

Il Presidente Gennaro Volpe ha consegnato questo documento durante l'incontro personale con il Ministro della Salute Prof. Orazio Schillaci avvenuto il 16 novembre 2022.



## **IL DISTRETTO NEL DM 77 NELL'ANALISI DELLA CARD tra passato, presente e futuro.**

**Gennaro Volpe \***, **Paolo Da Col<sup>^</sup>**, **Antonino Trimarchi<sup>^</sup>** – **CARD** - Confederazione della Associazioni Regionali dei Distretti, Società Scientifica delle Attività Territoriali

\*Presidente Nazionale CARD; <sup>^</sup> Centro Studi CARD

### **INTRODUZIONE**

Il recente Decreto Ministeriale 77 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/06/22/144/sg/pdf> che regolerà la nuova assistenza territoriale segna, a nostro parere, un'importante tappa nella storia del SSN. Ne apprezziamo, al di là di ogni dubbio espresso in questa nota, il fatto evidente che in esso il Distretto torna al centro dell'attenzione, insieme a “cose di assistenza territoriale”, come non si vedeva dai tempi del DL 502/92 e 229/99, leggi dello Stato (il DM ha in realtà natura di “regolamento”, non di “riforma”) che per noi restano guida inseparabile e tuttora nostri punti di riferimento, culturali ed operativi (particolarmente il DL 229). Il DM 77 si aggiunge a questi in modo certamente rilevante.

La CARD, unica Associazione e Società Scientifica italiana dei Distretti si rallegra di questa rinnovata e approfondita attenzione.

Lo scopo di questa nota è soffermarci su come è considerato il Distretto nel DM 77, senza addentrarci in dettaglio nei suoi elementi correlati (Casa della Comunità, COT, ecc.). Riprenderemo molte riflessioni ed idee sul Distretto sviluppate in quasi trenta anni di storia della CARD e reperibili nel nostro sito web istituzionale [www.carditalia.com](http://www.carditalia.com) cui rimandiamo.

### **Come primo punto, occorre porsi la domanda se il Distretto effettivamente esca rafforzato dal DM.**

La risposta è affermativa, ma con riserva. Affermativa in quanto il Capitolo 4 del DM è specifico per il Distretto già nel suo titolo “*Distretto: funzioni e standard organizzativi*”; chiaro ed utile il box iniziale (riprodotto in appendice) in cui è chiara la sua dimensione di riferimento (100.000 abitanti, variabili secondo caratteristiche di popolazione e territorio orografico) e la sua composizione. Viene enunciato che “*La programmazione deve prevedere i seguenti standard.....*” e segue l'elenco dei nuovi servizi e strutture di sicuro rinforzo del “territorio”.

La nostra riserva nasce dal fatto che il termine “*programmazione*” non implica in realtà “*realizzazione*” e gli “*standard*” non sono riferiti al modello costitutivo di Distretto, bensì agli elementi che – secondo noi – in esso la programmazione deve includere. Secondo la nostra interpretazione del DM, qui sussistono i fattori di debolezza. Primo, la natura giuridica del DM si posiziona ad un livello inferiore nella gerarchia delle fonti di diritto rispetto alle leggi sopraccitate (si ripete: il DM è atto di “regolamento”, non di legge statale di “riforma”). Secondo, valorizziamo quanto riportato nell'art. 1 comma 1, ove si legge “*Il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli Allegati 1, avente valore descrittivo, e 2, avente valore prescrittivo,.....*”. (nostro il grassetto).

Dunque sono solo i contenuti dell'Allegato 2 (in cui NON è incluso il Distretto, che è presente nel primo) ad essere prescritti per tutto il territorio nazionale, e che divengono, pertanto, espressione della potestà connessa ad una competenza legislativa esclusiva dello Stato (ex art. 117 c.2 lett. m della Costituzione );

secondo noi per questo assumono significato di livelli essenziali (LEA), da soddisfare in modo uniforme in tutto il Paese. Ciò appare coerente con gli assunti del successivo art. 2 (“*Monitoraggio*”), che richiama al comma 3 e 4 il ricorso a meccanismo di verifica e valutazione specifici, previsti, appunto, per i LEA. Ne consegue che per noi assumono valore cogente (LEA) solamente gli standard e modelli dell’Allegato 2, ma non i contenuti (“descrizioni” del primo, non rientrando quindi il Distretto nella regolamentazione e modellistica uniforme ed obbligatoria. Argomentazioni opinabili, probabilmente, ma riteniamo non prive di una qualche ragionevolezza. Ovviamente, atti formali appropriati dovranno essere adottati per definire questa questione dei LEA qui prospettata.

In conclusione, permane per le Regioni la possibilità di sottrarsi ad un modello sufficientemente omogeneo di Distretto, mantenendosi così tutte le premesse per l’attuale grande eterogeneità. Si è persa quindi l’occasione di indirizzarsi con rigore all’istituzione di Distretti solidi, uniformi, portatori di diritti (tali sono i LEA). Per essere chiari: le Regioni possono mantenere ampi gradi di libertà attuativa, con obbligo di realizzare un’assistenza territoriale sicuramente più ricca di “contenuti” (i nuovi servizi e strutture territoriali del DM, di cui sono indicati puntualmente modelli e standard) ma con molta minore certezza riguardo al “contenitore” (il Distretto), rimanendo indefinito il suo modello (necessario per i poteri e strumenti per coordinarne tali interventi ) ed i suoi standard (le risorse di cui dovrebbe essere dotato ex-lege statale per poter esercitare effettivamente tale funzione). Nella trattazione riprenderemo e approfondiremo questi concetti.

Pur con queste asimmetrie, lo scenario globale proposto per il Distretto si presenta positivo, rispetto ad oggi, in quanto induce a ritenere che al Distretto spetti un ruolo chiave-guida nella costruzione della nuova architettura dell’assistenza territoriale.

Le ipotesi per questa scelta ambigua del legislatore secondo noi possono risiedere nella mancata volontà da parte dello Stato di imporre un modello unitario di Distretto, in quanto era mancata l’intesa in Conferenza Stato Regioni (fatto citato anche nel preambolo del DM), e nella scelta delle Regioni di non cedere potestà allo Stato di programmare e realizzare i Distretti a proprio intendimento.

