

Rapporto OASI 2022

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



13 La trasformazione del Distretto Socio Sanitario

di Federica Dalponte, Lucia Ferrara, Valeria D. Tozzi¹

13.1 Premesse

La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il DM 77/2022 propongono una serie di interventi all'interno della filiera dei servizi territoriali la cui gestione ricade sotto la responsabilità della struttura organizzativa del Distretto Socio Sanitario (DSS) all'interno delle Aziende Sanitarie Territoriali (ASL). Con il termine DSS si fa riferimento anche ad altri contenuti, oltre a quello di struttura organizzativa: in primo luogo esso identifica una popolazione con bisogni di salute specifici per i quali organizzare servizi coerenti; inoltre, il DSS definisce precise partizioni territoriali dell'ASL all'interno delle quali operano determinati portatori di interesse (enti locali, soggetti del terzo settore, ecc.) che contribuiscono a identificare le attese collettive sugli interventi di tutela della salute e le condizioni del loro sviluppo. In ultima istanza non si può non considerare che spesso il DSS rappresenta anche un luogo fisico di erogazione che rende visibile l'offerta territoriale (il modello del poliambulatorio distrettuale è rappresentativo di tale significato). Quindi, l'ampiezza dello spettro semantico evidenzia le molteplici dimensioni che il DSS fisiologicamente evoca e considera.

L'esperienza pandemica ha messo in luce sia la debolezza di alcuni Servizi Sanitari Regionali (SSR) nell'ambito dell'assistenza territoriale che la rilevanza delle interdipendenze tra quest'ultima e quella ospedaliera e i servizi socio sanitari. Infatti, molti degli interventi proposti dal PNRR e dal DM 77/2022 ampliano il portafoglio dei servizi territoriali (per tipologia o numerosità) e sostengono la gestione della relazione tra i nodi della rete dei servizi: in questa direzione possono essere inquadrati gli sforzi di porporzionare le unità di

¹Benché il capitolo sia frutto di un lavoro comune, sono da attribuire a Federica Dalponte i paragrafi 13.2 e 13.3.1, a Lucia Ferrara i paragrafi 13.3.2 e 13.3.3 e a Valeria D. Tozzi i paragrafi 13.1 e 13.4. Il capitolo è stato realizzato con il supporto incondizionato di Viatrix.

offerta per volumi di popolazione, si pensi agli Ospedali di Comunità (OdC) o alle Case della Comunità (CdC) e quelli di rafforzare la connessione tra servizi come previsto per le Centrali Operative Territoriali (COT).

Il territorio di riferimento del DSS (e dunque la popolazione che in esso vive) è nel tempo cambiato come si illustrerà di seguito: già in OASI 2021 si osservava che le ASL fossero passate da 659 prima del Decreto legislativo 502/92, a 228 nel 1995 fino alle 118 nel 2021. La modifica del bacino di riferimento è inequivocabilmente un *driver* di cambiamento per una struttura organizzativa di tipo divisionale che proprio rispetto ad esso esprime la sua missione: quello che preme sottolineare è che, oltre alle scelte sugli assetti delle aziende, è in corso una profonda trasformazione delle attese e dei bisogni delle comunità locali. Si tratta di trasformazioni all'insegna dell'indebolimento e della fragilità dei contesti sociali, a cui il sistema di tutela della salute prova a rispondere con vincoli importanti rispetto alla spesa sanitaria pubblica che si profila in decrescita come anticipato nei capitoli precedenti. Le indicazioni del PNRR e del DM 77/2022 si inseriscono in un quadro socio demografico segnato dagli accadimenti più recenti (la pandemia e la guerra *in primis*) che enfatizzano la necessità di interventi non solo di cura della malattia ma anche di tutela dello stato di salute non solo dei singoli ma delle comunità. Proporre modelli unitari di risposta in termini di equità, efficacia ed efficienza risulta ancora più complesso in tale scenario in cui per micro aree territoriali i fabbisogni di tutela della salute sono differenziati per condizioni sociali, economiche, demografiche ed ambientali. Il DSS, infatti, ha tradizionalmente perseguito l'unitarietà delle risposte soprattutto attraverso la standardizzazione delle condizioni di accesso e di erogazione dei servizi (si pensi alle procedure di attivazione dei diversi servizi spesso definite proprio su scala distrettuale come, ad esempio, la gestione delle Unità di Valutazione Distrettuali). Ciò ha spesso portato in seno alla medesima azienda ad una pluralità di modelli tra i diversi DSS, ciascuno generato dalla contingenza di ciascun territorio e dalla diversa interpretazione della funzione distrettuale.

Con il PNRR e il DM 77/2022 la macro articolazione del DSS viene popolata da nuovi servizi e soluzioni operative (quali le CdC, gli OdC e le COT) e interessata dal rafforzamento di servizi già esistenti, a cui viene richiesto di rispondere a una domanda di tutela della salute territorialmente definita. Questo implica che le valutazioni di efficacia e di efficienza dei servizi territoriali devono avere come denominatore specifico quello delle popolazioni di riferimento territorio per territorio, valutazione differente rispetto a gran parte dell'offerta ospedaliera per la quale la provenienza territoriale del paziente è raramente un criterio di efficacia dell'azione aziendale.

Alla luce del mutamento del portafoglio di servizi e dell'aumento della numerosità degli stessi all'interno del DSS per via del PNRR e del DM 77/2022, oltre che per i processi sociali e demografici che connotano il Paese, è fisiologico immaginare che possano cambiare il ruolo e le funzioni del DSS.

Sulla base di tali premesse, lo scopo del presente contributo è quello di interrogarsi su potenziali funzioni emergenti del DSS indotte dalla proposizione di un nuovo o rinnovato modello di offerta proposto dagli interventi in corso su scala nazionale.

13.2 Obiettivi e metodo

La ricerca condotta per il presente capitolo persegue i seguenti obiettivi:

- ▶ mappare l'evoluzione normativa e dimensionale che ha caratterizzato la macro articolazione del DSS negli ultimi anni a livello nazionale;
- ▶ individuare funzioni del DSS e del Direttore di Distretto, dimensionamento e interdipendenze organizzative del DSS in otto casi aziendali analizzati;
- ▶ inquadrare le trasformazioni del DSS in termini di funzioni emergenti per via delle indicazioni del PNRR e del DM 77/2022 e della rinnovata rete di offerta che regioni e aziende sanitarie stanno sviluppando.

Dal punto di vista metodologico, sono stati utilizzati metodi e tecniche di ricerca misti, articolati nei seguenti tre passaggi.

1) Analisi desk dell'evoluzione normativa e dimensionale del DSS

In primo luogo è stata condotta un'analisi della normativa nazionale che ha caratterizzato e definito il DSS a partire dalla sua istituzione, al fine di valutare come sia cambiata nel tempo la caratterizzazione del DSS. È stata poi condotta un'analisi delle dimensioni di riferimento (ad esempio, popolazione) dei DSS attraverso l'elaborazione dei dati disponibili all'interno dell'Annuario Statistico del SSN del Ministero della Salute.

2) Analisi del DSS in otto casi studio aziendali

All'interno del capitolo vengono analizzati otto casi aziendali afferenti a quattro contesti regionali diversi (Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Puglia). I casi sono stati selezionati con il duplice obiettivo di garantire un bilanciamento tra aziende inserite in contesti metropolitani e non, provenienti da 4 aree geografiche differenti del Paese (Nord-ovest, Nord-est, Centro e Mezzogiorno). Gli otto casi aziendali analizzati sono:

- ▶ ASST Niguarda in Lombardia, caso metropolitano;
- ▶ ASST Lodi in Lombardia, caso non metropolitano;
- ▶ ASL Bologna in Emilia-Romagna, caso metropolitano;
- ▶ AUSL della Romagna in Emilia-Romagna, caso non metropolitano;
- ▶ ASL Roma 1 in Lazio, caso metropolitano;

- ▶ ASL Roma 6 in Lazio, caso non metropolitano;
- ▶ ASL Bari in Puglia, caso metropolitano;
- ▶ ASL Foggia in Puglia, caso non metropolitano.

Dal punto di vista metodologico, lo studio di caso (Yin, 2009) è stato condotto attraverso l'analisi della documentazione aziendale e degli Atti Aziendali, allo scopo di analizzare la dipendenza gerarchica del DSS all'interno dell'Azienda presa in considerazione e le funzioni manageriali attribuite. I risultati vengono presentati in maniera comparata, al fine di evidenziare elementi di omogeneità ed eterogeneità.

3) *Conduzione di due Focus Group con referenti di Aziende Sanitarie e referenti regionali*

Ai fini della ricerca sono stati realizzati due Focus Group con un *panel* di esperti: il primo Focus ha visto la partecipazione di 15 referenti aziendali, tra cui alcuni dei referenti degli otto casi studio e di altre aziende sanitarie invitate a partecipare in quanto rappresentativi di esperienze innovative di DSS²; il secondo Focus Group ha visto la partecipazione di 6 referenti regionali³. Dal punto di vista metodologico, l'organizzazione dei due Focus Group e le successive attività sono state organizzate seguendo la *Nominal Group Technique* (NGT) (Gallagher *et al.*, 1993)⁴. Si tratta di una tecnica di consenso utilizzata per strutturare le interazioni all'interno del gruppo e che permette di raccogliere le diverse opinioni incoraggiando la generazione di nuove idee. Gli incontri sono stati condotti virtualmente, registrati e trascritti. L'obiettivo è stato quello di presentare ai partecipanti i risultati preliminari del capitolo. Ai fini della discussione, è stato chiesto ai partecipanti di esprimersi rispetto a: i) la loro condivisione o meno delle funzioni manageriali emergenti dai casi; ii) la generalizzabilità delle funzioni intercettate e la rilevanza per l'implementazione dei contenuti del DM 77/2022; iii) le condizioni di implementazione di tali funzioni. I partecipanti hanno ricevuto il materiale per la discussione in anticipo.

