

Sezioni ▼



# Educazione&Scuola

Reg. Tribunale Lecce n. 662 del 01.07.1997  
Direttore responsabile: [Dario Cillo](#)

  

Sabato, 5 Maggio 2018

## Il Distretto Sanitario

Disciplinato dalla normativa nazionale negli artt. 3 *quater*, *quinqüens* e *sexies* è l'articolazione territoriale dell'Asl, che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie. Viene individuato sulla base di una popolazione minima di sessantamila abitanti, salvo che la Regione disponga diversamente in considerazione delle condizioni geomorfologiche del territorio o della bassa densità di popolazione; è dotato di autonomia tecnica, gestionale ed economico-finanziaria, ed è soggetto a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

Il Distretto assicura alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria, sia attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione dei servizi necessari che mediante l'erogazione di prestazioni e servizi di primo livello o di base quali l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ad anziani e disabili, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza e la cura delle tossicodipendenze, l'assistenza e la cura della salute della donna, dell'infanzia e della famiglia, ecc.; i servizi erogati coincidono dunque con quelli dell'**assistenza distrettuale**.

Trovano collocazione funzionale nel distretto le articolazioni territoriali del dipartimento di salute mentale e di cure primarie, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

Lo strumento di programmazione dell'attività distrettuale è il Programma delle attività territoriali (PAT), approvato dal Direttore generale acquisito il parere del Comitato dei Sindaci del Distretto e su proposta del Direttore del distretto, che è basato sul principio dell'intersectorialità degli interventi, attraverso il quale vengono localizzati i servizi e allocate le risorse.

A capo dell'articolazione distrettuale è posto un Direttore scelto dalla direzione aziendale fra i dirigenti medici che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali o tra i medici convenzionati con almeno dieci anni di esperienza; il Direttore si avvale di un ufficio di coordinamento, gestisce ed è responsabile delle risorse assegnate e dell'integrazione tra i servizi e la comunità assistenziale.

Non appare superfluo ricordare come al Distretto sia oggi attribuito un ruolo strategico nell'attuale sistema assistenziale e sia su di esso che si punta per uscire dalle strette mura dell'ospedalizzazione, per addivenire ad un'assistenza territoriale "virtuosa", capace di cogliere e di

dare risposta ai bisogni di salute della popolazione e che si integri con le altre competenze di tipo istituzionale, ove cresca la sinergia con i medici di famiglia e la collaborazione con le organizzazioni del volontariato.

Il decollo della "distrettualizzazione" è dunque la chiave di volta attuale dello sviluppo del Servizio sanitario nazionale, che potrà mantenere carattere universalistico se riuscirà a garantire all'assistenza territoriale elementi di innovatività e di integrazione con il sociale. A tal fine diverse Regioni - Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna - hanno già infatti messo in campo prototipi di nuovi modelli gestionali ed organizzativi delle attività distrettuali, tra i quali va certamente ricordata la proposta toscana di costituire "[Società della salute](#)".

## REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO

Dal Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna  [Assetto organizzativo](#) [1,19 Mb]

### Dal regolamento di Organizzazione del Distretto ASL n.4 – MATERA

#### Funzioni del Distretto

Il Distretto garantisce l'assistenza sul territorio in maniera diffusa, omogenea ed uniforme, maggiormente corrispondente ai fabbisogni di prestazioni ed al bisogno di salute, nonché il coordinamento delle proprie attività con i Dipartimenti aziendali.

Tale azione si esplica attraverso momenti diversi e tipologie diversificate di intervento e attraverso il fattivo coinvolgimento di diverse strutture aziendali e extraziendali .

Per l'assolvimento di tale funzione il Distretto e' individuato quale Centro unico di Responsabilità e di Costo, con l'individuazione di idonee risorse finanziarie, umane e strutturali.

#### Ambito territoriale

L'ambito territoriale di competenza del Distretto è definito dalla Conferenza dei Sindaci della ASL e comprende le sedi comunali dove vengono erogate le attività territoriali-distrettuali rivolte agli utenti residenti nei Comuni .

Il Distretto necessita di un ambito territoriale e di popolazione sufficientemente ampi oltre che per i motivi legati alle modalità di finanziamento dei servizi secondo il sistema a " quota capitaria" , ma anche per consentire la conclusione dei principali percorsi diagnostico-terapeutici all'interno del territorio distrettuale .

#### Committenza

La "mission" del Distretto è di governare la domanda di salute della popolazione di riferimento, assicurando i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie ai sensi dell'art. 3-quinquies del D.Lgs.229/99.

Nel Distretto secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale è opportuno separare la funzione di produzione afferente ai Dipartimenti aziendali dalle **funzioni di committenza** appartenenti propriamente al Distretto.

In particolare la funzione di **committenza** si esplica con le seguenti azioni :

- 1) programmazione e pianificazione secondo le direttive aziendali ;
- 2) coordinamento delle differenti linee produttive dei Dipartimenti aziendali  
e strutture private accreditate;
- 3) integrazione istituzionale concertata dei Servizi Socio-Sanitari ;
- 4) monitoraggio del livello di efficacia dei servizi e delle prestazioni erogate;
- 5) valutazione del conseguimento degli obiettivi previsti dalla programmazione.

La committenza, pertanto, lungi dall'essere solo una richiesta di prestazioni o di commissione di servizi, è una funzione di **governo organizzativo, gestionale ed economico** del sistema, e si esplica con la programmazione realizzata sulla base della domanda sanitaria (epidemiologia) e col reperimento all'interno o all'esterno della ASL delle prestazioni e servizi atti a soddisfare i bisogni di salute ; inoltre si realizza con il confronto continuo e con le sinergie che si attivano nel **Comitato dei Sindaci** di Distretto ex art.3 quater commi 3-4 D.Lgs. 229/99 e Leggi regionali

### Struttura Organizzativa

Il Distretto è configurato come struttura aziendale complessa , con competenze amministrative-sanitarie-assistenziali e il Direttore di Distretto è in posizione di Staff alla Direzione Strategica Aziendale.

