



Indagine nazionale dei distretti: risultati preliminari

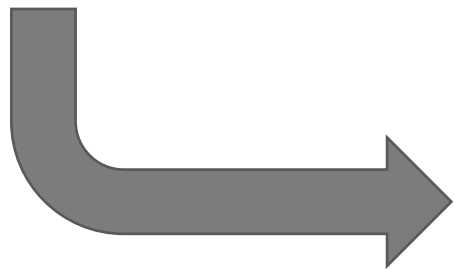
Milena Vainieri e Filippo Quattrone

Roma, 12 Luglio 2022

Perché un'indagine sui distretti?

L'indagine PaRIS ha tra i suoi obiettivi quello di

“Coinvolgere i professionisti sanitari nella identificazione dei modelli organizzativi di cure primarie presenti sul territorio”



Survey ai Professionisti

A chi è indirizzato PaRIS per i professionisti sanitari in Italia?

Non solo il singolo MMG ma il servizio

I coordinatori di aggregazioni funzionali o territoriali di professionisti che forniscono servizi di cure primarie, che operano a livello regionale e locale e coloro che forniscono cure generaliste ambulatoriali, compresi i servizi che affrontano la gestione delle malattie croniche (ad esempio, AFT, nuclei di cure primarie, gruppi di MMG).

Direttori di distretto

Il distretto sanitario alla luce dei nuovi standard

La Legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), 23 dicembre 1978 n. 833 definisce per la prima volta i Distretti Sanitari e prevede, all'art. 10 (organizzazione territoriale), che ***“i Comuni singoli o associati articolano le Unità sanitarie locali in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi ambulatoriali di primo livello e pronto intervento”***, demandando alle Regioni la definizione dei criteri per la loro costituzione.

Successivamente con Decreto legislativo (D.Lgs.) 30 dicembre 1992, n. 502 successivamente modificato dal D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, e i Piani Sanitari Nazionali (PSN) 1994-1996 e 1998-2000, viene progressivamente delineato il profilo del Distretto come luogo dell'integrazione dei servizi sanitari e sociali nell'ambito di un processo di riforma del SSN basato sui principi di aziendalizzazione.

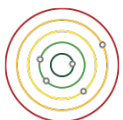
Il D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229

L'organizzazione del Distretto, deve garantire:

- **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;
- **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;
- **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**

Il Distretto con il **Programma delle attività territoriali (PAT)** non è più solo luogo di produzione ma diventa **anche luogo di programmazione**, sulla base dei bisogni della popolazione e delle risorse disponibili.

È definito il ruolo del **Direttore di Distretto** come responsabile degli obiettivi e delle risorse assegnate e fa parte integrante del collegio di direzione dell'azienda.



DM 77/2022

22-6-2022

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

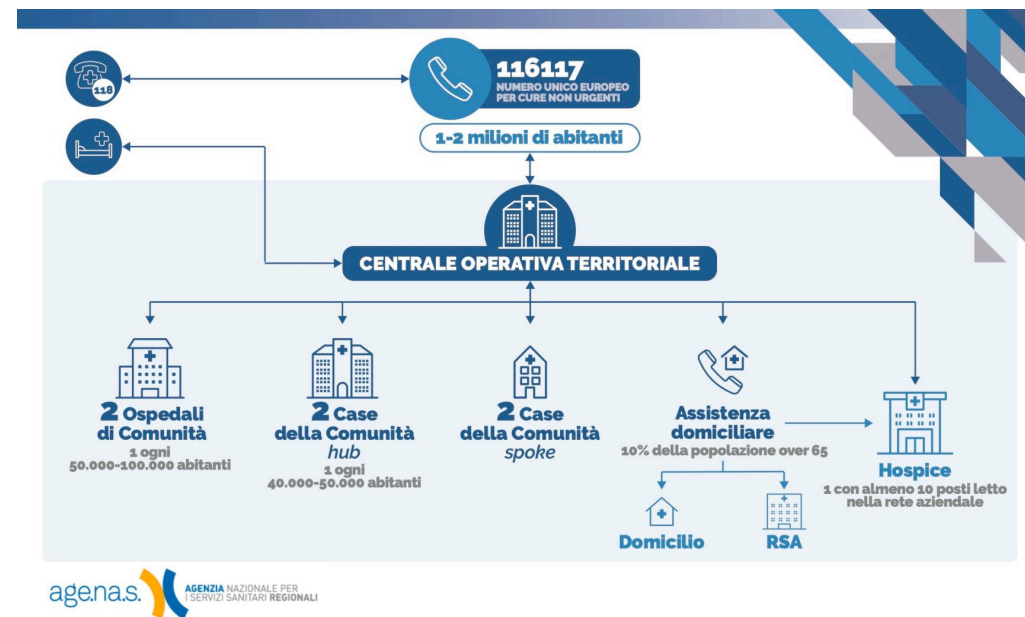
Serie generale - n. 144

4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

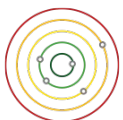
- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.





Il ruolo

- Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali.
- È inoltre 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.



Le funzioni

Al Distretto, pertanto, **possono** essere ricondotte le seguenti funzioni:

- **committenza**, ossia la capacità di **programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili**. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;
- **produzione**, ossia la **funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali**, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- **garanzia**, ossia il compito di **assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza** attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.