² Il Focus Group si è svolto in data 27 giugno 2022 e ha visto la partecipazione di Luca Armanaschi, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige; Alessandra Capici, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige; Edith Chimetto, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige; Laura Regattin, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale; Ornella Casati, ASST Niguarda; Simona Girolidi, ASST Niguarda; Giampaolo Grippa, ASST Lodi; Guglielmo Pacileo, ASL Alessandria; Iliaria Camplone, AUSL Bologna; Cristiano Pelati, AUSL Bologna; Mattia Altini, AUSL Romagna; Simona Dei, USL Toscana Sud Est; Roberto Corsi, ASL Roma 6; Claudio Federici, ASL Roma 6; Mina De Genaro, ASL Foggia; Maria Pipino, ASL Foggia.

³ Il Focus Group si è svolto in data 30 giugno 2022 e ha visto la partecipazione di Joseph Polimeni, Regione Friuli-Venezia Giulia; Ylenia Rizzolo, Regione Veneto; Franco Ripa, Regione Piemonte; Daniela Matarrese, Regione Toscana; Antonio Mastromattei, Regione Lazio. Si ringrazia inoltre Fabia Franchi della Regione Emilia-Romagna, che non potendo partecipare al Focus Group per impegni concomitanti è stata intervistata separatamente.

⁴ M. Gallagher, T. I. M. Hares, J. Spencer, C. Bradshaw, and I. A. N. Webb, 'The nominal group technique: a research tool for general practice?', *Fam. Pract.*, vol. 10, no. 1, pp. 76-81, 1993.

13.3 Risultati

13.3.1 L'evoluzione dei Distretti socio-sanitari

I tratti distintivi della macro articolazione del DSS sono andati definendosi nel tempo attraverso l'evoluzione della normativa che lo ha caratterizzato.

La prima definizione del DSS è contenuta nella Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 che all'art. 10 prevede che “i Comuni singoli o associati articolano le Unità sanitarie locali (USL) in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento”. La definizione dei criteri per la costituzione dei DSS è demandata dalla Legge alle Regioni. Con l'istituzione del SSN inizia a farsi strada l'idea di organizzare servizi tagliati sui reali bisogni dei cittadini e di portarli, attraverso il DSS, vicino ai loro luoghi di vita o al loro domicilio se necessario.

Il Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 colloca il DSS all'interno del processo di aziendalizzazione individuando il DSS quale articolazione delle USL. Il Distretto viene collocato all'interno di USL che assumono dimensioni di norma provinciali, quindi maggiori rispetto a quanto stabilito dalla Legge 833/1978, che prevedeva USL tra i 50.000 e i 200.000 abitanti. L'elemento di maggiore importanza è che il DSS viene elevato al livello di articolazione organizzativa, al pari dei presidi ospedalieri e dei dipartimenti di prevenzione. Esso quindi non è più soltanto un centro di erogazione dei servizi, ma diventa una struttura organizzativa all'interno dell'assetto organizzativo dell'ASL dedicato alla gestione dei servizi territoriali.

Il Piano Sanitario Nazionale 1994-1996 individua la realizzazione del Distretto tra gli interventi considerati prioritari, in quanto “articolazione organizzativo-funzionale” volta a realizzare l'integrazione tra professionisti e prestazioni sanitarie e socio-assistenziali. L'istituzione dei Distretti viene, infatti, definita come “un momento indispensabile per una razionale strutturazione del Servizio”. Il Piano indica, inoltre, le tipologie di attività collocabili a livello distrettuale, ovvero il supporto all'attività dei medici di medicina generale (MMG), l'assistenza domiciliare integrata (ADI), le attività di ospedalizzazione domiciliare e il coordinamento degli accessi ai servizi.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 riconduce nel livello distrettuale tutte le attività territoriali, che erano tenute distinte in tre livelli nel precedente Piano Sanitario Nazionale (relativi all'assistenza sanitaria di base, all'assistenza specialistica semi-residenziale e territoriale e all'assistenza residenziale sanitaria). Quest'operazione va incontro all'obiettivo di promuovere la gestione unitaria di servizi tra di loro assai differenti proprio grazie al ruolo del DSS che viene definito come “un centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale”, organizzando l'attivazione di tutti i percorsi di accesso dei cittadini ai servizi sanitari. Il DSS è, inoltre, definito

come struttura operativa dell'Azienda Usl con autonomia gestionale e diretta dal responsabile del Distretto.

Il Decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 definisce per la prima volta in maniera organica l'assetto di riferimento del DSS e vi attribuisce un'autonomia comparabile a quella delle altre articolazioni organizzative delle ASL. Il Decreto stabilisce a) che il DSS rappresenta un'area territoriale con una popolazione di riferimento di almeno 60.000 abitanti (salvo particolari caratteristiche geomorfologiche del territorio o la sua bassa densità abitativa); b) l'assegnazione di risorse dedicate al DSS rispetto alle quali esso "è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale". Viene inoltre previsto che il DSS definisca il Programma delle attività territoriali (PAT), come documento che governa e pianifica le attività sul territorio, da negoziare con gli Enti Locali, prevedendo la localizzazione di servizi e presidi. Il Decreto attribuisce al DSS il ruolo di garanzia dell'assistenza primaria, socio-sanitaria, specialistica ambulatoriale e domiciliare integrata. Il Decreto individua, inoltre, attività e servizi che il DSS deve garantire per specifiche aree di bisogno, quali la prevenzione e cura delle tossicodipendenze, la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, gli interventi per disabili e anziani, per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale. Il dipartimento di salute mentale e il dipartimento di prevenzione trovano anch'essi collocazione funzionale all'interno del DSS. Il Decreto individua infine la figura del Direttore di Distretto che, seguendo le indicazioni della Direzione Aziendale, gestisce le risorse del DSS, "in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale".

La Legge n. 328 dell'8 novembre 2000 pone l'accento sugli aspetti di integrazione socio-sanitaria, facendo riferimento alla coincidenza degli ambiti territoriali per l'esercizio delle funzioni sociali con i Distretti sanitari. Secondo la Legge, i comuni associati in tali ambiti territoriali provvedono, in accordo con le ASL, a predisporre il Piano di Zona, in quanto strumento di programmazione per la definizione delle strategie di risposta ai bisogni sociali e sociosanitari.

Con la modifica del titolo V, Parte II, della Costituzione, attraverso la Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, la tutela della salute è definita come materia di legislazione concorrente e pertanto l'organizzazione dei servizi sanitari, tra cui l'organizzazione del DSS, spetta alle Regioni. Prevale dunque una diversificazione nelle configurazioni distrettuali a livello regionale, pur all'interno di un quadro precedentemente definito.

Il libro bianco sul futuro del modello sociale "La vita buona nella società attiva", realizzato dal Ministero della Salute nel 2009, sottolinea la funzione del DSS di integrazione socio-sanitario-assistenziale, identificata come principio cardine per il passaggio da un modello di *welfare* basato sulla salute come cura delle malattie ad uno basato sulla salute come promozione del benessere. In

tale contesto, i servizi socio-sanitario-assistenziali sono pensati per essere gestiti in maniera unitaria in ambiti territoriali omogenei e i DSS sono individuati “quali centri di riferimento dei cittadini e sede dell’integrazione operativa”.

Il Piano Nazionale della Cronicità del 2016, tra gli elementi su cui costruire l’approccio alla gestione dei pazienti cronici, sottolinea il ruolo cardine svolto da DSS all’interno dell’assistenza primaria, che rappresenta a sua volta “il punto centrale dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema”. Al DSS viene assegnata una funzione di valutazione del fabbisogno e della domanda di salute della popolazione di riferimento, oltre che un “ruolo di tutela e programmazione”.

Pur non parlando direttamente di DSS, il Patto per la salute 2019-2021 sottolinea l’esigenza di riorganizzare l’assistenza territoriale tramite la diffusione di modelli organizzativi integrati sul territorio, di definire parametri di riferimento per garantire un’assistenza sanitaria e sociosanitaria più omogenea e accessibile e di implementare e integrare i flussi informativi per il monitoraggio dell’assistenza territoriale.

Il più recente riferimento al DSS arriva dal DM 77/2022 del 2022, che definisce modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale. Il DM 77/2022 prevede un DSS di circa 100.000 abitanti, criterio variabile a seconda della densità della popolazione e delle caratteristiche orografiche del territorio. La programmazione del DSS deve inoltre prevedere: i) una Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti; ii) Case della Comunità *spoke* e ambulatori di MMG e PLS in un numero che tenga conto delle specifiche caratteristiche del territorio; iii) un Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) ogni 3.000 abitanti; iv) un’Unità di Continuità Assistenziale (UCA, composta da un medico e un infermiere) ogni 100.000 abitanti; v) una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale; vi) un Ospedale di Comunità con 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. Il DM 77/2022 riconduce inoltre al DSS specifiche funzioni, ovvero:

- ▶ committenza intesa come programmazione dei servizi da erogare attraverso la valutazione dei bisogni della popolazione di riferimento;
- ▶ produzione, intesa come l’erogazione, in forma diretta o indiretta, dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali;
- ▶ garanzia, intesa come assicurazione alla popolazione dell’accesso ai servizi in condizioni di equità.

