

LEGGE PROVINCIALE
23 LUGLIO 2010, N. 16

TUTELA DELLA SALUTE
IN
PROVINCIA DI TRENTO

PROPOSTA PER
L'INDIVIDUAZIONE
DEI DISTRETTI
SANITARI

PREMESSA

La legge provinciale n. 16/2010, in materia di tutela della salute in provincia di Trento, riconfigura il **Servizio sanitario provinciale** inteso come complesso di risorse umane, servizi, attività, strutture, tecnologie e strumenti destinati, in modo coordinato ed integrato, alla promozione e alla tutela della salute dei cittadini:

- **individuando le diverse componenti** - cittadini, Provincia, Enti locali, Azienda Sanitaria, professionisti convenzionati, soggetti pubblici accreditati e soggetti privati accreditati e convenzionati, associazioni di volontariato;
- **assegnando ad ognuna specifiche funzioni, attività e responsabilità** al fine di assicurare la centralità del cittadino, la separazione tra politiche sanitarie e momento gestionale, la sostenibilità della spesa, l'armonizzazione con l'impianto istituzionale delle Comunità, l'integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali.

La legge provinciale n. 16/2010 risponde anche alla necessità di conferire un assetto organizzativo più funzionale all'Azienda sanitaria, attraverso la previsione di 3 articolazioni organizzative fondamentali:

- il Dipartimento di Prevenzione, cui sono assegnati compiti di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, igiene pubblica, tutela della salute collettiva;
- il Servizio Ospedaliero Provinciale, finalizzato a massimizzare le sinergie fra i diversi presidi ospedalieri attraverso il coordinamento in un'unica RETE secondo criteri di sussidiarietà ed efficienza;
- i Distretti sanitari che devono assumere, nel nuovo contesto, un **forte ruolo di coordinamento dell'accesso dei cittadini ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie**.

L'individuazione degli ambiti territoriali dei Distretti sanitari - secondo criteri espliciti e condivisi - costituisce scelta prioritaria e propedeutica alla costruzione, sul piano operativo ed organizzativo, del nuovo assetto istituzionale disciplinato dalla legge provinciale n. 16/2010.

In sintesi le considerazioni riportate di seguito tengono conto:

- che la frammentazione organizzativa rappresenta un limite al conseguimento di livelli elevati di specializzazione ed efficienza dei servizi socio-sanitari e sanitari;
- che l'individuazione dei distretti costituisce l'articolazione territoriale dell'azienda, la cui governance viene ridefinita da questa riforma accentuando la centralità del territorio e dei cittadini che lo abitano attraverso una concezione di servizi a rete, come nel caso del sistema ospedaliero, garanzia di diffusione ed omogeneità delle prestazioni;
- che la regia politica delle attività distrettuali è demandata alle comunità che la esercitano attraverso gli strumenti del consiglio per la salute, del comitato per l'integrazione socio-sanitaria, della partecipazione agli strumenti di programmazione;
- che la proposta dei quattro distretti cerca di rispondere ai requisiti di omogeneità di offerta dei servizi e di sostenibilità economica-organizzativa attraverso la

massima articolazione dei servizi ed una flessibilità gestionale che deve “muoversi” verso il cittadino e non viceversa.

LE COMPETENZE DEL DISTRETTO SANITARIO

La legge provinciale n. 16/2010 in materia di tutela della salute in provincia di Trento riconfigura la fisionomia dei distretti sanitari.

Secondo la precedente legge provinciale n. 10/1993, ora abrogata, i distretti avevano competenza in materia di:

- a) prevenzione ambientale;
- b) igiene degli alimenti e delle bevande;
- c) igiene pubblica;
- d) medicina legale;
- e) cura e riabilitazione ivi comprese le prestazioni di assistenza ospedaliera rese dai presidi di distretto, fatta eccezione per gli ospedali di Trento e Rovereto.