Il questionario

- E' stato sviluppato partendo dall'indagine di Agenas del 2010
- Revisionato con gli uffici ministeriali e con il centro studi di CARD
- Testato nei 3 distretti dei rappresentanti regionali CARD di Toscana, Puglia e Veneto per verificare la comprensibilità



Il questionario – le sezioni

- Parte1 - **inquadramento e caratterizzazione** del distretto (8 domande)
- Parte2 – **attività svolte** dal distretto (10 domande)
- Parte3 – **servizi e strutture** relativi alle cure primarie nel distretto (2 domande)
- Parte4 - **attrezzature e le dotazioni informatiche** disponibili nelle strutture del distretto (6 domande)
- Parte5 e 6 - temi di **management** relativi al distretto (9 + 12 domande)
- **47 Domande**, di cui 9 aperte e 38 chiuse

Contesto territoriale

Caratteristiche organizzative

Attività svolte

PDTA attivi

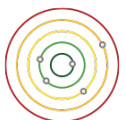
Servizi e strutture

Dotazione tecnologica

Budget e autonomia eco-fin

Coinvolgimento comunità

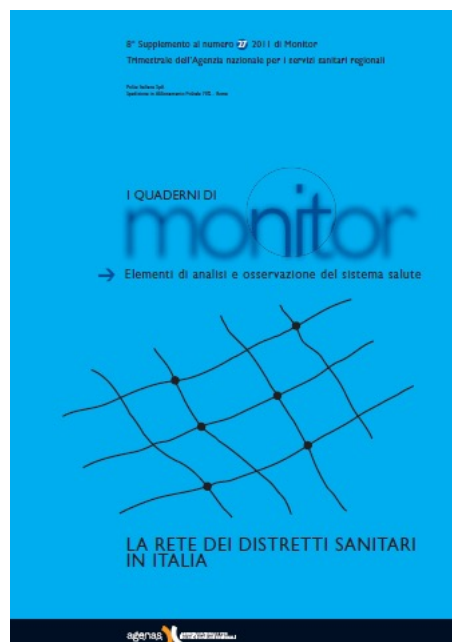
Formazione e audit



Metodologia

- Indagine online
- Arruolamento attraverso la raccolta degli indirizzi email delle direzioni di distretto presenti nei **siti istituzionali** delle aziende sanitarie territoriali, regioni e province autonome
- **Avvio dell'indagine: 15 dicembre 2021**
- **Chiusura dell'indagine: 4 luglio 2022**
- **Reminder via email e telefonici**, anche per un supporto nella compilazione del questionario o intervista telefonica

Indagine sulla rete dei distretti 2010

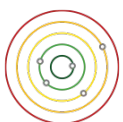


711

Distretti identificati attraverso i siti istituzionali 2022

Per 81% è stato possibile
trovare un contatto

Regione	N distretti
Abruzzo	47
Basilicata	9
Calabria	16
Campania	67
Emilia-Romagna	38
Friuli Venezia Giulia	21
Lazio	46
Liguria	19
Lombardia	27
Marche	13
Molise	3
PA Bolzano	4
PA Trento	4
Piemonte	32
Puglia	45
Sardegna	24
Sicilia	55
Toscana	26
Umbria	12
Valle d'Aosta	4
Veneto	25
TOTALE	537