L’evoluzione della normativa qui riassunta e ripresa in maniera comparata nella Tabella 13.1, che dal 1978 ad oggi ha definito l’articolazione del DSS, ha portato al sovrapporsi di quattro accezioni che lo caratterizzano, tra loro strettamente collegate e nel tempo variamente interpretate dai diversi contesti regionali.

Tabella 13.1 **Evoluzione della normativa sui Distretti**

Riferimento	Inquadramento DSS	Dimensionamento	Funzioni
L. 833/78	Struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento	N.D.	N.D.
D. Lgs. 502/92	Articolazione organizzativa delle unità sanitarie locali	N.D.	N.D.
D. Lgs. 229/99	Articolazione organizzativa dell'USL con risorse attribuite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria e contabilità separata all'interno del bilancio dell'USL Dipartimento di salute mentale e dipartimento di prevenzione trovano collocazione funzionale nel DSS Il Direttore di Distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse del Distretto e garantisce l'accesso della popolazione a strutture e servizi, l'integrazione tra essi e la continuità assistenziale	Popolazione di almeno 60.000 abitanti (salvo territori con caratteristiche particolari)	Definisce il PAT Garantisce l'assistenza primaria, l'assistenza socio-sanitaria, l'assistenza specialistica ambulatoriale e l'ADI. Garantisce attività e servizi per specifiche aree di bisogno (es. prevenzione e cura delle tossicodipendenze, tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, patologie in fase terminale)
L. 328/2000	Coincidenza degli ambiti territoriali per l'esercizio delle funzioni sociali con i Distretti sanitari I comuni associati in tali ambiti territoriali definiscono il Piano di Zona d'intesa con le AUSL	N.D.	N.D.
DM 77/2022	Articolazione organizzativo-funzionale dell'ASL sul territorio, dotato di risorse e autonomia come da D. Lgs. 229/99 Il Direttore di Distretto è responsabile dell'attività di programmazione del DSS, del raggiungimento degli obiettivi posti dalla Direzione Aziendale e della gestione dei percorsi assistenziali integrati di competenza	100.000 abitanti (salvo territori con caratteristiche particolari)	Committenza, intesa come la programmazione dei servizi da erogare attraverso la valutazione dei bisogni della popolazione di riferimento; Produzione, intesa come l'erogazione, in forma diretta o indiretta, dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali; Garanzia, intesa come l'assicurazione alla popolazione dell'accesso ai servizi e dell'equità. In particolare, il DSS deve garantire i servizi disciplinati dal D. Lgs. 229/99

1. La prima accezione che caratterizza il DSS è il fatto di essere una partizione territoriale dell'ASL. Ciò è stabilito dall'esistenza di un'area di riferimento territorialmente definita, con una determinata dimensione e con determinate caratteristiche orografiche, rispetto alla quale devono essere ricostruiti degli equilibri di offerta dei servizi. In termini di territorio di riferimento le connotazioni dei DSS variano dunque considerevolmente a livello nazionale, passando da comunità montane a contesti metropolitani.
2. Il tema del territorio è strettamente legato alla seconda accezione che caratterizza il DSS, che è quella legata alla popolazione di riferimento, che in quel territorio esprime una domanda e un fabbisogno di tutela della salute in modo diverso proprio in ragione delle specifiche caratteristiche del territorio in cui si trova.
3. La terza accezione che caratterizza il DSS è quella della responsabilità organizzativa rispetto ad un territorio di riferimento, accezione che affonda le sue radici nel Decreto legislativo 502/1992, che individua il DSS come articolazione organizzativa delle USL all'interno del processo di aziendalizzazione del SSN. Tale concetto di responsabilità organizzativa si esplicita nella figura del Direttore di Distretto, individuato dal Decreto legislativo 229/1999, che gli attribuisce la responsabilità di gestione delle risorse assegnate al DSS, al fine di garantire l'accesso dell'utenza a strutture e servizi, l'integrazione tra questi ultimi e la continuità assistenziale. Il DM 77/22 riprende la figura del Direttore di Distretto, individuandolo come responsabile dell'attività di programmazione del DSS, del raggiungimento degli obiettivi posti dalla Direzione Aziendale e della gestione dei percorsi assistenziali integrati di competenza.
4. La quarta accezione che caratterizza il DSS, derivante dall'essere una partizione territoriale e al contempo anche una responsabilità organizzativa, è il fatto di avere una vocazione esplicita rispetto alle relazioni e ai processi di integrazione con i soggetti istituzionali che sono presenti nel suo territorio di riferimento. Essendo la salute non soltanto una questione di erogazione di servizi sanitari ma anche una questione di comunità in senso ampio, è infatti fisiologico che vi siano delle istanze che arrivano dalle istituzioni e dagli Enti Locali che devono essere allineate rispetto alle questioni più tipiche dell'erogazione dei servizi sanitari. Questa esigenza di integrazione tra soggetti istituzionali si esplicita nella presenza all'interno dell'organizzazione dell'Azienda USL della Conferenza dei Sindaci, organo di rappresentanza degli Enti Locali istituito dal Decreto legislativo 517/1993 con compiti di collaborazione e indirizzo nella programmazione. In aggiunta, il Decreto legislativo 229/1999 assegna al Direttore di Distretto il compito di supportare la Direzione Generale nelle relazioni con i Sindaci del Distretto.

Queste quattro accezioni che caratterizzano il DSS sono state nel tempo variamente interpretate dai diversi contesti regionali, che in alcuni casi hanno creato dei modelli di riferimento rispetto all'interpretazione del DSS, enfatizzando maggiormente alcune delle quattro dimensioni rispetto ad altre. Ad esempio, uno dei modelli più noti è quello del "DSS della committenza", particolarmente diffuso in Emilia-Romagna, che facendo leva sulla dimensione della responsabilità organizzativa e della popolazione di riferimento calibra la vocazione del DSS sul tema della programmazione e pianificazione delle attività in risposta ai bisogni della popolazione, distinguendo tali funzioni dall'erogazione e dalla produzione delle prestazioni (Agenas, 2011; Del Giudice *et al.*, 2016). Un altro modello noto è quello del "DSS forte", che invece fa leva sulla dimensione della responsabilità organizzativa legata più ai processi allocativi delle risorse sul territorio di riferimento e di produzione delle prestazioni, identificando il Direttore di Distretto come un'espressione della Direzione Generale sul territorio di riferimento (Agenas, 2011; Del Giudice *et al.*, 2016).

Questo quadro, già di per sé molto ricco, fatto di diverse accezioni e interpretazioni che caratterizzano l'articolazione del DSS, viene messo in discussione principalmente da due fenomeni.

Il primo fenomeno, che è andato consolidandosi nel tempo, riguarda l'ampliamento dei territori di riferimento dei DSS e di conseguenza della popolazione che vi insiste. Come è noto, il numero di Aziende Sanitarie a livello nazionale si è considerevolmente ridotto negli anni, a seguito dei numerosi processi di accorpamento realizzati nelle diverse Regioni. Di conseguenza, anche il numero di DSS è fortemente diminuito nel tempo, passando dai 923 del 2000 ai 538 del 2020, come si può vedere in Tabella 13.2. Questo processo ha portato necessariamente con sé l'aumento della popolazione media di riferimento dei DSS, la cui evoluzione è mostrata nella Figura 13.1. In particolare, la popolazione media per DSS è passata da 61.713 abitanti nel 2000 a 110.104 nel 2020, come dato medio nazionale.

L'ampliamento dei confini del territorio del DSS e dunque dei bacini di popolazione di riferimento ha delle implicazioni su tutte e quattro le accezioni che caratterizzano il DSS. Il territorio di riferimento muta necessariamente e ampliandosi va ad includere aree che possono avere caratteristiche orografiche diverse tra loro, richiedendo di ricostruire una rete di offerta che tenga conto di tali differenze. Allo stesso modo, la popolazione di riferimento si amplia e muta, andando ad esprimere bisogni di tutela della salute che possono essere più complessi e variegati. L'ampliamento dei confini del territorio e della popolazione di riferimento porta inevitabilmente con sé un mutamento dell'interpretazione della dimensione legata alla responsabilità organizzativa e della dimensione manageriale del DSS. A questo proposito, si riduce necessariamente lo *span of control* che il DSS è in grado di esercitare, riducendosi la possibilità di attuare un controllo diretto sui processi e sulle attività che avven-

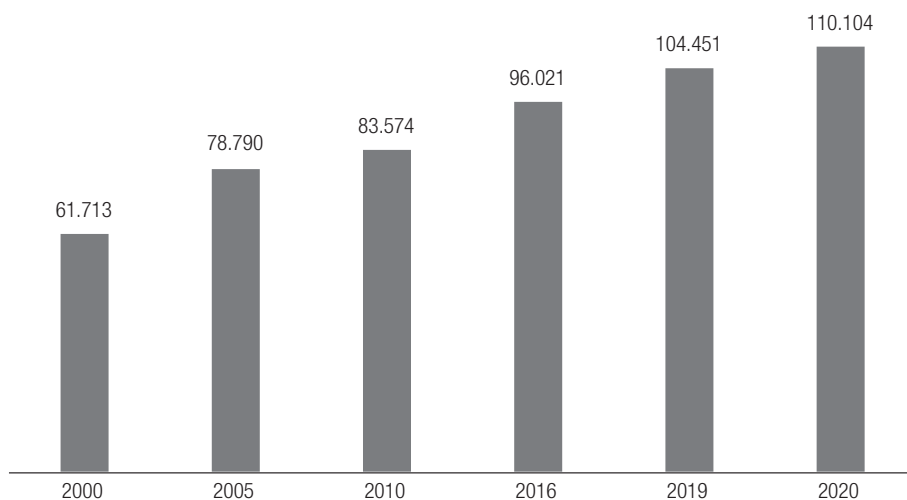
Tabella 13.2 **Numero di Distretti attivati per regione (2000-2020)**

