

Il Distretto. Un bilancio a (quasi) vent'anni dalla Riforma Sanitaria Ter

Cinque premesse analitiche e cinque proposte di attacco sui nodi critici irrisolti, per un indispensabile rilancio del suo ruolo.

Gentile Direttore,

se il 2018 celebra i quarant'anni della nascita del Sistema Sanitario Nazionale (Legge 833 1978), un'altra ricorrenza (benché irrituale, in quanto non ancora giunta al traguardo dei vent'anni esatti) è altrettanto significativa e degna di riflessione.

Diciannove anni ci separano, infatti, dall'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 229 del 19 Giugno 1999 (cd Riforma Ter) dal titolo "Norme per la Razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale", che avrebbe voluto e dovuto intervenire in modo decisivo nella riforma della governance della sanità in Italia.

Decreto che molte speranze di cambiamento innescò, in chi pensava ad un rilancio dei principi della 833 (dopo il processo di Aziendalizzazione "hard" del 1992-93) e in particolare del welfare territoriale, attraverso il potenziamento del ruolo del Distretto.

Infatti, dopo il Decreto Legislativo n. 502 (successivamente modificato dal D.Lgs 517), il quale conteneva sul tema un solo riferimento ed anche piuttosto generico (Art. 3 comma 5), laddove si limitava a stabilire che *"spetta alla regione disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento dell'aziende Usl, definendo, tra l'altro l'articolazione delle Usl in distretti"*, il D.Lgs 229 sembrò intervenire a completamento, sulla configurazione concettuale, di mandato e organizzativa del Distretto stesso.

Ma questa normativa gettava davvero nuove fondamenta affinché il Distretto divenisse l'artefice del cambiamento tanto atteso all'interno delle USL, riconoscendogli definitivamente un ruolo (il ruolo?) nel trasformare la Sanità italiana, baricentrandola, *istituzionalmente e organizzativamente*, sulla lettura del bisogno di salute rispetto alla gestione della domanda di servizi e, di conseguenza, sul territorio anziché sull'ospedale, in modo radicalmente nuovo? Riconosceva altrettanta dignità al Distretto di quanta ne riconoscesse ai Presidi Ospedalieri o anche ai Dipartimenti di Prevenzione e di Salute Mentale del territorio, in cui si era già articolata prima la USL e poi l'Azienda USL? O lasciava invece irrisolti i nodi chiave?

Rispondere a queste domande può rivelarsi un approccio fecondo per stilare un bilancio di cosa è riuscita "a portare a casa", concretamente, quella norma, tutt'ora vigente.

Provo a farlo con cinque premesse analitiche e cinque proposte di attacco sui nodi critici irrisolti, per un indispensabile rilancio del suo ruolo.

Parto da cinque premesse, che consegno alla disponibilità del lettore quali veri e propri elementi condivisi, che non hanno cioè necessità di essere troppo illustrati e dimostrati, ma che possono essere dati largamente per acquisiti, almeno tra gli addetti ai lavori.

Per prima cosa mi pare che esca del tutto confermata, dai dati oggi disponibili a distanza di vent'anni da allora, la diagnosi della *transizione epidemiologica* del quadro salute/malattia a cui la norma implicitamente faceva riferimento, e a cui la società italiana "a capitalismo maturo" andò incontro negli anni seguenti, entrando progressivamente entro

un vorticoso e massiccio cambiamento su molti versanti, tra loro compenetrati e densamente intrecciati:

- un versante demografico, caratterizzato da: 1) un progressivo invecchiamento della popolazione; 2) un calo delle nascite; 3) un considerevole cambiamento dell'indice di invecchiamento; 4) un enorme incremento delle famiglie composte da un unico individuo; 5) un definitivo superamento delle famiglie composte da membri di più generazioni (bambini, giovani, adulti, anziani) e dal conseguente isolamento degli anziani (in coppia) o soli (dopo la morte di un coniuge); 6) l'aumento di famiglie giovani composte da un unico genitore a sostegno della educazione e dell'accudimento dei figli, dopo la crisi del matrimonio o della coppia;