Il Direttore del Distretto, nominato con delibera Aziendale, assume le funzioni di Responsabile della funzionalità, organizzazione e gestione delle attività di competenza distrettuale e nell'utilizzo delle risorse strutturali, umane e finanziarie ad esso assegnate; svolge funzioni di coordinamento per le prestazioni erogate e di rappresentanza esterna dell'Azienda nei confronti dei soggetti istituzionali; il Direttore del Distretto risponde direttamente alla Direzione Strategica Aziendale in merito al suo operato, ai risultati ottenuti e agli obiettivi prefissati; e' componente del Collegio di Direzione.

### Organi del Distretto:

- a) Direttore del Distretto
- b) Ufficio di Coordinamento

Comitato dei Sindaci :

- a) Comprende i Sindaci dei Comuni ricadenti nel distretto

**Staff Unico del Distretto :**

- a) Coordinatore Distrettuale dei Servizi Sociali
- b) Coordinatore delle attività amministrative distrettuali, nominato tra i dirigenti dell'Azienda
  - o, in carenza, tra i funzionari in Posizione Organizzativa.
- c) Dirigente Medico, quale responsabile di Struttura Semplice Aziendale, nominato dalla Direzione Generale, in funzione di supporto sanitario alle attività distrettuali, al quale i Direttori di Distretto possono delegare specifici compiti e ambiti di autonomia gestionale e professionale.
- d) Coordinatore delle attività Distrettuali del Servizio Assistenza per ciascun Distretto.
- e) Coordinatore delle attività distrettuali degli Assistenti sociali per ciascun Distretto.

I Direttori di Distretto possono delegare funzioni di organizzazione, coordinamento o di gestione di determinate strutture territoriali a dirigenti operanti nelle sedi distrettuali con l'attribuzione della responsabilità relativa a risorse tecnologiche , strutturali e di personale nonché la formalizzazione di obiettivi da conseguire , previa concertazione con la struttura dipartimentale di appartenenza e con la Direzione Strategica e conseguente attribuzione di responsabilità di struttura semplice nella graduazione delle funzioni ovvero con adeguamento del peso relativo alla fascia eventualmente già in possesso.

### **Compiti del Direttore di Distretto**

Il Direttore di Distretto è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione Generale nonché della gestione delle risorse attribuite e dell'attività svolta dal personale assegnato per il perseguimento di precisi obiettivi programmatici ed è responsabile della gestione, organizzazione e coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al Distretto

Il Direttore di Distretto esercita la vigilanza e il coordinamento del personale incardinato e assegnato al distretto ed è responsabile delle funzioni organizzative del distretto.

La definizione delle responsabilità a livello distrettuale è tale che il garante dell'**appropriatezza tecnico-professionale delle prestazioni** è il **direttore del dipartimento**, mentre il garante della tempestività dell'intervento e della continuità delle cure è il responsabile del Distretto o suo delegato nelle sedi distrettuali comunali.

Il Direttore di Distretto opera l'analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione al fine di garantire

percorsi diagnostico-terapeutici con tempi adeguati alle necessità dell'utenza, nell'ambito della programmazione distrettuale

Il Direttore di Distretto ha la responsabilità della qualità dei servizi territoriali, per garantire il miglioramento continuo dei servizi erogati e la salvaguardia degli standard assistenziali.

Al Direttore di Distretto compete la responsabilità dell'**integrazione** orizzontale dei servizi territoriali erogati dai diversi dipartimenti, funzione per la quale sono preminenti le esigenze di tempestività dell'intervento e di continuità dell'assistenza.

### **Ufficio di Coordinamento**

L'Ufficio di Coordinamento ex art.3 sexies D.Lgs.229/99 assume funzioni propositive e consultive rispetto alla attività distrettuali; esso è composto dai referenti di ciascuna area di attività del Distretto come MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali e dal responsabile dei Servizi Sociali del comune sede del Distretto; è presieduto dal Direttore di Distretto

Il Direttore di Distretto coinvolge nell'Ufficio di Coordinamento, di volta in volta, i responsabili dei Dipartimenti Aziendali o loro delegati su tematiche specifiche dell'area specialistica di appartenenza, sia nella fase di programmazione dell'offerta che in sede di verifica dei risultati.

L'Ufficio di Coordinamento esprime proposte ed osservazioni al **P A T** prima che esso sia sottoposto al Comitato dei Sindaci, rappresentando la sede di elezione dove avviene la valorizzazione del contributo dei MMG, PLS, MCA ecc e dove sono trasformate in decisioni le istanze e le proposte che scaturiscono direttamente dall'interazione fra gli operatori operanti sul territorio e gli utenti.

L'Ufficio di Coordinamento, avvalendosi anche dei dipartimenti aziendali, propone e collabora all'implementazione di linee guida, fra gli operatori del territorio e fra questi e gli operatori dell'ospedale, finalizzati

- al contenimento della spesa farmaceutica,
- alla condivisione di protocolli di presa in carico per determinate patologie,
- all'individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici,
- alla redazione di atti di indirizzo finalizzati a rendere uniformi i livelli di assistenza
- alla razionalizzazione della spesa distrettuale
- al perseguimento dell'appropriatezza delle prestazioni.

L'Ufficio di Coordinamento può proporre forme innovative di gestione e di erogazione dell'assistenza primaria su base distrettuale, valorizzando il ruolo assegnato dal D.lgs.229/99 ai MMG e PLS quali referenti diretti per la salute delle persone e delle famiglie, guida alla utilizzazione dei servizi e agenti delle funzioni educative e di promozione della salute.

### **Comitato dei Sindaci**

Il Comitato dei Sindaci è composto da tutti i sindaci dei Comuni ricadenti nell'ambito distrettuale ed è presieduto da un sindaco eletto a maggioranza

assoluta.

Alle sedute del Comitato dei Sindaci partecipa il Direttore Generale o un suo delegato ed il Direttore di Distretto.

Il Comitato dei Sindaci , ai sensi del comma 3 punto c e comma 4 dell'art.3-quater del D.Lgs.229/99, esprime parere sul Programma delle Attività Territoriali prima che sia sottoposto all'approvazione del Direttore Generale, e concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti nel PAT .