Regione	2000	2005	2010	2016	2019	2020
Piemonte	68	62	58	58	38	38
Valle d'Aosta	4	4	4	4	4	4
Lombardia	110	86	95	77	44	44
P. A. Bolzano	18	17	20	20	20	20
P. A. Trento	11	11	11	4	1	1
Veneto	84	49	50	27	26	26
Friuli Venezia Giulia	20	18	20	20	20	9
Liguria	9	16	19	19	19	19
Emilia-Romagna	31	39	38	38	38	38
Toscana	133	53	31	34	26	26
Umbria	12	12	12	12	12	12
Marche	36	26	23	13	13	13
Lazio	47	36	49	46	46	46
Abruzzo	37	31	32	29	24	24
Molise	12	8	13	7	3	3
Campania	105	105	72	72	73	73
Puglia	71	45	49	46	45	45
Basilicata	21	11	11	11	27	9
Calabria	25	32	35	17	13	10
Sicilia	50	62	58	55	55	55
Sardegna	19	19	22	22	24	23
Italia	923	742	722	631	571	538

Fonti: elaborazione degli autori su Ministero della Salute (2001) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2000; Ministero della Salute (2007) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2005; Ministero della Salute (2013) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2010; Ministero della Salute (2019) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2016; Ministero della Salute (2021) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2019; Ministero della Salute (2022) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2020.

gono all'interno del DSS e la capacità di mantenere relazioni di dialogo fisico con tutti gli operatori del territorio. Anche l'accezione legata alle relazioni con i soggetti istituzionali subisce un mutamento, in ragione dell'aumento della rete dei soggetti istituzionali che rivolge la propria attenzione al DSS, aspetto che rende più complessa la funzione di integrazione tra diversi *stakeholder* in capo al DSS.

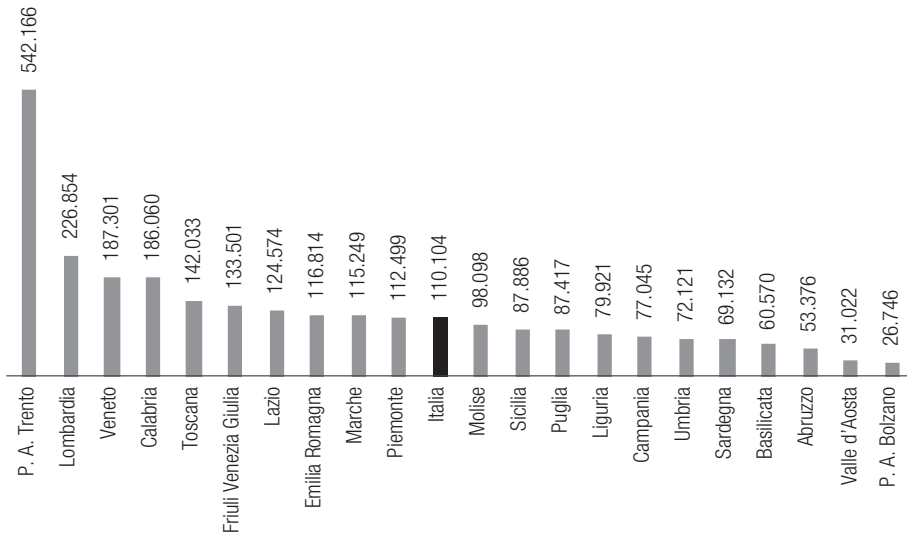
Come si può notare nella Figura 13.1, il dato di popolazione media per DSS relativo all'anno 2020 è piuttosto in linea con l'indicazione del DM 77/2022, che prevede un DSS di circa 100.000 abitanti. Tuttavia, è bene sottolineare come tale dato di popolazione media presenti un'elevata variabilità se si confrontano tra loro i singoli dati regionali. Così facendo, si passa, infatti, da una popolazione media per DSS di 542.166 abitanti per la Provincia Autonoma di

Figura 13.1 **Popolazione media per Distretto in Italia (2000-2020)**

Fonti: elaborazione degli autori su Ministero della Salute (2001) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2000; Ministero della Salute (2007) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2005; Ministero della Salute (2013) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2010; Ministero della Salute (2019) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2016; Ministero della Salute (2021) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2019; Ministero della Salute (2022) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2020.

Trento (mono-distrettuale), a una di 187.301 abitanti per la Regione Veneto, fino a una di 26.746 abitanti per la Provincia Autonoma di Bolzano, come evidenziato nella Figura 13.2. Una simile variabilità nella popolazione di riferimento dei DSS è strettamente legata al fenomeno di varie interpretazioni che nel tempo sono state date al concetto di DSS nei diversi contesti regionali, dal momento che il numero di residenti a cui il DSS si riferisce ha necessariamente delle implicazioni rispetto alle funzioni che lo stesso può svolgere e quindi alle interpretazioni date al suo ruolo.

Il secondo fenomeno che più di recente spinge a interrogarsi sul ruolo e sulle funzioni del DSS è rappresentato dalla spinta innovativa che arriva non tanto da esigenze locali, bensì dal livello centrale attraverso le indicazioni del PNRR e del DM 77/2022, che portano ad una modifica delle unità di erogazione e dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale. Il PNRR e il DM 77/2022 popolano ulteriormente l'offerta dei servizi distrettuali, ponendo particolare enfasi sui processi di integrazione tra le strutture di offerta territoriali che vengono, infatti, proposte in una logica di rete, prime fra tutte le CdC. Anche le COT rappresentano un team di competenze dedicate all'integrazione dei servizi tra ospedale e territorio e tra dimensione sanitaria e dimensione socioa-

Figura 13.2 **Popolazione media per Distretto nelle Regioni (2020)**

Fonte: elaborazione degli autori su Ministero della Salute (2022) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2020.

nitaria dei fabbisogni della popolazione. Il PNRR e il DM 77/2022 modificano il portafoglio dei servizi del DSS, sul quale si concentrano altresì le attese in termini di capacità di integrazione su più vettori. Queste dinamiche portano inevitabilmente all'emergere di nuove funzioni in capo al DSS, che vengono approfondite nel Paragrafo 13.3.3.

13.3.2 Il Distretto socio-sanitario negli 8 casi studio

Di seguito proponiamo un'analisi comparata dei DSS nei quattro contesti regionali oggetto di studio rispetto a come il DSS si è trasformato nel tempo partendo dalle indicazioni regionali e considerando gli atti aziendali degli otto casi aziendali indagati. Vengono di seguito descritte: le funzioni attribuite al Distretto e quelle attribuite al suo Direttore; il dimensionamento dei DSS e le caratteristiche organizzative dei DSS.

Il ruolo e le funzioni del Distretto nei diversi contesti

In linea con il D.Lgs. 229/77, in tutti i contesti il DSS è definito come la macro-articolazione territoriale dell'azienda sanitaria e si configura come l'ambito ottimale per garantire una risposta integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, in quanto prossimo alla comunità locale, nel quale il cittadino e la comunità stessa si riconoscono e si vedono

rappresentati e garantiti nelle proprie specifiche esigenze di salute. Nel disegno del D.Lgs. 229/1999 al Distretto erano sostanzialmente riconosciuti un ruolo di committenza e un ruolo di produzione. La norma non specificava le modalità di svolgimento di queste funzioni; rientrava, infatti, nella competenza regionale indicare, per esempio, se e quanto la funzione di produzione fosse 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. Dall'analisi dei documenti regionali e degli atti aziendali dei casi analizzati emergono numerose funzioni attribuite ai DSS che si ritrovano trasversalmente nei vari contesti e che vanno dalla funzione di committenza, alla pianificazione strategica e programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari, anche in collaborazione con gli Enti locali, alla produzione ed erogazione dei servizi, alla garanzia dell'accesso ai servizi. Tuttavia, dall'analisi della normativa, si possono rintracciare alcuni elementi distintivi dei diversi contesti rispetto al ruolo e alle funzioni attribuite al DSS che permettono di tracciare alcune funzioni distintive del DSS a seconda delle interpretazioni locali.

In Emilia-Romagna grande enfasi è posta sia sul ruolo di committenza che sulla funzione di coordinamento interistituzionale e di mobilitazione delle risorse dalla comunità. Il DSS è, infatti, definito come il luogo della "formulazione della committenza" verso produttori interni e/o esterni accreditati. Tale attività si sostanzia nella determinazione dei bisogni sanitari e socio-sanitari, nella definizione della modalità di produzione (diretta o commissionata ai soggetti accreditati) dei servizi e delle prestazioni con cui soddisfare i bisogni di salute della propria popolazione di riferimento e nella valutazione quali-quantitativa dell'attività prodotta. Tale attività di analisi dei bisogni del territorio, di pianificazione e programmazione integrata dei servizi nell'ambito dell'assistenza primaria, dell'integrazione socio-sanitaria, della prevenzione primaria e secondaria e della riabilitazione territoriale è svolta in stretta collaborazione tra Direttore del Distretto e Comitato del Distretto, il quale include al suo interno anche i Sindaci degli enti locali. Il DSS diventa, quindi, il punto privilegiato di incontro, di relazione e di collaborazione inter istituzionale tra azienda, enti locali, comunità dei cittadini, volontariato e terzo settore (secondo elemento distintivo del DSS emiliano-romagnolo). Nel DSS trovano, infatti, collocazione sia il governo dei servizi socio-sanitari e sociali, sia quella pluralità di risorse mobilitate dal volontariato che appaiono sempre più rilevanti per la creazione di quelle reti sociali importanti per assicurare una risposta efficace ed efficiente a problemi sociosanitari molteplici e complessi. In tale contesto, il direttore del DSS è fisiologicamente espressione del territorio sia per la necessità di intercettare i bisogni che per la gestione dei rapporti tra istituzioni e persone.

