

Linee guida per un modello di **Distretto Sanitario di Base**

I N D I C E

Presentazione

1. Premessa

2. Tappe metodologiche per costruire un modello di distretto

- 2.1 Analisi di bisogni di salute
- 2.2 Analisi dei servizi /Prestazioni del distretto
- 2.3 Analisi delle funzioni di costo
- 2.4 Identificazione delle fonti di finanziamento e delle modalità di compenso delle prestazioni

3. Criticità rilevanti

4. Sintesi finale

PRESENTAZIONE

La formulazione di queste Linee Guida per un Modello di Distretto Sanitario di Base si pone la sola finalità di fornire suggerimenti agli Organi Istituzionali preposti, sia in sede di progettazione che di eventuale revisione di principi, eventualmente già statuiti, nel pieno rispetto della autonomia ordinativa di cui ogni singola Regione dispone.

Tale esigenza scaturisce dai seguenti presupposti di ordine legislativo, organizzativo e funzionale:

- IL DISTRETTO SANITARIO DI BASE, centro di responsabilità, è una delle tre articolazioni fondamentali di cui si compone il S.S.N. (*Decreti Legislativi nn. 502/517*);
- L'URGENZA DEL COMPLETAMENTO DELLA RETE DISTRETTUALE su tutto il territorio, come da universale richiesta, per l'attivazione dell'assistenza Sanitaria Primaria, in forma coordinata ed integrata, proclamata, riconfermata e sottoscritta dagli Stati membri dell'O.M.S. in tre successivi incontri mondiali (*la dichiarazione di Alma Ata nel 1978, la Carta di Ottawa nel 1986 e la Carta di Lubiana nel 1996 sulla riforma dei sistemi sanitari in Europa, con la quale si punta alla "strategia per il trasferimento delle risorse dal settore ospedaliero verso l'Assistenza di base, l'Assistenza ambulatoriali e l'Assistenza territoriale e domiciliare"*);
- L'ASSOLUTO BISOGNO DI UN RIORDINO che renda centrale e razionalizzi i rapporti tra le realtà ospedaliere e territoriali, finalizzati al conseguimento di una maggiore efficienza ed efficacia nel quadro di un più qualificato impiego delle risorse disponibili (economicità), capaci comunque di migliorare i livelli di salute della Comunità;
- IL CONTENIMENTO possibile della inveterata tendenza istituzionale a muoversi in assoluta libertà, creando, in sede di impostazione, eterogeneità noiose e qualche volta inopportune, in dipendenza delle zone, degli orientamenti culturali e di chi gestisce l'Azienda, che mal si conciliano in progettualità che, se ispirate al concetto di una più consistente uniformità, si possono rivelare più efficaci sul piano della portata generale del sistema.

SIMET – Sindacato Italiano Medici del Territorio

Il documento che viene sottoposto alle considerazioni delle competenti Autorità è stato frutto di due Work-shops, come in calce riportato, e le conclusioni cui il S.I.ME.T. è pervenuto trovano il loro movente in quel senso di alta responsabilità che da un quarto di secolo lo vede impegnato in problematiche dei servizi territoriali e distrettuali più in particolare.

Si confida in un favorevole accoglimento.

Pasquale Trecca

1. PREMESSA

I **Sistemi Sanitari** della generalità dei Paesi sviluppati del mondo occidentale, indipendentemente dai loro assetti organizzativo-istituzionali e dai livelli di spesa da essi raggiunti, stanno sperimentando un periodo di profonda crisi di governabilità e di credibilità. Le connotazioni più rilevanti di tale crisi sono di natura economica, finanziaria e funzionale.

