



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

IL DISTRETTO SANITARIO

Ricognizione Normativa

- Il primo riferimento normativo al Distretto sanitario è contenuto nella Legge 23 dicembre 1978 n. 833 [art. 10] secondo cui *i comuni, singoli e associati, o le comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, concepiti quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento*. La definizione dei criteri per la loro costituzione è demandata alla legge regionale. L'attuazione concreta dei Distretti da parte delle Regioni non è stata uniforme e gli stessi hanno generalmente svolto una limitata funzione di sportelli decentrati di servizi di tipo amministrativo. La dimensione territoriale dei Distretti era limitata (5.000-10.000 abitanti) in conseguenza della scelta legislativa sulla dimensione delle Unità Sanitarie Locali (di norma tra i 50.000 e i 200.000 abitanti).¹
- Il Dlgs 30 dicembre 1992 n. 502, successivamente modificato dal Dlgs 7 dicembre 1973 n. 517, delinea un processo di riforma del Servizio Sanitario Nazionale improntato ai principi di regionalizzazione e aziendalizzazione. Il decreto contiene uno specifico riferimento al Distretto all' art. 3, comma 5 (successivamente abrogato) secondo cui *“spetta alla Regione disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento delle Aziende USL, definendo, tra l'altro, l'articolazione delle USL in distretti”*. Il Distretto si colloca all'interno di Unità Sanitarie Locali che si trasformano in Aziende, con dimensioni provinciali, pertanto, più ampie rispetto alla precedente previsione normativa. Il Distretto, come i Presidi Ospedalieri e il costituendo Dipartimento di Prevenzione, deve rappresentare un centro di governo e non solo di erogazione di servizi.²
- Il Piano Sanitario Nazionale 1994-1996 (DPR 1 marzo 1994) [art 4a] inserisce la realizzazione del Distretto tra gli interventi prioritari da concretizzare nel triennio. E' il primo testo normativo a fornire indicazioni organizzativo-funzionali sul Distretto. Il Distretto viene concepito come importante strumento per la razionale strutturazione del servizio all'interno delle ASL che hanno acquisito dimensioni più ampie rispetto a quelle previste dal precedente quadro legislativo.

¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>

² <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/01/07/094A0049/sg>

La sua funzione deve essere quella di realizzare “*un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione*”. Nello specifico, attraverso l’ integrazione fra le attività distrettuali, l’ attività del medico di famiglia, le attività poli-ambulatoriali e specialistiche, e l’ attività ospedaliera deve mirare a realizzare: la continuità dell’assistenza, la tempestività dell’invio del paziente all’ospedale, un efficace filtro alla domanda impropria di ricoveri ospedalieri, l’attivazione di modalità di comunicazione tra i diversi servizi e i diversi professionisti che agiscono nell’ambito del S.S.N.

Il Piano in esame reca, altresì, l’indicazione delle tipologie di attività che devono trovare collocazione a livello del DSB, individuandole in:

1. Supporto all’attività del medico di famiglia
2. Assistenza domiciliare integrata
3. Attività di ospedalizzazione domiciliare
4. Gestione coordinata degli accessi ai servizi.³

- DPR 22 luglio 1996 n.484 e DPR 21 ottobre 1996 n.613 Accordi collettivi nazionali per la medicina di base e la pediatria di libera scelta.⁴

- Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (DPR 23 luglio 1998) [pag. 85 ss.] conferma il Distretto quale struttura operativa dell’Azienda Sanitaria Locale e ne sancisce sul piano operativo l’autonomia gestionale nell’ambito dei programmi aziendali.

Il Distretto viene delineato come sede elettiva nella quale realizzare l’integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, sia garantendo percorsi integrati tra istituzioni diverse al fine di conseguire comuni obiettivi di salute, sia attraverso approcci multidimensionali e multiprofessionali nella produzione dei servizi sanitari.

Al fine di attribuire maggiore centralità al Distretto nell’ambito della rete sanitaria territoriale, il Piano riconduce l’assistenza distrettuale ad un unitario “livello assistenziale di assistenza”, che ricomprende al suo interno i tre ambiti previsti in forma separata dal PSN 1994-1996 (Livello “assistenza sanitaria di base”, livello “assistenza specialistica, semi – residenziale territoriale”, livello “assistenza residenziale sanitaria”). Stabilisce, inoltre, che al territorio vengano stanziati maggiori fondi rispetto a quelle previste per gli ospedali.