## **Dirigenza**

I Dirigenti di tutti i profili professionali operanti nelle strutture territoriali distrettuali ,eccetto quelli appartenenti al Dipartimento di Prevenzione che costituisce una macro-area a se stante ai sensi del D.Lgs.229/99 , si rapportano ai Direttori di Distretto per gli aspetti organizzativo-funzionali e ai Dipartimenti di riferimento per gli aspetti tecnico-professionali , sulla base di protocolli operativi condivisi con i Dipartimenti Aziendali.

I Dirigenti devono agire secondo una organizzazione distrettuale che prediliga le reti integrate di servizi, instaurando relazioni funzionali fra équipes multiprofessionali orientate agli utenti e per processo di cura , guidati da criteri di massima flessibilità e mobilità rispetto al territorio aziendale.

Questo si realizza introducendo uno stile di lavoro per programmi / progetti specifici sia all'interno dei dipartimenti che nelle aree interdipartimentali, definendo comunque chiaramente le responsabilità.

## **Rapporti con il Dipartimento di Prevenzione**

I rapporti tra Distretto e Dipartimento di Prevenzione che rappresentano, nonostante agiscano entrambi a livello territoriale, due diverse macroaree assistenziali con autonomia organizzativa ed economico-finanziaria ai sensi del D.Lgs.229/99, , si concretizzano nell'integrazione delle loro azioni erogando il Distretto prevalentemente prestazioni all'individuo mentre il Dipartimento di Prevenzione rivolge il proprio prodotto soprattutto alla collettività.

Il raccordo comporta la condivisione di risorse come le sedi edilizie , il personale e i processi informativi ; le sedi e il personale del Distretto vengono utilizzati previo accordi fra i Direttori delle due strutture mediante protocolli d'intesa che dovranno prevedere

- a) le procedure di rapporto con l'utenza ( sportello unico distrettuale)
- b) l'organizzazione del lavoro e gli orari dei dirigenti ed altro personale
- c) i flussi informativi e l'utilizzo di strumenti informatici

Ai sensi del Regolamento del Dipartimento di Prevenzione si sancisce che la sovraordinazione tecnico-funzionale della dirigenza e del relativo personale

assegnato , resta in via esclusiva di spettanza dei competenti Servizi del Dipartimento medesimo, ferma restando la flessibilità organizzativa ed operativa nei riguardi di compiti da rendere al distretto nell'ambito di accordi preventivi ; il personale del Dipartimento di Prevenzione operante in sede centrale o in sede territoriale usufruisce delle strutture e risorse del Distretto , secondo protocolli d'intesa periodici tra il Responsabile del Dipartimento ed i Direttori di Distretto. Il Responsabile di Servizio Dipartimentale ( U.O.) stabilisce all'occorrenza , inoltre, quali prestazioni debbano essere erogate in sede centrale ed in sede periferica d'intesa con il Direttore di Distretto.

### **Rapporti con Ospedale Distrettuale**

L'Ospedale Distrettuale , nella sua funzione di " Struttura Intermedia " tra l'Ospedale per acuti ed altre forme di assistenza come la domiciliare e la residenziale , trova collocazione nella Macro-area Assistenziale Distrettuale la quale è in condizione di garantire i percorsi assistenziali per specifiche tipologie di patologie che necessitano di un continuum assistenziale tra

- il ricovero in regime ordinario o in regime di day-hospital / day surgery
- l'assistenza in struttura residenziale o semi-residenziale
- l'assistenza specialistica ambulatoriale
- l'assistenza del MMG ,PLS e MCA
- l'assistenza domiciliare

Il Direttore di Distretto sovrintende, orienta ed integra la produzione dell'Ospedale Distrettuale, sulla base dei dati epidemiologici del territorio rappresentati nel Programma delle Attività Territoriali ( P A T) e condivisi nel Comitato dei Sindaci.

L'obiettivo è che questo modello organizzativo di integrazione ospedale distrettuale-territorio porti la massima efficienza nella modalità di erogazione delle cure secondo la maggiore modularità possibile di approccio al paziente, anche consentendo alla funzione socio-sanitaria e socio-assistenziale di completare il ventaglio delle risposte assistenziali con la sua integrazione all'interno dell'Ospedale Distrettuale.

### **Gestione del personale**

Secondo il modello che si intende adottare il personale del comparto impegnato nelle attività distrettuali risponde ai Direttori di Distretto per quanto concerne gli aspetti organizzativi , mentre per gli aspetti tecnico-professionali risponde alle direttive dei dipartimenti di appartenenza .

L'assenza del personale, a qualsiasi titolo, sarà approvata dal Distretto che provvederà a informarne il dipartimento competente.

Il personale suddetto si rapporta al Direttore di Distretto per tutto quanto concerne la rilevazione dei dati, l'organizzazione dell'offerta di servizi e la programmazione concernente il territorio di competenza. Questo tipo di gestione introduce aspetti innovativi determinati dall'esigenza di separare i ruoli cosiddetti organizzativi (distretto) da quelli tecnico-professionali (dipartimenti) con l'obiettivo di governare la complessità tipica delle organizzazioni sanitarie.

I Medici Medicina Generale, i Pediatri Libera Scelta e i Medici Continuità Assistenziale, pur non essendo dipendenti dal punto di vista strettamente contrattuale, nondimeno sono risorse professionali con valenza strategica del territorio e devono pertanto essere coinvolti nei processi decisionali distrettuali; il Direttore di Distretto metterà in campo tutti gli strumenti per ottenere una vera integrazione operativa di tali operatori.

## Produzione

La produzione delle prestazioni e servizi è attestata ai dipartimenti aziendali unici titolari delle competenze tecnico-professionali e scientifiche, mentre il Distretto, nella fase di erogazione, rende disponibili i fattori produttivi ed organizzativi necessari (le strutture, la logistica e, ove necessario, il personale).

I Dipartimenti, operanti istituzionalmente all'interno del Distretto, assicurano le funzioni di produzione, di seguito elencate in maniera esemplificativa:

1. Dipartimento Cure Primarie (Assistenza Primaria, Specialistica, ADI, Assistenza Socio-sanitaria)
2. Dipartimento di Prevenzione (Prevenzione Collettiva e Tutela della Salute Umana ed Animale)
3. Dipartimento Salute Mentale (Assistenza Residenziale, Semi-residenziale, Specialistica)
4. Dipartimento Farmaceutico (UO Farmaceutica Territoriale Convenzionata)
5. Dipartimento Materno-Infantile (Percorsi nascita, Salute della Donna e dell'Infanzia)
6. Servizio per le Tossico-dipendenze (Ser.T.)