- un versante sociale materiale, costituito da impoverimento economico diffuso, con una sempre maggiore precarietà del lavoro, bassi salari, alti costi "fissi" per stare dentro (ad ogni costo) alla società dei consumi, indebitamento delle famiglie ecc.; da processi di "proletarizzazione" dei ceti medi;

- un versante sociale immateriale, in cui si è assistito ad un fenomeno (formidabile, proprio in quanto rapidissimo) in cui i social media hanno disintermediato prima l'informazione e poi il sapere tra popolo ed elites. Con il risultato indiretto di produrre, specie in un contesto di crisi delle reali possibilità/opportunità economico sociali che la società concretamente metteva a disposizione, ed anzi di blocco dell'"ascensore" interclasse, una vastissima percezione di ingiustizia, di frustrazione, di rabbia, i quali si sono ben presto trasformati nella tempesta perfetta contro la "casta";

- un versante esistenziale, caratterizzato da svariati fenomeni, tra i quali ricorderemo solo la perdita identitaria derivante dalla dequalificazione e dalla precarietà del lavoro, specie giovanile; la crisi di modelli di vita radicati nel passato, senza la loro sostituzione con modelli alternativi, con conseguente ripiegamento sull'immanenza di un presente sempre meno prospettico e invece su una dimensione intima e di gruppo ("gli sdraiati"); l'affermarsi di un nuovo "conformismo emotivo", in cui vengono scambiati per vera sofferenza psichica fenomeni che sono semplicemente attribuibili alle conseguenze di delusioni quotidiane – un rifiuto, un insuccesso, il sentirsi ignorati – e che al massimo possono essere una minaccia all'autostima (Frank Furedi). Questo nuovo conformismo emotivo, che può servire a smorzare le tensioni sociali, ad anestetizzare i possibili conflitti, ridefinendo le questioni pubbliche come problemi privati dell'individuo, comporta però anche un riposizionamento non benefico del confine salute/malattia;

- un versante clinico/epidemiologico nella prevalenza e nella qualità delle malattie, fin troppo noto per essere ulteriormente specificato se non per titoli, con prevalenza delle patologie cronico-degenerative a genesi multifattoriale, spesso compresenti, da elevato interessamento della sfera funzionale e psico-emozionale, capace di produrre alterazione sulla componente organica; alta medicalizzazione con prevalenza di malattie iatrogene;

- un versante epistemologico, caratterizzato dalla crisi della modalità del fare medicina in modo tradizionale (che pure può essere letto, d'altro canto, come una benefica crisi del paternalismo medico); fenomeno a fronte del quale, tuttavia, ha stentato a prendere corpo un nuovo "patto" tra curante e curato, fondato sulla condivisione di un necessario ripensamento della malattia secondo una logica probabilistica e non più deterministico-riduzionistica, cosa che ha impedito di porre le premesse per un accordo soddisfacente (perché trasparente, moderno e solido) per entrambi gli attori. L'emergere di una diffusa conflittualità, che trova esito persino in comportamenti di aggressione violenta verso i

medici e gli infermieri, lo testimonia in modo plastico. Ma un inedito modello non è (ancora) maturato, come accade sempre nelle fasi di crisi, quando il vecchio è superato, ma il nuovo stenta a farsi strada.

Questi, per sommi capi, sono gli elementi peculiari della “transizione epidemiologica” (prima premessa), che vanno letti, giocoforza, non separatamente, ma avendo cura di valorizzarne le aree di sovrapposizione e di intreccio.

La seconda premessa è un giudizio di pesante ritardo, nell’odierno processo formativo che conduce al conseguimento della laurea in Medicina e Chirurgia, riguardo ai contenuti di un sapere medico aggiornato (presupposti teorici, di competenza e di prassi operativa), che corrisponda ai radicali cambiamenti già discussi all’interno della premessa relativa alla transizione epidemiologica.

