



RAPPORTO AGENAS/ Indagine 2010 su stato di attuazione, luci e ombre in tutta Italia

Il distretto testa la governance

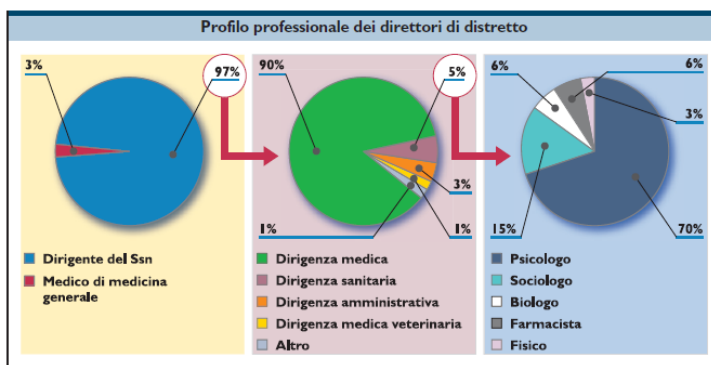
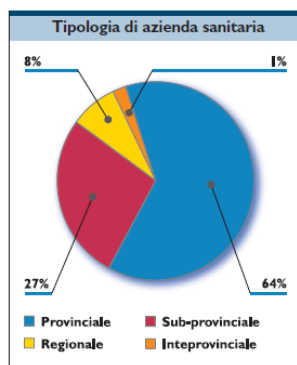
Cresce la regia delle cure primarie, da migliorare la valutazione dei bisogni

Mostra, come si dice, i muscoli. È una realtà sempre più improntata a criteri aziendalistici, che si serve di strumenti di programmazione e che sta progressivamente realizzando l'integrazione socio-sanitaria. Ma perché si arrivi a disegnare quel distretto "forte" auspicato dal Dlgs 502/1992, di strada ce n'è.

A dirlo è la seconda indagine nazionale Agenas (la prima risale al 2005) sui distretti sanitari in Italia, presentata mercoledì scorso a Roma e realizzata sui dati 2010 grazie a un questionario in 33 domande confezionato da un gruppo di esperti. Cui ha risposto - e questo è già un elemento indicativo della volontà di coinvolgimento del sistema - ben il 96% delle organizzazioni territoriali (681 sulle 711 che fanno capo alle 145 aziende sanitarie locali). Dall'indagine, precisano i tecnici dell'Agenas, emergono trend territoriali spesso ben definiti: i distretti del Nord, del Centro e del Sud e Isole mostrano peculiarità che non sempre consentono di parlare di "risultati medi".

Il territorio e l'organizzazione. Superficie (440 Km²) e popolazione (85mila abitanti) sono superiori a quanto previsto dal Dlgs 229/99 (60mila abitanti). Il 73,5% dei distretti copre un territorio urbano (40,5%) o extraurbano (33,4%). Dati rilevanti, di cui tipologia e modalità di erogazione dell'offerta non possono non tenere conto. Così come va considerata l'età della popolazione: per il 14% arriva ai 14 anni; per la fascia 15-64 anni corrisponde al 65,4% ed è pari al 20,5% per gli "over 65".

Il 78% dei distretti dichiara di



avere attivato centri di responsabilità. Le più carenti tra le Regioni, sotto questo profilo, sono Puglia, Abruzzo, Valle d'Aosta e Liguria (numero di centri inferiore al 50%).

Rispetto all'indagine precedente, sembra che i direttori di distretto siano figure maggiormente riconosciute nelle gerarchie aziendali, anche se non ne sono stati definiti la qualificazione accademica e il profilo professionale ideale. Ben il 94,2% è responsabile di struttura complessa (nel 23,5% dei casi con indennità dipartimentale) e sono quasi tutti dirigenti Ssn, a ecce-

zione di un 3% di Mmg. Quasi la metà (46,3%) ha ottenuto l'incarico per nomina fiduciaria, in analogia con quanto avviene per i Dg Asl.

La programmazione e l'integrazione socio-sanitaria. La stragrande maggioranza dei distretti impiega strumenti formali di programmazione delle attività (ma nel 6% dei casi nell'area Sud-Isole mancano), rifacendosi perlopiù al Piano aziendale. Meno utilizzato è il Pat (Programma delle attività territoriali), in cui sono definiti gli interventi sanitari e socio-sanitari, una volta individuati i bisogni prioritari. A questo fine, così come nel caso

dei Piani di zona, è opportuno che i territori (di distretto e di ambiti sociali) coincidano e questo avviene nell'80% dei casi. L'unitarietà degli interventi manca in diverse realtà, così come, sempre sul fronte dell'integrazione, il coinvolgimento degli enti locali tramite il ruolo assegnato ai comitati di sindaci di distretto è ambivalente. Il comitato è percepito come "forte" nel 50,5% dei casi e "debole" nel 49,5 per cento.