Nella relazione sullo stato del Servizio sanitario provinciale relativa all'anno 2009 vengono specificate le attività e le prestazioni che sono svolte ed erogate sul territorio dai distretti classificandole sui tre livelli:

- 1) dell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro;
- 2) dell'assistenza distrettuale;
- 3) dell'assistenza ospedaliera.

Cosa cambia per i distretti con l'entrata in vigore della nuova legge?

Innanzitutto va detto che nessuna delle attività attualmente svolte e nessuna delle prestazioni oggi erogate sul territorio vengono meno.

Cambiano invece i soggetti responsabili delle attività e delle prestazioni e cambiano i loro ruoli.

Le attività infatti di assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (dalla promozione della salute alla profilassi delle malattie infettive, dalla tutela dagli inquinanti ambientali alla sanità pubblica veterinaria e via dicendo) verranno garantite da personale sanitario il cui riferimento gerarchico è al neo istituito Dipartimento di Prevenzione, mentre l'area distrettuale rimane luogo ove le suddette prestazioni di prevenzione continuano ad essere svolte.

E così le attività assicurate dai presidi ospedalieri di zona vengono ora coordinate del neo istituito Servizio Ospedaliero Provinciale.

Ma se la responsabilità gestionale diretta del distretto si riduce alle attività tipicamente erogate a livello territoriale (come l'assistenza medica di base e specialistica ambulatoriale, l'assistenza sanitaria in residenze o a domicilio, l'assistenza farmaceutica e protesica e via dicendo), cresce invece per il distretto il ruolo di coordinamento e di impulso volti a semplificare e agevolare l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie - anche attraverso la creazione dei PUA punti unici di accesso - e a integrare le prestazioni sociali e sanitarie.

Con riguardo all'integrazione socio-sanitaria, il distretto dovrà ora rapportarsi alle Comunità, quali nuovi soggetti politico-amministrativi che subentrano nelle competenze in campo sociale già affidate ai Comprensori e ai comuni di Trento e Rovereto.

Naturalmente l'incontro tra Comunità e distretti non è un evento automatico e potrà avvenire con successo se saranno operativi i delicati meccanismi contemplati dalla legge ovvero:

- la collaborazione dei distretti al funzionamento dei tavoli per le politiche sociali;
- l'attivazione dei comitati di coordinamento per l'integrazione socio-sanitaria;
- l'utilizzo della quota del fondo per l'assistenza integrata da destinarsi al miglioramento dei servizi distrettuali, alla integrazione delle attività sanitarie e sociali e alla educazione alla salute.

Ma ancora la legge, con ciò sottolineando l'importanza dell'osmosi tra le prestazioni sanitarie e quelle sociali per la salute e il benessere delle persone e della collettività, stabilisce che il regolamento di organizzazione disciplini le modalità di coordinamento non solo con le strutture ospedaliere, ma anche con le strutture e i servizi sociali.

Inoltre a livello di direzione della Azienda sanitaria viene contemplata la presenza di un direttore per l'integrazione socio sanitaria con il compito di sovrintendere e coordinare le iniziative socio-sanitarie, assicurando il collegamento con le Comunità.

GLI INDIRIZZI PER LA NUOVA ORGANIZZAZIONE DEI NUOVI DISTRETTI SANITARI

In questo nuovo contesto istituzionale gli indirizzi guida per il distretto riguardano la promozione della salute e la prevenzione, l'integrazione socio-sanitaria, la continuità assistenziale e il coordinamento della rete dei soggetti sanitari e socio-sanitari del territorio. Per realizzare tutto ciò occorrerà presiedere allo sviluppo delle potenzialità professionali degli operatori sanitari e socio-sanitari nei distretti nonché alla apertura dei servizi alla partecipazione della popolazione.

La **promozione della salute** e la **prevenzione** costituiscono un investimento fondamentale per il benessere dei cittadini. A questo fine le strategie che il distretto dovrà mettere in atto richiedono la collaborazione e il supporto delle Amministrazioni locali a partire dalle Comunità e le opportune intese con gli operatori economici del territorio.