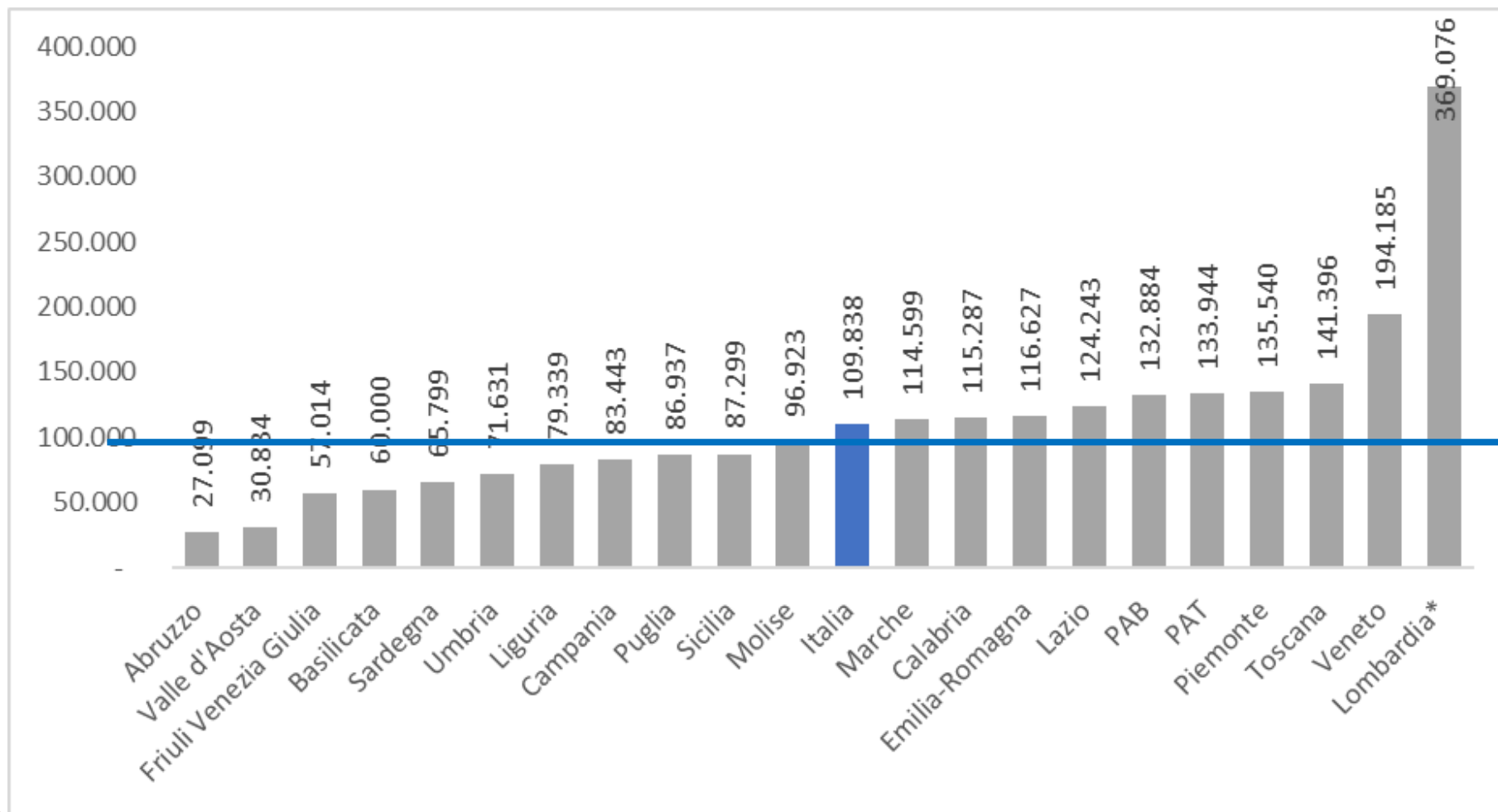


Popolazione media per distretto

Popolazione per distretto	2010	2022
Media	85.422	109.838
Min	24.943 (PA Bolzano)	27.099 (Abruzzo)
Max	120.280 (Lombardia)	369.076 (Lombardia)
High/Low Ratio	4,8	13,6
# distretti	711	537

...un distretto mediamente più grande ma con maggior variabilità

Popolazione nei distretti identificati attraverso i siti istituzionali

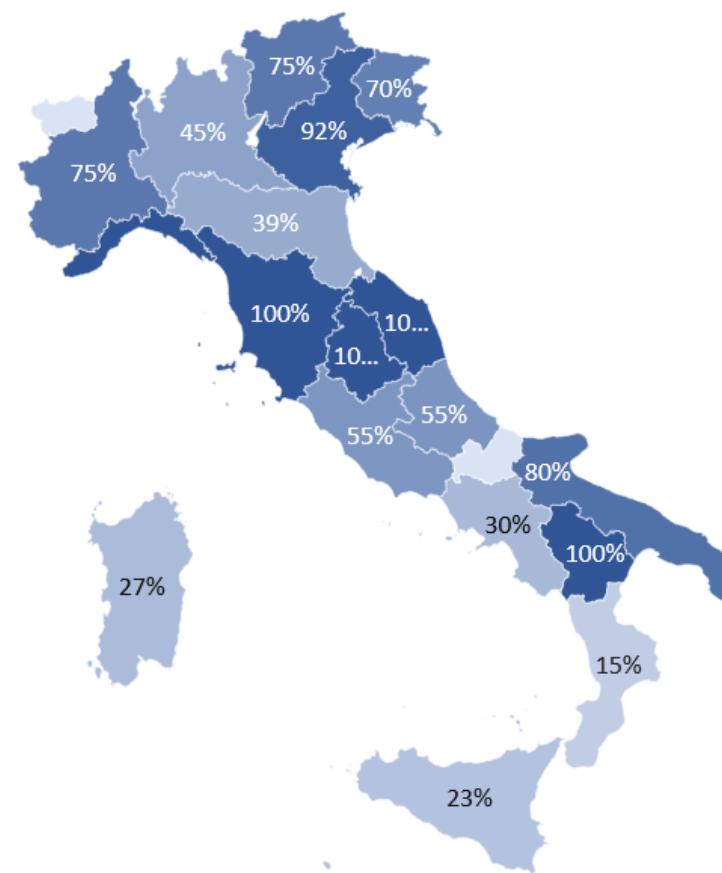


Standard
100.000 abitanti
a distretto

Percentuale di risposta

Regione	N (partecipanti)	N. distretti invitati	% risposte
Abruzzo	11	20	55%
Basilicata	8	8	100%
Calabria	2	13	15%
Campania	18	61	30%
Emilia-Romagna	11	28	39%
Friuli Venezia Giulia	14	20	70%
Lazio	17	31	55%
Liguria	19	19	100%
Lombardia	10	22	45%
Marche	13	13	100%
Molise	0	2	0%
PA Bolzano	4	4	100%
PA Trento	2	4	50%
Piemonte	24	32	75%
Puglia	36	45	80%
Sardegna	3	11	27%
Sicilia	9	39	23%
Toscana	26	26	100%
Umbria	12	12	100%
Valle d'Aosta		2	0%
Veneto	23	25	92%
TOTALE	262	437	60%

Percentuale di risposta



Risultati preliminari

Il questionario – le sezioni

- Parte1 - inquadramento e caratterizzazione del distretto (8 domande)
- Parte2 – **attività svolte** dal distretto (10 domande)
- Parte3 – **servizi e strutture** relativi alle cure primarie nel distretto (2 domande)
- Parte4 - **attrezzature e le dotazioni informatiche** disponibili nelle strutture del distretto (6 domande)
- Parte5 e 6 - temi di **management** relativi al distretto (9 + 12 domande)