Capitolo risorse: vengono negoziate con la direzione generale al 66,6% (meno nel Sud-Isole) e non è stato ancora formalizzato un processo di budgeting.

Centralità del cittadino. Quasi la metà dei distretti (il 44,5%) conferma modalità programmate di partecipazione dei cittadini alla definizione e al controllo delle attività, affidate soprattutto agli incontri con le associazioni di cittadinanza. La

ON LINE
Il report 2010
www.24oresanita.com

valutazione dei cittadini descrive le caratteristiche degli utenti nel 72,5% dei casi e meno le lacune nel servizio offerto e la diversità nello stato di salute dei sottogruppi. L'offerta dei servizi è l'aspetto meno riportato (24,9%). Dall'Agenas rilevano in questo ambito una "difficoltà del distretto a individuare le aree effettive di bisogno, attribuibile forse a una carenza di staff formati ad hoc o a un orientamento del distretto ancora sbilanciato, soprattutto nel Sud e Isole, sull'ordinaria amministrazione".

nizzazioni dichiara l'esistenza del Punto unico di accesso (Pua), le cui funzioni prevalenti sono di informazione e orientamento dei cittadini e di sportello per gli aspetti amministrativi. «Meno rappresentata - si legge nel report - sembra essere la funzione di garanzia del cittadino sullo svolgimento dell'intero processo di presa in carico istituzionale. Nel 67,5% dei casi è previsto l'avvio e l'accesso ai servizi con convocazione dell'Unità di valutazione distrettuale».

La valutazione multidimensionale, invece, anche se attuata con modalità differenti è ormai data per acquisita come strumento di accesso all'assistenza domiciliare integrata. Che viene erogata nel 63% dei casi in forma diretta (nel Nord Ovest prevale il voucher), anche se al Centro/Sud si stanno sviluppando forme indirette. La diminuzione del dato ri-

Area	Valore
Area metropolitana	7,9
Area urbana	40,5
Area extraurbana	33,4
Area montana	17,4
Area insulare o per le isole minori	0,8
Valori % N = 679	

	Nord Est	Nord Ovest	Centro	Sud e Isole	Totale
Area geog. e tip. di utenti oggetto di valutazione	66,7	56,4	61,7	51,3	57,6
Caratteristiche degli utenti	81,0	71,4	71,0	69,0	72,5
Sottoposizioni con speciali necessità sanitarie	63,5	52,9	51,4	35,0	48,1
Diversità nello stato di salute dei sottogruppi	35,7	31,4	35,5	14,2	26,5
Percezione del proprio stato di salute da parte dei destinatari	45,2	37,1	38,3	34,5	38,1
Lacune nel servizio offerto	54,0	43,6	46,7	47,8	47,9
Offerta dei servizi	34,1	22,1	31,8	18,1	24,9

	Nord Est	Nord Ovest	Centro	Sud e Isole	Totale
Protocolli su dimissioni protette	98,6	76,8	87,6	50,4	72,7
Accordi formalizzati con Mmg/Pls	64,5	62,0	48,8	31,9	48,1
Presenza formalizzata di operatori ospedalieri nei servizi distrettuali	61,0	52,1	60,3	34,4	48,4
Presenza di operatori distrettuali dedicati a funzione specifica nei servizi ospedalieri	46,1	19,0	45,5	17,8	28,9
Protocolli su ospedalizzazione a domicilio	33,3	23,9	24,8	33,0	29,7
Interscambio tra medici specialisti territ. e osped.	73,8	56,3	57,9	33,7	51,2

LA VOCE DELL'AGENZIA

Un pianeta in forte evoluzione da perfezionare

DI MARIADONATA BELLENTANI *

Il Ssn già nella fase istitutiva, con la legge 833 del 1978, prevedeva la necessità di portare i servizi il più vicino possibile al luogo di vita delle persone, con una medicina primaria diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale.

