DISTRETTO

Seconda parte

Nella prima parte del presente lavoro abbiamo cercato di definire il Distretto da un punto di vista normativo e organizzativo, rappresentandolo come un sistema complesso formato da una molteplicità di componenti. L'obiettivo di questa seconda parte sarà quello di individuare il Distretto come un indispensabile attore di programmazione sanitaria e di governo dei processi assistenziali, caratterizzato da proprie definite modalità gestionali, ma anche, purtroppo, da numerose criticità.
Per evidenti motivi di complessità e di spazio, non si tenterà di individuare i modelli di distretto che si stanno attualmente profilando, in particolare, nelle regioni Toscana, Emilia Romagna e Lombardia. Ci si limiterà a premettere che, in una fase di interpretazione difforme e confusa dell'organizzazione dell'offerta sanitaria successiva alle modifiche apportate alla Costituzione e al nuovo ruolo delle Regioni, le principali differenze per il distretto attengono alla diversa distribuzione del ruolo di committenza e di quello di erogazione. Nel riquadro 1 si è tentato di rappresentare in una prospettiva d'insieme le principali criticità che, a nostro avviso, frenano od ostacolano attualmente, quasi dappertutto, le possibilità

RIQUADRO 1 - PRINCIPALI CRITICITÀ DEL DISTRETTO

Difficoltà a riposizionarsi all'interno del sistema sanitario dovuta a:

Difficoltà a promuovere una cultura assistenziale imperniata sul territorio per possibile:
- resistenza di una cultura medica radicata fondata sulla centralità dell'ospedale;
- scarsa diffusione della cultura epidemiologica e di sanità pubblica (orientata alla prevenzione e alla gestione globale dei bisogni di salute).

Difficoltà a veder riconoscere il proprio ruolo quale produttore di servizi e prestazioni per possibile:
- assenza di sistemi riconosciuti di adeguata valorizzazione economica di molte linee di produzione assistenziale tipiche del Distretto (ad esempio, assistenza domiciliare);
- scarsa disponibilità di letteratura scientifica di natura economico-sanitaria relativa al Distretto (analisi comparative costo-efficacia, costo-utilità);
- tipologia di background culturale del management aziendale centrale.

Difficoltà a proporre una propria pianificazione autonoma dovuta a:

Difficoltà ad utilizzare gli strumenti di pianificazione distrettuale previsti dalla normativa per possibile:
- scarsa confidenza e scarso utilizzo dei documenti di pianificazione disponibili (Programma per le Attività Territoriali, PAT);
- inadeguato disegno e sviluppo dei processi di pianificazione aziendale con frequente approccio "bottom-up".

Difficoltà a garantire una copertura economica certa agli interventi pianificati per possibile:
- mancata attribuzione di risorse previamente negoziate (budget di Distretto);
- scarso utilizzo dei documenti di pianificazione distrettuale previsti dalla normativa (Programma per le Attività Territoriali, PAT).

Difficoltà a governare i percorsi assistenziali dovuta a:

Difficoltà ad effettuare un'adeguata analisi dei bisogni per possibile:
- assenza di criteri e strumenti valutativi omogenei dei bisogni;
- indisponibilità e/o incompletezza di sistemi informativi sulle funzioni assistenziali di natura distrettuale;
- insufficienza di integrazione operativa con altri comparti sanitari e/o con istituzioni/realtà territoriali con competenze o interessi sociali e sanitari (ospedale, dipartimenti aziendali, enti locali, società scientifiche, associazioni dei cittadini e dei pazienti).

Difficoltà a definire correttamente l'offerta più appropriata (allocazione assistenziale) per possibile:
- mancanza di requisiti espliciti di eleggibilità alle strutture e ai servizi;
- assenza o insufficienza di elementi (strutture e servizi) costitutivi della rete dei servizi distrettuali.

Difficoltà a garantire una gestione esauriente e coordinata degli interventi per possibile:
- insufficienza di integrazione operativa con altri comparti sanitari e/o con istituzioni/realtà territoriali con competenze socioassistenziali (case management);
- insufficiente coinvolgimento dei MMG;
- insufficienza di risorse umane, strutturali e strumentali;
- mancanza di adozione e/o di rispetto di procedure omogenee.