La CARD confida che nei prossimi mesi le soluzioni per tali dubbi giungano dal nuovo Governo e Parlamento, che speriamo vogliano risolvere queste ambigue asimmetrie e adottino provvedimenti chiari per indicare in modo cogente a livello nazionale un “modello e standard” per Distretti “veri e forti” omogenei ed uniformi (LEA) per divenire le pietre angolari della “nuova sanità territoriale” uniforme in tutto il Paese, indicando espliciti mandati di regia del nuovo Distretto post-DM77 per realizzare, mantenere e governare le nuove strutture, servizi, professionisti che il DM 77 chiaramente definisce nel Box 1 di pagina 23 del DM (v. appendice).

Nella presentazione del DM 77 all’opinione pubblica e al settore tecnico si sono enfatizzati, comprensibilmente, i nuovi servizi e le nuove strutture che andranno a costituire la nuova rete territoriale. Questi per noi compongono un “mosaico” in cui le diverse tessere creano un insieme che abbiamo tentato di rappresentare nella figura 1.

**FIGURA 1. Rappresentazione schematica del “mosaico” formato da tutti i servizi e strutture previste dal DM 77 che meritano di essere posti sotto la regia complessiva del Distretto.**



NOTA: 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.

Nostri sono i due ovali indicanti il Dipartimento di prevenzione e di salute mentale/dipendenze, posti volutamente al confine con il perimetro distrettuale: intendono rappresentare la inscindibile integrazione tra le due strutture ed il Distretto. I temi della prevenzione sono presenti nel DM 77 e già è prevista una loro strutturazione (vedi cerchio in basso a destra), mentre l'area della salute mentale è sorprendentemente omessa nel decreto. Preme invece rimarcare che “non c'è salute senza salute mentale” e quindi in una riconfigurazione dell'assistenza territoriale deve trovare posto una grande attenzione a questo tema, che si è purtroppo ampliato a causa della pandemia COVID-19. Il Distretto quindi deve essere promotore anche dello sviluppo di queste due aree di intervento, per un approccio alla salute globale.

Il nostro sforzo è di superare la frammentazione ed azione isolata-scoordinata dei singoli punti e far comprendere che l'insieme diventa coerente (efficace) solamente se i tasselli sono tra loro collegati da un'idea comune, da obiettivi convergenti. Nella comunicazione mediatica il richiamo principale è stato per le Case della Comunità (CdC), presentate (nella versione hub) come soluzione di molte mancanze attuali e nuovo baricentro del “nuovo territorio”, che potrà essere alternativo all'ospedale per rispondere a molte esigenze oggi scoperte e per cui i cittadini si rivolgono - impropriamente - all'ospedale. Spesso è trapelato il messaggio – più o meno esplicito – che essa è coincidente con il “nuovo” Distretto. E' un grave errore. Non tanto perché non è vero che esse costituiscono una novità, in quanto - pur con denominazioni diverse (Case della salute) già sono presenti in molti territori (e si è visto che per come agiscono i loro risultati sono inferiori alle attese) – ma perché portano ad identificare, erroneamente, il distretto con un edificio (potremmo dire “ospedaletti bonsai” o poliambulatori a portata di mano). Viceversa, un Distretto “vero” NON è un edificio, un luogo fisico, bensì una struttura operativa multifunzionale, multiprofessionale, multidisciplinare che agisce a tutto campo per la salute dei territori e delle Comunità, anche “oltre e fuori dai muri istituzionali”, ad esempio a livello domiciliare (“la casa come primo luogo di cura”), a livello di scuole, Comuni, Associazioni, svolgendo una funzione integrante che rappresenta la sua peculiarità. Solamente il Distretto, non un edificio pur multifunzionale e con presenze multiprofessionali, potrà offrire le soluzioni oggi mancanti ai molti problemi, attuali (era COVID) e precedenti (pazienti con molte malattie croniche, fragili, longevi, disabili, famiglie multiproblematiche, ed altro riassumibile come “persone con bisogni complessi” da prendere in carico).

## BREVE STORIA E FOTOGRAFIA ATTUALE DEI DISTRETTI IN ITALIA

Per rendere chiaro il nostro pensiero, e comprendere quale sia per noi il cambiamento auspicato e la direzione da intraprendere, riteniamo utile soffermarci brevemente sullo stato attuale in Italia dei Distretti, dopo oltre quarant'anni dalla loro nascita con la legge 833 del 1978. Attualmente lo scenario è dominato dall'eterogeneità: tra le Regioni ed al loro interno esistono realtà distrettuali molto diverse. Le diversità riguardano ampiezza/dimensioni, mandati, finalità, funzioni, risorse assegnate ed obiettivi, in un quadro di grande eterogeneità e disomogeneità, conseguenza di scelte regionali ed aziendali differenti in tema di sanità territoriale. Tendenzialmente, si osserva che tanto più deboli sono le realtà distrettuali, tanto

maggior e prevalente appare la visione ospedalocentrica. Ovvero, si privilegia “il centro” alla “periferia”, quindi in antitesi alla visione di “Prossimità”. In estrema semplificazione, con i limiti quindi del caso, potremmo dire che dai circa 750 Distretti di vent’anni fa si è passati ai 600 di qualche anno fa (dati ricerca di Agenas-Min.Salute, cui CARD collaborò – vedi Monitor n.27/2011), per arrivare agli attuali circa 520 (dato in progress - Fonte: ricerca MES-CARD). La tendenza nel tempo è stata di accorpare e fare Distretti sempre più grandi, per ampiezza di territorio e di popolazione, in parallelo all’ampliamento-accorpamento delle Aziende Sanitarie; quando in queste sono state riunificate le componenti ospedaliere (e magari universitarie) e territoriali, i Distretti si sono ritrovati ad essere posti in secondo piano tra le priorità aziendali e per dotazioni di risorse (mai aggiuntive, salvo eccezioni) e quindi sempre più penalizzati per realizzare ciò che oggi tutti dichiarano mancante: l’assistenza territoriale.