Ciò è legato soprattutto alle gravissime lentezze accademiche.

Ma ciò ha una grave conseguenza, perché i medici che sono andati a operare (negli ultimi vent’anni) e che continuano ad operare nel SSN, non hanno fatto propria una cultura innovativa, aderente ai bisogni di salute (e socio-sanitari) contemporanei, essendo stati preparati, di fatto, per un quadro epidemiologico di metà Novecento, ampiamente superato.

I giovani medici giungono infatti, ancora oggi, al termine del percorso che porta al diploma di laurea “standard” avendo acquisito una impostazione fondata (direi meglio: “essendo stati plasmati”) sul modello positivista bio-medico, senza aver introiettato, pressoché in nulla, i presupposti del modello bio-psico-sociale, che trova inquadramento teorico alla fine degli anni ‘70 (presupposti che non intendo illustrare per brevità e che do per acquisiti).

Discipline come la epidemiologia, la biostatistica, l’EBM, il management, che dovrebbero essere adeguatamente approfondite nell’ambito del percorso formativo “standard”, per divenire strumenti ordinari anche dell’operare clinico (anche per una corretta lettura del rapporto costo/efficacia e per la corretta gestione delle risorse pubbliche) sono, di fatto, del tutto facoltative, dunque marginali. Spesso, anzi, fastidiosamente avversate, perché considerate “illegittime” ed estranee all’“Arte di Ippocrate”. L’epistemologia della medicina, la metodologia (esempio: l’accento sulla necessità dei processi di integrazione interprofessionali) sono poi del tutto assenti dal curriculum formativo, in cui prevalgono invece, approfondimenti legati solo al tradizionale approccio anatomico-fisiologico-patologico-clinico.

La terza premessa (in larga misura la conseguenza della seconda) è che nei sanitari prevale, al di là delle vacue ed astratte enunciazioni, l’interesse sulla “diagnosi” di una patologia già manifestatasi (ma, in fondo, non sono stati formati a quello scopo?) piuttosto che non l’impegno a combattere la dinamica evolutiva della malattia, che procede secondo il nesso: salute → disagio/malessere → innesco dei Fattori di Rischio collettivi (da comprendere!) e individuali → malattia franca.

In parole semplici, manca nei medici la fiducia (e una vera convinzione) che azioni di prevenzione delle malattie siano davvero efficaci, praticabili e possibili, sia intervenendo a livello pre-primario, sia primario, sia secondario (leggi: medicina proattiva). E siano da praticare a livello comunitario, prima che individuale.

E infatti, è sulla prevenzione delle malattie (parola oramai tanto inflazionata quanto consunta) che il Sistema Sanitario nazionale (e le politiche territoriali nella fattispecie) hanno misurato tutta la loro inadeguatezza in questi vent'anni (ed anche nei precedenti venti, che ci separano dalla 833) essendo state incapaci di connettere, e di rendere sinergiche, in particolare, le azioni della Sanità Pubblica con quelle dei Medici di Medicina Generale e dei clinici ospedalieri (cardiologi; diabetologi; nutrizionisti; lipidologi, geriatri ecc.) da un lato; e di connettere le politiche sanitarie, in senso stretto, con le politiche urbanistiche, dei trasporti, della formazione e della scuola, della comunicazione, dall'altro.

Tutti gli indicatori che parametrano speranza di vita e sua qualità a determinanti socio-ambientali (e che confermano la stabilità del nesso tra malattia e gradiente di svantaggio) sono testimoni quanto mai evocativi.

A cascata (quarta premessa) non si è verificato il tanto evocato ed enunciato rafforzamento della sanità territoriale (con conseguente riequilibrio dell'ospedalocentrismo), che avrebbe dovuto portare con sé anche un cambiamento "qualitativo" nel fare medicina. In questo contesto, entro una situazione di oggettiva riduzione globale del finanziamento al Sistema Sanitario pubblico, si sarebbero rese necessarie politiche riallocative per favorire i nuovi investimenti, da effettuare sul territorio.