Difficoltà a valutare gli interventi effettuati per possibile:
- indisponibilità di sistemi informativi sulle funzioni assistenziali di natura distrettuale;
- mancata definizione di indicatori relativi alle funzioni assistenziali di natura distrettuale.

del Distretto di essere protagonista di quel riorientamento dei servizi sanitari regionali da molte parti invocato. Ci sembra che, sostanzialmente, gli aspetti irrisolti possano essere ricondotti a tre tipologie: difficoltà a riposizionarsi all'interno del sistema sanitario, difficoltà a proporre una propria pianificazione autonoma e difficoltà a governare i percorsi assistenziali.
Ci limiteremo ad affrontare alcuni tra questi 'nodi' principali.

IL DISTRETTO COME ATTORE DI PROGRAMMAZIONE

Di particolare rilevanza appare la nuova funzione di programmazione e di indirizzo locale che trova espressione ottimale nella definizione, in coerenza con i Piani Sanitari Regionali (PSR), di Piani Attuativi Locali (PAL), riferiti al livello aziendale/provinciale e, in taluni casi, corrispondenti a grandi aree urbane (PAL "metropolitano"). Nei casi più fortunati tali documenti sono stati costruiti e concepiti coordinando la programmazione sanitaria con quella sociale. Per lo più, invece, la pianificazione sanitaria procede in modo sostanzialmente autonomo per 'capillarizzazione' progressiva sul territorio.
Due tra le più importanti riforme del welfare tuttora in vigore, il D.Lgs. 229/1999 per il sistema sanitario e la L. 328/2000 per quello sociale, prevedono, in ogni caso, documenti di pianificazione sostanzialmente corrispondenti al territorio dei Distretti: rispettivamente il Programma per le Attività Territoriali (PAT) da parte dei singoli Distretti e il Piano di Zona da parte dei Comuni associati, d'intesa con le ASL. Entrambi i documenti dovrebbero individuare gli obiettivi strategici, le priorità di azione, le risorse necessarie e le modalità organizzative più idonee per attivare e sostenere gli specifici interventi sul territorio.
Per quanto riguarda la programmazione di precipua competenza sanitaria, i Programmi per le Attività Territoriali elaborati dai Distretti, e sottoposti al parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, dovrebbero comprendere sia gli obiettivi generali di salute sia gli obiettivi di integrazione fra interventi sanitari e interventi di natura sociale, considerato che i contenuti vanno oltre il campo di intervento proprio dei servizi sanitari; è quindi chiaramente necessario che i processi di elaborazione dei diversi documenti programmatori vedano un notevole impegno delle due parti per la realizzazione della massima integrazione sociosanitaria perseguibile. In questo senso, il riconoscimento di nuove e più ampie funzioni agli Enti locali confermate dalla L. 328/2000 non si traduce esclusivamente nella ridistribuzione di competenze prima soddisfatte da altri livelli istituzionali, ma comporta l'individuazione e l'esercizio di funzioni, finora non praticate a livello locale, in forma funzionalmente integrata e finalizzata agli obiettivi di salute localmente selezionati.