L'**integrazione socio-sanitaria** si realizza nella misura in cui a fronte di una persona che esprime molteplici bisogni può essere data una risposta complessiva e organica, ancorché diversificata in molteplici prestazioni.

La creazione dei Punti unici provinciali di accesso (PUA) e la revisione delle Unità valutative multidimensionali (UVM) sarà l'impegno primario dei nuovi distretti, che dovranno, in questo compito, colloquiare e coordinarsi con gli organi delle Comunità comprese nel distretto. Si veda in proposito l'allegata relazione.

La **continuità assistenziale** si realizza attraverso la disponibilità 24 ore su 24 di almeno parte delle strutture e dei professionisti sanitari per eseguire gli esami e gli interventi necessari al mantenimento e al recupero degli stati di salute compromessi.

La continuità assistenziale significa anche continuità dei percorsi assistenziali e dunque raccordo tra ospedale e territorio, tra professionista e professionista, tra fasi successive di cura e riabilitazione.

Il distretto deve sviluppare le capacità di programmazione, di organizzazione e di allocazione delle risorse necessarie e sufficienti ad una risposta assistenziale con piena copertura temporale non meno che di processo.

Il coordinamento dei soggetti sanitari e socio-sanitari del territorio è una funzione squisitamente distrettuale. Trattasi di armonizzare le attività che sono svolte da un insieme di soggetti (Residenze sanitarie assistenziali, Cooperative di inserimento lavorativo per disabili, Consultori, Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, Ambulatori privati, Farmacie ecc...) e che, se debitamente connesse in un quadro condiviso di interventi, possono attingere a livelli di efficienza e di efficacia elevati.

La **valorizzazione e il potenziamento delle azioni delle risorse professionali** è la premessa necessaria alla corretta e valida esplicazione delle funzioni di integrazione socio-sanitaria, per la continuità assistenziale e per il coordinamento dei soggetti sanitari e socio-sanitari. Solo attraverso il coinvolgimento consapevole degli operatori è infatti possibile garantire il cambiamento. E' in proposito necessario che il distretto possa stringere con gli operatori dei patti di azione sulla base di obiettivi comuni e con l'impiego di strumenti allo scopo definiti: il che è come dire che la governance del territorio si raggiunge solo grazie alla partecipazione degli operatori.

Il coinvolgimento dei medici convenzionati - ovvero dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali -, sia nel governo del distretto che nella concertazione degli interventi assistenziali sul territorio, rappresenta uno degli impegni fondamentali per il nuovo distretto. Detti medici costituiscono un elemento centrale nella rete degli operatori distrettuali e un fattore indispensabile per un approccio sinergico alle problematiche di salute del distretto. La loro azione dovrà sostenuta da patti aziendali volti a compattare l'impegno di tutta la comunità dei sanitari verso comuni obiettivi di salute.

La **partecipazione dei cittadini** siano essi pazienti, familiari o volontari è l'altro grande ancoraggio del distretto per la edificazione di servizi erogatori di prestazioni appropriate e soddisfacenti. Occorrerà che i distretti attuando gli indirizzi provinciali in materia sappiano coinvolgere la popolazione con iniziative attente alle percezioni e alle sensibilità nei confronti delle strutture e dei soggetti preposti alla loro salute e con interventi capaci di accogliere e sfruttare le indicazioni date dai cittadini.

LA INDIVIDUAZIONE DEI NUOVI DISTRETTI SANITARI

Per affrontare queste sfide il distretto dovrà attrezzarsi adeguatamente anche dal punto di vista organizzativo secondo un principio di razionalizzazione e centralizzazione dei servizi tecnico-amministrativi di back-office e, viceversa, attraverso un'articolazione sul territorio dei servizi sanitari. In particolare dovranno essere istituiti in relazione alla zone omogenee ricomprese negli ambiti distrettuali i PUA (punti di accesso) e costituite le UVM (unità valutative multidimensionali) presso le quali si procederà alla valutazione/soddisfazione dei bisogni nelle aree:

- materno-infantile

- anziani
- disabilità
- salute mentale
- dipendenza.