Ma ciò non è accaduto, e dunque, l'erogazione dei servizi (meglio: *di quel tipo* di servizi) è rimasta inevitabilmente centrata sull'Ospedale, anche perché, nell'opinione pubblica, non si è per nulla fatta strada una nuova coscienza del diritto alla salute, che sollecitasse il sistema a cambiare, secondo le indicazioni di aderenza ai bisogni e di efficacia alla loro soluzione. I cittadini ambiscono infatti, tutt'ora, ad alti livelli di consumo in sanità e alla rapidità d'accesso, senza porsi il tema della reale efficacia degli stessi.

Per ultimo (quinta premessa), è evidente che il processo di sviluppo del Distretto, sul versante della mission aziendale ed organizzativo-strutturale, è rimasto fermo, anche perché non sono stati aggrediti e sciolti alcuni nodi fondamentali, anche di carattere normativo, che andavano affrontati, e senza la cui risoluzione il processo non sarebbe decollato.

In primo luogo non è stata data soluzione limpida al rapporto tra il Distretto e i Dipartimenti dell'assistenza territoriale, forse con la sola eccezione del Dipartimento delle Cure Primarie.

Mentre, in questo caso, la distinzione tra chi doveva fare strategia, programmazione e committenza (il Distretto) e chi gestione (il Dipartimento delle Cure Primarie) era chiara ed evidente nelle enunciazioni, e abbastanza praticata nei fatti, così non può dirsi per il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento di Sanità Pubblica, i quali ultimi, di fatto, hanno mantenuto un duplice ruolo, sui propri servizi: strategico e programmatorio (da un lato) e gestionale (dall'altro).

Le motivazioni alla base di questo fatto sono troppo note, per entrare in una discussione sul perché.

Tuttavia giova ricordare che le cause non sono affatto legate ad una "interpretazione indotta dalla consuetudine". Al contrario: è la norma stessa (art. 3-quinques, capo 3 del D.Lgs 229) che conferma con chiarezza un'argine e una separazione sulle materie, laddove afferma che "*Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni*

organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona”.

La mancata funzione di indirizzo programmatico sulla intera gamma (a 360 gradi) delle tematiche di salute proprie di un territorio, ha impedito al Distretto di divenire il luogo della unitarietà progettuale complessiva delle politiche (tenuto conto che il tema della prevenzione, competenza del DSP, e quello della salute mentale, competenza del DSM, erano e sono troppo rilevanti per essere lasciati alla autodeterminazione dei professionisti dei due settori), ma ha invece riconfermato la tradizionale “torsione” del Distretto verso i soli ambiti tipici dei vecchi Servizi Medicina di Base e dei Consultori Familiari, nati con la 833.

In secondo luogo, mentre la 229 del 1999 richiamava la opportunità di affidare al Distretto la lettura dei bisogni di un territorio (pur con i limiti già descritti) e la regolazione almeno di molti (per quanto non di tutti) dei programmi e dei servizi extra-ospedalieri dello stesso Territorio/Distretto, poco o nulla affermava quanto al rapporto con l’Ospedale, limitandosi ad evocare *la necessità di un coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri* (Articolo 3-quater, Comma 2).

Ciò ha equivalso, di fatto, a non assegnare al Distretto, alcun compito di indirizzo e di programmazione sui servizi ospedalieri di media o bassa intensità (o di riferimento distrettuale).

Questa opzione di politica sanitaria ha rappresentato un grave vulnus sulla capacità di regolazione della filiera assistenziale, specialmente sul terreno della presa in carico e della continuità assistenziale dei pazienti fragili.

Infine, è rimasta lettera morta l’affermazione contenuta Articolo 3-quater, Comma 2, secondo cui: *“Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.*

Nell’ambito delle risorse assegnate, il distretto é dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all’interno del bilancio della Unità Sanitaria Locale”.