- 47 Domande, di cui 9 aperte e 38 chiuse

Contesto territoriale

Caratteristiche organizzative

Attività svolte

PDTA attivi

Servizi e strutture

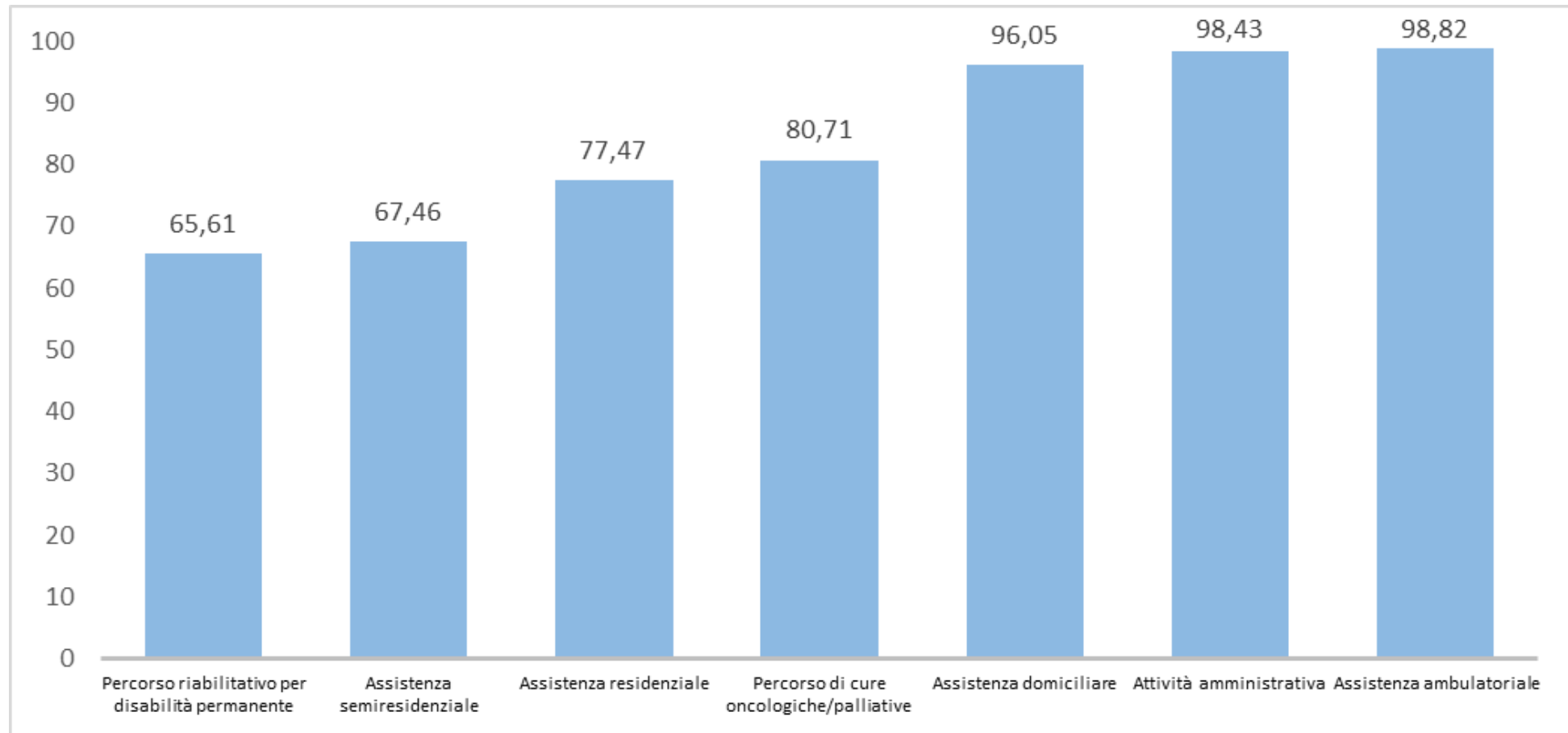
Dotazione tecnologica

Budget e autonomia eco-fin

Coinvolgimento comunità

Formazione e audit

Quali attività svolge il distretto?



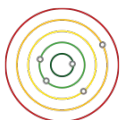
Attività svolte dai distretti

Regioni in cui la quasi totalità dei rispondenti dichiara che i distretti svolgono tutte le funzioni sono 5-6:

Calabria, Puglia, Emilia

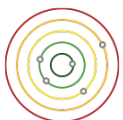
Romagna, Toscana, Umbria e Veneto

Regioni	Attività amministrativa	Assistenza ambulatoriale	Assistenza domiciliare	Percorso di cure oncologiche/paliative	Assistenza residenziale	Assistenza semiresidenziale	Percorso riabilitativo per disabilità permanente	Totale rispondenti
Abruzzo	11	11	11	6	8	5	1	11
Basilicata	7	8	7	3	4	2	5	8
Calabria	2	2	2	2	2	2	2	2
Campania	18	18	17	12	9	9	14	18
Emilia-Romagna	11	10	10	10	10	10	9	11
Friuli Venezia Giulia	14	14	13	14	12	7	12	14
Lazio	13	14	12	8	8	7	11	14
Liguria	18	18	18	10	9	7	7	19
Lombardia	8	8	7	7	4	4	3	9
Marche	12	13	13	11	13	13	6	13
PA Bolzano	4	4	4	4	4	4	2	4
PA Trento	2	2	2	2	2	2	1	2
Piemonte	24	23	24	24	18	17	11	24
Puglia	35	35	35	27	28	24	23	35
Sardegna	3	3	3	3	2	1	2	3
Sicilia	7	7	6	6	7	3	4	7
Toscana	26	26	26	24	23	21	20	26
Umbria	12	12	12	11	12	12	12	12
Veneto	23	23	22	22	22	21	17	23
Totale	250	251	244	206	197	171	162	255



Quali funzioni?