I Distretti si sono quindi ingranditi ma non potenziati, e si sono (sempre in una considerazione tendenziale) allontanati dalla logica della prossimità oggi tanto richiesta. Molti fatti indicano che i Distretti con risultati migliori per efficacia ed efficienza sono quelli in cui si è proceduto addirittura in senso inverso alla macro-dimensione, dove al loro interno si sono definite piccole realtà, secondo specifici contesti locali, ovvero delle microaree (realtà nate a Trieste) in cui la conoscenza puntuale dei bisogni genera risposte globali, locali e plurali sia per la Comunità che per i singoli individui, con un’organizzazione dell’offerta integrata dei servizi e delle risposte coerenti, sempre multidimensionali, favorendo welfare generativi e la percezione fondata nei residenti della vicinanza dell’Istituzione pubblica, con esito di un legame tra loro ed il proprio Distretto.

Fatta questa premessa, con approssimazione schematica potremmo raffigurare l’attuale esistenza dei Distretti in questo modo (arbitrario, ma non privo di realismo): i) ci sono Regioni in cui esistono dei Distretti “veri”, ovvero con architetture organizzative complesse e mandati funzionali includenti la produzione, committenza, governo ed integrazione di servizi e prestazioni territoriali; quindi con premesse valide per realizzare un’assistenza territoriale di qualità (in analogia con quanto descritto nel DM 77); ii) Regioni con Distretti “virtuali”, privi di impatto reale sulla popolazione e sugli altri assi dei servizi, anche ospedalieri; iii) Regioni in cui ai Distretti sono affidati solo compiti sostanzialmente burocratico-amministrativi (qui si esiste davvero la distorcenza coincidenza tra Distretto ed edificio, che “serve” ai cittadini solo per ottenere certificati e documenti sanitari); iv) Regioni in cui i Distretti svolgono solamente compiti di programmazione (e, talora, controllo), di interlocuzione con le Municipalità, essendo demandata la produzione delle prestazioni ai Dipartimenti territoriali (ad esempio denominati “Dipartimenti di cure primarie” in cui sono aggregati i Medici di Medicina Generale).

Le osservazioni raccolte dalla CARD nel panorama mostrano un range estremamente ampio delle dotazioni di risorse nei Distretti, con Distretti dotati di oltre 100 o 200 dipendenti, ed altri con poche unità, a seconda dei loro mandati (v. sopra). Le differenze sono visibili in termini quali/quantitativi di spazi di lavoro, tecnologie, automezzi, risorse umane, numero di MMG, numero di Comuni/Ambiti di pertinenza. Questa eterogeneità coinvolge anche le procedure di individuazione e di incarico per la Direzione; i Direttori di Distretto possono essere di nomina fiduciaria, concorsuale, od altro. Apprezziamo quindi che il DM 77 dedichi uno spazio ai Direttori di Distretto.

A fronte di questa eterogeneità fattuale, la lettura degli atti programmatori regionali ed aziendali mostra, viceversa, spesso una certa consonanza degli obiettivi e delle funzioni assegnate “al territorio” e, talora ai “distretti”: ad esempio quando si parla di “presa in carico”, di “paziente al centro delle cure”, ed ancora “governo dei MMG”, oppure “governo della spesa farmaceutica”, o “promozione dell’integrazione con gli Ambiti Sociali” ed altre lodevoli affermazioni consimili, cui però non si associano coerenti provvedimenti attuativi, affidamento di strumenti e poteri coerenti ad un soggetto a ciò esplicitamente deputato. Dunque, in sintesi, negli anni passati abbiamo spesso assistito ad una dissociazione tra principi e pratiche, ad enormi differenze di interpretazione dei Distretti e di ciò che oggi è riassunto nella dizione “assistenza territoriale”.

La sua rilevanza - non dimentichiamolo - è balzata sotto gli occhi di tutti durante la pandemia. “Il territorio non c’è”, si è spesso sentito dire. Vero: ma non si è spiegato che la causa non consisteva solamente nella debolezza della medicina generale, ma ben più ampi erano i motivi, ben evidenti le errate scelte complessive del passato. E sembra poter affermare con sufficiente certezza che non solo dove “il territorio” era più forte le difficoltà dell’epidemia meglio sono state affrontate, ma dove i Distretti agivano come strutture ben organizzate si sono contenuti i danni ed aumentata la protezione (ad esempio, anche nella copertura vaccinale).

Le vicende COVID-19 hanno allargato le competenze dell’assistenza territoriale, non più legate solamente alle “cronicità” (come si usava dire in era pre-COVID), ma sono necessarie per vicende acute-acute, dimostrandosi così la validità degli assunti della Primary Health Care ([https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1)): i sistemi sanitari devono oggi basarsi, anche nei paesi economicamente più ricchi, su interventi di primo livello, efficaci e di basso costo, a bassa tecnologia ed alta relazione, di pronto e facile accesso. Durante l’epidemia, ai cittadini è mancata un’alternativa all’ospedale nell’assistenza territoriale; le Comunità locali chiedevano (chiedono) di trovare vicino ai luoghi di vita e di lavoro risposte adeguate, pronte, tempestive, continuative, coordinate rispetto ai propri bisogni, sempre più spesso complessi anche nella malattia COVID-19. Molti anni fa si affermava che per rafforzare il territorio era necessario “far dimagrire l’ospedale, e ciò per molti versi è avvenuto, ma anche troppo, come si è ben visto, ed in contrasto con il volere delle Comunità locali, mentre non sono cresciute le alternative alla riduzione dei posti letto e delle strutture ospedaliere (piccole), ovvero quelle previste nell’Allegato 2: maggiori cure ambulatoriali, cure intermedie, cure domiciliari.

Non c’è spazio qui per affrontare il nodo centrale di queste vicende, passate, presenti e future: la riforma della medicina generale. Questa oggi manca, ed è irrisolvibile se la si affronta nel dualismo medici a dipendenza oppure medici convenzionati. Posto che è tutta la medicina convenzionata (pediatri, medici della continuità, specialisti ambulatoriali) a dover essere rivista, i MMG che dovranno essere i primi attori del DM 77 devono essere immessi nella nuova organizzazione con una precisa previsione di chi dovrà esercitare il loro coordinamento, la regia complessiva, ovvero – secondo noi – la responsabilità della loro governance, che va affidata ai Distretti (anche per questo scopo devono esistere Distretti non virtuali, e si torna alla necessità che standard organizzativi del Distretto si ritrovino anche nell’Allegato 2, prescrittivo). Forme di autogoverno dei MMG già sperimentate (ad es. con le AFT) hanno prodotto solo risultati molto parziali, per lo più in termini di un certo grado di allineamento nelle prescrizioni, ma ben poco o nulla – per esempio – sul fronte del progresso delle cure domiciliari.