In seguito, con la riforma del sistema sanitario degli anni '90 (Dlgs n. 502 del 1992 come modificato dal Dlgs n. 517 del 1993), a fronte della costituzione di aziende sanitarie di norma a dimensione provinciale, il distretto cambiava inevitabilmente la sua configurazione, passando da semplice luogo di servizi di primo livello a un centro di governance di una complessa rete di servizi territoriali. Con la cosiddetta "terza" riforma sanitaria (Dlgs n. 229 del 1999), la scelta di potenziare il distretto si concretizzava in una disciplina organica e persino di dettaglio, in quanto si delineano funzioni,

aspetti programmatori e una responsabilità di distretto legata a obiettivi di salute. La fase successiva è contrassegnata da un maggior riconoscimento dell'autonomia regionale e locale, con la riforma del Titolo V, Parte seconda della Costituzione, a opera della legge costituzionale n. 3 del 2001. In quest'ambito l'attenzione si sposta su come garantire ai cittadini, dovunque essi si trovino, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali rientranti nel Lea.

Al fine di comprendere meglio l'evoluzione nel tempo del distretto che lo ha portato a essere configurato come un "sistema integrato di unità organizzative che interagiscono per realizzare le finalità dell'assistenza primaria", l'Agenas aveva

già effettuato, negli anni 2005-2006, una prima survey che evidenziava elementi di forza e di criticità nello sviluppo dei distretti e che focalizzava l'attenzione su alcuni aspetti prioritari per il rafforzamento del ruolo del distretto sul territorio nazionale, come previsto dalla normativa.

Nella fase attuale, il Patto per la salute 2010-2012, la proposta di Piano sanitario nazionale 2011-2013 e il recentissimo Schema di decreto legislativo sul federalismo fiscale, orientano il sistema a più ampio processo di deospedalizzazione e prefigurano una nuova attenzione al sistema territoriale.

In questo contesto l'Agenas ha ritenuto opportuno effettuare nel 2010 una nuova

indagine sullo stato di attuazione dei distretti, riprendendo la rilevazione precedente e orientandola su alcuni aspetti prioritari nella programmazione: la funzione del distretto come punto di riferimento per il cittadino (organizzazione di un punto unico di accesso o similare) e gli strumenti di comunicazione con gli utenti; il coordinamento della rete di servizi e la presa in carico dei problemi socio-sanitari complessi; le modalità di integrazione e relazione tra i diversi attori dell'assistenza primaria.

I risultati offrono spunti di riflessione su un sistema in forte evoluzione, anche rispetto al ruolo dei diversi attori dell'assistenza primaria, a cominciare dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. E

sono incoraggianti, lasciando intravedere un sistema distrettuale ancora poco conosciuto, ma ricco di esperienze e di buone pratiche; un sistema in cui il distretto programma le sue attività (ben al 90% dei casi) unitamente al sistema degli enti locali e in cui il direttore di distretto è consapevole delle complesse responsabilità affidate rispetto ai livelli di assistenza distrettuali. Tuttavia, molto ancora va fatto soprattutto per orientare meglio le funzioni del distretto, con l'obiettivo di potenziare la sua peculiare capacità di intervento pro-attivo, di presa in carico delle persone fragili o non autosufficienti, di partecipazione e di prossimità.

* Dirigente Sezione organizzazione dei servizi sanitari Agenas

© RIPRODUZIONE RISERVATA

spetto al 2005 (70%) risente anche del blocco del turn over del personale della Pa. Crescono le verifiche sull'Adi, concentrate sulla congruità degli accessi e sul raggiungimento degli obiettivi del Piano assistenziale individuale (Pai).

Cresce dal 20 al 65% in cinque anni la partecipazione del distretto al governo dell'acces-

so ai centri residenziali e semiresidenziali.

Sui percorsi assistenziali, la partecipazione del distretto è alta per i pazienti oncologici, del 50% per al-

tre patologie croniche o post-acute e bassa per diabete mellito e malati terminali: versanti su cui si dovrà «incrementare le attività». Così come nei percorsi con la medicina

generale: la partecipazione del direttore di distretto nella fase di implementazione dell'ultimo accordo aziendale sulla medicina generale è del

50%, e solo nel 60% dei casi il direttore fornisce formalmente alla direzione aziendale elementi di riscontro sul grado di raggiungimento degli obiettivi dell'accordo. Qua-

si ovunque attivate, invece, le iniziative per l'attuazione dell'accordo stesso.

Migliora nettamente, infine, il raccordo con l'ospedale: la percentuale di distretti che segnala protocolli di dimissione protetta è più che raddoppiata.