L'elencazione esaustiva delle funzioni dipartimentali ricadenti nell'Assistenza Distrettuale è disciplinata dal DPCM 29.11.2001 che Definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed è riportata alle pagg. 7 e 8 della norma di cui sopra.

Concorrono comunque alla produzione nel Distretto e sono quindi oggetto di integrazione tutti i Dipartimenti Ospedalieri per la parte concernente la specialistica ambulatoriale.

Il Direttore del Distretto ogni anno, sulla base dei bisogni di salute del territorio, concerta con i Dipartimenti territoriali e ospedalieri in merito alla programmazione dell'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari che il Distretto è tenuto a garantire).

Le prestazioni erogate, per quanto riguarda la loro valorizzazione economica, sono imputate al Dipartimento produttore, mentre il Distretto ne registra i volumi di attività e opera il monitoraggio del livello di efficacia e della **qualità percepita dall'utente**, avvalendosi degli uffici competenti della ASL.



Sono comunque erogatori di prestazioni dei Distretti tutti gli altri soggetti che effettuano attività ricadenti nelle funzioni distrettuali-territoriali, come i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, i Medici di Continuità Assistenziale, l'Emergenza Sanitaria Territoriale, l'Ospedale Distrettuale, le Strutture Residenziali e Semiresidenziali e le Strutture Private Accreditate.

I soggetti produttori coinvolti ed interessati, erogano le loro prestazioni in totale autonomia tecnico-professionale e possono usufruire delle strutture e delle risorse messe a disposizione dai distretti sulla base di una programmazione ottimale e razionale del loro utilizzo, concordata con i Direttori dei Distretti, sulla base di protocolli d'intesa con i Dipartimenti aziendali.

I Dipartimenti Aziendali inoltre mettono a disposizione dei Distretti le specifiche professionalità necessarie per l'espletamento delle funzioni proprie del Distretto, in uno spirito di fattiva collaborazione e per il raggiungimento di obiettivi comuni e strategici.

Appare opportuno rimarcare che ai Dipartimenti viene imputato il valore economico delle prestazioni ambulatoriali, erogate sulla base della committenza operata dal Distretto, depurate dai costi diretti della logistica e del personale di supporto che vengono pertanto ribaltati al produttore.

L'enfaticizzazione di questo concetto ha come ricaduta immediata di mettere virtualmente sullo stesso piano il **produttore interno** (dipartimento) che "vende" le prestazioni al cliente interno

(distretto), e i **produttori esterni** (strutture private accreditate) che forniscono le prestazioni che l'azienda non ha convenienza a produrre.

## Strutture e logistica

Il Direttore di Distretto supportato dagli uffici competenti della ASL e con l'assegnazione di risorse economico-finanziarie dedicate, si fa carico del perfetto stato di conservazione, manutenzione e sicurezza delle strutture, delle attrezzature e della logistica complessiva delle sedi distrettuali e delle strutture erogatrici di servizi, messe a disposizione dei Dipartimenti per la loro funzione di produzione di servizi e prestazioni.

Le strutture edilizie delle sedi territoriali devono essere in possesso dei requisiti minimi strutturali e della sicurezza degli impianti in rapporto alle prestazioni da erogare; devono inoltre essere dotati delle tecnologie idonee per l'erogazione dei servizi ed in possesso dei requisiti organizzativi nel rispetto della normativa autorizzativa nazionale e regionale.

I costi diretti della produzione delle attività da parte dei dipartimenti aziendali, sia relative all'utilizzo del personale che della logistica sulla base del loro reale utilizzo, sono ribaltati dal distretto sui dipartimenti produttori, fermo restando la remunerazione delle prestazioni da parte del Distretto.

Il Distretto si articola in più aree sub-distrettuali comunali e, compatibilmente con la numerosità e la dispersione della popolazione, progetta un sistema di strutture per l'offerta di prestazioni più vicino possibile all'utenza e ai suoi bisogni di salute (PAT).

Compete ai Distretti la funzione di erogatore diretto nella gestione delle attività degli "Sportelli Comunali", quali punti di front-office avanzati nella gestione delle istanze dell'utenza; a tale scopo i Distretti garantiscono, in rapporto alla popolazione, in tutti i Comuni di competenza dell'Azienda l'attivazione di uno sportello in grado di accogliere le diverse tipologie di istanze, tendendo a soddisfare le stesse anche attraverso un decentramento delle attività amministrative-sanitarie.

Lo " Sportello Unico " sanitario-socio-assistenziale nasce dall'esigenza di individuare una unica porta d'ingresso per tutte le istanze sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali dell'utenza, con l'obiettivo di una presa in carico " globale " del bisogno complessivo dell'utenza , con l'attivazione della rete dei servizi idonea a dare la risposta più immediata ed appropriata . Detto strumento costituisce comunque il punto d'arrivo di un processo d'integrazione e di raccordo fra servizi, enti , agenzie pubbliche e private che forniscono risposte unitarie all'utenza.

## **Enti Locali**

I rapporti istituzionali esterni vengono tenuti dal Direttore del Distretto per le funzioni operative , mentre quelli che attengono alle linee strategiche e alla programmazione generale sono tenuti dalla Direzione Strategica Aziendale.

Il Direttore del Distretto supporta la Direzione Generale nei rapporti coi i Sindaci e interagisce con i Comuni , titolari della funzione sociale e socio-assistenziale, per l'implementazione degli strumenti operativi dei Piani Sociali di Zona

Al Comitato dei Sindaci il Direttore di Distretto propone il Piano delle Attività Territoriali ( P A T ) prima di sottoporlo per l'approvazione al Direttore Generale.