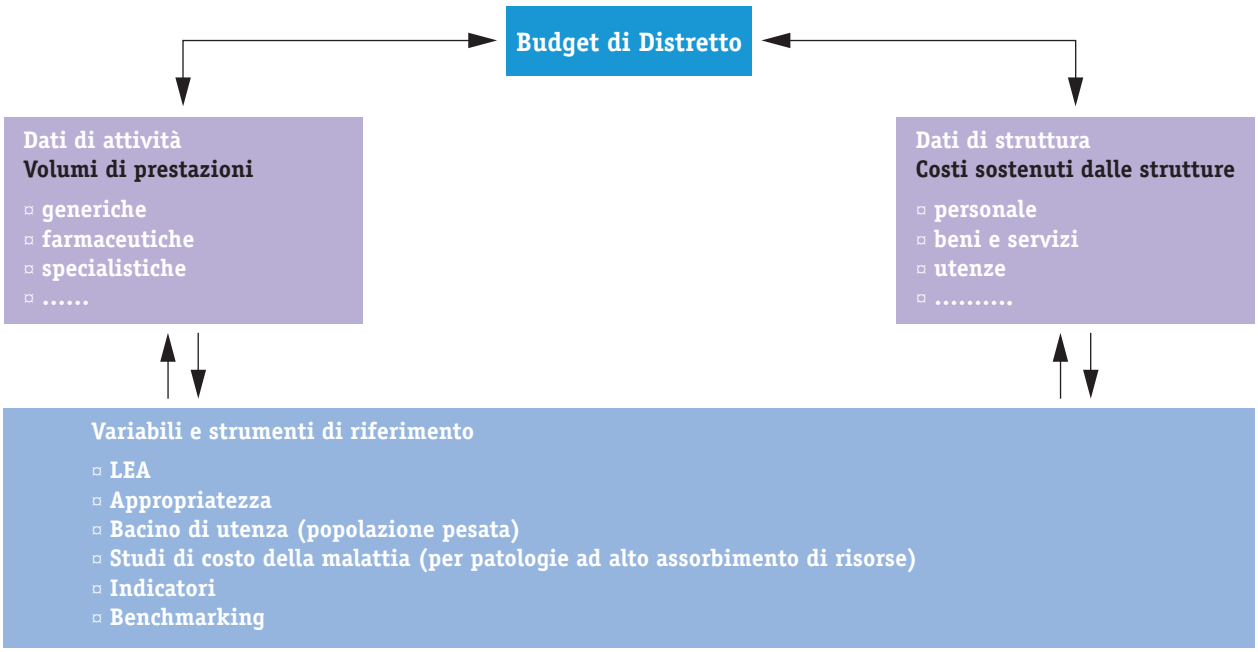
IL DISTRETTO COME ATTORE DI GOVERNO

La 'Carta di Lubiana', sottoscritta nel 1996 dai Paesi della regione europea dell'OMS, invita i Paesi membri a riflettere sulla ragione di esistere di un sistema sanitario ridefinendola in questi termini: "l'assistenza sanitaria dovrebbe prima di tutto e principalmente condurre ad una migliore salute e migliore qualità della vita".
È evidente che la scarsità delle risorse impone dei vincoli stretti nell'erogazione delle prestazioni, ma il perseguimento del rispetto dell'utilizzo delle risorse non deve trarre in inganno; efficienza non significa infatti "efficientismo" (cioè efficienza indipendentemente dall'efficacia). Alcuni autori hanno rappresentato i principali outcome di salute come tre cerchi fra loro sovrapponibili: il rosso ad indicare l'efficacia nella pratica – espressa in termini di salute per la comunità dei cittadini assistiti – e l'appropriatezza, l'azzurro a rappresentare la soddisfazione e la qualità di vita percepita dai destinatari degli interventi del SSN, il giallo ad indicare il governo dei costi e l'equilibrio economico aziendale. L'efficienza deriva dalla sovrapposizione del cerchio rosso con quello giallo.

Il budget di Distretto

Seguendo queste considerazioni, il budget di Distretto si inserisce come un concetto cardine nell'assetto gestionale del Distretto.
Sarà qui adottata – fra le numerose esistenti – la seguente definizione di budget: "Il budget è un programma di gestione aziendale, tradotto in termini economico-finanziari, che guida e responsabilizza i manager verso obiettivi di breve periodo, definiti nell'ambito di un piano strategico o di lungo periodo" (Brusa L, 2000).
È importante in primo luogo sfatare il mito secondo cui l'introduzione del budget sia sinonimo di risparmio: l'azienda non può risparmiare, non è una istituzione for profit, dal

RIQUADRO 2 - VARIABILI CHE CONCORRONO A DETERMINARE IL BUDGET DI DISTRETTO



RIQUADRO 3 - ARTICOLAZIONE DELLE PRINCIPALI VOCI DI DISAGGREGAZIONE DELLA QUOTA CAPITARIA CON SPECIFICHE RELATIVE ALL'AMBITO ASSISTENZIALE DISTRETTUALE

Assistenza sanitaria in ambito di vita e lavoro	**5%**	
Assistenza ospedaliera	**46%**	
Assistenza distrettuale	**49%**	
Farmaceutica	**12,6%**	**Sistema di pesi per classi di età**
Specialistica	**12,2%**	
Anziani	**5,0%**	**Numero di ultra 65enni**
MMG/PLS + altra assistenza	**19,2%**	**Numero di assistiti**

ASSR 2001, modificato.

momento che l'eventuale avanzo di gestione deve essere reinvestito in altre attività utili alla gestione stessa. Non a caso nella definizione fornita si parla di guida e responsabilizzazione dei soggetti verso obiettivi definiti e non di controllo dei costi.

