assistenziale appropriata, capillare, equa ed integrata sotto il profilo delle competenze professionali, delle risorse e degli strumenti e per determinare una efficace presa in carico**

dei pazienti fragili e con malattie di lungo termine. 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 della assistenza territoriale e della integrazione fra servizi sanitari e sociali;

- **va identificato come la struttura organizzativa/gestionale** che gestisce i sistemi sanitari e socio-sanitari 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);
- **va organizzato** con la presenza di uno staff multidisciplinare, con ampie competenze organizzative, giuridiche, economiche, sanitarie e sociali, a supporto della direzione del distretto."

La CARD considera essenziale per la costruzione di Distretti "forti" e quindi capaci di rispondere alla necessità di assistenza da parte della popolazione:

- **attuare percorsi di formazione specifica e creare un elenco regionale/nazionale** di dirigenti specificamente formato per il ruolo di direttore di distretto (richiamo del lavoro sul middle management fatto da CARD, FIASO e ANMDO)
- **investire nella creazione e trasformazione**, ove non esistenti, delle **Case della Comunità**, che da poliambulatori diventino i veri presidi di promozione della salute e gestione della cronicità: da meri contenitori a 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 multidisciplinari. La Casa della Comunità non deve essere un semplice contenitore, ma un complesso di "contenuti" tra loro interagenti
- **superare 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; superare le "visioni parziali" (legate al posizionamento dei professionisti nei servizi e nelle discipline di appartenenza) implica l'applicazione di "metodi sistemici", come il "**disease management**" o il "**population health management**";
- **strutturare 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 ed assistenza;
- **realizzare gli Ospedale di Comunità e le strutture di Cure intermedie**
- **inserire gli Infermieri di Famiglia e di Comunità** come risorse di grande valore nel sistema territoriale-distrettuale.

4. SINTESI

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

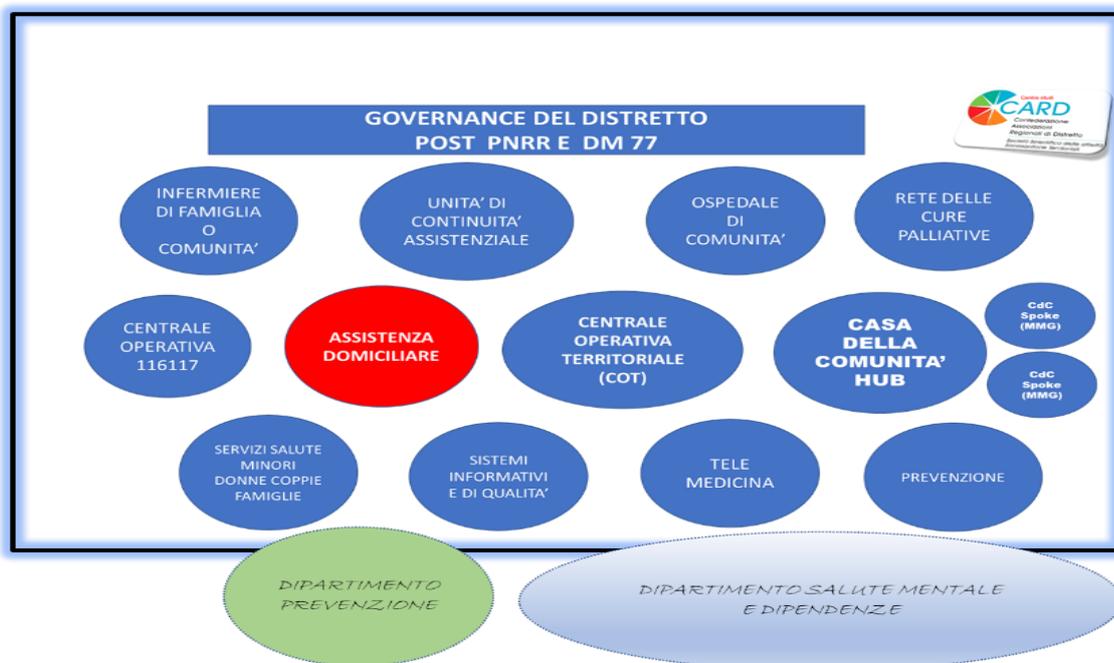
- **I Distretti, perché:** perché si possano adempiere i LEA distrettuali; per creare occasioni pubbliche di salute uniformi nel Paese, nel rispetto di requisiti di efficacia, efficienza, equità; per offrire servizi pubblici di prossimità intesa non solo come vicinanza fisica-spaziale, ma in primis di vicinanza empatica, di accoglienza, valutazione e presa in carico ad alto valore umano.
- **I Distretti, dove: "la casa è il primo luogo di cura"** e il Distretto rende ciò possibile. Oltre al setting domiciliare, il Distretto opera negli ambulatori, nelle residenze, nelle strutture di cure intermedie, nei centri diurni; sempre in continuità intelligente, anche con l'ospedale; nelle Case della Comunità hub e spoke; negli ospedali di comunità; negli hospice; nella COT. Ed ancora nelle scuole, nelle farmacie, nei luoghi di vita delle persone. Le sedi di lavoro sono volute di caratteristiche ambientali

gradevoli, che favoriscono l'incontro, l'accoglienza, il confronto tra cittadini-utenti e professionisti, e tra questi ultimi.