Conclusione sintetica alla quinta premessa: la norma non ha sciolto, una volta per tutte, la questione se fare o meno del Distretto **il regolatore e il committente, sul complesso e la globalità dei servizi di primo livello di un territorio, sia sanitari, sia socio-sanitari, sia socio-assistenziali**, in collaborazione stretta con i Comuni, il terzo settore e il volontariato (come afferma la successiva Legge Regionale dell’Emilia-Romagna n. 29/2004).

Potremmo anzi aggiungere che, a causa della incompleta investitura nel proprio ruolo, il Distretto si è visto tarpare le ali proprio riguardo alle funzioni chiave che si vedeva formalmente assegnate, cioè la programmazione e la committenza, ed ha finito per ritagliarsi un ambito d’azione entro un’area grigia ed ambigua, più spostata su compiti “di facilitazione” del sistema territoriale e di gestione.

Se queste sono le premesse, che prendono “per buoni” elementi fattuali, giunge ora il momento di affrontare il nocciolo della questione.

A chi scrive, sembra del tutto impregiudicata la necessità di rilancio del ruolo ed organizzativo del Distretto, perché essa scaturisce dall'obiettivo di rendere i servizi più corrispondenti e coerenti alla transizione demografica, epidemiologica e sociale in atto. Detto con altre parole, e più semplici: le ragioni strategiche alla base della 229, a cui consegue l'indicazione di realizzare un Distretto forte, risultano del tutto convincenti e confermate dal quadro odierno.

Anzi, vien da dire che, se quel ripensamento non avrà luogo al più presto, nei fatti, l'intero SSN (per quanto quello italiano sia uno tra i più robusti ed evoluti, per quanto disomogeneo), causa l'asimmetria tra le risorse decrescenti a disposizione, da un lato, i bisogni crescenti e la persistenza di un modello erogativo consumeristico e spesso a *basso value* (GIMBE), dall'altro, sarà messo in ginocchio, e forse persino travolto.

Ma se il bilancio della applicazione della 229 è stato così modesto (per non dire deludente), su quali punti conviene allora intervenire, per metterne in pratica i principi di riforma?

Cinque mi sembrano i punti sostanziali di attacco al problema generale.

Il primo punto d'attacco. Al Distretto va affidato *esclusivamente* un ruolo di "istruzione dell'analisi per la lettura del bisogno di un determinato contesto territoriale", "di programmazione strategica", "di committenza della qualità e del tipo di servizi necessari ad un determinato contesto territoriale", di monitoraggio, regolazione e verifica della corrispondenza tra "commitment" e produzione.

Se corrispondono alla realtà le profonde trasformazioni dianzi descritte, indotte dalla transizione sociale, culturale ed epidemiologica della società moderna, allora diventa non più rinviabile un processo di ripensamento delle risposte che il welfare deve mettere in campo.

Cinque parole chiave servono a questo proposito: *corrispondenza* delle risposte ai nuovi bisogni; *generatività* (Mauro Magatti) in alleanza con i ceti sociali svantaggiati della società per costruire le nuove risposte; *creatività* all'altezza delle rivoluzioni intervenute; *condivisione* con il capitale sociale e con le municipalità di riferimento. Una osservazione di sintesi: lo sforzo di collegare l'ispirazione che sta dietro le quattro parole chiave può incardinare un ripensamento della medicina sul versante sociale, finalmente aprendo ad un pensiero neo-umanistico e anti-tecnocratico.

La gestione va posta completamente in capo ai Dipartimenti, siano essi territoriali od ospedalieri (per le funzioni a bassa o a media complessità di riferimento distrettuale), dal lato sanitario; ed alla Azienda dei Servizi alla Persona dello stesso ambito distrettuale, dal lato sociale.

Questa distinzione di ruoli, ben lungi da indebolire il Distretto, ne può anzi rafforzare la incisività per il cambiamento, ammesso che sia gestita in modo autorevole. Naturalmente la programmazione/committenza esercitata da parte del Distretto deve esprimersi nei confronti di tutti i mondi della produzione, senza che rimangano aree ambigue (o zone franche) di autoreferenzialità.