Il budget di Distretto ha quindi la finalità di costruire un budget di consumo (riquadro 2) per ognuno dei Distretti in cui si articola la ASL e correlarlo con gli obiettivi di salute, di appropriatezza dell'assistenza sanitaria e di soddisfazione dei cittadini. Il riquadro mostra come i costi (legati all'attività e alla struttura) del Distretto debbano comunque tenere in considerazione altri aspetti oltre a quelli meramente economici. In primo luogo, erogare le prestazioni nel rispetto di quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, che significa "fare tutto quello che è necessario e nulla di meno... ma anche evitare tutto quanto non serve!". Tale aspetto è strettamente correlato al concetto di appropriatezza delle cure.

Il principale introito della ASL, come noto, è rappresentato dalla quota capitaria erogata dalla Regione, che viene corrisposta in base ad una ponderazione definita in funzione dell'età degli assistiti. Basterebbe applicare correttamente questo principio anche a livello aziendale per ottenere una maggiore equilibratura nella suddivisione delle risorse; il risultato dell'applicazione di un sistema di pesi è, infatti, intuitivo: una ASL con una popolazione più anziana della media regionale avrà una popolazione pesata superiore alla popolazione residente; l'opposto si verifica per una ASL con una popolazione relativamente più giovane (riquadro 3). Il fatto che ci sia una proporzione maggiore di anziani in una ASL piuttosto che in un'altra, come in un Distretto piuttosto che in un altro, rende necessario l'approfondimento delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione stessa e la realizzazione di studi specifici (vedi 'Cost of illness studies', cioè studi di costo della malattia), al fine di verificare la

coerenza tra assorbimento di risorse e bisogni/necessità assistenziali di tale fascia di popolazione.
Inoltre, è importante sottolineare la necessità di realizzare un set di indicatori validi e utilizzabili all'interno di una reportistica strutturata in grado di monitorare e confrontare (benchmarking) l'utilizzo delle risorse, verificandolo anche rispetto al grado di raggiungimento degli obiettivi.
Più in dettaglio, il budget distrettuale può essere predisposto con riferimento alle due funzioni che caratterizzano l'attività delle ASL:

1. la funzione di tutela della salute;
2. la funzione di erogazione di servizi sanitari e produzione di prestazioni.

La distinzione dei due punti di vista è molto importante perché nel primo caso – la tutela della salute – l'equilibrio economico dipende da fattori come: (a) il rapporto fra il livello atteso ed effettivo della domanda di prestazioni e (b) la congruenza fra il finanziamento delle ASL per quote capitarie e la remunerazione delle prestazioni; strumenti utili alla valutazione di questo equilibrio sono forniti dall'epidemiologia e dalla statistica sanitaria. Nel secondo caso – l'erogazione di servizi e la produzione di prestazioni – l'equilibrio economico dipende dal rapporto fra costi attesi ed effettivi, legati a loro volta al rapporto fra livelli attesi ed effettivi di produzione ed erogazione dei servizi; sarebbe a questo fine auspicabile l'utilizzo di strumenti di analisi organizzativa, di economia sanitaria e di controllo di gestione.

Obiettivi e condizioni per l'adozione del budget di Distretto

L'introduzione del budget di Distretto dovrebbe sviluppare la funzione strategica del Distretto nella logica delle azioni di governo del rapporto fra bisogni e risposte.
In particolare gli obiettivi possono essere così individuati:

- migliorare la capacità di governo del rapporto fra bisogni e risposte, nelle fasi di valutazione dei bisogni, di individuazione del sistema di risposta più appropriato, di indirizzo dell'azione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) nella funzione di "agenti" dei loro assistiti, di coordinamento fra servizi territoriali e ospedalieri. Possono essere riportati come esempi di questo obiettivo: la riduzione del tasso di ospedalizzazione per le patologie di area medica per le quali i ricoveri possono essere influenzati dai prescrittori; un maggiore ricorso alla valutazione multidimensionale; la definizione dei requisiti di eleggibilità ai diversi servizi; il potenziamento dell'ADI; il consumo appropriato di esami di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- rafforzare la capacità del Distretto di governare, in modo articolato, le attività prescrittive dei MMG/PLS a livello di singolo medico o di gruppi di medici operanti a livello territoriale (ad esempio, sviluppo dell'associazionismo medico);
- attivare meccanismi di positivo coinvolgimento dei medici prescrittori nella ricerca, selezione e applicazione di profili di diagnosi e cura costo-efficaci al fine di garantire risposte sanitarie appropriate ed economicamente valide per rispondere ai bisogni espressi dalla popolazione (ad esempio, sviluppo di Commissioni locali per l'appropriatezza con elaborazione e/o applicazione di linee guida per l'utilizzo di specifiche categorie di farmaci e per procedure diagnostico-terapeutiche).

Le condizioni da garantire perché l'attivazione del budget di Distretto sia funzionale agli obiettivi individuati sono principalmente le seguenti:

- la realizzazione di condizioni culturali e organizzative favorevoli ad una conoscenza condivisa dei problemi legati all'attività prescrittiva e assistenziale, a partire dall'attivazione di gruppi di lavoro misti, coordinati dai dirigenti di Distretto e composti da MMG, PLS, medici specialisti dipendenti e farmacisti aziendali, nei quali, secondo le priorità segnalate dall'azienda e/o autonomamente rilevate dai gruppi stessi, vengano indagate anomalie nelle pratiche prescrittive ed assistenziali e definiti protocolli, profili di diagnosi e cura, linee guida giudicati idonei a superarle;
- la revisione e messa a punto dei flussi informativi distrettuali relativamente ai consumi e alla spesa per farmaci e per attività specialistiche di tipo diagnostico e terapeutico, nonché del sistema informativo ospedaliero per attività di ricovero, affinché siano rese disponibili tempestive e articolate informazioni, riconducibili alle diverse tipologie di prescrittori, tali da permettere approfondimenti su specifici fenomeni nei quali le eventuali anomalie riscontrate di consumo/spesa potrebbero derivare da discordanze nei comportamenti prescrittivi rispetto alla "buona pratica clinica";
- l'analisi dei risultati conseguiti in seguito alle azioni intraprese, anche nell'ambito dell'attivazione di un sistema incentivante.

Chiaramente, come già sopra accennato, i presupposti per la

realizzazione del budget di Distretto sono la disponibilità di un efficiente sistema informativo e, nel rispetto della normativa vigente, di un sistema di contabilità analitica per Centri di Costo. Senza entrare nel merito delle modalità tecniche di realizzazione, va segnalato come attualmente l'ambito territoriale si giovi, come flussi informativi consolidati, solo di quelli relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale e all'assistenza farmaceutica territoriale, mentre risulti carente, pressocché in tutte le Regioni, di flussi informativi relativi all'assistenza primaria, a quella domiciliare e a quella residenziale.
In particolare, la raccolta di dati da parte dei MMG e dei PLS è difficile da realizzare, anche perché i medici convenzionati sono legati alle Aziende USL da accordi collettivi nazionali e regionali che non prevedono obblighi specifici precisi relativamente ai debiti informativi.
Stabilire gli obiettivi di budget significa effettuare delle scelte sulla base delle condizioni locali. Inoltre, nella scelta degli obiettivi da assegnare al budget, è possibile privilegiare valori e aspetti assai differenziati che possono riferirsi al rispetto di un tetto di spesa, alla razionalizzazione dell'offerta sanitaria o all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali (riquadro 4).
Un altro aspetto di notevole rilevanza è rappresentato dalla possibilità di identificare ed utilizzare indicatori, cioè "variabili ad elevato contenuto informativo che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi" (Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza del Lazio, 2003).
Un indicatore è utile quando è in grado di fornire informazioni (o interpretazioni di un fenomeno) che possano permettere la pianificazione di una corretta politica sanitaria. Inoltre, l'indicatore è diverso da un dato statistico poiché quest'ultimo si limita a descrivere un fenomeno mentre l'indicatore serve a governare l'attività relativa al fenomeno. A fronte di numerose esperienze locali, occorre ammettere che l'utilizzo routinario degli indicatori non è ancora entrato a far parte del patrimonio culturale del nostro SSN.
La prima tappa fondamentale per la costruzione di indicatori da inserire in una reportistica strutturata è la verifica della presenza di un efficace sistema informativo che possa generare valori riferiti agli indicatori; una volta appurato che il sistema informativo esiste e funziona si può procedere a realizzare una:

- analisi e valutazione dei servizi erogati direttamente dal Distretto (ad esempio, assistenza domiciliare, assistenza specialistica ambulatoriale, attività consultoriale);
- analisi e valutazione dei servizi per i quali il Distretto è committente (ad esempio, assistenza farmaceutica convenzionata, ricoveri e prestazioni erogate da strutture accreditate come riabilitazione, RSA, Hospice);
- analisi della percentuale di assorbimento assistenziale dei servizi/prestazioni distrettuali;
- analisi della percentuale di assorbimento dei costi dei servizi distrettuali rispetto alla quota capitaria.

Nel riquadro 5 sono rappresentati alcuni esempi di indicatori; per ognuno di tali indicatori è possibile calcolare i tassi di

RIQUADRO 4 - POSSIBILI RIFERIMENTI PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET

Tetto di spesa
Ascrivibile al consumo di specifiche prestazioni sanitarie e ottenibile imponendo vincoli di bilancio più o meno stringenti. In tale prospettiva, si porrà attenzione soprattutto ai dati finanziari e si privilegeranno singole categorie di spesa (tipicamente la spesa per l'assistenza farmaceutica); si cercherà quindi di ridurre la spesa per la domanda impropria di prestazioni e si attueranno iniziative di responsabilizzazione dei prescrittori.

Mix dell'offerta
Si tratta di operare la scelta di soluzioni costo-efficaci, come, ad esempio, decidere di promuovere l'assistenza domiciliare integrata in sostituzione di ricoveri ospedalieri inappropriati. In tal caso si porrà attenzione prevalente, dati certi presupposti di necessità assistenziali, all'orientamento dell'utenza verso tale ambito di cura. In tale prospettiva è possibile prevedere nuovi meccanismi di accesso, di prenotazione e logistico-organizzativi.

Definizione di profili assistenziali
Si tratta di fare riferimento a percorsi ricavati dalla letteratura e adattati alle realtà locali proprie delle singole aziende, condivisi ed applicati da tutti gli attori di cura interessati. In tal caso si porrà attenzione prevalentemente all'orientamento dell'utenza all'interno di percorsi assistenziali costo-efficaci ed appropriati. Procedendo alla valorizzazione economica dei profili selezionati e stimando, sulla base di analisi epidemiologiche, l'incidenza delle patologie relative alle realtà territoriali considerate, diviene possibile calcolare valori attesi di spesa con i quali confrontare la spesa effettivamente sostenuta. Seguire un obiettivo di questo tipo implica una notevole responsabilizzazione dei MMG, un loro coinvolgimento paritetico con i medici specialisti e con gli altri professionisti coinvolti nella gestione del percorso, nell'ottica di una corretta individuazione degli obiettivi e delle azioni da perseguire, in una logica di presa in carico complessiva e di continuità assistenziale del paziente da parte della ASL.

RIQUADRO 5 - ESEMPI DI INDICATORI FINANZIARI E SANITARI

- **Spesa sanitaria media per abitante**
- **Numero di visite specialistiche per abitante**
- **Numero di visite specialistiche per patologia**
- **Tassi di residenzialità e semiresidenzialità**
- **Tasso di anziani inseriti nei programmi di ADI**
- **Durata media dei programmi di ADI**
- **Tasso di incidenza per patologia**
- **Costo per patologia**
- **Spesa farmaceutica per abitante**
- **DDD per patologia**

variazione percentuale rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente e lo scostamento percentuale dal valore medio (aziendale e regionale).
Infine, risulta fondamentale garantire un feedback informativo nei confronti di tutti gli attori coinvolti: il controllo delle variabili, infatti, non deve essere fine a sé stesso, ma rappresentare un utile strumento di governo, anche per realizzare gli interventi correttivi necessari.