Facendo riferimento alla situazione italiana, □ opportuno focalizzare l'attenzione su tre punti principali:

1. La **crisi economica** è causata dal progressivo **aumento della spesa sanitaria** sostanzialmente riconducibile al **progresso scientifico della medicina** che permette, ora, con nuovi metodi di diagnosi e terapia ad elevatissima innovazione tecnologica, di trattare malattie cronico-degenerative prima incurabili, la cui prevalenza risulta aumentata anche in conseguenza dell'**invecchiamento della popolazione**, consentito dalle migliorate condizioni socio-economiche, igienico-sanitarie e delle cure disponibili. Benché la frazione di risorse assorbite dalla Sanità nei Paesi sviluppati, secondo i dati OCSE, sia andata sempre crescendo collocandosi tra l'8% ed il 13% del **Prodotto Interno Lordo**, la copertura dei bisogni sanitari avvertiti dai cittadini, sempre più consapevoli ed informati nei riguardi della Salute, è ben lontana da quella potenzialmente ottenibile con le possibilità diagnostico-terapeutiche ora disponibili;

2. La manifestazione più evidente della **crisi finanziaria** va ricercata nella crescente difficoltà della Finanza Pubblica e dei sistemi di Sicurezza Sociale di sostenere l'onere della spesa sanitaria. Questo aspetto della crisi, che investe l'intero modello del "Welfare State" non ha mancato di provocare interventi tesi alla razionalizzazione della spesa, spesso degenerati in misure, a volte, di drastico razionamento delle risorse finanziarie pubbliche e/o al ribaltamento dell'onere finanziario dal settore pubblico a quello privato;

3. La crisi funzionale si manifesta, tra l'altro, con diffuse inefficienze, bassi e decrescenti livelli di efficacia, e discutibili situazioni equitative. Ciò ha contribuito ad accentuare la scarsa fiducia che la popolazione in Italia nutre nei confronti dei servizi sanitari pubblici e delle Istituzioni che tali servizi governano, e più in generale ha inciso negativamente sull'immagine dell'intero settore.

* La situazione di crisi, nelle sue tre principali connotazioni sinteticamente descritte, ha indotto a ritenere in larga misura obsoleto il modello di Servizio Sanitario Nazionale su basi universalistiche così come contemplato dalla Legge 833/78, in quanto non più rispondente alle esigenze attuali, ed ha condotto all'intervento di riordino in atto previsto dai Decreti Legislativi nn. 502/92 e 517/93 ed ai successivi provvedimenti attuativi. Intervento in sostanza teso, da un lato, ad introdurre nel Servizio Sanitario Pubblico gli incentivi propri dei **mercati concorrenziali** e, dall'altro, a responsabilizzare i medici in genere, ed in particolare i **medici dirigenti**, sulle implicazioni economiche delle loro scelte.

Tutto ciò non ha mancato di rilanciare il ruolo strategico dell'**Assistenza Sanitaria Primaria**, cioè dell'insieme di attività e prestazioni socio-sanitarie essenziali, accessibili a tutti e con un costo socialmente sostenibile dalla Comunità, nel governo complessivo e nel corretto funzionamento dell'intera organizzazione sanitaria. Nei fatti è sempre stata privilegiata, finora, la verticalizzazione specialistica della Medicina curativa trascurando, non solo a parole, la sua dimensione orizzontale e gli aspetti preventivi e di promozione della salute.

* L'evoluzione della normativa in atto, con il recente **riordino del SSN** ex D. LGS. 502/92 e 517/93, offre, peraltro, accanto a forti vincoli di spesa, anche delle sostanziali opportunità. Infatti assume una particolare dignità il **DISTRETTO**, individuato dalla normativa come una delle **tre articolazioni fondamentali dell'Azienda Unità Sanitaria Locale**, "area sistema" e articolazione organizzativa-funzionale finalizzata a realizzare l'integrazione tra i diversi Servizi Territoriali che devono erogare in modo coordinato e continuativo le prestazioni sanitarie e socio-assistenziali che caratterizzano l'ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA (identificate nel Piano Sanitario Nazionale 1994/96 come **Assistenza Sanitaria di Base, Assistenza Specialistica Semiresidenziale Territoriale, Assistenza Residenziale Sanitaria a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati**).