Ambito assistenziale	Pianificazione attività	Committenza	Erogazione dei servizi	Controllo/ monitoraggio dei risultati	
Assistenza ambulatoriale	77,7	41,4	94,8	74,1	251
Assistenza domiciliare	82,4	47,5	91,4	78,3	244
Assistenza residenziale	66,5	68,5	62,9	76,1	205
Assistenza semiresidenziale	63,4	66,3	58,1	76,2	167
Percorso di cure oncologiche/palliative	71,2	44,4	80,5	73,7	167
Percorso riabilitativo per disabilità permanente	71,9	60,5	81,4	70,1	126



Quali funzioni?

Ambito assistenziale

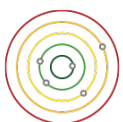
Pianificazione
attività

Committenza

Erogazione dei
servizi

Controllo/
monitoraggio dei
risultati

Ambito assistenziale	Pianificazione attività	Committenza	Erogazione dei servizi	Controllo/ monitoraggio dei risultati	
Assistenza ambulatoriale	77,7	41,4	94,8	74,1	251
Assistenza domiciliare	82,4	47,5	91,4	78,3	244
Assistenza residenziale	66,5	68,5	62,9	76,1	205
Assistenza semiresidenziale	63,4	66,3	58,1	76,2	167
Percorso di cure oncologiche/palliative	71,2	44,4	80,5	73,7	167
Percorso riabilitativo per disabilità permanente	71,9	60,5	81,4	70,1	126



Qual è la modalità *prevalente* per erogare l'assistenza...?

Servizio	In forma diretta (con personale dipendente o convenzionato)	In forma indiretta (esternalizzata)	Tramite voucher sociosanitario o modalità analoga	
Assistenza ambulatoriale	94,02	10,76	0,40	251
Assistenza domiciliare	76,64	31,56	8,20	244
Percorso di cure oncologiche/palliative	72,20	26,83	0,98	205
Percorso riabilitativo per disabilità permanente	65,27	47,31	4,19	167
Assistenza residenziale	42,51	49,10	8,38	167
Assistenza semiresidenziale	38,89	54,76	6,35	126

Il questionario – le sezioni

- Parte1 - inquadramento e caratterizzazione del distretto (8 domande)
- Parte2 – attività svolte dal distretto (10 domande)
- Parte3 – **servizi e strutture** relativi alle cure primarie nel distretto (2 domande)
- Parte4 - **attrezzature e le dotazioni informatiche** disponibili nelle strutture del distretto (6 domande)
- Parte5 e 6 - temi di **management** relativi al distretto (9 + 12 domande)
- 47 Domande, di cui 9 aperte e 38 chiuse