- **I Distretti, cosa:** erogano, oltre ai servizi e prestazioni di ambito e pertinenza sanitaria (cure primarie e specialistiche di primo livello – v. sopra), quelle sociosanitarie (nelle aree ad alta integrazione, con prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria), e sociali, includenti ed integranti 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 ed 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, chi:** mantengono una visione ed azione parallela, inscindibile a favore dei cittadini-utenti e dei propri operatori, nella convinzione che solamente se questi ultimi sono messi a proprio agio nelle condizioni lavorative potranno a loro volta mettere a loro agio gli utenti.
- **I Distretti, a chi:** priorità è offerta ai soggetti e alle fasce di popolazione svantaggiate, a maggiore vulnerabilità, fragilità, carico di malattia cronica, disabilità; simmetrica attenzione primaria è offerta agli operatori, per sostenerli nell'acquisizione di competenze e capacità di lavoro in team, a reggere nel lungo termine situazioni difficili.
- **I Distretti, con chi:** agiscono con i propri operatori, dipendenti o convenzionati, di cui si cura la motivazione, il senso di identità e di appartenenza; per ogni attività è ricercata l'alleanza con le comunità, la cittadinanza attiva, il terzo settore, per un lavoro svolto più "con" che "per".
- **I Distretti, verso:** la direzione organizzativa ed operativa tende alla crescita di servizi emancipativi (empowerment, self care, engagement), verso un welfare umanizzato con capacità di cure personalizzate per l'individuo/famiglia e generativo per le Comunità (verso una Comunità che cura).
- **I Distretti, per la qualità:** vi è la ricerca costante di una qualità crescente per aspetti di strutture, processi, esiti, con tensione al miglioramento continuo della qualità, misurabile e misurato innanzitutto dagli outcome di benessere, qualità di vita e del soddisfacimento dei LEA.
- **I Distretti, i punti di forza:** la natura pubblica universalistica, l'approccio globale, il lavoro in team multiprofessionale, il paradigma del care multidimensionale, la convinta motivata priorità a soddisfare i diritti dei più deboli e vulnerabili, 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.

5. I RIFERIMENTI OPERATIVI

Il DM 77 conferisce alla nuova organizzazione territoriale una complessità di strutture e servizi che sono riassunti schematicamente nella figura successiva, elaborata da CARD.



I singoli cerchi sono la rappresentazione grafica degli elementi illustrati nel DM 77 (Allegato 1 e 2) come parti innovative obbligatorie della nuova assistenza territoriale, come previsto dalla riforma.

I due ovali indicanti il Dipartimento di prevenzione e di salute mentale/dipendenze, posti volutamente al confine con il perimetro distrettuale: intendono rappresentare l'inscindibile integrazione tra le due strutture ed il Distretto.

Complessivamente, risulta evidente che l'architettura organizzativa del Distretto non può non essere di natura dipartimentale, ovvero di guida, coordinamento e sovraordinazione a tutti i "Punti" del nuovo (e non solo) assetto di servizi e strutture territoriali del DM 77, con enfasi sulle responsabilità di garanzia degli adempimenti dei LEA di assistenza distrettuale.

6. IL DIRETTORE DI DISTRETTO

In coerenza, acquista grande rilevanza la posizione del Direttore di Distretto.

CARD fa propria a riguardo la posizione del DM 77 relativamente al Direttore di Distretto. Il paragrafo dedicato al tema è riportato in Appendice.

CARD afferma che, date le rilevanti responsabilità assistenziali assegnate ai Distretti:

- occorre riconoscere per il Direttore di Distretto funzioni e mandati coerenti alla posizione di Direttore di **Struttura Complessa con valenza Dipartimentale** e, data la rilevante e articolata organizzazione interna, **il Distretto dovrà avere almeno due strutture complesse e numerose strutture semplici e/o semplici dipartimentali.**
- **I Direttori di Distretto vanno nominati secondo le procedure concorsuali proprie** per il ruolo dirigenziale apicale delle SOC/UCO, evitando del tutto nomine fiduciarie, sottraendole a logiche collegate alla temporaneità e contingenza politica e a condizionamento collegabili allo spoil system.

- **I Direttori di Distretto devono ricevere contratti quinquennali rinnovabili**, in analogia a quanto avviene per i Direttori di Dipartimento, a seguito di regolare valutazione dei Collegi tecnici.