Il secondo punto. Un compito non insignificante, di questi anni, che il Direttore del Distretto ha concretamente presidiato (almeno nelle esperienze più avanzate), è stato quello di coordinare e di implementare strumenti "leggeri" di integrazione tra i livelli di

assistenza e di cura, che hanno gettato ponti, in termini di governo clinico, tra territorio ed ospedale. Coordinamenti disciplinari su determinate aree specialistiche; Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali che toccano diverse discipline e mondi assistenziali diversi; gruppi multidisciplinari (esempio: progetti per la presa in carico di pazienti affetti da patologie psichiatriche, composti da Medici di Medicina Generale e specialisti Psichiatri) costituiscono una eredità positiva per nulla disprezzabile.

Tali esperienze, che fin qui sono state portate avanti per il tramite di *processi funzionali*, devono essere irrobustite. Un modo per farlo è quello di passare alla costituzione di dipartimenti transmurali strutturali (il documento elaborato dai Saggi del Nucleo Tecnico di Progetto, individuato dal CTSSM di Bologna li definisce **dipartimenti di continuità**) che promuovano, con ancora maggiore determinazione, la presa in carico e la continuità nell'assistenza delle patologie cronico-degenerative. Del resto, la costituzione di tali dipartimenti, che governino accanto ai servizi territoriali, anche le funzioni ospedaliere di base, è indispensabile conseguenza dell' affidamento al Distretto delle sole funzioni di lettura del bisogno, programmazione strategica, committenza, regolazione, verifica.

Il terzo punto d'attacco: mi sembra giunto il momento di dire una parola chiara sul profilo professionale che deve essere posseduto dal Direttore del Distretto. Se si va nella direzione di affidare al Distretto compiti di programmazione strategica, che muovano dalla lettura del bisogno, allora è necessario che, chi ne è al vertice, sia selezionato anche in base ad adeguate competenze epidemiologico-statistiche, indipendentemente dal profilo o dal titolo di studio posseduto.

La norma per l'attribuzione dell'incarico, da questo punto di vista, va riformata, rendendo esplicita la necessità a chi si candida di possedere tali competenze distintive, ben oltre l'attuale enunciato attuale che (articolo 3-sexies) afferma ancora oggi: *“L'incarico di Direttore di Distretto è attribuito dal Direttore Generale a un dirigente dell'azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e una adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni”*.

Il quarto ed il quinto punto d'attacco prendono spunto dal modello originale implementato presso la Regione Emilia-Romagna, la quale si è differenziata (nell'ambito della riforma costituzionale del Titolo V) per aver portato avanti, con la Legge Regionale 19 Febbraio 2008 e normative seguenti, un percorso certamente distinto rispetto alle altre regioni, per proporre, al suo interno, alcuni elementi di “rinforzo” o di parziale riforma.

La normativa della Regione Emilia Romagna ha previsto di:

- ripensare il ruolo delle comunità locali, da intendersi non più soltanto come insieme di utenti, ma come parti attive nella riorganizzazione dei servizi sanitari;
- ribadire la necessità di rafforzare la coesione sociale, ponendo al centro la persona e assicurando un processo di programmazione partecipata;
- valorizzare la società civile (e, in particolare, la realtà del Terzo settore) quali strumenti indispensabili per promuovere la solidarietà e la sussidiarietà nella tutela della salute (cfr. R. Grilli et. al: *L'esperienza dell'Emilia-Romagna: il ruolo degli enti locali e dei professionisti*, in C. De Vincenti et al. *La Sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*. Quaderni di Astrid, 2010);
- valorizzare un organismo interno alla AUSL, da tempo presente, come il Comitato Consultivo Misto degli Utenti, non solo nella sua funzione di monitoraggio delle disfunzioni,

ma per la formulazione di progetti di miglioramento dei servizi e di collaborazione alla loro realizzazione (Del. Giunta Regionale n. 2302/2016).