**Il riassunto della storia vera del “territorio”** è quindi così proponibile: a) ultradecennale “disattenzione” all’assistenza territoriale, ai Distretti, con “campo libero” ai medici convenzionati; b) in epoca pre-COVID, iniziale attenzione al tema delle “cronicità” da trattare-trattenere nel “territorio”, con lo scopo più di allentare la loro pressione sugli ospedali che assicurare a milioni di cittadini con malattie di lunga durata (“croniche”) buona qualità di vita e sopravvivenza; c) arrivo dell’evento pandemico, con decine di migliaia di pazienti acuti-acute e sconvolgimento del sistema, sia ospedaliero che territoriale; d) coro di invocazioni per “più assistenza territoriale”, con qualche visibile sforzo di attuazione, ma senza la definizione del soggetto responsabile della sua realizzazione e del cambiamento (il Distretto, secondo noi); e) arrivo di fondi europei (PNRR), che impongono una “riforma territoriale” (M6C1 “Riforma 1 del PNRR: definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale”), senza la quale non sarebbero erogate le nuove risorse per gli investimenti finalizzati a realizzare offerte di “prossimità” (a dire: *no riforma, no contributi*); f) incertezza di simmetrico aumento delle risorse per la spesa corrente (inevitabilmente in aumento) per rendere funzionanti le “cose” attuali e del futuro; g) la riforma prevista nel PNRR conduce alla pubblicazione del DM 77. In sintesi, è l’epidemia, con le sue tragedie, ad aver risolto le incertezze per affrontare le carenze del “territorio”, pur essendo state queste rese note e analizzate ben prima; il tempo perduto e l’impegno dei decisori politici vincolato alle stringenti regole europee potrà far aumentare le probabilità e possibilità di vedere costruite in Italia le infrastrutture per le cure primarie, al cui centro sta il Distretto.

## L'ANALISI DEL DM 77 RISPETTO AL DISTRETTO

Passiamo ora ad una lettura più analitica del DM, iniziando dalla parte introduttiva del testo della GU.

Nelle premesse del testo della Gazzetta Ufficiale si legge un primo passaggio per noi rilevante: *“Ritenuto necessario, per le finalità sopraindividuate, **anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all’articolo 32 della Costituzione**, (nostra l’evidenziazione) procedere alla definizione, in modo uniforme per l’intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitative delle strutture sanitarie dedicate all’assistenza territoriale...”* Bene: si parte dal diritto costituzionale di tutela della salute. Il “garantire” e “la garanzia” costituiranno un leit motiv di tutto il nostro intervento. Quando si parla di “garanzie” scatta immediatamente il richiamo ai **LEA**. Ed infatti ribadiamo che all’articolo 2, comma 4, è chiaramente espresso che la verifica dell’attuazione del presente Regolamento rientra nelle attività di monitoraggio dei LEA, e pertanto ci sentiamo rassicurati che ogni intervento mancato o non andato a buon fine non dovrebbe rimanere nascosto ed essere oggetto di trasparente monitoraggio dell’attuazione dei LEA (si ripete: tali per noi sono tutti gli interventi dell’allegato 2 – v. sopra).

Questa osservazione ed interpretazione dei LEA del DM 77 ci consente altresì di ricordare un tema caro alla CARD: se i LEA rappresentano i diritti per i cittadini ed i doveri per le Istituzioni, se i LEA sono il punto di equilibrio tra bisogni-domanda dei cittadini e ciò che lo Stato ritiene giusto ed equo, sostenibile e compatibile erogare, domandiamo: è possibile che esistano i Livelli essenziali di assistenza distrettuale, senza l’esistenza di un erogatore altrettanto essenziale ? ovvero senza il Distretto, che diviene così “specializzato” in LEA ? Invitiamo il lettore a far propria questa considerazione per capire la nostra chiave di lettura del Distretto nel DM77 e di come questo si leghi alla nostra contestazione che il Distretto non sia presente nell’allegato 2, mentre lo sono strutture e servizi che diventano essenziali, dunque diritti per i cittadini, doveri per le Istituzioni, e sembrano poter agire senza un vincolo obbligatorio di essere posti sotto il coordinamento unitario del Distretto.

Verifichiamo ora insieme come la parte espositiva del il DM risponde ad alcune semplici domande: **a cosa serve il Distretto ? quali le sue funzioni ? quali gli obiettivi ? come è (dovrebbe essere) organizzato ?**

Una prima risposta importante, chiara e sintetica la troviamo nelle ultime quattro righe di pagina 25 (quindi alla conclusione del capitolo): “

*“Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, **la funzione di garanzia** (nostra l’evidenziazione) 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.”*

Come anticipato sopra, Il Distretto (ed anche il suo Direttore, precisazione non trascurabile) è pertanto elemento di garanzia; valuta i bisogni e le priorità di azione, la sostenibilità, la produzione degli interventi.

E’ giusto rilevare che al tema centrale e fondante della **valutazione del bisogno** il DM dedica le pagine precedenti, con una tabella (vedi tabella 2 di pagina 19) che descrive sei livelli di bisogno, nel range “persona in salute “ (I livello) fino a “persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale” (V livello; il VI è riservato alle persone in fase terminale). Un Distretto degli anni a venire deve “garantire” questo primo requisito: censire a livello di comunità e individuo il bisogno, che – è spiegato – può essere semplice o complesso e in corrispondenza tale sarà anche il PAI.

Pertanto al primo posto sta la funzione di garanzia. Il termine “**garanzia**” (concetto espresso qui come sostantivo ed altrove come verbo “garantire”) lo ritroviamo ben nove volte nel testo, rafforzato da altre sei dall’analogo termine “..assicura...”. E ci pare molto pertinente che questo ruolo di advocacy del Distretto nasca dall’intenzione di conoscere i bisogni, su cui vanno tarate le offerte di

servizi, organizzate le priorità, come ben descritto – risalendo - nella parte iniziale del decreto e ribadito oltre: ... *“la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto”*.