Formalizzazione delle attività e condivisione degli obiettivi. Ancora da implementare la formazione: i percorsi dedicati al personale sono svolti "spesso" nel 61% dei casi, "raramente" nel 32% e "mai" nel 6,4%. Cresce la funzione di "facilitatore" del distretto nelle relazioni interne e tra i diversi attori del territorio. A questa attività e al ruolo di tutela del cittadino sono di supporto strumenti come data-base, usati correntemente nel 66% dei casi.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Qualifica del direttore	
Responsabile di Uo semplice	3,5
Direttore di Uo semplice a valenza dipartimentale	2,3
Direttore di Uo complessa	70,7
Direttore di Uo complessa con indennità di direttore di dipartimento	23,5
Valori %, N = 660	

Funzioni del Punto unico d'accesso (val. %, N = 572)

	Nord Est	Nord Ovest	Centro	Sud e Isole	Totale
Punto informativo e di orientamento	65,9	80,6	66,3	58,5	66,7
Sportello per gli aspetti amministrativi	44,7	58,2	23,8	33,5	40,0
Modalità organizzativa per l'avvio e l'accesso ai servizi con convocazione dell'Unità di valutazione distrettuale	62,6	63,4	79,2	67,5	67,5
Svolgimento dell'intero processo organizzativo di presa in carico	33,3	29,1	34,7	39,6	34,9

Partecipazione del distretto alla definizione e monitoraggio del Piano di zona

Area geografica	Sì, in maniera attiva	Sì, in risposta ad adempimento	No, non è stato coinvolto	No, non è stato redatto il PdZ
Nord-Est	73,8	5,7	2,8	17,7
Nord-Ovest	63,9	25,0	7,6	3,5
Centro	64,6	21,7	3,7	10,0
Sud e Isole	61,6	21,3	7,8	9,3
Totale	65,1	18,9	6,0	10,0

Valori percentuali; N = 676

Negoziare risorse con la Dg

Area geografica	Sì	No
Nord-Est	83,0	17,0
Nord-Ovest	82,8	17,2
Centro	75,6	24,4
Sud e Isole	45,5	54,5
Totale	66,7	33,3

Valori percentuali; N = 677

Coinvolgimento programmato utenti

Area geografica	Sì	No
Nord-Est	59,6	40,4
Nord-Ovest	53,1	46,9
Centro	62,8	37,2
Sud e Isole	23,8	76,2
Totale	44,5	55,5

Valori percentuali; N = 677

Valutazione dei bisogni

Area geografica	Sì, spesso	Sì, raramente	No, mai
Nord-Est	52,9	36,4	10,7
Nord-Ovest	43,7	53,5	2,8
Centro	51,2	37,0	11,8
Sud e Isole	47,0	37,0	16,0
Totale	48,3	40,4	11,3

Valori percentuali; N = 674

Esistenza Punto unico di accesso

Area geografica	Sì	No
Nord-Est	87,2	12,8
Nord-Ovest	92,9	7,1
Centro	83,5	16,5
Sud e Isole	78,5	21,5
Totale	84,2	15,8

Valori percentuali; N = 675

Regia accesso a strutture residenziali

Area geografica	Si	No
Nord-Est	73,8	26,2
Nord-Ovest	32,9	67,1
Centro	86,8	13,2
Sud e Isole	66,9	33,1
Totale	64,7	35,3

Valori percentuali; N = 677

Check su Adi dopo Vmd

Area geografica	Si	No
Nord-Est	91,5	8,5
Nord-Ovest	79,2	20,8
Centro	98,3	1,7
Sud e Isole	92,0	8,0
Totale	90,3	9,7

Valori percentuali; N = 673

Formazione personale

Area geografica	Si, spesso	Si, raramente	No, mai
Nord-Est	69,8	27,9	2,3
Nord-Ovest	78,6	21,4	0,0
Centro	63,7	32,7	3,6
Sud e Isole	41,7	43,5	14,8
Totale	61,0	32,6	6,4

Valori percentuali; N = 677

Database e flussi informativi

Area geografica	Si, spesso	Si, raramente	No, mai
Nord-Est	75,9	21,3	2,8
Nord-Ovest	78,6	21,4	0,0
Centro	65,3	29,7	5,0
Sud e Isole	54,5	32,2	13,3
Totale	66,0	27,2	6,8

Valori percentuali; N = 680

Partecipazione dei pazienti alla definizione dei percorsi integrati (val. %, N = 680)

	Nord Est	Nord Ovest	Centro	Sud e Isole	Totale
Malati oncologici	71,6	64,8	83,5	72,2	72,5
Malati terminali	8,5	29,7	19,0	27,4	22,5
Malati con scompenso cardiaco	34,8	58,6	41,3	59,3	50,8
Malati con Bpco	38,3	38,6	33,1	51,1	42,5
Malati con diabete mellito	22,0	30,3	28,1	48,1	35,3
Malati post ictus	59,6	61,4	25,6	41,1	46,5
Malati post frattura di femore	55,3	64,8	28,9	47,0	49,3