In Lazio, un ruolo peculiare del DSS sembra essere quello di garantire l'accoglienza, l'ascolto attivo, la tutela e promozione della salute, l'accesso ai servizi e alle prestazioni erogate in forma diretta o dal sistema dei servizi con i

quali esercita il ruolo di committenza. L'enfasi verso tale funzione di garante dell'accesso e del perseguimento di strategie di semplificazione delle procedure, di trasparenza dei percorsi, di promozione di percorsi di cura integrati si ritrova, infatti, nel modello organizzativo dei DSS laziali ed è particolarmente evidente nel caso dell'ASL Roma 1 in cui in ogni DSS è prevista almeno una UOC "Accoglienza, Tutela e Promozione della Salute", una UOC "Analisi dei bisogni, programmazione e committenza" e una UOC "Percorsi per cronicità, disabilità adulti e non autosufficienza". La standardizzazione delle procedure di accesso, di analisi della domanda, ecc., diventano: a) oggetto di responsabilità organizzative specifiche in contesti spesso caratterizzati da un'offerta di servizi molto frammentata; b) la soluzione per promuovere l'unitarietà delle condizioni di accesso in contesti non semplici per i pazienti relativamente alla ricognizione dell'offerta esistente e alla fruibilità dei servizi.

Il disegno dei DSS in Puglia, come disciplinato dal Regolamento regionale 8 aprile 2011, n. 6 di "Organizzazione del Distretto Socio Sanitario" è quello di una macrostruttura chiamata a garantire il "governo della domanda di salute" e a fungere da strumento di coordinamento e integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale, attraverso il coordinamento delle azioni dei diversi attori (anche della rete formale e informale) e i rapporti strutturali e funzionali tra la Direzione del Distretto e le cure primarie, i Dipartimenti e le strutture sovra-distrettuali territoriali. Il DSS rappresenta quindi una articolazione territoriale, operativa, organizzativa di coordinamento e di responsabilità delle ASL, un luogo che deve ricercare, promuovere e realizzare sinergie tra i vari sottosistemi di offerta territoriale e fungere da collegamento tra questi e le cure primarie. Un'accezione molto ampia, che ha visto il DSS concentrato soprattutto sulla casistica fragile per la convergenza di bisogni sanitari e non, da gestire attraverso le Unità di Valutazione Multidimensionale quale snodo per l'accesso alle cure. L'offerta dedicata alla fascia di popolazione cronica è stata gestita attraverso progetti sperimentati a livello locale ma promossi dalla Regione quali *Care Puglia*.

Infine, in Lombardia non si può che parlare di "distretto emergente". La legge regionale 23 del 2015, art. 7bis prevedeva un numero di Distretti pari al numero delle ASST comprese nelle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e li collocava nelle ATS. Tuttavia, l'istituzione (o meglio la re-istituzione) dei DSS come articolazioni organizzative dell'ASST è solo parte della riforma dell'assetto del sistema socio sanitario lombardo. Si tratta di uno degli aspetti più innovativi emersi a fine 2021 in larga parte interpretabile quale risposta all'enfasi sull'assistenza territoriale promossa dall'esperienza pandemica. La L.R. 22/2021, infatti, prevede a partire dal 2022 l'articolazione delle ASST in DSS coincidenti con il territorio di uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona. Come sembra emergere dal disegno di Distretto della legge regionale e dai documenti aziendali (POAS – Piano di organizzazione azien-

dale strategico), esso assume un ruolo strategico di gestione e coordinamento organizzativo della rete dei servizi territoriali, configurandosi come una sorta di braccio operativo del Polo Territoriale. I DSS contribuiscono, infatti, alla programmazione sanitaria e sociosanitaria per la realizzazione della rete territoriale attraverso l'analisi della domanda e dell'offerta sanitaria e sociosanitaria sul territorio di competenza; l'analisi e declinazione degli obiettivi regionali e aziendali sul proprio territorio; la programmazione dei livelli di servizio da garantire; l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie presenti sul territorio. Se in passato il DSS lombardo era schiacciato sul concetto di area territoriale e bacino sul quale esprimere la programmazione delle attività, con la L.R. 22/2021 ritorna ad essere una responsabilità organizzativa e un portafoglio di servizi pensati per un bacino di riferimento.

Il dimensionamento dei DSS

Il DM 77/2022 prevede un DSS di circa 100.000 abitanti, pur lasciando una certa variabilità in funzione della densità della popolazione e delle caratteristiche orografiche del territorio. Come si evince dalla Tabella 13.3, i DSS, negli otto casi oggetto di studio, oggi si presentano come articolazioni organizzative con territori e popolazioni di riferimento rimarchevoli (circa 130.000 abitanti in media), maggiori di quanto previsto dal DM 77/2022 e con un'ampia variabilità inter-distrettuale e intra-aziendale. Si passa quindi da DSS con circa 40.000 abitanti, come nel caso del DSS di Troia nell'ASL di Foggia, a DSS con 391.000 abitanti, come nel caso del Distretto unico della Città metropolitana di Bologna. Ne deriva che il ruolo e le funzioni esercitate dal DSS saranno molto diverse in funzione delle dimensioni del DSS, della popolazione di riferimento e della distribuzione o concentrazione dei servizi governati dal DSS in un solo Comune o in numerosi piccoli Comuni con caratteristiche oro geografiche diverse.

Tabella 13.3 **Popolazione di riferimento dei DSS nei contesti aziendali**

Casi		Popolazione Azienda	N° Distretti	Popolazione media	Pop. Minima	Pop. Massima
Lombardia	ASST Niguarda	186.007	1	184.002	-	-
	ASST Lodi	233.205	2	116.602	76.100	157.105
Emilia-Romagna	AUSL Bologna	886.098	6	147.683	55.653	391.984
	AUSL Romagna	1.122.114	8	140.264	88.612	225.179
Lazio	ASL Roma 1	1.041.220	6	173.536	133.587	205.446
	ASL Roma 6	574.976	6	95.829	66.717	113.542
Puglia	ASL Foggia	628.556	8	78.569	39.361	151.726
	ASL Bari	1.230.205	12	102.517	60.771	315.284
Tutti i casi		5.902.381	49	129.875	39.361	391.984

Le caratteristiche organizzative del DSS

La costituzione di un Distretto “forte” è stata invocata fin dalla sua nascita. A distanza di oltre 40 anni dalla nascita del DSS (L. n. 833/78) e di oltre 20 anni dal suo “ri-lancio” (D.Lgs. n. 229/99) si osserva una grande difficoltà ad interpretare l'autonomia economico finanziaria e gestionale che ai DSS è riconosciuta, come è testimoniato anche dagli 8 casi oggetto di studio. Già nel 2011 il quaderno Monitor di Agenas sottolineava che solo il 32% dei DSS godesse di tali autonomie. Il DSS è identificato come struttura complessa, anche a valenza dipartimentale, ed è articolato al suo interno in strutture semplici e complesse. Le aziende analizzate hanno, quindi, attuato le indicazioni di legge, ponendo attenzione all'architettura organizzativa del Distretto ed alla figura dirigenziale quale premessa e strumento di lavoro nella complessità della rete assistenziale. Come si evince dalla Tabella 13.4, in AUSL Bologna, Romagna e ASL Roma 1 il DSS dipende direttamente dalla Direzione generale. Nel modello lombardo il DSS afferisce direttamente al polo territoriale delle ASST e alla Direzione sociosanitaria, con cui assicura che l'azienda e i soggetti erogatori del servizio sanitario lombardo abbiano risorse sufficienti per garantire l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni distrettuali. In Puglia, il DSS svolge la propria attività nell'ambito degli indirizzi impartiti dalla direzione strategica della ASL, coerentemente con la programmazione regionale, per garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari e sociosanitari individuati dal PAT e afferisce alla Direzione sanitaria aziendale. Infine, a differenza degli altri contesti, nell'ASL Roma 6 è stato recentemente istituito un “Dipartimento del Territorio” a cui afferiscono tutti i DSS e che concentra la funzione di produzione territoriale ed erogazione delle prestazioni, precedentemente posta in capo ai singoli DSS, avviando sostanzialmente la conseguente separazione, come già avvenuto in altre regioni, da quella di committenza e programmazione e concentrando quella di produzione su scala aziendale.