* Il **Distretto** viene chiamato a svolgere un delicato **ruolo di interfaccia** tra l'Assistenza Specialistica Ospedaliera e l'Assistenza Sanitaria Primaria Territoriale, ed è destinato ad assumere un'importanza sempre maggiore nelle azioni di **governo della spesa** dell'Azienda USL.

Peraltro l'estrema disomogeneità dei Distretti esistenti sconta la carenza di una tradizione consolidata, che esiste invece nel caso dell'Ospedale, e la mancanza di un **modello di riferimento**.

SIMET – Sindacato Italiano Medici del Territorio

Questo breve documento vuole essere un contributo propositivo per enucleare le **“idee forza”** ed i concetti principali utili a definire e ad applicare nella pratica delle diverse realtà territoriali il *DISTRETTO*.

Viene utilizzata la **sintesi di due laboratori di studio SIMET-SIMEFAC** svoltisi a Padova il 17/18 marzo e a Roma il 16/17 aprile 1997, coordinati dal Prof. Bruno Paccagnella e con la partecipazione della Prof.ssa Angela Becchi, oltre ad esperti di Economia Sanitaria (Prof. Antonio Brenna e Dott.ssa Francesca Vanara).

Si rimanda ai reports integrali per ulteriori dettagli.

2.TAPPE METODOLOGICHE PER COSTRUIRE UN MODELLO DI DISTRETTO

E' necessario procedere attraverso le seguenti fasi:

- * **Analisi dei bisogni di salute della Comunità;**
- * **Analisi dei servizi** esistenti nel **Distretto**, con identificazione delle **prestazioni erogate** e focalizzazione su alcuni Servizi "chiave";
- * **Identificazione dei fattori produttivi** delle prestazioni per una **analisi dei costi**;
- * **Identificazione delle fonti di finanziamento** e delle modalità di **compenso delle prestazioni**.

2.1 Analisi dei Bisogni di Salute

La **salute** è un fenomeno complesso da misurare e valutare, ha una dimensione socio-funzionale di efficienza fisica, psicologico-esistenziale di equilibrio psico-fisico, comportamentale come stile di vita.

E' un bene fondamentale, desiderato da tutti, ma non è oggetto di scambio sul Mercato.

I **bisogni di salute** vengono, in genere, filtrati dal medico e trasformati in domanda di prestazioni sanitarie scambiabili sul Mercato. Il medico, nel suo duplice ruolo di produttore di prestazioni ed ordinatore di spesa, svolge il ruolo di "agenzia imperfetta", determinando una **interdipendenza della domanda dall'offerta di prestazioni**.

L'analisi dei **bisogni di salute** deve essere condotta con riferimento al modello sistemico sui determinanti della salute, e con la consapevolezza che le condizioni di salute della popolazione dipendono, in modo crescente, da fattori diversi dall'offerta di Servizi Sanitari, quali i fattori genetici, i fattori ambientali, quelli comportamentali, nonché il grado e le modalità dello sviluppo socio-economico del Territorio. Va, inoltre, tenuta presente la transizione epidemiologica, legata al progressivo invecchiamento della popolazione, all'aumento delle patologie cronico-degenerative e ai profondi cambiamenti sociali in atto.

Le ricerche e gli studi epidemiologici sui *bisogni sanitari*, ed anche quelli sui motivi di contatto a livello primario, e sulla domanda espressa, sono ancora insufficienti per una programmazione razionale dell'offerta e vanno implementati.

Il Distretto è la sede privilegiata per la conduzione di questi studi, sia su scala locale che in rete, in relazione ai reali e differenziati bisogni sanitari della popolazione.

E' opportuno evidenziare che i bisogni sanitari assumono una **configurazione piramidale** in ragione della loro gravità. Alla base della piramide si collocano i bisogni più largamente diffusi e di minore rilievo, bisogni che spesso si intrecciano e si confondono con i **bisogni sociali**.

Salendo verso il vertice della piramide, la gravità del bisogno sanitario si accentua, ma l'arco della popolazione interessata si assottiglia.