Criticità

Scegliere fra i diversi tipi di obiettivi da conseguire per la realizzazione del budget di Distretto non è in effetti semplice, soprattutto perché le diverse possibilità elencate presentano molti vantaggi, ma anche, purtroppo, alcune criticità.
Il tetto di spesa, ad esempio, è una misura che contiene i costi entro i vincoli di bilancio solo nel breve periodo. Inoltre, esso può determinare alcuni aspetti distorsivi: ad esempio, in presenza di un tetto alla sola spesa farmaceutica, è possibile veder aumentare le prescrizioni in altri ambiti assistenziali (ad esempio, i ricoveri), inducendo aumenti della spesa complessiva. Il tetto rischia inoltre di orientare le dinamiche assistenziali verso obiettivi esclusivamente finanziari trascurando l'efficacia degli interventi.
Per il mix dell'offerta, il principale aspetto negativo è rappresentato dalla oggettiva carenza di dati per alcune tipologie di attività. Anche la definizione di profili assistenziali, che appare la più confacente ai bisogni del sistema sanitario, può comportare rilevanti ostacoli relativi alla difficoltà di collegare le prestazioni erogate alle caratteristiche degli assistiti; non sempre infatti è possibile effettuare un linkage fra le varie fonti informative.

Alcune considerazioni sintetiche

In un contesto nazionale caratterizzato da una forte spinta al contenimento della spesa pubblica, il percorso avviato con l'aziendalizzazione del SSN non può perdere di vista il punto centrale della propria mission: salvaguardare o migliorare lo stato di salute della popolazione. Il perseguimento dell'efficienza deve fondarsi anzitutto sulla promozione degli interventi efficaci e sul contrasto di quelli inefficaci.
È necessario che il Distretto possa consolidare la propria vocazione di programmazione sanitaria in ambito locale, purché in coerenza con i vincoli normativi (LEA) e la pianificazione di carattere aziendale e regionale; in vista di perseguire realmente l'efficacia dei propri interventi, è inoltre necessario rafforzare la capacità di coordinamento e integrazione con il settore sociale, sia in termini di pianificazione sia di gestione globale dell'assistenza.
Anche il budget, inteso non esclusivamente come tetto di spesa, ma nella sua accezione più propria di ciclo di programmazione e controllo volto a promuovere azioni e comportamenti sanitari più efficaci, può esercitare un ruolo fortemente coerente a tale premessa.
Con il budget ci si propone infatti di attivare processi di verifica e razionalizzazione dei percorsi assistenziali che vanno dal momento prescrittivo a quello terapeutico/riabilitativo e di eventuale follow-up.
Un ruolo particolare in questa prospettiva può essere giocato dal coinvolgimento attivo di tutti i MMG facenti parte del Distretto: è noto, infatti, come soltanto attraverso una riflessione critica ed un confronto culturale fra pari sull'approccio tecnico ai problemi clinici sia possibile indurre cambiamenti positivi che scaturiscano dal comune convincimento e che siano percepiti come rispettosi della propria autonomia professionale.
Nel contesto fin qui delineato è pertanto auspicabile che le Regioni e le Aziende sanitarie locali pongano in essere tutte le iniziative - coerenti e commisurate alle criticità evidenziate e ai possibili indirizzi delineati - atte a conferire al Distretto un effettivo ruolo di regia e coordinamento nella vasta area pubblica e privata dell'offerta di prestazioni e di percorsi assistenziali, al fine di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni e degli interventi, con un più oculato impiego delle risorse.

Letizia Orzella, Maurizio Marceca
Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

BIBLIOGRAFIA

Agenzia Regionale Sanitaria Regione Marche
Atti del Convegno Nazionale sui Distretti Sociosanitari
Jesi, 24-25 maggio 2001. Casemix Quarterly. Supplemento al Volume 3, Numero 2, 30 giugno 2001. Mareno di Piave (Tv), Edizioni Studio Vega e Q&S, 2001

Atti del Convegno Nazionale
Distretto e valorizzazione delle cure primarie. Realizzazioni dei Distretti nelle Regioni, valutazioni e proposte"
Roma, Università La Sapienza, 25-26 giugno 2001. Roma, Società Editrice Universo. Ann Ig 2002; 14 (Suppl. 2)

Camboa P
Organizzazione e gestione del distretto sanitario. Manuale di management per operatori di distretto sanitario e medici di medicina generale
Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2004

Confederazione Associazioni Regionali di Distretto
Convegno Nazionale Il Distretto nei Piani Sanitari Regionali
Roma, 11-12 novembre 2002. Sintesi delle relazioni