## **Integrazione socio-sanitaria**

Compete ai Distretti la funzione di erogatori diretti e gestione delle attività di Integrazione Socio-Sanitaria, la cui funzione prevalente è il raccordo tra le diverse attività interessate e i vari soggetti istituzionali e professionali coinvolti, tale da garantire agli utenti una risposta completa e soddisfacente sia di tipo sanitario che di tipo sociale-assistenziale.

Il Direttore del Distretto concerta con gli organi Tecnici e Direzionali degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per la definizione delle modalità operative di integrazione rispetto alle attività socio-sanitarie.

Il Direttore di Distretto all'interno del Comitato dei Sindaci propone gli strumenti idonei per una reale partecipazione da parte dei Comuni alla attività di rilevazione dei bisogni , di pianificazione dei servizi e verifica dei risultati raggiunti.

## **Programma delle Attività Territoriali ( P A T )**

Il Programma delle Attività Territoriali è approvato dal Direttore Generale, su proposta del Direttore di Distretto, sentito il Comitato dei Sindaci di Distretto.

Il PAT definisce gli obiettivi da perseguire in attuazione delle indicazioni della Direzione Aziendale ...nonché le attività da svolgere, le modalità operative e la distribuzione delle risorse assegnate dalla Direzione Generale tra i vari settori.

Il Direttore di Distretto acquisisce sullo schema di programma e prima del parere del Comitato dei Sindaci, le osservazioni e proposte dell'Ufficio di Coordinamento

### **Controllo e verifica**

Il Distretto esercita funzioni di controllo e verifica su tutte le attività svolte a livello distrettuale e, con il coinvolgimento dei responsabili dei dipartimenti, sulle restanti attività territoriali, al fine di evidenziare la loro corrispondenza con gli obiettivi della programmazione, di valutare l'efficienza dei servizi resi nonché l'efficacia delle prestazioni erogate, con una costante e puntuale verifica dei risultati ottenuti, con finalità correttive rispetto alle scelte programmatiche.

Parimenti i Distretti esercitano azione di controllo e verifica quali-quantitativa delle prestazioni e servizi erogati in termini di qualità globale con il coinvolgimento ed il costante confronto con i produttori ( interni ed esterni).

Per tale scopo i produttori di prestazioni comunicano ai Direttori dei Distretti i dati di attività relativi alle prestazioni erogate a livello territoriale.

Per tali azioni i Distretti si avvalgono anche dell'Ufficio di Coordinamento.

### **Produttori esterni**

I rapporti con i soggetti privati accreditati e l'allocazione delle risorse relative, vengono tenuti dal Direttore del Distretto e dai Dipartimenti aziendali tramite gli uffici ed il personale dedicato.

Il Direttore di Distretto, è responsabile della gestione del rapporto con i soggetti convenzionati e con le strutture accreditate presenti sul territorio del distretto e dell'allocazione delle risorse assegnate, esercitando i suoi doveri di committenza-programmazione, mentre i Dipartimenti curano l'applicazione delle norme contrattuali sia dal punto di vista della tipologia delle prestazioni che per gli aspetti economico-finanziari.

Operativamente, il Distretto dice cosa acquisire ( o comprare ) per quale territorio e per quale utenza, mentre i Dipartimenti propongono le soluzioni, interne od esterne, per soddisfare la richiesta del Distretto.

I volumi di prestazioni da reperire vengono stabiliti ogni anno dal Direttore di Distretto, compatibilmente con le esigenze assistenziali del territorio ed in linea con gli obiettivi di salute ed i vincoli economico-finanziari stabiliti dalla Direzione Strategica Aziendale.

Il Distretto opera un monitoraggio sia dei volumi che della qualità delle prestazioni delle strutture private accreditate utilizzando gli uffici e le professionalità aziendali dei Dipartimenti.

Obiettivo prioritario deve essere il riequilibrio del sistema dell'offerta sul territorio, che porti a medesime opportunità di accesso ai servizi da parte di tutti gli utenti residenti all'interno dell'Azienda Sanitaria .

#### Risorse economico-finanziarie

Afferiscono ai Distretti le risorse finanziarie relative al personale ad essi assegnato, nonché specifiche risorse finanziarie relative alla gestione dei beni mobili e immobili e relative a materiale e prodotti di consumo utilizzati per la gestione delle attività e l'erogazione delle prestazioni; a tale

scopo gli Uffici Ragioneria e di Controllo Strategico assegnano specifico ed idoneo budget ai Distretti

### [Normativa nazionale sui Distretti](#)

Si forniscono, di seguito, le indicazioni sui principali riferimenti normativi nazionali sul significato e sulle funzioni generali del distretto, in modo da fornire un quadro sintetico e di facile lettura dell'evoluzione legislativa sul tema.

- [Legge 23 dicembre 1978, n. 833](#)

La legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale prevede all'art. 10 la possibilità di articolare l'unità sanitaria locale in distretti, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento. La costituzione dei distretti è prevista come "eventuale" ed è affidata ai Comuni, con funzioni limitate (erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento), pur riconducendosi ai principi di diffondere i servizi di assistenza primaria sul territorio indicati dalla Dichiarazione di Alma Ata dello stesso anno 1978. L'attuazione concreta nelle Regioni dei distretti non è stata uniforme, e gli stessi hanno generalmente svolto una limitata funzione di sportelli decentrati di servizi di tipo amministrativo, di prenotazione di visite specialistiche ed esami diagnostici, talora con presenza di un infermiere e di alcune figure specialistiche una o più volte la

settimana. Anche la dimensione territoriale dei distretti era piuttosto limitata (spesso 5.000-10.000 abitanti), come conseguenza della scelta legislativa sulla dimensione delle Unità sanitarie locali. La Legge 833/78, infatti, prevede che le unità sanitarie locali comprendano, di norma, tra i 50.000 e i 200.000 abitanti, salvo deroghe regionali per caratteristiche territoriali o demografiche.