Definisce, altresì, le funzioni che quest’ultimo dovrà svolgere individuandole in:

- centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale e punto di riferimento unico per il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini*
- centro organizzativo di gestione dell’assistenza sanitaria di base e di tutti i servizi del territorio di competenza.*⁵

³https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1994-07-23&atto.codiceRedazionale=094A4568&elenco30giorni=false

⁴https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1996-09-19&atto.codiceRedazionale=096G0508&elenco30giorni=false
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1996-12-05&atto.codiceRedazionale=096G0610&elenco30giorni=false

⁵ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_947_allegato.pdf

- La Legge Delega 30 novembre 1998 n. 419 “*Delega al Governo per la razionalizzazione del SSN e per l’adozione di un Testo Unico in materia di organizzazione e funzionamento del SSN*” [art. 2, comma 1, lett b) e bb)] prevede tra gli obiettivi da realizzare la definizione di tempi e modalità per l’attivazione e l’attribuzione delle risorse ai Distretti, nonché il rafforzamento del ruolo dei medici di medicina generale e del pediatra di libera scelta, che costituiscono un importante tassello per la realizzazione dell’integrazione socio- sanitaria. Questi ultimi, avendo una relazione immediata e diretta con l’utenza, svolgono un ruolo importante nell’orientare l’accesso al SSN, in un’ottica di razionalizzazione della spesa e dell’accesso alle strutture ospedaliere. Viene, dunque, concessa delega al Governo per la loro integrazione nell’organizzazione distrettuale.⁶

- Il Dlgs 19 giugno 1999 n. 229 “*Norme per la razionalizzazione del SSN a norma dell’art 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419*” [artt. 3 quater; 3 quinquies; 3 sexies] rappresenta il primo testo normativo a dettare una disciplina organica dei Distretti dal punto di vista funzionale ed organizzativo. L’art 3 quater potenzia notevolmente il ruolo dei distretti sul territorio, definendone una dimensione minima di 60.000 abitanti (salvo specifiche caratteristiche geomorfologiche del territorio).

Gli riconosce autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria nell’amministrazione delle risorse attribuite, con contabilità separata all’interno del bilancio della USL e impone il ricorso al PAT (Piano delle Attività Territoriali) quale strumento per la pianificazione delle attività svolte (anche definito – da diverse Regioni – “piano territoriale della salute”). Per il coordinamento con gli Enti locali, il D.Lgs 229/1999 prevede la costituzione di un organismo di rappresentanza comunale: il Comitato dei sindaci di Distretto, la cui organizzazione e il funzionamento sono disciplinati dalla Regione, e che concorre alla predisposizione del PAT e alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dallo stesso.

E’ previsto, inoltre, che il Distretto operi in coordinamento con le attività dei dipartimenti e dei servizi aziendali, garantendo il collegamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative. Nel tratteggio del DLgs 229/1999, il Distretto è configurato come il sistema al quale è riconosciuta la responsabilità di governare la domanda (ruolo di committenza – valutare quali servizi per quali bisogni di salute) e di assicurare la gestione dei servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione).

Il Distretto, così, non è più solo luogo di produzione di servizi, ma diventa anche luogo di programmazione. La norma non specifica le modalità di svolgimento di queste funzioni; le regioni sono competenti a stabilire se la funzione di produzione è erogata con gestione diretta dei servizi e delle prestazioni o anche ricorrendo alla negoziazione e all’acquisto di prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati accreditati.

Gli artt. 3 quinquies e 3 sexies recano, invece, una dettagliata disciplina rispettivamente delle attività svolte dal distretto (oltre all’assistenza socio-sanitaria e specialistica ambulatoriale, anche quella primaria) e della istituenda figura del Direttore del distretto, responsabile degli obiettivi e delle risorse assegnate e parte integrante del collegio di direzione dell’azienda.⁷

⁶https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1998-12-07&atto.codiceRedazionale=098G0472&elenco30giorni=false

⁷ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/07/16/099G0301/sg>

- La Legge 8 novembre 2000 n. 328 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*” [art. 8, comma 3, lett. a); art. 19] ha statuito la coincidenza tra l’ambito territoriale delle zone sociali e quella dei distretti sanitari (art. 8, comma 3 lett. a), nonché il coordinamento tra la pianificazione zonale e quella distrettuale, al fine di favorire la creazione di programmi integrati per il cittadino in ambito sanitario e socio assistenziale (art. 19).