Ciò premesso, si rende necessario definire i pre-requisiti per l'accesso e le candidature alle selezioni per la Direzione di Distretto. CARD ritiene preferibile che **il Direttore di Distretto abbia un background di formazione ed esperienza territoriale (almeno quinquennale)**. In ogni caso, è da rendere obbligatorio l'espletamento di un corso di formazione post-universitario accreditato/riconosciuto a livello nazionale/regionale.

7. POSIZIONE E PROPOSTE

1. Tenuto conto delle indicazioni del DM 77 e dei LEA distrettuali, nonché dei riferimenti della PHC e della ventennale cultura ed esperienze maturate in decine di distretti, CARD ritiene **necessario** (i) **assegnare al Distretto all'interno della ASL il valore di macrostruttura a valenza dipartimentale con esplicitazione nell'Atto Aziendale**, di costituire elemento portante dell'Azienda; (ii) attribuire al Distretto il mandato di essere **primo attore per realizzare la PHC** (Primary Health Care); (iii) **riconoscere al Direttore di Distretto il ruolo di responsabile della Macrostruttura Distretto**.
2. La **Regione e le Direzioni Generali Aziendali** definiscono in relazione coerente a quanto sopra i propri atti di indirizzo, linee guida, linee di gestione e altro pertinente a tali finalità.
3. **Al Distretto va riconosciuto** (i) **il mandato di essere struttura di garanzia dei LEA**; (ii) una funzione integrante e un ruolo primario di **motore dell'integrazione** verticale (intra-sanitaria) e orizzontale (sociosanitaria ed inter-settoriale); (iii) **la funzione di produzione**, con priorità **alle cure domiciliari** e, più in generale, **all'assistenza primaria** e modalità di lavoro in **equipe multiprofessionali** per lo sviluppo della PHC e delle cure primarie.
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 ed ineludibili del Distretto. MMG, PLS, Infermiere di Famiglia e di 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 dell'Istituzione Sanitaria pubblica, riconosciuta dalle Comunità nel cui territorio vivono e da cui ricevono identità: diviene pertanto **DISTRETTO DELLA COMUNITA'**, componente costruttiva di un sistema di welfare generativo ed emancipativo. In questa prospettiva, la **Casa della Comunità, l'Ospedale di Comunità, la COT, gli Infermieri di Famiglia e di Comunità** 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 ed 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. CARD ritiene sia tempo di riconsiderare l’inserimento nel governo distrettuale dei c.d. “piccoli ospedali”, fortemente legati alle dinamiche locali.

8. La **strutturazione interna del Distretto impone che al suo interno vi siano collocate almeno due Strutture Complesse, congruo numero di Strutture Semplici e Strutture Semplici Dipartimentali** (a seconda delle dimensioni del Distretto), per esprimere concretamente il mandato primario della presa in carico; le correlate attività di queste Strutture offrono risposte globali, coordinate, unitarie e continuative ai bisogni di salute riguardanti innanzitutto le fasce di 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, come rappresentato graficamente dallo schema del Punto 5. **Il Direttore di Distretto è da considerarsi necessariamente sovraordinato e responsabile generale di detti servizi e strutture.**
10. Rilevata la complessità di funzioni e l’ampio ventaglio di attività, **al Direttore di Distretto spetta il ruolo di Direttore di Struttura Complessa, con riconoscimento della funzione e indennità dipartimentale.** Il Direttore di Distretto è responsabile del coordinamento del personale multiprofessionale e multidisciplinare operante negli ambiti dell’assistenza ambulatoriale, domiciliare, residenziale (cure intermedie). **E’ nominato a seguito di procedura concorsuale pubblica propria per gli incarichi di Direzione di SC/UOC, con contratti quinquennali, sottratti alla variabilità contingente (e rischi di soggiacere a logiche di spoil system).** **CARD ritiene essenziale che a livello nazionale o regionale sia costituito un elenco di idonei, identificati in base al superamento di una formazione post-universitaria specifica e ad una provata esperienza continuativa nei servizi territoriali almeno quinquennale.**

8. CONCLUSIONI

La realizzazione di un **nuovo assetto della sanità territoriale** non può eludere o rimandare la definizione univoca in tutto il Paese del suo attore-agente principale: **il DISTRETTO**. Leggi ed esperienze indicano che **è il Distretto a rappresentare la risposta a questa esigenza**. A tale assunto va conformata la programmazione e legislazione nazionale e regionale, nonché gli Atti Aziendali. Dimensioni e collocazioni territoriali dei Distretti sono proporzionate all’obiettivo di realizzare servizi di vera prossimità.

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**.

I Distretti rappresentano l’asse portante, insieme ai Dipartimenti di Prevenzione e di Salute Mentale, delle attività territoriali, con pari dignità di funzioni rispetto a quelle ospedaliere.