- [Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#)

Come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993. Fornisce le prime indicazioni sul distretto nell'ambito di un processo di riforma del Servizio sanitario nazionale basatosui principi di regionalizzazione ed aziendalizzazione. Il distretto cambia significato, collocandosi all'interno di unità sanitarie locali che si trasformano in aziende e con dimensioni "di norma" provinciali, pertanto ben più ampie di quelle previste dalla legge n. 833/78. Il distretto si configura come articolazione organizzativa dell'azienda unità sanitaria locale, insieme ai presidi ospedalieri e al nascente dipartimento di prevenzione. Il decreto contiene un solo riferimento al distretto, all'art. 3, comma 5, dove stabilisce che *"spetta alla Regione disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento delle Aziende USL, definendo, tra l'altro, l'articolazione delle USL in distretti"*. Tuttavia, questo semplice riferimento fa assumere una funzione del tutto nuova al distretto, che - come i presidi ospedalieri e il dipartimento di prevenzione, dovrà essere un centro di governo e non solo di erogazione di servizi; dovrà pertanto, portare i servizi il più possibile vicino ai luoghi di vita delle persone, e cercare di dare risposta ad un bisogno di integrazione sociosanitaria che nel D.Lgs. 502/92 non è affrontata in modo specifico. Pur non essendo indicato in modo specifico, il distretto dopo questa riforma diviene un centro di organizzazione con un proprio "Dirigente", anche se non è chiarita la formazione specifica richiesta, né le funzioni da svolgere (inoltre spesso il distretto non è collocato tra le "strutture complesse"). Rimane, di fondo, l'ambiguità di capire cosa sia realmente il distretto; interessante notare come alcune Regioni accedano ai fondi previsti dal programma straordinario di investimenti ex art. 20 della legge 67 del 1988 per "costruire" un distretto, che in pratica è semplicemente un poliambulatorio.

- [Piano sanitario nazionale 1994 - 1996](#)

Inserisce "la realizzazione del distretto" tra gli interventi prioritari da conseguire nel triennio. Il Piano fornisce le prime indicazioni operative sul significato del distretto all'interno della nascente azienda USL. Ne sottolinea, in particolare, la funzione di "luogo naturale per realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio - assistenziali". Questo elemento evidenzia uno degli aspetti di maggiore rilievo del distretto, e anche di maggiore complessità: la capacità di integrare professionisti diversi, spesso appartenenti a servizi sanitari separati (sia da un punto di vista funzionale sia strutturale, ossia collocati in sedi differenti, come consultori, strutture residenziali, centri di salute mentale), e di integrare gli stessi servizi, con percorsi assistenziali ben definiti. Inoltre il distretto deve assumersi il compito di garantire l'integrazione sociosanitaria, avvicinando i servizi e i professionisti sanitari con i servizi e i professionisti dell'ambito sociale. Il Piano fornisce alcune indicazioni sulle attività collocabili a livello distrettuale: il supporto all'attività dei medici di medicina generale, l'assistenza

domiciliare integrata, il coordinamento dell'assistenza semiresidenziale e residenziale. Rimangono, tuttavia, aperti ancora molti interrogativi sul distretto, come ben evidenziano le esperienze regionali in materia, che risultano molto differenziate.

- [Piano sanitario nazionale 1998 - 2000](#)

E' un riferimento fondamentale sul distretto, che si arricchisce della letteratura e delle esperienze regionali maturate in oltre dieci anni di ricerca di un luogo di riferimento per la cronicità e l'integrazione sociosanitaria. Va tenuto conto della scelta di fondo del Piano, che assume l'obiettivo di definire strategia della salute in forma attiva, che comprende non solo il tradizionale ambito di prevenzione, cura e riabilitazione, ma assume un ben più ampio ruolo di promozione attiva della salute, incidendo sugli stili di vita, e pertanto richiedendo un cambiamento culturale ed organizzativo che richiede la stipula di un patto di solidarietà tra i diversi attori che incidono sui determinanti della salute, come l'ambiente, il sociale, l'istruzione, l'imprenditoria, la comunicazione. In questo quadro il distretto assume chiaramente tre funzioni fondamentali: costituisce centro di governo ed organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale; di integrazione sanitaria e sociosanitaria; di punto di riferimento unico per il cittadino per l'accesso a tutti i servizi sanitari dell'azienda unità sanitaria locale. Inoltre il Piano sanitario nazionale riconduce l'assistenza distrettuale ad un unitario "livello assistenziale di assistenza", che comprende all'interno i tre livelli di assistenza territoriali che il Piano sanitari nazionale 1994-1996 prevedeva in forma separata (Livello "assistenza sanitaria di base", livello "assistenza specialistica, semi - residenziale territoriale", livello "assistenza residenziale sanitaria"), ma fortemente integrati e correlati. Il Piano evidenzia il ruolo del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta, che devono essere fortemente integrati nel distretto, valorizzando la loro fondamentale funzione di guida e riferimento per le persone e le famiglie. Il distretto diviene luogo di integrazione sanitaria e sociosanitaria, a livello istituzionale, gestionale, professionale. Sugli aspetti organizzativi, il Piano ribadisce che il distretto è una struttura operativa dell'Azienda Unità sanitaria locale, come prevedeva il D.Lgs. 502/92, ma chiarisce anche che il distretto deve operare con autonomia gestionale nell'ambito dei programmi aziendali, perseguendo obiettivi di salute e non solo di assistenza, tenendo conto dei piani di zona dei servizi sociali.

- [Legge 30 novembre 1998, n. 419](#)

Delega il Governo all'emanazione di uno o più decreti delegati per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale sulla base di una serie di principi e criteri generali. Tra questi alcuni assumono una valenza immediata per il distretto: si sottolinea che occorre perseguire l'integrazione dei servizi sanitari e dei servizi sociali, come strategia per creare un più ampio ed efficace sistema di offerta di servizi per i cittadini, che richiedono percorsi di cura complessivi, e pertanto integrati negli aspetti sanitari e sociali. Si prevede, inoltre, la realizzazione di una efficace integrazione fra le attività del livello operativo dell'Azienda USL e l'attività del medico di famiglia, al fine di garantire una offerta di prestazioni il più possibile "a misura" del cittadino, ed anche per consentire una sensibile riduzione della domanda di ospedalizzazione o istituzionalizzazione, con conseguenti

minori costi umani ed economici. A tal fine la legge delega indica: "L'organizzazione delle attività a livello di distretto dovrà, pertanto, essere tale da tenere aperto un costante canale di comunicazione con i medici di famiglia, che rappresentano i principali ordinatori di prestazioni e, quindi, di spesa". I principi a cui si fa riferimento sono contenuti all'art. 2, comma 1, ai punti : bb) - I distretti; b) - Integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali.