Il concetto viene arricchito nel paragrafo sottostante al box illustrativo, al quarto capoverso:

*“ Il Distretto **garantisce** inoltre una **risposta assistenziale integrata** (nostre le evidenziazioni) sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.”* Ed ancora, la garanzia è per *“... 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”*.

Se al primo posto sta la funzione di **garanzia**, al secondo va quella di **integrazione**. Il Distretto “vero” deve essere integrante le molteplici azioni ed interventi per la salute svolti dalla pluralità di attori, anche informali, che in esso sono inclusi, e integrante anche strutture, istituzioni, servizi. L'integrazione è, nei fatti, oltre che nelle premesse, il modus operandi e vivendi del Distretto “vero”. Ogni Regione ed ogni ASL dovranno (dovrebbero) avere un modello di Distretto con cui si assicurano risposte assistenziali integrate, con meccanismi integranti anche i vari nuovi servizi che si andranno ad attivare post DM 77 (ben riassunti nel Box 1: le case ed ospedali di comunità, ecc.). Confidiamo di aver così spiegato la differenza tra Casa della Comunità e Distretto.

Torniamo ora al Box di pag. 23 per rispondere a domanda di come deve essere organizzato il Distretto e quali sono i suoi obiettivi.

Qui è precisata la dimensione-tipo del distretto: 100.000 abitanti, variabili secondo contesto locale; nella riga successiva si legge: *“La programmazione deve prevedere i seguenti standard...:”*. Dunque il DM afferma che la “programmazione” ha l'obbligo di realizzare i nuovi elementi, avvicinandoci così ai vincoli attuativi dell'Allegato 2. Ciò potrebbe far diminuire l'opzionalità dell'esistenza obbligatoria del distretto di cui prima parlavamo. Se sono LEA tutti i “contenuti” (Casa ed Ospedale di Comunità, UCA, COT, ecc.), perché non anche “il contenitore” (Distretto) ?

Ci stiamo addentrando in interpretazioni soggettive, ma riteniamo non irragionevoli.

Restiamo perplessi quando leggiamo (immediatamente sotto il box): *“Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, ....”*

Qui enfatizziamo che il Distretto non può essere “articolazione funzionale!”, bensì deve costituirsi come **solida struttura operativa ad alta complessità**, riconosciuta di livello almeno pari a quello di un Dipartimento ed acquisire nell'Atto Aziendale e nell'organigramma una rilevanza preminente, con premessa strutturale ed organizzativa “forte e chiara” per renderlo “forte” e fargli esercitare in modo “forte” quanto poi lo stesso DM prevede: *“ 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.”* e più avanti *“A seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono.”*

Il Distretto quindi può – meglio sarebbe “deve” - essere sovraordinato alle nuove unità territoriali (la Casa della Comunità, ad esempio, la COT, ecc.) e ciò, a nostro parere, deve tradursi nella presenza all'interno del Distretto di strutture complesse e semplici in cui possono essere incluse queste nuove strutture e servizi del DM 77. Dunque è assolutamente riduttiva e ambigua la definizione di un Distretto *“articolazione organizzativo-funzionale”*, che ben pochi poteri potrebbe avere per reggere responsabilità che devono essere ben individuate ed agite. La dizione del DM lascia troppo spazio a interpretazioni minimaliste già viste; ad esempio in una ASL del nord-est un Direttore Generale aveva predisposto un Atto Aziendale in cui i Distretti erano strutture semplici !

Ci sembra utile sottolineare che queste nuove strutture-servizi territoriali sono deputate a “.. *determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento*”. Molto bene: l’atto finale e pregnante dell’attività territoriale è proprio la presa in carico delle persone e delle Comunità.

Rispetto alla domanda di quali siano gli obiettivi, riemerge “la garanzia”: “*In particolare, l’organizzazione del Distretto.... deve **garantire*** (ancora una volta il neretto è nostro):

- *l’assistenza primaria, .....*
- *il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta .....*
- *l’erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ..... nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.”*

Per il Distretto quindi tre obiettivi di garanzia chiari e precisi, che si aggiungono a quanto sopra spiegato e possono essere così commentati:

**L’ASSISTENZA PRIMARIA:** è ciò che da oltre 40 anni è debole in Italia e qui è enunciato quale primo obbligo di garanzia. Come già ricordato prima, questo termine è la traduzione (incompleta) del termine Primary Health Care (PHC) del mondo anglosassone. Se uno dovesse riassumere in una parola “cosa fa il Distretto”, questa sarebbe la citazione più appropriata: i Distretti sono gli interpreti, gli esecutori della PHC, che ha come caratteristica l’approccio e la visione olistica della salute, dalla prevenzione-promozione della salute alla diagnosi, terapia e cura, alla riabilitazione. L’assistenza primaria va accostata alla continuità assistenziale, obiettivo che richiede “*necessario coordinamento e approccio multidisciplinare*”, ovvero – diciamo noi - tra tanti professionisti e molteplici servizi di tipo sanitario, sociosanitario (integrazione intra-sanitaria, di tipo verticale) e sociale (integrazione sociosanitari, orizzontale).