I Comuni afferenti al Distretto sanitario predispongono il Piano di zona in accordo con l’Azienda sanitaria, all’interno del quale sono definiti gli accordi in merito ai servizi sociosanitari. In quest’ottica il coordinamento della programmazione affidata al Distretto mira a favorire la realizzazione di programmi integrati per il cittadino e di un punto unico di riferimento per la comunità locale.⁸

- La Legge 23 dicembre 2000 n. 388 (Finanziaria 2001)[art. 86 comma 2] ha previsto, nell’ambito di una serie di misure volte a razionalizzare la spesa sanitaria, l’introduzione del Budget di Distretto definito come *dotazione finanziaria virtuale, calcolata sulla base del numero di abitanti moltiplicato per la parte della quota capitaria concernente le spese per prestazioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche, ospedaliere e residenziali, che si presumono indotte dall’attività prescrittiva dei medici di medicina generale nonché dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali e convenzionati e dei medici di continuità assistenziale.*⁹

- DPR 28 luglio 2000 n. 270 Accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale.¹⁰

- In questo contesto si è inserita la riforma costituzionale del 2001, che ha modificato il Titolo V della Carta fondamentale. Tale intervento (Legge cost. 18 ottobre 2001, n. 3), ha elevato a rango costituzionale i livelli essenziali di assistenza, attraverso la ricomprensione degli stessi nel novero delle competenze esclusive statali (art. 117, comma 2, lett. m, Cost.). Sul punto, si è pronunciata anche la Consulta, la quale ha inquadrato i Livelli essenziali come espressione di una «competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull’intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale dei diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle”. (Corte cost., 19 giugno 2002, n. 282; Corte cost., 7 luglio 2005, n. 285; Corte cost., 11 ottobre 2005, n. 383; Corte cost., 18 aprile 2007, n. 162).¹¹

- Il DPCM 29 novembre 2001 “*Definizione dei Livelli essenziali di assistenza*” ha operato una suddivisione del livello “Assistenza distrettuale” in sotto categorie, in modo da diversificare

⁸ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/11/13/000G0369/sg>

⁹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/02/22/001A0850/sg>

¹⁰ https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2000-10-02&atto.codiceRedazionale=000G0320&elenco30giorni=false

¹¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/10/24/001G0430/sg>

le forme di assistenza domiciliare a seconda della maggiore o minore complessità e da distinguere le forme di assistenza residenziale e semiresidenziale in relazione ai destinatari.¹²

- Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 identifica due obiettivi di specifico rilievo per il Distretto: “Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari” (pag. 25 ss.); “Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l’assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili” (pag. 17 ss.). Un ulteriore obiettivo, più generale, ha notevole rilevanza per i servizi sociosanitari distrettuali: l’attuazione dei LEA e la riduzione delle liste di attesa, con particolare attenzione agli aspetti di appropriatezza ed integrazione.¹³
- Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 si pone l’obiettivo di potenziare l’assistenza territoriale attraverso l’implementazione dell’attività di prevenzione, dell’integrazione socio-sanitaria e dell’integrazione tra le reti e i livelli di assistenza. Mira, inoltre, a realizzare la riorganizzazione delle cure primarie, promuovendo forme di aggregazione dei medici di continuità assistenziale e degli specialisti ambulatoriali e della integrazione socio-sanitaria (pag. 28 ss.).¹⁴
- Con l’Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005 “Patto di stabilità in materia sanitaria” [art. 4] le Regioni hanno assunto l’impegno di procedere ad una razionalizzazione della rete ospedaliera, garantendo forme di assistenza alternative al ricovero e assicurando adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera.¹⁵
- La Legge Finanziaria 2006 (Legge 23 dicembre 2005 n. 266) [art. 1 commi da 279 a 284] reca la disciplina del *Piano Nazionale per il contenimento delle liste d’attesa*.¹⁶
- L’Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006 disciplina il *Piano Nazionale per il contenimento delle liste d’attesa*.¹⁷
- Con il Patto per la Salute 2006-2009 (par. 4.2) le Regioni si impegnano a promuovere ulteriori forme e modalità erogative delle cure primarie, attraverso l’integrazione dei medici di famiglia tra di loro e con la realtà distrettuale, con i medici della continuità assistenziale e con i medici del 118, anche allo scopo di migliorare le varie forme di assistenza domiciliare.¹⁸