Di Falco G
Il ruolo dei distretti ed altre rilevanti tendenze nell'articolazione della struttura e dei servizi: analisi di alcuni casi aziendali
In: Anessi Pessina E, Cantù E. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000. Milano, EGEA Edizioni, 2000: 279-288

Donzelli A
Budget di distretto per obiettivi di salute
In: Barontini D, Piergentili P (a cura di). Esperienze di distretto. Un quadro a più voci sull'innovazione più importante della Riforma Bindi: il Distretto Sociosanitario di Base. Collana: I libri di Casemix Quarterly. Mareno di Piave (Tv), edizioni Studio Vega e Q&S, 2001

Longo F, Vendramini E
Il budget e la medicina generale
Milano, McGraw-Hill, 2001

Maciocco G
Il Distretto di domani e i suoi strumenti di governo
Quaderni Card 1. Roma, Iniziative Sanitarie srl, 2003: 9-17

Marceca M
Assistenza domiciliare
CARE. Costi dell'assistenza e risorse economiche. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore 2003; 3: 23-27

Marceca M, Pasquarella A
Valutazione multidimensionale
CARE. Costi dell'assistenza e risorse economiche. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore 2004; 1: 21-24

Marceca M, Orzella L
Distretto (Prima parte)
CARE. Costi dell'assistenza e risorse economiche. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore 2004; 4: 24-28

Minardi A, Veronese F, Vallicelli D, Tassinari MC
La sperimentazione del budget in medicina generale nell'Azienda USL di Imola
Mecosan 1998; 25: 135-144

Pecere G, Munari F, Loik F, Casini M
La complessità organizzativa della continuità delle cure: l'approccio attraverso le regole semplici
Dedalo. Gestire i sistemi complessi in sanità 2003; 1(1): 55-61

Piergentili P
Indicatori di processo e di esito
Casemix 2001; 2 (Suppl. 3): 80-83

Riggio P, Nigro A
L'uso appropriato delle cure e delle risorse nel Distretto sanitario
Roma, Centro Studi Fimmg Roma, 2003

Salvadori P, Falaschi E, Bani S
Il Sistema Informativo di Distretto. L'esperienza della Asl di Empoli
Quaderni Card 1. Roma, Iniziative Sanitarie srl, 2000: 43-56

Toniolo F, Palombo F, Rubin R et al
Distretti sociosanitari: il modello del Veneto per costruire il budget
Vademecum teorico-pratico per sperimentare il nuovo strumento. Sole 24 Ore Sanità, Documenti, 6-12 maggio 2003

Tozzi V
Sistema Informativo e budget di Distretto
Quaderni Card 1. Roma, Iniziative Sanitarie srl, 2000: 89-95

CARE
Costi dell'assistenza
e risorse economiche

Direttore Responsabile
Giovanni Luca De Fiore

Redazione
Antonio Federici (editor in chief),
Cesare Albanese, Francesco Bartolozzi,
Giancarlo Bausano, Carlo Fudei,
Mara Losi, Maurizio Marceca

Stampa
Arti Grafiche TRIS - Roma

Progetto grafico ed impaginazione
Doppiosegno - Roma

Disegni: Images.com/Bruno Budrovic, Daniela Violi

Registrazione del Tribunale di Roma
n. 00472/99 del 19 ottobre 1999
Periodicità bimestrale.
Finito di stampare novembre 2004

Il Pensiero Scientifico Editore
Via Bradano 3/c, 00199 Roma
Tel. (06) 862821
Fax (06) 86282250

E-mail: info@careonline.it
Internet://www.careonline.it

Abbonamenti 2004
Individuale: euro 30,00
Istituzionale: euro 40,00

L'editore garantisce la massima riservatezza dei dati relativi agli abbonati e la possibilità di richiedere gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a:
Il Pensiero Scientifico Editore
Ufficio Promozione
Via Bradano 3/c, 00199 Roma.
(legge 675/96 tutela dati personali).

I diritti di traduzione,
di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento
totale o parziale con qualsiasi mezzo
(compresi i microfilm e le copie
fotostatiche) sono riservati per tutti
i Paesi.
La violazione di tali diritti
è perseguibile a norma di legge
per quanto previsto
dal Codice penale.