- [Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#) e successive modificazioni ed integrazioni, recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, in attuazione dell'art.1 della legge n. 419/98".

Il decreto dedica al distretto ben 3 norme: art. 3-quater "distretto", art. 3-quinquies "funzioni e risorse del distretto" e art.3-sexies "Direttore di distretto". Risultano, inoltre, altrettanto importanti le norme sull'integrazione socio-sanitaria contenute negli articoli successivi : 3-septies e 3-octies. Il primo riferimento è contenuto, inoltre, nelle competenze aziendali indicate all'art. 3, comma 1-bis: spetta al Direttore generale articolare l'azienda unità sanitaria locale in distretti, nell'ambito dell'atto aziendale, sulla base dei criteri indicati dalle regioni, ed in particolare tenendo conto delle peculiarità demografiche e territoriali.

La normativa è particolarmente analitica, a testimonianza sia dell'importanza riconosciuta al distretto nel sistema sanitario, sia delle difficoltà, ad oltre un ventennio dalla prima ideazione della struttura, a renderla pienamente funzionante. L'analiticità è stata contestata da diverse Regioni, in quanto comporterebbe un'autonomia regionale in materia di organizzazione dei servizi sanitari. In ogni caso l'art. 3-sexies chiarisce che si tratta di una disciplina non obbligatoria in tutti gli aspetti di dettaglio, ma solo nei principi fondamentali, e che la normativa ha valore residuale, ossia "ove la Regione non disponga diversamente, valgono le disposizioni nazionali", a ulteriore testimonianza della necessità di attuare i distretti, rilevata dal legislatore come fondamentale.

Rispetto al ruolo, il distretto è considerato lo strumento essenziale per ricollocare al centro del nuovo Ssn le necessità dei cittadini e coinvolgere gli operatori a spostare l'attenzione dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale. Nel nuovo modello, il distretto è il sistema al quale è riconosciuta la responsabilità di governare la domanda (ruolo di committenza - valutare quali servizi per quali bisogni) e gestire i servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione). Dal punto di vista operativo il distretto assume le funzioni già indicate dal Piano sanitario nazionale 1998-2000: costituisce il punto di riferimento per tutti i cittadini nello specifico ambito territoriale per l'accesso a tutti i servizi dell'azienda unità sanitaria locale; il polo unificante di tutti i servizi sanitari e socio-assistenziali territoriali; nonché il luogo di integrazione sanitaria e sociosanitaria. Si disciplina anche il ruolo e la funzione del Direttore di distretto, si chiarisce che il distretto dovrebbe essere una struttura complessa (come deriva da una serie di indicazioni: il Direttore di distretto è responsabile degli obiettivi e delle risorse assegnate e fa parte integrante del Collegio di direzione). Interessanti alcune norme: il distretto ha una dimensione molto ampia, ossia "di norma" 60.000 abitanti, salvo deroghe per aspetti territoriali e demografici, e tra i suoi compiti è inclusa l'erogazione dell'assistenza primaria (operando un salto di qualità rispetto al tradizionale concetto di "assistenza di base") e l'assistenza

sociosanitaria (è questo un elemento di sostanziale novità rispetto alla normativa precedente), nonché l'assistenza specialistica ambulatoriale. Afferiscono al distretto, inoltre, le tradizionali aree dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, ma il decreto opera uno sforzo di indicazione (attività o servizi per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze; attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia; attività o servizi rivolti a disabili e anziani, attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale), nell'intento di ricondurre ad unitarietà un'insieme articolato e spesso frammentario di servizi sanitari e sociosanitari presenti sul territorio. In questo senso opera l'ulteriore indicazione "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".

- [Legge 8 novembre 2000, n. 328](#)

"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che qui si riporta per alcune indicazioni di particolare rilievo per il distretto :

- Coordinamento o coincidenza tra l'ambito territoriale delle zone sociali e quella dei distretti sanitari - Questa norma risulta di particolare rilievo, in quanto la coincidenza tra l'ambito territoriale del distretto e quella della zona sociale può favorire la capacità appartenenza ad una comunità locale, e quindi la costruzione di programmi integrati di tutela della salute e di assistenza alla persona a fronte dei bisogni più complessi ( art. 8, comma 3, lettera a)
- Coordinamento tra la pianificazione zonale e quella distrettuale: i Comuni afferenti al distretto sanitario predispongono il Piano di zona in accordo con l'azienda USL , così come il d.lgs. 229/99 prevede che il Programma delle attività territoriali del distretto avvenga su parere dei Comuni (Comitato dei sindaci di distretto) per la parte sanitaria, e d'intesa con i Comuni per la parte sociosanitaria. Il coordinamento della programmazione mira a favorire la realizzazione di programmi integrati per il cittadino e di un punto unico di riferimento per la comunità locale (art. 19)

- [DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza](#)

Che inserisce, all'allegato 1, un importante disaggregazione del livello "Assistenza distrettuale" in una serie di sotto-livelli, che mirano ad approfondire la conoscenza su tematiche centrali per l'assistenza sul territorio.

Appaiono così, per la prima volta, le diverse tipologie di assistenza sanitaria domiciliare: da quella più semplice di tipo infermieristico; alla presenza programmata a domicilio dei Medici di medicina generale; a quella - ben più complessa - che richiede l'integrazione tra più servizi sanitari e servizi sociali.

Vengono, inoltre, inserite le forme di assistenza residenziale e semiresidenziale, distinte (data la difficoltà di utilizzare denominazioni



delle strutture che ancora sono incerte, come RSA, case protette ed altro) in relazione ai destinatari: anziani non autosufficienti; tossicodipendenti o alcoolodipendenti; persone con problemi psichiatrici; persone disabili; pazienti nella fase terminale; persone con infezione da HIV.