L'afferenza gerarchica del DSS definisce almeno un sistema di attese rispet-

Tabella 13.4 **Le condizioni organizzative del DSS negli otto casi**

Casi		Dipendenza gerarchica	Direttore Socio-sanitario in Azienda	Autonomia economica finanziaria	Autonomia gestionale
Lombardia	ASST Niguarda	Direttore socio-sanitario	Si	Si	Si
	ASST Lodi	Direttore socio-sanitario	Si	Si	Si
Emilia-Romagna	AUSL Bologna	Direzione generale	No	Si	Si
	AUSL Romagna	Direzione generale	Si	Si	Si
Lazio	ASL Roma 1	Direzione generale	No	Si	Si
	ASL Roma 6	Dipartimento del territorio	No	Si	Si
Puglia	ASL Foggia	Direzione sanitaria	No	Si	Si
	ASL Bari	Direzione sanitaria	No	Si	Si

to alle funzioni da interpretare: l'afferenza alla direzione generale ne avvicina i fini a quelli più generali dell'azienda, trasformando il direttore del DSS in interprete della strategia aziendale declinata nei singoli contesti. L'afferenza alla direzione sanitaria enfatizza le relazioni legate alle questioni professionali sia in termini di pratiche (si pensi al tema dell'appropriatezza delle prestazioni e delle prescrizioni) che di relazioni con la comunità dei professionisti. Coerentemente nei casi osservati si fa riferimento al governo clinico quale area di missione del DSS. Più controversa è l'afferenza alla direzione socio sanitaria: in primo luogo, il rischio è che essa incarni la dimensione professionale per quel che riguarda l'offerta e i professionisti del territorio; in seconda istanza, non è facile dirimere quali siano le relazioni istituzionali in capo a quest'ultima e quali in capo alla direzione di distretto. La dimensione del DSS e la complessità delle relazioni istituzionali che popolano il suo territorio sono elementi cruciali per l'operato sia della direzione socio sanitaria aziendale (che fisiologicamente integra soggetti, istanze e attese) che di quella distrettuale.

Funzioni del Direttore del Distretto

Il D.Lgs n. 229/1999 disciplina per la prima volta il ruolo e la funzione del direttore di Distretto, il quale è responsabile delle risorse umane, finanziarie e strumentali assegnate al DSS per il raggiungimento degli obiettivi specifici e fa parte integrante del collegio di direzione dell'azienda. Dall'analisi dei casi emergono tre elementi interessanti.

In primo luogo, il direttore del DSS è nominato dal Direttore generale e deve possedere alcuni requisiti minimi, che a seconda dei contesti sono identificati in termini di anni di esperienza (es. almeno dieci anni di attività in Lombardia o aver maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali senza un riferimento temporale minimo), di ruolo (es. è scelto tra medici convenzionati, MMG o PLS in Puglia) o di formazione (es. il direttore del DSS in Lombardia deve aver completato un percorso di formazione come direttore di struttura complessa). Tali requisiti sono eterogenei e difficilmente comparabili tra i vari contesti. L'elemento in comune è che in ogni contesto vi sia un corpo di requisiti minimi piuttosto che la profilazione dei contenuti di ruolo attesi.

In secondo luogo, dall'analisi dei casi emerge come, a seconda dell'afferenza del DSS e della relazione con la direzione strategica (Tabella 13.4) si osserva una diversa interpretazione del ruolo del direttore del DSS, come già introdotto: si passa, infatti, da contesti come l'Emilia-Romagna in cui il direttore assume per l'ambito territoriale il ruolo di "direttore generale aggiunto", a contesti in cui c'è una maggiore sovrapposizione di ruolo e contenuto tra direttore del DSS e Direttore dei servizi sociosanitari. È questo il caso in cui è presente nella Direzione strategica aziendale anche un direttore sociosanitario (ASST Niguarda, ASST Lodi e AUSL Romagna).

Infine, occorre distinguere tra le funzioni della macro articolazione orga-

nizzativa del DSS e i contenuti di ruolo del direttore per cogliere il sistema delle attese sul ruolo apicale rispetto all'ampiezza delle funzioni ovunque attribuite al DSS. Si tratta di una indagine interessante ma davvero complessa da svolgere per la dimensione implicita dei criteri di selezione dei direttori del DSS. Il meccanismo del concorso pubblico, che poco si concilia con la soggettività nella valutazione di caratteristiche individuali quali la capacità di agire strumenti di committenza (si pensi alla valutazione della produzione erogata dai soggetti pubblici e privati accreditati), non permette di condurre questo approfondimento. In quasi tutti i contesti, la garanzia e il mantenimento della relazione istituzionali con i Sindaci del DSS, gli Enti locali e la comunità ampiamente intesa è una delle attese legate al Direttore di Distretto e alla sua capacità di creare e mantenere delle reti sociali. Fa eccezione il caso dell'ASL Roma 1 in cui le funzioni di coordinamento con i Sindaci sono svolte a livello inter-distrettuale da un unico coordinatore sociosanitario il quale si rapporta in via consultiva con il Direttore del Distretto, che resta comunque l'unico responsabile dello svolgimento delle attività erogative distrettuali. Come si discuterà nel seguito, anche le funzioni emergenti del Distretto saranno collegate in parte alla macro-articolazione territoriale, in parte al ruolo del Direttore del Distretto stesso.

13.3.3 Le funzioni emergenti del distretto alla luce del DM 77/2022

Da una prima osservazione, stanno emergendo quattro fabbisogni legati all'arricchimento della rete di offerta dei DSS indotto dal PNRR e dal DM 77/2022. Il soddisfacimento di tali fabbisogni è legato a funzioni nuove, alla reinterpretazione di quanto agito in passato o al potenziamento di funzioni che in alcuni contesti erano già più forti di altri, come presentato nel paragrafo precedente. Inoltre, per chiarezza espositiva, verranno presentate separatamente ma sono combinabili tra di loro non essendo mutualmente esclusive. Di seguito si propone una descrizione di queste quattro funzioni. Il tema centrale sarà riconoscerle, porsi la questione di come vengono interpretate in ragione della fisiologica eterogeneità di partenza soprattutto per via della storia pregressa.

A) Il DSS con competenze distintive sul Population Health Management (PHM)

Non si tratta di una funzione nuova, ma valorizzata dalle spinte legate al DM 77/22. In primo luogo, il DM 77/22 ha sfidato l'impasse del garante della *privacy* riproponendo il tema della stratificazione della popolazione e dell'identificazione dei bisogni della popolazione basati sull'utilizzo dei dati. Infatti, la stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi anche predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per le diverse popolazioni che convivono nel medesimo territorio definito dal DSS. La

conoscenza del profilo di salute e del quadro epidemiologico delle popolazioni target è certamente una delle innovazioni più significative emerse di recente grazie a progetti regionali (di cui si tratterà a breve). Il fatto che all'interno di popolazioni distrettuali in media di 100.000 residenti insistano più popolazioni caratterizzate da un diverso stato di salute è un nuovo sguardo al concetto di territorio e di bacino di riferimento, spesso interpretati in modo indistinto. La macro articolazione del DSS dovrà immaginarsi modelli erogativi differenziati a seconda del fabbisogno delle popolazioni: così, ad esempio, l'offerta per i pazienti cronici potrà prevedere modelli distinti a seconda delle comorbidità presenti piuttosto che della residenza urbana o rurale delle persone affette da diabete.

Una seconda spinta in tal senso arriva dal livello centrale. Infatti, oltre alle esperienze regionali di identificazione e segmentazione della popolazione di riferimento come i modelli dell'ACG Veneto o del CREG Lombardo o del Risk-ER della Regione Emilia-Romagna, che sono stati già oggetto di trattazione in precedenti rapporti OASI (Morando e Tozzi 2015; Fattore, Morando e Tozzi 2019), esistono anche gruppi di lavoro a livello nazionale sul tema dell'identificazione delle patologie e della segmentazione della popolazione che stanno provando a costruire un unico "alfabeto" rispetto ad una proposizione unitaria sul tema della identificazione e della stratificazione della popolazione.

Il terzo elemento che spinge in questa direzione, oltre alle indicazioni più formali e alle esperienze che sono state sviluppate, ha a che fare con i sistemi di misurazione più centrali, come il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che oltre a misurare la capacità delle regioni di erogare dei livelli minimi di assistenza, i cosiddetti LEA, è stato arricchito, in una fase pilota e sperimentale, di una serie di indicatori *no core* di processo, come quelli sviluppati per i PDTA, che necessitano di raccogliere informazioni sull'offerta erogata per determinati target di popolazione distinti per condizione di salute. Per fare questa operazione è necessario identificare la popolazione target (con bronco pneumopatia cronica ostruttiva – BPCO, o con il tumore mammario) e poi capire se il sistema ha erogato secondo condizioni di appropriatezza in ragione delle evidenze presenti nella letteratura scientifica di riferimento.

Anche il Manuale Pon.Gov sottolinea come la presa in carico, soprattutto dei pazienti cronici (che rappresentano il target principale di gran parte dell'offerta prevista dai nuovi servizi del DM 77/22), dovrebbe prevedere interventi personalizzati che consentano di declinare i PDTA in piani personalizzati (PAI – piani assistenziali integrati). Questo significa che c'è bisogno di strutture organizzative intermedie, come i DSS, che possano usare informazioni generali sulla popolazione per orientare i modelli erogativi nei contesti locali. Al momento non è possibile usare i diversi algoritmi elaborati dalle Regioni per leggere in modo granulare la diversa struttura dei bisogni di salute nei territori. Questo enfatizza ulteriormente la necessità di articolazioni aziendali dedicate

alla lettura dei fabbisogni delle popolazioni. Nell'attesa che sia possibile un uso capillare delle informazioni che vengono elaborate dagli osservatori regionali o aziendali potenzialmente integrabili con informazioni che provengono dal "basso", dai professionisti e dai singoli servizi, il DSS rappresenta uno strumento cruciale per l'intercettazione della domanda delle popolazioni di riferimento. La gestione delle questioni legate alla *privacy* per la stratificazione delle popolazioni è cruciale per passare da modelli basati solo sulla raccolta di informazioni provenienti da *database* amministrativi a modelli misti che associano i *database* amministrativi a fonti informative "fresche" e dirette che arrivano dagli operatori o delle strutture. Questo è il passaggio evolutivo sottolineato dalle esperienze internazionali (Steenkamer *et al.*, 2017) e che alimenta il bisogno di competenze tecnico-specialistiche nell'usare e interpretare le fonti informative per supportare i processi decisionali sia di programmazione che di erogazione per i singoli casi. Sempre più numerosi sono gli sforzi degli osservatori epidemiologici che vanno in questa direzione sofisticando la lettura dei bisogni delle popolazioni: come illustra la DGR Lazio n. 27818 del 20/07/2022, il DEP (Dipartimento Epidemiologico regionale) sta proponendo una sofisticazione che integra anche informazioni non sanitarie allo scopo di andare verso il bisogno di personalizzare gli interventi. Tale sforzo rimane, tuttavia, legato alla lettura su larga scala per via dei vincoli legati alla gestione della *privacy*.