¹² <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

¹³ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_654_allegato.pdf

¹⁴ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_987_allegato.pdf

¹⁵ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2005/05/07/05A03665/sg>

¹⁶ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2005/12/29/005G0293/sg>

¹⁷ https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2006-04-20&atto.codiceRedazionale=06A03885&elenco30giorni=false

¹⁸ http://www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_22_paragrafi_paragrafo_0_listaFile_itemName_2_fileAllegato.pdf

- Con il Patto per la Salute 2010-2012 [art.9] le Regioni si sono impegnate a disporre una razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti.¹⁹
- Il Patto per la Salute 2014-2016 detta disposizioni rispetto all'organizzazione dell'assistenza territoriale, in linea con il modello delineato dalla legge 8 novembre 2012, n. 189. L'importante novità contenuta in questo Patto è l'istituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), previste dal comma 2 dell'articolo 1 della legge 189/2012, che vedranno collaborare i Medici di Medicina generale, i Pediatri di Libera Scelta ed il personale del Servizio Sanitario Nazionale, al fine di garantire anche sul territorio la continuità dell'assistenza e le cure domiciliari. Le UCCP sono ritenute parte fondamentale ed essenziale dei Distretti, per i quali viene stabilito di definire nuovi standard organizzativi. Gli obiettivi individuati dal Patto sono: favorire il ruolo strategico dei Distretti nella costituzione delle reti assistenziali a “baricentro territoriale”; facilitare i processi di integrazione e di tutela della salute, al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell'ambito delle UCCP e AFT e dagli altri servizi territoriali; assicurare una migliore risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, contribuendo a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA.²⁰
- Con il Patto per la Salute 2019 2021, nell'ambito dell'assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali. A tal fine si è convenuto di definire linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, con l'individuazione di precisi obiettivi.²¹
- Con il DL 19 maggio 2020 n. 34, convertito con Legge 17 luglio 2020, n. 77 [art 1], sono previsti e finanziati una serie di interventi, volti a fronteggiare l'emergenza epidemiologica, finalizzati a implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione del virus SARS-CoV-2. Nelle misure di programmazione territoriale che le Regioni sono tenute ad adottare, sono attesi, inoltre, diversi interventi, fra cui in particolare: misure di rafforzamento dei Dipartimenti di Prevenzione per la gestione della sorveglianza attiva e nel contempo richiesta di delineare una organizzazione dei servizi integrata che assicuri il coordinamento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale, delle USCA che sono ulteriormente rafforzate, nonché delle strutture residenziali; interventi volti a incrementare e indirizzare, tramite i distretti, le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare; assunzione di infermieri di famiglia o di comunità, assistenti sociali, psicologi; attivazione di centrali operative.²²

¹⁹ <http://www.regioni.it/upload/pattosalute2009243CSR.pdf>

²⁰ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2016/02/13/16A01130/sg>

²¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/01/14/21A00107/sg>

²² <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/07/29/20A04100/sg>

- Con il DL 14 agosto 2020 n. 104, convertito con Legge 13 ottobre 2020 n. 126 [art 29 ter], viene richiesto alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano, al fine di fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, di adottare piani di riorganizzazione dei Distretti e della rete assistenziale territoriale, per garantire l'integrazione socio-sanitaria, l'interprofessionalità e la presa in carico del paziente. Viene, inoltre, richiesto al Ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza Unificata, di adottare le linee guida per l'adozione di un protocollo uniforme sull'intero territorio nazionale che definisca le buone pratiche di salute mentale di comunità e per la tutela delle fragilità psico-sociali secondo i principi enunciati dalla Legge in esame.²³

²³ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/10/13/20A05541/sg>