Ogni iniziativa collegata al DM 77 è parte integrante del Distretto e sottoposta alla Direzione del Distretto.

MMG, PLS, IFeC, Farmacie Convenzionate territoriali rappresentano i primi attori dello scenario della sanità territoriale gestita dal Distretto, in cui l’assistenza domiciliare assume rilevanza prioritaria.

La rete distrettuale deve trovare la sua massima espressione nella operatività diffusa, nella prossimità, nella continuità, nella tempestività e nella proattività, in un miglioramento continuo della qualità.

Occorre identificare il **Distretto come la macrostruttura organizzativa/gestionale** dei 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*, che si affianca alla *individual care* in cui brillano le capacità complessive del Distretto: nell'accoglienza, nella valutazione e nel care multidimensionale, nella presa in carico in equipe del soggetto assistito e della famiglia, restituendo valore alla loro soggettività, agli aspetti del self care e dell'empowerment.

APPENDICE

Il **Ministero della Salute** nel proprio sito offre questi riferimenti in tema di assistenza distrettuale e di Distretto

(<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4696&area=Lea&menu=distrettuale>)

Per pronta consultazione si ritiene appropriato riportare di seguito il testo per esteso.

“ L'area dell'assistenza distrettuale (Capo III - artt. 3-20 del [dPCM 12 gennaio 2017](#)) è caratterizzata dal fatto di svolgersi sul “territorio” – vale a dire NON in regime di ricovero ospedaliero – nell'ambito e sotto la responsabilità dei distretti, organismi costituiti all'interno dell'azienda sanitaria locale per la gestione di numerosi servizi in aree territoriali di dimensioni limitate. **Il distretto è dotato, in genere, di autonomia nella gestione delle risorse assegnate ed è diretto da un direttore di distretto.**

L'assistenza distrettuale ha un contenuto notevolmente eterogeneo poiché include:

Assistenza sanitaria di base, erogata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta;

Continuità assistenziale, vale a dire assistenza di base nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi, e l'assistenza ai turisti;

Emergenza sanitaria territoriale di stabilizzazione delle condizioni del malato e di trasporto presso il presidio ospedaliero, coordinata dalla Centrale operativa 118, e assistenza sanitaria in occasione di maxi emergenze, eventi o manifestazioni;

Assistenza farmaceutica, vale a dire erogazione dei medicinali attraverso le farmacie convenzionate e le farmacie direttamente gestite dalle Asl e dagli ospedali;

Assistenza integrativa, vale a dire erogazione di dispositivi medici (pannoloni, cateteri, cannule, medicazioni, presidi per diabetici, ecc.) e di alimenti particolari (prodotti senza glutine, prodotti aproteici, latte artificiale, ecc.) a specifiche categorie di pazienti;

Assistenza specialistica ambulatoriale, vale a dire prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dai (o sotto la responsabilità clinica dei) medici specialisti ambulatoriali negli ambulatori e nei laboratori pubblici o privati accreditati, territoriali o ospedalieri (gli ambulatori e i laboratori specialistici svolgono attività distrettuale anche se fisicamente collocati all'interno di strutture ospedaliere);

Assistenza protesica, vale a dire erogazione di protesi, ortesi, ausili tecnologici e dispositivi medici a persone con disabilità permanenti;

Assistenza termale, vale a dire erogazione di cicli di prestazioni terapeutiche in ambiente termale (fanghi, bagni, docce, inalazioni, nebulizzazioni, ecc.) a specifiche tipologie di pazienti che possono trarre effettivo beneficio;

Cure domiciliari alle persone non autosufficienti affette da malattie croniche;

Assistenza alle donne, alle coppie, alle famiglie e ai minori, per la tutela della gravidanza e della maternità, la procreazione responsabile, il supporto all'affidamento e all'adozione, la prevenzione degli abusi e della violenza nell'ambito familiare, ecc. (**consultori familiari**);

Cure palliative in ambito domiciliare e residenziale alle persone nella fase finale della vita (**Unità di Cure palliative e Hospice**);

Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, ai minori per la prevenzione e il trattamento di disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (**Servizi di neuropsichiatria infantile; comunità terapeutico-riabilitative**);

Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (**Servizi di salute mentale, comunità terapeutico-riabilitative, e socio-riabilitative**);

Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità (**Servizi di riabilitazione, strutture di riabilitazione intensive, estensive e di mantenimento delle abilità funzionali**);

Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche (**Servizi per le dipendenze, comunità terapeutico-riabilitative e pedagogico-riabilitative**). “

II DM 77

Rileva altresì richiamare di seguito i contenuti essenziali del recente DM 77 in merito al ruolo, funzioni ed organizzazione del Direttore di Distretto:

“Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.”