**I MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG):** “*il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta*” che deve essere garantito dal Distretto è da molti lustri considerata un’esigenza essenziale del SSN. Evento che ancora oggi non è la regola, né lo scopo considerato da tutti irrinunciabile. In un Distretto di 100.000 abitanti operano circa 80-90 MMG; lo sforzo di coordinamento è – per esperienza diretta – molto impegnativo, quando finalizzato a motivarli per agire non più come singoli professionisti isolati o aggregati per “piccoli scopi”, ma come professionisti al servizio di obiettivi non parcellari. E’ noto il dilemma degli ultimi mesi se i MMG e PLS debbano passare a dipendenza diretta. Per noi è un falso problema, che distoglie l’attenzione dal vero problema: quali obiettivi essi devono raggiungere, quali le priorità. Se seguissimo la filosofia della PHC tutto sarebbe chiaro: rispondere ai primi bisogni, valutare quelli complessi ed indirizzare i pazienti al secondo livello come appropriato, mantenere continuità di cura, dare - infine - risposte ampie, coordinate, continuative, integrate multiprofessionali e multidisciplinari in molti setting di cura (ambulatorio, cure intermedie, cure domiciliari), in contesti che, sotto la regia del Distretto, dovrebbero essere da loro considerati come “case proprie”. Il Distretto è quindi la “loro casa” ed il Direttore di Distretto un prezioso alleato per esprimere al meglio la loro competenza ed esperienza. In realtà molti pensano che i MMG troveranno “casa” nelle Case della Comunità. Ma qui occorre ben distinguere (vedi Figura 1) quelle hub o spoke. Mentre nelle prime potrebbe verificarsi la virtuosa circostanza per loro del lavoro in equipe multiprofessionale ed un approccio integrato sia sul versante sanitario (ad es. integrazione con gli specialisti, gli infermieri, i fisioterapisti, gli psicologi, ecc.) che sociosanitario (integrazione con gli assistenti sociali), nelle seconde la probabilità maggiore è di veder ripetere quanto avviene nei loro ambulatori. Va riconosciuto che queste Case spoke potrebbero rappresentare una grande opportunità per la medicina di prossimità. Basti calcolare che oggi in Italia abbiamo poco meno di 40.000 MMG, e che i loro studi (molti ne hanno più d’uno, in territori diversi) sono veramente “a portata di mano” dei cittadini, in tutti i territori, urbani, extraurbani e nelle c.d. “aree interne” (piccoli paesi, zone rurali e montane disperse, isole, ecc.). Quindi oggi si tratta di valorizzare ciò che è prezioso, rafforzandolo (stop all’isolamento di questi MMG, anche se in zone disperse), e portare virtù dove questa manca (lavoro in equipe). Per questo, le connessioni (citate, del resto anche nel DM 77 o in precisazioni successive) tra Case hub e spoke richiedono una regia che già solo per



questo scopo porta ad immaginare come “obbligata” la presenza del Distretto regista di questi “*General Practitioner*” della nostrana PHC. Dovrebbero gli stessi MMG ad essere convinti che è conveniente per tutti di superare l’obsoleta visione di lavoro autonomo-autarchico monoprofessionale, limitato, pur se magari svolto con intento e spirito imprenditoriale (eventualità non infrequente, apprezzabile). Pensiamo che il loro accordo nazionale (ACN) sia il primo passo del cambiamento: è da rivedere, consensualmente e congiuntamente dalla parte pubblica e dai professionisti; andrà rivisto anche il sistema dei compensi, così come quello dei massimali di iscritti (a tendere, dato che ora la carenza di MMG mal si adatterebbe ad una riduzione dei massimali di 1.500 assistibili iscritti, dati i tanti pazienti complessi, con multimorbilità, per i quali certamente non bastano gli attuali circa 7 minuti in media di contatto nella visita ambulatoriale, secondo quanto riferito dagli stessi MMG), e non lasciano tempo per l’attività a domicilio o nelle residenze. A loro difesa, sarebbe da chiarire come si può pretendere che i MMG negli scenari previsti dal DM possano esercitare in modo appropriato nelle Case hub, poi in quelle spoke (alias: nei propri ambulatori), ed ancora al domicilio per coprire il 10% della popolazione ultra65enne (obiettivo del PNRR), ed infine nell’ospedale di Comunità, oltre a rispondere alle chiamate della COT ed altro ancora. Ripetiamo: senza un coordinamento, che significa anche organizzazione del lavoro in questi tanti setting di cura, come sarà possibile che i MMG siano efficaci ed efficienti ? Si pensa che un loro autogoverno possa bastare ? A noi sembra che queste siano ulteriori “prove” della necessità dell’esistenza del Distretto.

Infine, il Distretto – si legge sempre nel capoverso – è chiamato a “*garantire 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*”. Qui viene usata la terminologia e distinzione “classica” delle prestazioni sociosanitarie del 2001, che oggi si riferisce ad una vasta platea di utenti e di loro bisogni, attribuibili alle cosiddette “aree grigie” in cui sfumano i confini tra ciò che è sanitario e sociale, ma bene invece si vedono gli obiettivi dell’insieme delle prestazioni: il benessere globale della persona, la qualità di vita in tutti i suoi aspetti. Questa è una sfida ancora molto aperta per le organizzazioni territoriali e la vera “croce” degli utenti, orfani dei rimpalli tra competenze rivendicate dagli Enti Sanitari o Socioassistenziali quando tra loro non ben integrati, che si contendono la ripartizione di spese e costi, lasciando nel frattempo scoperti i bisogni degli assistiti (“bisogni sempre complessi”, nella classificazione del DM, come sopra accennato). Anche in questo, il Distretto dovrebbe essere il motore dell’integrazione e promotore della congiunzione degli interventi in programmi unitari e coordinati. Si noti che i LEA distrettuali sono “socio-sanitari” e che il Distretto è quindi per antonomasia una struttura deputata ad occuparsi di “socio-sanitario”, quindi di quella coppia di prestazioni sopraccitata, che rappresenta il futuro del nostro welfare. Quale altre ? nessuna, a nostro avviso.

Da tutto questo ci sembra che la visione del distretto baricentro di tutta l’assistenza territoriale non sia “partigiana” della CARD, ma rispetti la necessità di assicurare il progresso dell’assistenza territoriale in questa direzione. Il Distretto, se correttamente programmato, impostato, fatto crescere con elementi attivi e vitali potrà assicurare vera capacità integrante tra servizi e persone, tra enti ed istituzioni, tra soggetti e agenzie, con forte capacità di coordinamento ottenuta con leadership, non con forza gerarchica. Potrà creare reali possibilità di offrire risposte unitarie, coordinate e continuative (attributi già in uso ai tempi del DL 229 e sempre attuali), in una multiofferta con solida presa in carico globale, dunque non solo erogando frammentate “prestazioni di base”, con la finalità ultima - e torniamo sempre lì - di soddisfare i BISOGNI DELLE PERSONE E DELL’INSIEME DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE, OVVERO DELLA COMUNITA’.