Detto questo, il quarto punto d'attacco è che devono trovare nuova e più costante evidenza formale, in corso d'anno, i momenti di condivisione e illustrazione dei contenuti presenti negli strumenti di programmazione, elaborati collettivamente, che assumono rilevanza in ambito distrettuale. A questo scopo vanno organizzati momenti pubblici per illustrare ed ufficializzare gli obiettivi e per rendicontare i risultati, sia presso i consigli comunali delle municipalità che fanno parte del Comitato di Distretto, sia in altri consessi pubblici, sia attraverso la rete informatica.

Ricordiamo, per chiarezza, gli strumenti di programmazione propri del Sistema socio-sanitario dell'Emilia-Romagna: **il Programma delle Attività Territoriali (PAT)**, secondo quanto previsto dalla Legge della Regione Emilia-Romagna n. 29/2004; **gli obiettivi locali declinati in aderenza alle schede di intervento** previste nel **Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia-Romagna** (Delibera di Giunta Regionale n. 771/2015) che disegna il profilo di salute e della comunità distrettuale e pone i presupposti degli interventi prioritari per la salute ed il benessere dei cittadini; **il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale**; **il Piano delle attività per la non autosufficienza** (Finanziato attraverso il FNA ed il FRNA) di cui alla Legge Regione Emilia-Romagna n. 27/2004. L'unificazione degli strumenti di programmazione a livello distrettuale, rappresenta un obiettivo strategico, da perseguire attraverso un processo di semplificazione e di allineamento.

Il quinto ed ultimo (ma non per importanza) punto d'attacco riguarda la necessità di riequilibrare "il rapporto di potere" tra Sindaci e Direttore Generale della AUSL nella scelta del Direttore del Distretto.

Recita la Legge Regionale n. 24 del 2004 (articolo 5, comma 9): *"Il direttore generale nomina i direttori di distretto, d'intesa con il Comitato di distretto. Quando ricorrano gravi motivi, il Comitato può avanzare motivata richiesta al direttore generale di revoca della nomina"*. Che la nomina competa oggi al Direttore Generale, e che l'intesa con il Comitato di distretto, appaia, dunque, per quanto prevista, non "cogente", risulta legittimo (oltre che evidente).

Ciò, infatti, è in linea con la normativa nazionale e regionale, che assegna al Distretto non solo funzioni di programmazione-committenza, ma altresì compiti di erogazione di una parte dei servizi territoriali (articolo 3-quinques del D.Lgs 229), che come tali rientrano, per forza di cose, sotto la responsabilità gestionale e la pratica operativa del Direttore Generale.

Ma se si andasse a un superamento di quella impostazione (come ipotizzato alla proposta uno di questo articolo) investendo il Distretto dei compiti esclusivamente programmatori, benché assai potenziati ed irrobustiti rispetto ad oggi, come già abbondantemente riferito (al contempo affidando in toto ai dipartimenti e all'ASP le funzioni erogative e di gestione) sarebbe naturale e logico prevedere una più diretta e forte investitura, sul Direttore di Distretto, da parte dei Sindaci che quel territorio rappresentano.

Sul piano istituzionale "più alto" si introdurrebbe una maggiore chiarezza nei ruoli e nei mandati: Il Direttore Generale designato, su base fiduciaria, dalla Regione, avrebbe responsabilità di gestione e vincoli di bilancio sulla Azienda USL; il Direttore del Distretto,

designato in modo vincolante (anche se non assoluto) da parte dei Comuni rappresentati nel Comitato del Distretto, avrebbe compiti di approfondimento dei bisogni e di “commitment” orientato a promuovere personalizzazione e prossimità dei servizi.

Possiamo, a questo punto, considerare concluso l’impianto teorico complessivo di queste proposte.

Ci sembra, in conclusione, che le proposte ipotizzate, per quanto necessitino oggettivamente di modifiche abbastanza pesanti della normativa vigente, si collochino all’interno di un disegno complessivo coerente e siano capaci almeno di aprire una discussione su un punto: come rifondare il Distretto, per potenziare i servizi territoriali.

Alberto Minardi

Direttore del Distretto di Imola