Contesto territoriale

Caratteristiche organizzative

Attività svolte

PDTA attivi

Servizi e strutture

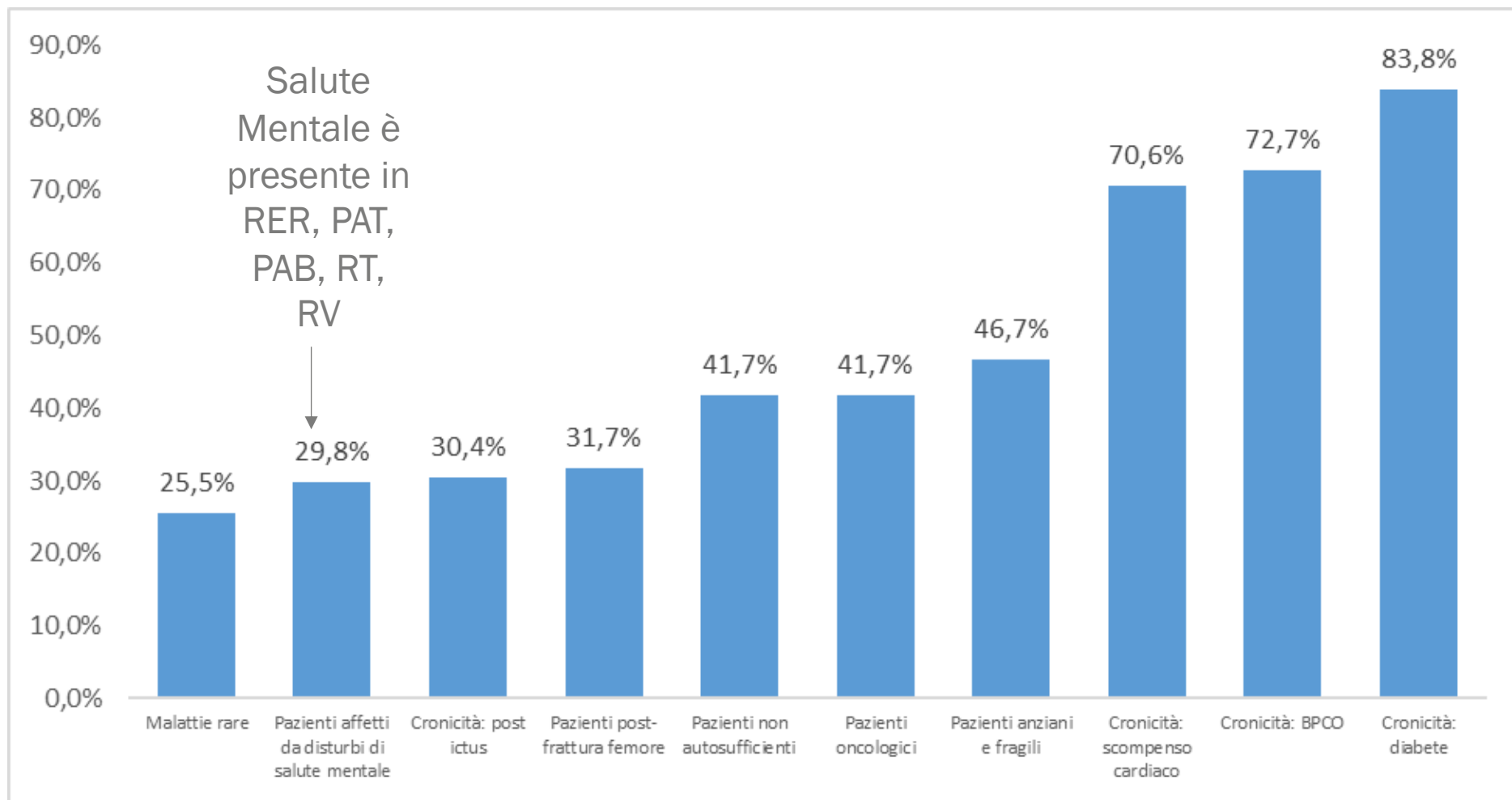
Dotazione tecnologica

Budget e autonomia eco-fin

Coinvolgimento comunità

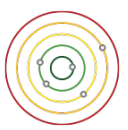
Formazione e audit

PDTA attivi nel distretto



Regioni \ PDTA attivi nel distretto	Malattie rare	Pazienti anziani e fragili	Pazienti non autosufficienti	Pazienti affetti da disturbi di salute mentale	Cronicità: diabete	Cronicità: scompenso cardiaco	Cronicità: BPCO	Cronicità: post ictus	Pazienti oncologici	Pazienti post-frattura femore	N. Rispondenti
Abruzzo	-	6	4	-	9	5	5	1	2	3	10
Basilicata	-	2	1	-	5	4	4	1	1	1	7
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Campania	9	14	8	4	14	10	13	7	9	11	18
Emilia-Romagna	4	7	6	6	10	9	10	4	8	8	11
Friuli Venezia Giulia	1	8	5	2	13	13	7	9	5	5	14
Lazio	-	1	1	1	14	9	9	1	1	-	14
Liguria	3	3	3	3	12	9	13	4	3	4	19
Lombardia	1	7	7	5	6	7	6	4	4	1	9
Marche	5	3	4	-	6	8	5	4	3	5	13
Valle d'Aosta Bolzano	-	-	2	2	2	2	2	-	-	-	4
Trentino	-	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2
Sardegna	3	6	7	3	22	20	23	2	8	3	24
Umbria	14	14	10	5	23	13	16	6	10	5	35
Valle d'Aosta	-	1	-	-	2	1	1	-	-	1	3
Lazio	-	3	3	2	7	7	5	3	3	3	7
Toscana	6	16	22	22	20	19	20	15	16	13	26
Lombardia	1	5	5	3	8	5	6	1	5	-	12
Veneto	9	10	7	9	19	18	20	7	16	10	23