Si conferma, inoltre, l'attenzione all'assistenza sanitaria di base, distinta dalla continuità assistenziale notturna e festiva e dalla guardia medica turistica (ancora, tuttavia, legati unicamente al rapporto numerico paziente-medico, per la difficoltà di rilevare i servizi e le prestazioni riconducibili alla primary care).. Altre aree sono ormai classiche, come l'assistenza farmaceutica (distinguendo i farmaci essenziali, di fascia A, da quelli parzialmente rimborsabili), l'assistenza integrativa (con fornitura di prodotti o presidi a soggetti con particolari malattie, come il morbo celiaco e il diabete mellito) e quella protesica.

- [D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270](#)

"Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale". La normativa comporta una riorganizzazione complessiva dell'area della medicina generale ed accentua il ruolo delle Regioni, delle Aziende e delle organizzazioni sindacali nelle loro diverse articolazioni territoriali per stimolare la crescita di una dinamica innovativa che migliori la qualità dell'assistenza e che contribuisca allo sviluppo di una cultura e di un modo di operare teso all'uso appropriato dell'offerta di prestazioni sanitarie. L' Accordo, inoltre, attua i principi affermati sotto vari profili dal decreto legislativo n. 229/1999 che prevede specifiche norme per il coinvolgimento del medico di medicina generale nelle problematiche distrettuali ed in particolare stabilisce nelle premesse che "Il medico di medicina generale partecipa alle procedure di verifica della qualità delle prestazioni, all'individuazione e al perseguimento degli obiettivi del distretto e alla elaborazione di linee guida volte anche alla ottimizzazione dell'uso delle risorse". (dichiarazioni preliminari). Una quota variabile dello stipendio dei Medici di medicina generale è legata alla sua adesione ad obiettivi del distretto, quali l'Assistenza domiciliare integrata, l'Assistenza domiciliare programmata e l'Assistenza domiciliare nelle residenze sanitarie per gli anziani.

- [Legge 23 dicembre 2000, n. 388 art. 86](#)

(Finanziaria 2001) - Sul piano organizzativo, la normativa individua il distretto come "centro di responsabilità", dotato di un proprio budget e connotato da un elevato livello di autonomia . L'art. 86 è dedicato alla "Sperimentazione di budget", e prevede di assegnare, in via sperimentale, ad uno o più distretti per ogni Regione una dotazione finanziaria complessiva dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali e convenzionati e dei medici di continuità assistenziale. Si tratta di un vero e proprio "budget di distretto", da attivare in via sperimentale per poi procedere al monitoraggio puntuale delle relative spese indotte dal Medico di medicina generale e di altre figure professionali, al fine di verificare la compatibilità fra la proiezione di spesa e la dotazione finanziaria "virtuale". La norma costituisce un tentativo di attribuire al distretto uno strumento di governo, programmazione e di responsabilità della spesa; ma la sua attuazione è stata piuttosto limitata: 6 Regioni, di cui solo una ha allargato la

programmazione di budget a tutte le aziende unità sanitarie locali, con esiti finali spesso incerti.

- **[Piano sanitario nazionale 2003 - 2005](#)**

Dedica alla rete territoriale una particolare attenzione, indicando la necessità che si costruisca una rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari sul territorio capace di governare i percorsi di cura. La crescita del sistema sanitario territoriale diviene fondamentale come risposta ad un quadro epidemiologico che cambia, frutto di uno Stato di benessere della popolazione con aumento dell'aspettativa di vita. Il Piano chiede un forte impegno nella prevenzione (crescita dell'aspettativa di vita "sana" ), ma anche la realizzazione di un sistema di assistenza territoriale, che sappia integrare i diversi nodi della rete, e che avvii il percorso di riorganizzazione dalla valorizzazione della medicina primaria. Nell'intento di creare un nuovo equilibrio tra le diverse forme di assistenza sanitaria, il Piano indica che bisogna operare un importante passaggio: occorre pervenire ad una assistenza ospedaliera considerata come assistenza extraterritoriale, e non viceversa. L'ospedale è il luogo di cura riservato alle patologie acute e all'alta tecnologia, e ciò potrà diventare vero quando il territorio sarà realmente capace di essere un forte riferimento per la cronicità, le patologie a lungo decorso, e la personalizzazione dell'assistenza. Il luogo dove l'assistenza si ricostruisce intorno alla persona, in forma flessibile ed appropriata. Tutto ciò risponde ad una esigenza di umanizzazione delle cure, partendo dal luogo di vita della persona, e anche ad una esigenza di sostenibilità dei servizi, operando una razionalizzazione delle risorse. Il Piano pone, a tal fine, una serie di obiettivi, che vanno dal potenziamento dei servizi territoriali, alla creazione di soluzioni organizzative, anche innovative, per l'integrazione tra i nodi della rete.

Sono previsti due progetti prioritari per il territorio:

- Promuovere il territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari;
- Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.

- **[Accordo Stato-Regioni 23 luglio 2003 sugli obiettivi prioritari per l'attuazione del PSN 2003-2005](#)**

L'accordo indica cinque obiettivi prioritari di Piano, che sono finanziati dal Ministero della Salute con risorse vincolate, pari al 3% del Finanziamento complessivo del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34, della legge n. 662/96. Vi sono due obiettivi di particolare rilievo per il distretto: priorità "Cure primarie" e priorità "Rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari per la non autosufficienza".

- **[Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004 sugli indirizzi progettuali alle Regioni sugli obiettivi prioritari per l'attuazione del PSN 2003-2005](#)**

Contiene un documento allegato, che fornisce indicazioni orientative, non vincolanti per le Regioni, come "schema di riferimento per la costituzione di Unità territoriali di assistenza primaria - UTAP". Un altro documento è dedicato al Piano di prevenzione attiva, adottato in seguito alla "dichiarazione congiunta Ministero della Salute e

Assessorati regionali alla Sanità" adottata al Forum Sanità Futura, Cernobbio, 6 aprile 2004.

- [Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale"](#)

Si riportano, in particolare, le norme: équipe territoriali; forme di associazionismo della medicina generale, allegato... sull'assistenza domiciliare.

---

La pagina [http://www.edscuola.it/archivio/handicap/distretto\\_sanitario.htm](http://www.edscuola.it/archivio/handicap/distretto_sanitario.htm)  
è stata modificata Lunedì 7 ottobre 113, alle ore 20:31:52 - [Educazione&Scuola©](#)