Altre ancora sono le funzioni del Distretto descritte altrove nel testo, con questo ordine di comparizione: funzioni di programmazione, produzione, responsabilità direzionali.

La programmazione: è spiegata come “*la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell’utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili*” ..... per “*assicurare la fruizione delle prestazioni all’utenza*”. A parte la precisazione delle risorse disponibili

(essendo i LEA approvati anche in base alla loro compatibilità finanziaria, li assumiamo quali diritti esigibili non condizionati), sarebbe un grande cambiamento positivo se questa capacità potesse davvero avvenire.

La produzione: è ammesso che possa avvenire con “*erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari*”. Posto che per CARD debba prevalere sempre la forma diretta, ovvero di natura pubblica, la forma indiretta si collega alla possibilità del Distretto “vero” di svolgere la funzione di committenza verso erogatori privati accreditati, che – in coerenza con quanto sopra – nasce a seguito della programmazione tarata sui bisogni. Quindi si ribadisce il concetto che le due forme concorrono, pur in modo diverso, alla produzione di prestazioni e servizi che si indirizzano a soddisfare globalmente i LEA. CARD riguardo all’obiettivo del PNRR di raggiungere in ADI una copertura del 10% della popolazione ultra65enne e al verosimile ricorso a soggetti privati accreditati si è già espressa pubblicamente: il potenziamento deve avvenire privilegiando il settore pubblico e il ricorso al privato esclusivamente dopo avere compiuto ogni sforzo perché sia residuale e secondario all’intervento pubblico, cui deve spettare sempre e comunque la parte complessa, non prestazionale del settore. Infine, desideriamo sottolineare che la forma indiretta si può avvalere di soggetti profit o no-profit, e su questa differenza servirebbe un ampio dibattito, non possibile in questa sede.

Infine, nel terzo punto – le responsabilità direzionali – il DM afferma che “*a seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il Distretto opera sia come committente che come gestore*”. Come già spiegato sopra, riteniamo del tutto appropriato che il Distretto sia sovraordinato a unità interne con attività specifiche e che queste unità di produzione devono ricevere guida, orientamento, governo unitario dal Direttore di Distretto, pur lasciando ampi spazi di autonomia e responsabilità alle stesse unità sotto ordinate. L’organizzazione territoriale deve avvalersi molto poco degli orientamenti gerarchici e molto della capacità diffusa di leadership (middle management). Autonomia e responsabilità sono binomi inscindibili. L’orientamento netto di CARD, suffragato da anni di esperienze e confronti sul campo in tutti i Distretti, è quindi per la netta preferenza per un Distretto che sia solida struttura operativa sovraordinata alle molteplici entità che erogano servizi di natura distrettuale (alias: le nuove entità del PNRR), che abbia strumenti e poteri congrui per garantire i LEA distrettuali. La prudenza con cui qui viene esposto il modello organizzativo genera rischi di confusione, che compromettono il raggiungimento degli obiettivi. Lasciare aperti spazi all’interpretazione locale (regionale, aziendale) dei Distretti comporta il rischio (secondo noi certezza) che verranno a mancare gli strumenti di governo del sistema, si creeranno Distretti deboli o molto deboli anche nella capacità di integrazione. E’ di provata esperienza che l’integrazione avviene solamente quando l’identità dei soggetti è forte, chiara, esplicitata, ben visibile, e reciprocamente accettata e rispettata.

Affrontiamo ora un altro passaggio molto rilevante: “*Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell’ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all’interno del bilancio della ASL.*” Si pone qui la questione del **budget di distretto**, che deve essere praticato come correlazione tra obiettivi (per noi: di copertura dei bisogni, dei LEA) e risorse a disposizione (per costruire tali risposte) e non da intendersi solamente come perimetro imposto di limiti di spesa (significato spesso erroneamente attribuito a tale termine). L’autonomia qui precisata significa alto livello di responsabilità sia sul fronte della conoscenza dei bisogni sia dell’uso corretto delle correlate risorse per soddisfarli. Quando questa autonomia è riconosciuta ed agita (fatta agire dalle Direzioni Generali), il Distretto assume il connotato di struttura essenziale e “forte”, che dà impulso alla vitalità del Distretto, alla sua visibilità e credibilità (veridicità). Si ricorda che gli aspetti dell’autonomia qui citati ripetono esattamente quanto indicato nel DL 229 (e raramente messo in pratica). La contabilità separata dovrebbe poi essere strumento di massima trasparenza e comprensibilità dell’utilizzo delle risorse (così come del loro volume). CARD ritiene che questa esplicita indicazione all’autonomia con contabilità separata (risalente ancora al DL 229/99) dovrebbe anche riflettere un ragionamento per cui: i) molteplici sono i centri di costo e di responsabilità interni del Distretto, come si addice ad un’organizzazione

complessa e molto articolata nelle sue linee produttive e gestionali – il Distretto “vero”; ii) si chiarisce (salvo operazioni di “cosmesi di bilancio”) quali sono i costi/spese per la parte ospedaliera o territoriale, al fine di rendere trasparente quante/quali risorse sono impiegate nell’una o nell’altra parte, consapevoli che il traguardo del 55% al “territorio” e 45% all’“ospedale” non è target burocratico-contabile, bensì lo specchio del rispetto delle priorità dell’uso delle risorse rispetto ai bisogni rilevati. I detrattori di questa visione temono che si vada così a creare una “aziendina” all’interno dell’Azienda. Nulla di più sbagliato. Si tratta, invece, di capire che solo con il Distretto l’Azienda può soddisfare i LEA distrettuali (“territoriali”) e affiancare all’assistenza ospedaliera (“l’ospedale”) ciò che serve per usare poco l’ospedale per usarlo bene; offrire risposte che l’ospedale non potrà mai dare e che, se ci prova, fa disperdere energie e risorse. Ormai è chiaro che esiste un’appropriatezza organizzativa e della domanda, e questa non può essere gestita che nel “territorio” da un soggetto deputato a questo: il Distretto, per noi, ineludibilmente. Intuibili l’impatto di tutto questo sul Direttore di Distretto.