B) Il DSS con competenze per la gestione operativa nei setting territoriali

I processi di delocalizzazione e periferizzazione dell'offerta promossi dal PNRR e dal DM 77/2022 spingono verso una lettura integrata dei processi erogativi e della potenzialità "produttiva" delle diverse unità di offerta all'interno del DSS. Si tratta di immaginare un nuovo *modus operandi* all'interno del DSS soprattutto in quei contesti che superano la popolazione media nazionale di 100.000 residenti. Si tratta di formulare, con tutti gli adattamenti del caso, modelli di gestione operativa sviluppati prevalentemente in ospedale sull'offerta chirurgica e più in generale di ricovero (Rotter *et al.*, 2019): leggere l'offerta ambulatoriale come un'unica "piattaforma" integrando le informazioni sulla capacità produttiva tra erogatori ospedalieri e territoriali sarebbe un'opportunità sia per la gestione delle liste di attesa che per disegnare modelli erogativi integrati rispetto ai bisogni dell'utenza (si pensi alla prevalenza nei territori di patologie associate e alla possibilità di programmare pacchetti di prestazioni ambulatoriali). Sviluppare dei modelli di gestione operativa per i DSS è molto diverso rispetto alla gestione operativa in ospedale. Come già richiamato in precedenti capitoli OASI (Fenech *et al.*, 2020), mentre il ricovero consente di organizzare intorno al paziente una serie di interventi (medici, chirurgici, riabilitativi ecc.) assecondando i ritmi delle diverse linee di erogazione, poiché il paziente rimane all'interno della stessa struttura, la gestione operativa del

territorio e del *setting* ambulatoriale richiede che ci sia una conoscenza puntuale della domanda, dei volumi di prestazioni che ciascun paziente richiede in ragione della sua condizione di salute e una programmazione *ex ante* della sequenza di prestazioni (come codificate dai PDTA) che devono essere erogate usando al meglio il tempo. Questo è ancora più cruciale se si pensa alla formulazione di veri e propri “pacchetti” per i pazienti comorbidi che soffrono di più patologie croniche. Quindi, l’avvento di un modello di gestione operativa per il DSS non può prescindere dalla riflessione più tipicamente professionale sulla sequenza delle attività necessarie per uno specifico paziente che spesso con ricorrenza necessita dello stesso pacchetto di prestazioni. Questa logica è opposta rispetto allo sviluppo delle esperienze, ormai consolidate, di gestione operativa per i ricoveri o per il *setting* chirurgico, in cui si provvedeva in primo luogo alla revisione del processo “produttivo” e poi alla riflessione sulla sequenza delle attività.

La gestione operativa del DSS si esplicita quindi in: i) analisi dei *setting* produttivi per delocalizzare e periferizzare l’offerta al fine di garantire la continuità della presa in carico, l’aderenza ai percorsi e l’uso appropriato dell’ospedale; ii) il governo dei *setting* produttivi, dal momento che è necessario passare dal modello tradizionale domanda-risposta ad un’attività di programmazione operativa della *capacity* anche attraverso un aggiornamento in tempo reale dei posti letto disponibili; iii) la conoscenza della domanda per programmare e gestire gli *asset* ambulatoriali (es. creazione di pacchetti).

C) Il DSS quale agente del cambiamento

Il PNRR e il DM 77/22 proiettano lo sguardo al futuro rispetto al numero complessivo di CdC, OdC, COT da dover realizzare. Le aziende sanitarie devono quindi bilanciare e preservare questo orientamento sul futuro, senza scombinare quegli elementi di fondo che già funzionano nei diversi contesti di riferimento. Occorre combinare passato e futuro, considerando le specificità delle diverse configurazioni istituzionali e dei diversi modelli erogativi che nei contesti aziendali hanno già dimostrato risultati e rappresentano un riferimento per l’utenza target. In questa prospettiva, vi è la necessità di un soggetto che costantemente promuova questa operazione e che permetta la reinterpretazione dei processi esistenti alla luce delle progettualità legate al PNRR e al DM 77/2022. Si tratta di un ruolo nuovo che è sempre stato gestito dalla direzione strategica, ma che ora chiama in causa la struttura organizzativa spesso più prossima agli operatori della filiera territoriale che è il DSS.

Oltre al bilanciamento tra passato e futuro, c’è un secondo elemento legato ai vincoli. L’attuale situazione di incertezza, anche rispetto all’assenza di risorse umane aggiuntive, fa sì che molti dei processi di cambiamento siano il frutto di una riorganizzazione delle condizioni operative già in essere. Non è possibile per esempio immaginarsi la moltiplicazione delle competenze in-

fermieristiche professionali (se si dovessero rispettare tutti gli standard DM 77/22), quindi bisogna compiere delle scelte di prioritizzazione e di reinterpretazione dei singoli ruoli professionali non solo su scala aziendale ma anche su scala distrettuale⁵. Si tratta di operazioni di riorganizzazione che riguardano la storia e il sistema di competenze locali che solo letture e conoscenze puntuali sui fenomeni possono intercettare.

Inoltre, il processo di trasformazione della filiera dei servizi del territorio apre specifici “cantieri” progettuali. Le ASL, in quanto aziende pubbliche, sono in difficoltà nell’attivare modelli di *project management* che si sviluppino trasversalmente a più responsabilità organizzative. L’approccio burocratico alla gestione dei cambiamenti d’azienda si scontra con la necessità di far evolvere l’offerta non solo nella direzione segnata dal PNRR e dal DM 77/2022 ma anche rispettando i tempi previsti e armonizzando la situazione pregressa con i cambiamenti profilati. Si tratta di un fabbisogno che può trovare una risposta attraverso il DSS che tradizionalmente bilancia ed intermedia le spinte all’unitarietà dell’azione aziendale con la personalizzazione degli interventi sull’utenza.

Questi sono elementi di trasformazione che spingono ad una reinterpretazione delle tradizionali funzioni del DSS.

D) Il DSS delle relazioni interistituzionali e del community building

Infine, il quarto fabbisogno che emerge dal ridisegno generale della rete territoriale prodotto dal PNRR e dal DM 77/2022 è legato alla rete delle relazioni istituzionali. Esse rappresentano un grande tensore di raccordo con le attese dalle comunità locali rappresentate in forme eterogenee: dal rapporto con gli enti locali fino ai portatori di interessi specifici quali le associazioni pazienti o il contesto produttivo del territorio. La narrazione sul cambiamento in corso è fondamentale per la costruzione di un sistema nuovo o rinnovato di collaborazione tra soggetti che concorrono alla tutela della salute di popolazioni territorialmente definite: dialogare con gli operatori, con i pazienti e con tutti i vari soggetti che sono nel territorio è fondamentale per la tenuta e la rappresentazione esterna di questo lungo processo che traguarderà i suoi risultati nel 2026. In questo arco temporale il quadro dei soggetti muterà per numero e orientamento anche per via dell’indebolimento economico in corso. In questo scenario, qui sommariamente dipinto, la continuità delle relazioni istituzionali nei territori sarà un fattore critico di successo per le strategie delle aziende sanitarie, tutte impegnate nel medesimo “cantiere” di lavoro.

L’enfasi sulla dimensione istituzionale che è insita naturalmente nel DSS è ulteriormente accentuata dalle interpretazioni degli interventi sanitari legati

⁵ A tal fine si rimanda al Capitolo 14 di questo Rapporto scritto da Del Vecchio et al., “Le politiche di reclutamento, formazione, e gestione strategica del personale per la trasformazione dei servizi”

alle comunità (e non solo ai territori) che gran parte delle proposte del PNRR e del DM 77/2022 veicolano. Ciò induce il passaggio da un'idea di sanità come attività erogativa del soggetto pubblico a un modello di sussidiarietà orizzontale per soddisfare i fabbisogni di tutela della salute anche attraverso il contributo offerto da altri soggetti, sia pubblici che privati. Esistono, infatti, ampi spazi di possibile collaborazione tra soggetto pubblico e la comunità intesa come insieme di reti sociali che nei diversi territori insistono e che sono spesso di tipo informale. Tenendo conto dell'elevata eterogeneità delle singole reti sociali è fondamentale avviare una fase di mappatura, analisi e classificazione delle reti sociali esistenti sul territorio e delle loro caratteristiche specifiche come occasione strategica di analisi del contesto e di identificazione dei potenziali attori da coinvolgere in iniziative di *community building* (Bonciani, 2021) che possano generare contributi e ricompense sia per il soggetto pubblico che per le comunità. L'azione di innovazione insita nel lavoro di comunità può nascere da una iniziativa promossa da una rete sociale, da un soggetto organizzato del terzo settore (professionale o volontario) o da una istituzione pubblica. In ogni caso, è necessario utilizzare logiche e strumenti manageriali capaci di sostenere le reti sociali esistenti sia in fase di programmazione che in fase di gestione, rendicontando il valore aggiunto attivato per la comunità (Longo e Barsanti, 2021).