Laboratorio Nazionale per le Malattie Rare

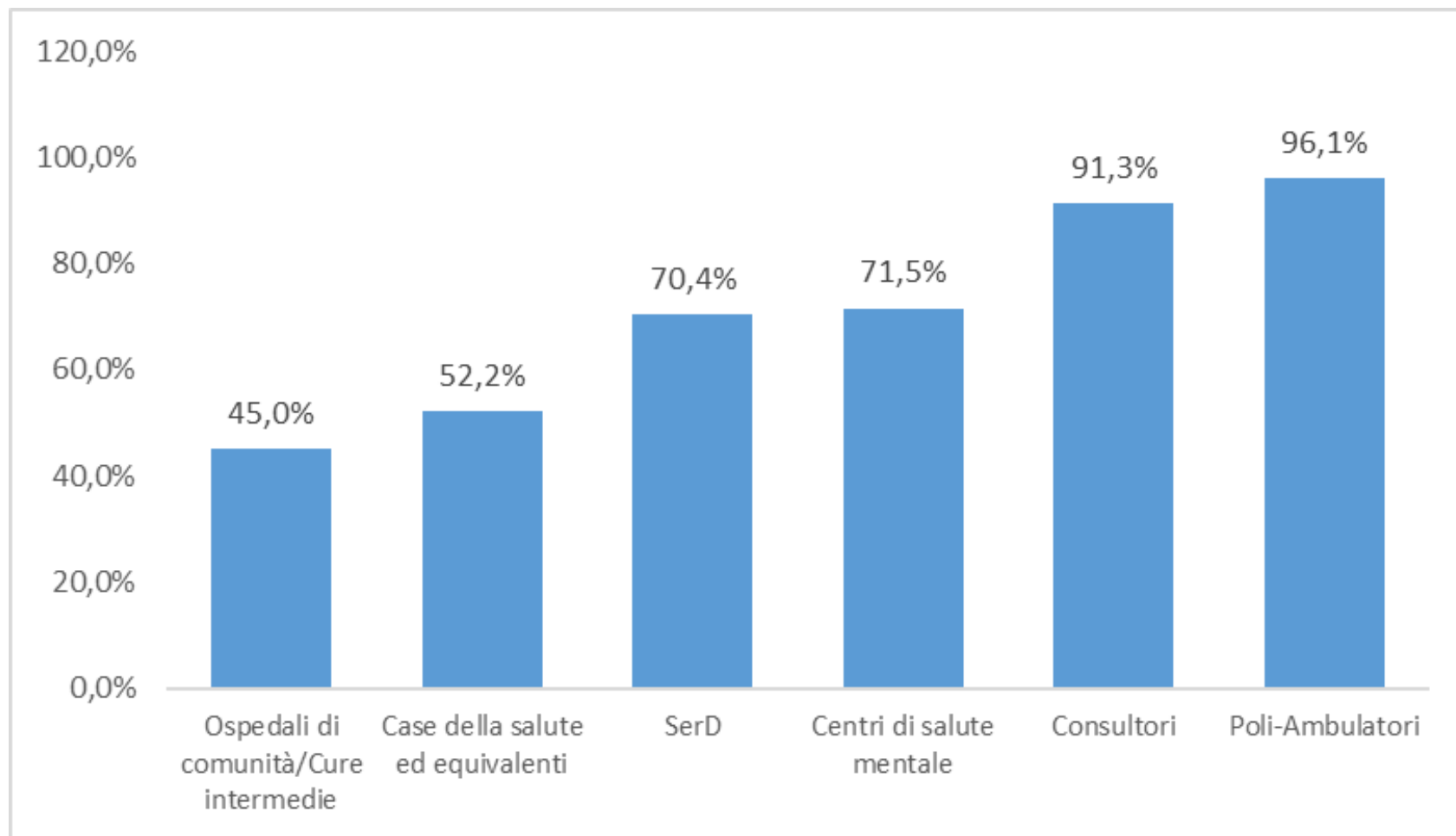


Che ruolo svolge Il suo distretto rispetto ai PDTA attivi per le seguenti patologie/percorsi?

PDTA attivi / Ruoli svolti (%)	Pianificazione attività	Committenza	Erogazione dei servizi	Controllo/ monitoraggio dei risultati	
Malattie rare	38,1	31,8	73,0	44,4	57
Pazienti affetti da disturbi di salute mentale	72,2	47,2	75,0	70,8	67
Cronicità: post ictus	65,3	47,2	84,7	73,6	69
Pazienti post-frattura femore	62,7	52,0	74,7	61,3	72
Pazienti non autosufficienti	81,4	61,9	84,5	82,5	95
Pazienti oncologici	74,2	50,5	83,5	75,3	95
Pazienti anziani e fragili	78,9	56,9	87,2	79,8	106
Cronicità: scompenso cardiaco	71,2	39,3	85,3	76,7	161
Cronicità: BPCO	69,1	41,1	85,1	75,6	165
Cronicità: diabete	70,0	37,8	86,0	77,2	192



Strutture presenti nel territorio



Strutture presenti nel territorio

1 CdC ogni
40-50k

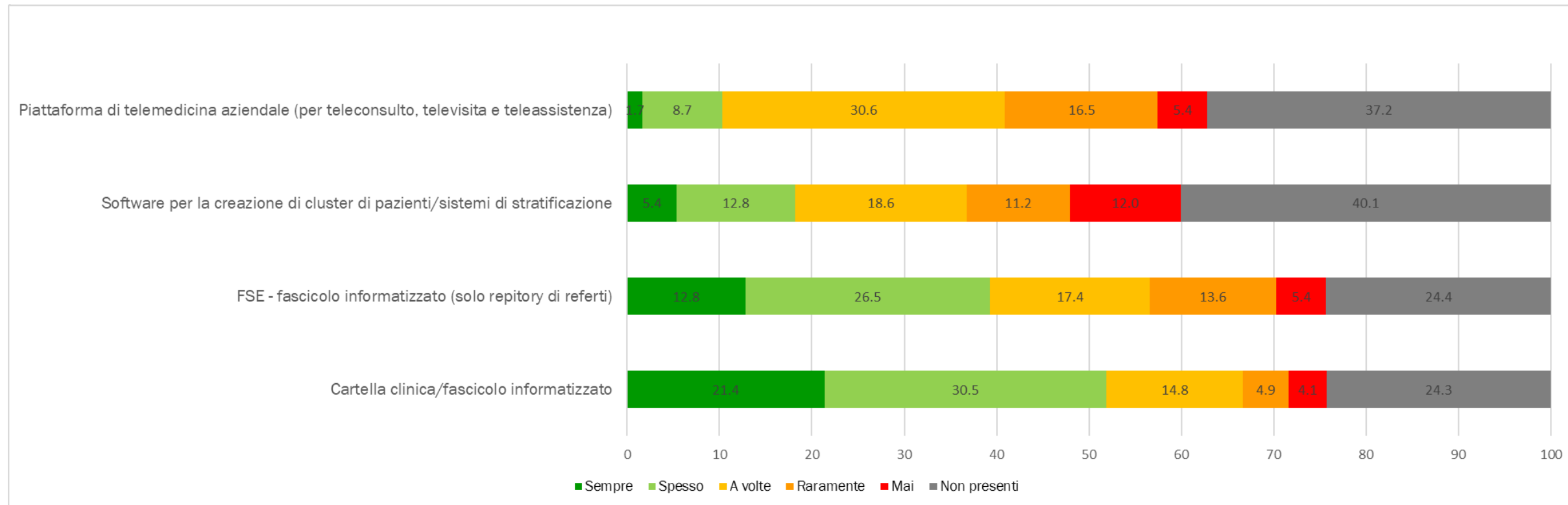
1 OdC ogni
50-100k

© Laboratorio Management e Sanità Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Regioni \ Strutture presenti nel distretto	Poli-Ambulatori	Consultori	Centri di salute mentale	SerD	Case della salute ed equivalenti	Ospedali di comunità/Cure intermedie	N (totale rispondenti)
Abruzzo	11	10	3	3	2	3	11
Basilicata	7	6	2	3	2	1	7
Calabria	2	2	2	2	1	0	2
Campania	18	18	9	8	0	1	18
Emilia-Romagna	10	10	10	10	9	4	11
Friuli Venezia Giulia	13	12	11	10	8	11	14
Lazio	14	13	10	10	9	2	14
Liguria	18	14	11	9	11	4	19
Lombardia	6	7	6	5	7	6	9
Marche	13	12	10	10	12	10	13
PA Bolzano	2	0	4	4	4	0	4
PA Trento	2	2	2	2	0	0	2
Piemonte	24	24	20	20	23	9	24
Puglia	35	35	22	20	7	10	35
Sardegna	3	2	1	1	0	0	3
Sicilia	7	7	5	5	0	1	7
Toscana	26	26	25	25	23	22	26
Umbria	12	12	10	11	7	8	12
Veneto	21	21	18	19	6	20	23