La questione del **Direttore di Distretto** chiude il capitolo nel DM. Come anticipato all’inizio, attualmente questa figura oggi rispecchia l’eterogeneità dei Distretti. Qui ci preme ribadire che se consideriamo le nuove “pedine” sulla scacchiera territoriale che il PNRR introduce (le Case della Comunità, gli ospedali di Comunità, le COT, gli infermieri di famiglia e di Comunità – vedi figura 1) e le funzioni del Distretto fin qui illustrate, la figura del Direttore le condensa e riunisce tutte. Una figura quindi ad alta responsabilità, che richiede anche precise competenze, del “sapere e saper fare”, ed anche “saper essere”. La gestione unitaria del “mosaico territoriale”, il coordinamento intelligente e coerente di strutture e servizi, l’armonizzazione di bisogni e risposte, le proposte alla direzione generale per uno sviluppo strategico ed operativo del territorio di medio-lungo termine esige un’azione unitaria di una persona che esprime più autorevolezza che autorità, che pensa ed agisce per realizzare obiettivi di salute “one health”. Riprendiamo qui una metafora della CARD, secondo cui il Direttore di Distretto potrebbe essere paragonato ad un Direttore d’orchestra (più sinfonica che da camera) il cui compito primario è interpretare bene la partitura per “fare musica” (per noi: “fare salute”) riuscendo ad armonizzare tutte le sezioni orchestrali, senza che nessuna primeggi e tutte si sentano al servizio – appunto – di “fare musica insieme”. CARD ritiene che i tempi siano maturi per procedere ad una formazione specifica, di alto livello per Direttori di Distretto che, unitamente a requisiti specifici di esperienza professionale coerente con la funzione di Direttore di Distretto, possa sfociare nella costituzione di una sorta di “albo nazionale degli idonei” cui fare riferimento per coprire i nuovi incarichi.

Occorre evitare che le candidature direzionali frammentate delle diverse strutture e servizi del DM 77 non diventino occasione di “opportunisti” estranei all’interesse pubblico ed al bene comune, caratteristiche proprie dei Distretti.

A parte, collegato a tutto questo, merita considerare il capitolo 16 del DM: SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA’. Nel testo sono ben analizzate le soluzioni di cui deve disporre il Distretto di tipo digitale, telematico, informatico ed altro che, in sintesi, sono oggi necessarie per raggiungere tutti gli obiettivi qui illustrati, sia di tipo clinico-assistenziale (si pensi alla telemedicina, teleconsultazione, telemonitoraggio domiciliare, ecc.), sia gestionale (conoscenza dei bisogni, profili di rischio, budget di distretto, ecc.). Non c’è spazio per approfondire, ma questi aspetti sono cruciali; occorre conoscerli e praticarli con grande scrupolo.

## CONCLUSIONI

Cogliamo le molte occasioni favorevoli portate dal DM 77 per il potenziamento del “territorio” e del Distretto in particolare; altre ancora ne andranno create per essere più sicuri che ci siano giuste premesse per raggiungere nel breve termine un’assistenza territoriale molto migliore dell’attuale. A noi sembra che sia oggettivo il fatto che occorre rendere il Distretto un punto centrale più stabile del sistema sanitario pubblico. Bisogna - speriamo cresca il convincimento unanime - puntare ancora di più sul Distretto, in modo inequivocabile, chiarendo tutti i punti ambigui che abbiamo cercato di analizzare. Serve per questo

uno sforzo corale di pubblica opinione ed ancor prima del settore professionale per maggiori conoscenze sul valore e rilevanza della PHC, del lavoro di comunità, della medicina di comunità. Vanno create forti alleanze per azioni condivise non solamente tra chi già opera nell'ambito distrettuale, ma a tutti i livelli dell'ambito sanitario, sociale e delle Istituzioni che portano responsabilità di interventi su tutti i determinanti sociali della salute: lavoro, reddito, istruzione, ambiente ed altri. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)71146-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)71146-6/fulltext)).

La nuova assistenza territoriale che si delinea sarà molto articolata, con diversi nuovi livelli di offerta, specifica per contesti territoriali specifici, ovvero in cui sarà necessario svolgere un lavoro di prossimità ben percepibile dai residenti, rispondente a bisogni sempre più numerosi e complessi, per i quali operano decine e decine di professionisti di molteplici discipline, competenze, appartenenze. Serve individuare un punto di riferimento di governance, di convergenza, di unità di intenti e metodi: per noi, e invero ciò si ritrova nello stesso DM 77, questo è il Distretto. Merita farlo emergere in modo inequivocabile, ineludibile, non suscettibile di interpretazioni così diverse come oggi vediamo nei (circa) 550 Distretti censiti, e così diversamente capaci di (non) offrire la gamma di risposte richieste dalle persone di un territorio, dalle Comunità locali.

**CARD ritiene che il DM 77 costituisca un punto di partenza più che un punto di arrivo per la crescita dell'assistenza territoriale e per un approccio innovativo alla riduzione delle disuguaglianze di salute.** Per questo chiede con forza che il Distretto diventi una struttura stabile (sottolineiamo questo attributo), omogeneamente interpretata, organizzata, agita in tutti i territori italiani. Sarebbe una forzatura affermare che chiediamo “un modello unico di distretto”, ma la direzione suggerita è quella di trovare un punto di equilibrio uniforme tra ciò che è “essenziale” per tutti e ciò che è appropriato per il contesto locale specifico, sicuramente a partire dalla conoscenza dei bisogni. Resta, soprattutto, lo scopo comune di armonizzare nel e con il Distretto tutte le risorse del territorio distrettuale e delle Comunità locali che in esso vivono, siano esse di provenienza pubblica-istituzionale (sanità e sociale in primis, ma non solo: di tutte le altre istituzioni pubbliche che agiscono sui determinanti sociali della salute – v. sopra) ovvero appartenenti al settore privato (famiglie, individui assistiti), del privato sociale, del terzo settore, della cittadinanza attiva e del volontariato, tutte riunite e convergenti per lo scopo comune di costruire programmi di salute e di benessere, qualità di vita, sicurezza, protezione e presa in carico dei più fragili, ormai tantissimi. Insomma, un Distretto emblema della sanità pubblica per un pubblico bene.

**Dunque costruiamo certezze per avere Distretti “certi” e “certificati” nella qualità di risposte date, coerenti con i bisogni.**

#### 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.