Alla luce di quanto sopra non è secondaria la questione del dimensionamento dei distretti, la cui individuazione è correlabile in via generale a criteri di efficienza economica dei servizi e di identità socio-culturale della popolazione residente.

In proposito il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 così come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante “*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*” al comma 1 dell’articolo 3 quater prevede: “*La legge regionale disciplina l’articolazione in distretti dell’Unità sanitaria locale. Il distretto è individuato... garantendo una popolazione minima di almeno 60.000 abitanti, salvo che la regione in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente*”.

Con riferimento ai distretti il confronto tra la situazione in Italia e quella del Trentino evidenzia un sottodimensionamento dei distretti trentini rispetto alla variabile abitante, il che suggerirebbe la istituzione di nuovi distretti comprensivi di un più elevato numero di abitanti.

Ma la delimitazione territoriale dei distretti deve essere rapportata anche alla dotazione di risorse in misura proporzionale alle necessità della popolazione servita. Rispetto dunque ai 13 distretti attuali non è dubbio che si debba procedere ad una forte riduzione del loro numero, poiché la governance del territorio meglio si esercita su porzioni più vaste in termini di superficie e popolazione. Per la programmazione e la esecuzione di piani di intervento di minima consistenza occorre infatti applicarsi a bacini di dimensioni minimalmente sufficienti quanto a diversità di casistiche e a volume di risorse umane e materiali.

In ogni caso dunque nell’ipotizzare la suddivisione del territorio pare si debbano rispettare i criteri di comparabilità tra i distretti individuati in termini di abitanti e strutture e servizi bastevoli a garantirne l’autosufficienza.

La realizzazione infatti di politiche sanitarie concertate così come di iniziative volte alla continuità assistenziale richiedono di poter contare su un numero consistente di professionisti.

La programmazione inoltre di risposte strutturali alle domande di assistenza del territorio deve poter disporre di una varietà sufficiente di centri per l’erogazione dei servizi.

Infine ogni opportuna attenzione alla sostenibilità economica dei servizi, senza dover ridurre il livello quali-quantitativo dell’offerta assistenziale, è possibile ove si ci riferisca ad un insieme adeguatamente ampio di risorse materiali e professionali.

Posto inoltre che la legge prevede che l’ambito territoriale di ogni distretto coincida con il territorio con uno o più Comunità, qualsiasi ipotesi di individuazione dei nuovi distretti dovrebbe far salvo il criterio di apparentamento per le Comunità che presentano aspetti di continuità valliva. Si tratta delle Comunità:

- Valle di Non e Valle di Sole
- Valle di Fiemme e Valle di Fassa
- Vallagarina e Altopiano Folgaria Lavarone e Luserna.

Vi è inoltre un criterio distintivo che si dovrebbe rispettare ovvero quello della forte connotazione urbana di Trento-città, a fronte delle restanti situazioni di minore intensità urbanistica.

Con riguardo a tutte queste considerazioni sembra potersi avanzare come la soluzione preferibile quella seguente che ipotizza la creazione di 4 distretti, come esplicitato nel seguente prospetto.

Distretto Ovest	Distretto Centro Nord	Distretto Centro Sud	Distretto Est
5 - Cembra	15 - Valle dell'Adige	8 - Giudicarie	1 - Val di Fiemme
6 - Valle di Non	16 - Valle dei Laghi	9- Alto Garda e Ledro	2 - Primiero
7 - Valle di Sole		10 - Vallagarina	3 - Bassa Valsugana
13 - Rotaliana		12 - Altopiano Folgaria	4 - Alta Valsugana
14 - Paganella			11- Ladino di Fassa