Attraverso le iniziative di *community building*, è necessario fare in modo che le informazioni sui soggetti che possono inserirsi nei processi erogativi aumentino, e far dialogare soggetti pubblici con soggetti privati, facendo nascere delle forme di co-produzione, di *co-design* e cooperazione tra soggetto pubblico e altri soggetti. Anche in questo caso, viene posta una grande enfasi su aree di contenuto che hanno tradizionalmente caratterizzato il DSS e le sue relazioni istituzionali ma che adesso sono ulteriormente messe in discussione dal cambiamento che il DM 77/22 prova a mettere in opera.

13.4 Conclusioni

L'intero contributo ha preso le mosse dall'interpretazione del DSS in primo luogo quale struttura organizzativa che partecipa alla gerarchia aziendale e quindi ne interpreta fini e orientamenti strategici di fondo. La ricca disamina del quadro normativo che è stata fatta, a partire dall'istituzione del SSN, ha messo in luce la difficoltà di costruire e allineare i fini complessivi d'azienda e le attese in termini di tutela della salute di quelle partizioni territoriali a cui il DSS fa riferimento. Il DSS è la principale (in alcuni contesti aziendali l'unica) macro articolazione organizzativa di tipo divisionale poiché rappresenta un territorio con caratteristiche ben definite (da quelle oro geografiche fino a quelle legate agli insediamenti produttivi e al sistema dei trasporti), intercetta popolazioni con bisogni di tutela della salute specifici e inquadra un sistema

spesso assai ampio e complesso di relazioni istituzionali. Esso rappresenta, dopo gli organi istituzionali d'azienda (a partire dal Direttore Generale), il contesto a maggiore valenza politica: al suo interno esistono manifestazioni specifiche delle attese del principale portatore di interesse che è il cittadino, si costruiscono i meccanismi di consenso rispetto al tema "salute", si ricompongono gli interventi tra operatori con prerogative istituzionali diverse (*in primis*, il rapporto con i professionisti in convenzione). Si tratta di una struttura organizzativa nata per "integrare" e non per specializzare (usando le categorie della progettazione organizzativa) che sin dagli albori dell'aziendalizzazione della sanità ha contraddistinto le ASL.

Che le trasformazioni istituzionali delle aziende pubbliche siano un fattore determinante rispetto a questa struttura organizzativa è lapalissiano. Quello che colpisce, da osservatore del sistema, è l'assenza di un dibattito specifico sul DSS in questa fase storica in cui, più che la rimodulazione delle aziende sanitarie per via istituzionale, pesano il PNRR e il DM 77/2022, da un lato, e l'indebolimento sociale che il quadro macro e micro economico evidenziano, dall'altro. Rispetto al primo fenomeno, si osserva una rinnovata tensione che tocca il DSS per via dei servizi che sono al suo interno. Si auspica che le imminenti fasi implementative del PNRR si accompagnino ad una riflessione sul ruolo della principale macro articolazione ad essa preposta. Rispetto alla seconda tensione, si rimanda al 55° Rapporto Censis per cogliere alcuni dei tratti della profonda trasformazione che le collettività stanno vivendo: "Solo il 15,2% degli italiani ritiene che, dopo l'esperienza della pandemia, la propria situazione economica personale sarà migliore rispetto a quella attuale. Per la maggioranza (il 56,4%) resterà uguale e per un consistente 28,4% peggiorerà". A questo quadro si cumulano fenomeni quali il contemporaneo rialzo del prezzo dell'energia (sia del petrolio che del gas e conseguentemente dell'energia elettrica) legato a diversi fattori (questioni geopolitiche, riduzione dell'offerta, aumento della domanda, ecc.) che produce tensioni rispetto al lavoro e ai processi di inclusione.

La puntuale distinzione tra le 4 funzioni riportate nel precedente paragrafo è stata introdotta a fini descrittivi e per intercettare contenuti distinti ma spesso largamente interdipendenti. Come anticipato, il DSS può rappresentare uno strumento per inquadrare i bisogni locali e soddisfare i bisogni di tutela della salute: se le vie per modelli di *population health management* sono inibite, è per via relazionale che essi possono essere colti. Il dialogo con i medici di medicina generale, soprattutto se organizzati in modelli associativi o nelle Case della Comunità, così come quello con gli enti locali rappresenta una fonte importante di rilevazione delle attese e bisogni specifici. Attraverso i *Focus Group* è emersa l'irrinunciabilità di tutte e quattro le funzioni rispetto ai contenuti di fondo, mentre il loro esercizio può essere diversamente giocato tra il perimetro del distretto e quello dell'azienda: infatti, è difficilmente immagina-

bile la dotazione di *staff* dedicati alla gestione operativa dei servizi territoriali soprattutto considerando la scala operativa sovra distrettuale che molte nuove unità di offerta richiedono (ad esempio, le soglie di popolazione delle CdC che in alcuni casi superano le dimensioni del DSS). È verosimile che si possano sviluppare strumenti e competenze dedicati alla gestione operativa di valenza aziendale. A ben vedere, anche nelle configurazioni distrettuali osservate nei casi e nelle regioni oggetto di indagine, le strutture organizzative dedicate alla “produzione” sono state spesso trasversali. È questo il caso, ad esempio, del dipartimento delle cure primarie in Emilia-Romagna. Le competenze di *project management* necessitano di un raccordo con il team della direzione strategica dedicata al progetto PNRN ma occorre che siano spese nei singoli contesti interpretando la funzione del DSS quale agente del cambiamento.

Rispetto alle altre macro-articolazioni aziendali (territoriali e non), quali ad esempio i dipartimenti, è opportuno osservare un rafforzamento delle interdipendenze indotto dalla necessità di interpretare le funzioni sopra descritte. La possibilità di integrare i percorsi di cura che tradizionalmente si sviluppano a cavallo tra ospedale e territorio può essere sostenuta da meccanismi di coordinamento tra gli operatori del territorio e quelli che operano nei dipartimenti ospedalieri: si pensi, ad esempio, al coordinamento funzionale tra gli specialisti convenzionati territoriali e quelli incardinati nei dipartimenti ospedalieri oppure all'integrazione con i dipartimenti di Igiene e Sanità pubblica per favorire l'adesione alle campagne di screening usando i servizi distrettuali. Tra le macro articolazioni territoriali quella del DSS ha meno carattere professionale (si pensi al Dipartimento di Salute Mentale o a quello di Igiene e Sanità Pubblica) e più connotazioni manageriali: il sistema di reclutamento e selezione dei Direttori di DSS poco si presta a dettagliare competenze individuali poco misurabili o non frequentemente misurate quali la capacità di innovazione piuttosto che di *team leadership*. Il tema è cruciale per il futuro dei DSS in questa fase storica in cui la gestione dei processi di cambiamento, la complessità della rete di offerta e delle attese di pazienti e cittadini sono questioni dell'immediato futuro.

A parere di chi scrive, quella attualmente in corso potrebbe trasformarsi in una stagione di rilancio del DSS in ragione della trasformazione della rete dei suoi servizi. Vero è che un dibattito assente sul DSS non aiuta i processi trasformativi in corso.

13.5 Bibliografia

- Agenas (2011), «La rete dei Distretti sanitari in Italia», *I quaderni di Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, 27 (Supplemento n. 8).
- Bonciani M. (2021), «Mappatura, clusterizzazione e selezione delle reti sociali: quale ruolo possono giocare per il community building?», in Longo F., &

- Barsanti S. (a cura di) *Community building: logiche e strumenti di management*, Milano, Egea, pp. 65-86.
- Butler M., Schultz T.J., Halligan P., Sheridan A., Kinsman L., Rotter T., ... & Drennan J. (2019), «Hospital nurse-staffing models and patient-and staff-related outcomes», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- Del Giudice P., Menegazzi G., Lesa L., Brusaferrò S. (2016), «Organizzazione distrettuale dei servizi dell'Assistenza Primaria», in Gruppo di lavoro Primary Health Care della Società italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (a cura di) *Governare l'Assistenza Primaria: manuale per operatori di Sanità Pubblica*, Mondadori.
- DGR Lazio n. 27818 DEL 20/07/2022.
- Fattore G., Morando V., & Tozzi V.D. (2018), «Governare la domanda e Population Health Management: Regioni a confronto nell'utilizzo dei database amministrativi e nelle scelte di policy e management», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2018*, Milano, Egea.
- Fenech L., Ferrara L., Hiedemann A., Tozzi V.D., (2020), «L'offerta ambulatoriale per la popolazione cronica tra governo clinico e gestione operativa», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2020*, Milano, Egea.
- Gallagher M., Hares T.I.M., Spencer J., Bradshaw C., and Webb I.A.N. (1993), «The nominal group technique: a research tool for general practice?», *Fam. Pract.*, vol. 10, no. 1, pp. 76–81.
- Longo F., Barsanti S. (2021), *Community Building: logiche e strumenti di management*, Egea.
- Ministero della salute (2001), «Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale», Anno di riferimento: 2000.
- Ministero della Salute (2007), «Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale», Anno di riferimento: 2005.
- Ministero della Salute (2013), «Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale», Anno di riferimento: 2010.
- Ministero della Salute (2019), «Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale», Anno di riferimento: 2016.
- Ministero della Salute (2021), «Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale», Anno di riferimento: 2019.
- Ministero della Salute (2022), «Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale», Anno di riferimento: 2020.
- Morando V., Tozzi V.D. (2015), «Population Health Management e PDTA: “prove tecniche di implementazione”», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea.
- Steenkamer B.M., Drewes H.W., Heijink R., Baan C.A., & Struijs J.N. (2017), «Defining population health management: a scoping review of the literature», *Population health management*, 20(1), 74-85.
- Yin R.K. (2009), *Case study research: Design and methods* (Vol. 5), Sage.