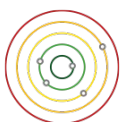
Utilizzo di strumenti informatici

Pisa

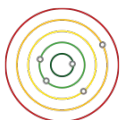
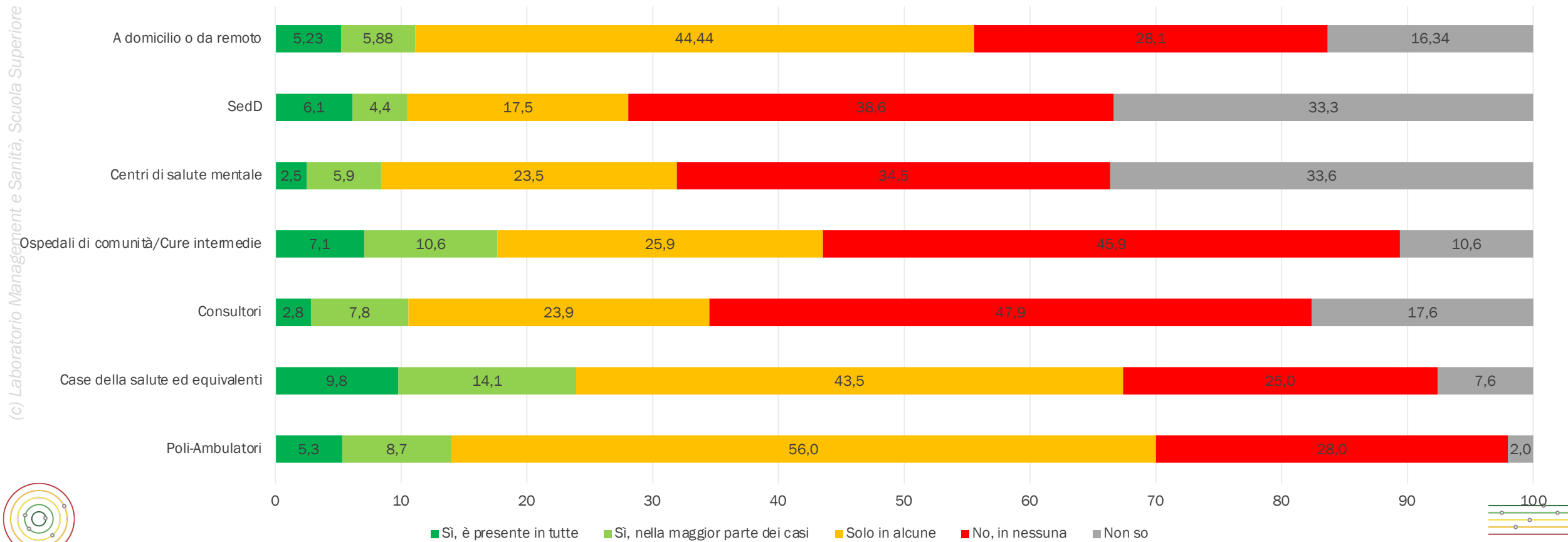


©

FSE è presente soprattutto (>60%) nei poliambulatori, consultori e case della salute. Meno usato (<50%) negli altri servizi.



In quante strutture è presente il servizio di telemedicina



Conclusioni – le certezze

- Il distretto è identificato per erogare i servizi - soprattutto ambulatoriali. E' aumentata rispetto al 2010 la presa in carico/organizzazione da parte dei distretti dell'assistenza domiciliare.
- L'erogazione è mista anche se prevalentemente diretta. Il ricorso ai voucher sembra essere limitato. La committenza è presente soprattutto per l'assistenza residenziale.
- Quasi tutti i distretti intervistati sono coinvolti nei percorsi relativi alla cronicità – sia in termini di erogazione (>80%) che di pianificazione e controllo (>70%)

Conclusioni – le incertezze

- L'organizzazione distrettuale è in forte cambiamento: (chi è il distretto?)
 - In alcuni casi è forte l'associazione distretto=(poli)ambulatorio vs ambito di programmazione dell'attività – distretto come organizzazione o distretto come luogo?
 - Riforme e ruoli ancora in fase di definizione (es. Lombardia)
- In relazione alle attività, è molto variabile la presenza del distretto nelle attività di salute mentale e disabilità.

Conclusioni – la complessità relazionale

- *Complessità relazionale esterna* perché deve pianificare l'attività sulla base dei bisogni della popolazione spesso senza avere strumenti di supporto specifici (40% dichiara che non è presente, dove presente è usato solo dal 15%) interfacciandosi con gli EELL e con una pletera di soggetti che si occupano di sociale a rilevanza sanitaria.
- *Complessità relazionale interna* perché deve garantire l'erogazione delle prestazioni o assistenza
 - a volte senza avere un budget a disposizione es. assegnazione funzionale del personale
 - lavorando in contesti con organizzazione matriciale dove il direttore del distretto deve organizzare le risorse altrui...di altre unità organizzative e/o di altre aziende/associazioni (cooperative, sociale...)