Uno dei compiti fondamentali dell'Assistenza Sanitaria Primaria è quello di fornire risposte adeguate ai **bisogni socio-sanitari** più diffusi per evitare la loro evoluzione in esigenze più complesse ed estremamente più costose da fronteggiare con l'Assistenza Specialistica di secondo livello.

2.2 Analisi dei Servizi / Prestazioni del Distretto

I **livelli di Assistenza Primaria** erogati dal Distretto e riconducibili all'area dell'Assistenza Sanitaria Primaria, sono in sintesi:

-Assistenza Sanitaria di Base

- * livello di Medicina Generale e Pediatria
- * livello di Assistenza Farmaceutica
- * livello di Assistenza Territoriale Domiciliare

-Assistenza Specialistica Ambulatoriale, Semiresidenziale e Territoriale

- * livello di Assistenza Specialistica
- * livello di Assistenza ai Tossicodipendenti
- * livello di Assistenza Psichiatrica Territoriale
- * livello di Assistenza Riabilitativa Territoriale:
 - Assistenza Protesica
 - Prestazioni Idro-termali

-Assistenza Sanitaria Residenziale a non autosufficienti e a lungodegenti stabilizzati

- * livello di Assistenza Territoriale a disabili fisici
- * livello di Assistenza Riabilitativa Residenziale

- * livello di Assistenza Residenziale disabili psichici
- * livello di Assistenza Residenziale agli anziani
- * livello di Assistenza Residenziale ai tossicodipendenti in Comunità Terapeutiche

I **Servizi/Unità Operative Distrettuali** per l'erogazione, in modo integrato, dei livelli che comprendono prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, sono:

- U.O.D. Materno Infantile
- U.O.D. Assistenza Anziani ed Età Adulta
- U.O.D. Area Handicap
- U.O.D. Tossicodipendenze
- U.O.D. Salute Mentale
- U.O.D. Area Amministrativa.

Il Distretto, sede di gestione operativa ed organizzativa dei Servizi Territoriali, eroga direttamente le prestazioni di Assistenza Sanitaria Primaria, in forma coordinata e integrata tra Sanità e Assistenza, con i propri operatori e con professionisti convenzionati. Ha inoltre un ruolo di progettualità e di propulsione del Sistema Socio Sanitario Locale, agendo come interlocutore privilegiato dei due referenti istituzionali: le Aziende USL e i Comuni.

E' di cardinale importanza il **coordinamento/controllo** dell'attività dei **Medici Convenzionati di Medicina Generale** che, per il loro delicato ruolo di "gate-keepers" all'accesso delle prestazioni del SSN, devono essere coinvolti e motivati a svolgere un "gioco di squadra" nell'Azienda USL che opera, ora, in un regime di concorrenza con altre Aziende e con le strutture private accreditate.

Il **Medico di Medicina Generale**, pilastro fondamentale dell'A.S.P., come confermato anche nel recente DPR 484/96, ha il compito di stabilire di quali servizi/prestazioni necessita il soddisfacimento del bisogno, espresso o latente, dei propri assistiti. Da qui la connotazione di ordinatore di spesa attribuita al medico generalista.

2.3 Analisi delle Funzioni di Costo

I costi cui si riferisce, sono quelli reali o **costi-opportunità**, costi cioè che riflettono il valore reale delle risorse sottratte dal settore sanitario all'Economia. Alla luce di questa precisazione si comprende come le **funzioni di costo** dipendano strettamente dalle funzioni di produttività.

Diventa pertanto importante lo studio delle relazioni che intercorrono tra i fattori produttivi impiegati (uomini, stabili, attrezzature, materiali, ecc...) e le prestazioni erogate dalle Unità Operative del Distretto. Sebbene gli studi sulle funzioni di costo del Distretto siano scarsi, si può affermare che in questo settore i **costi fissi** sono prevalenti e che, nell'ambito dei costi fissi, l'incidenza del costo del personale è di gran lunga quella più elevata. Bassa, invece, è l'incidenza degli ammortamenti in quanto le prestazioni erogate dal Distretto non richiedono l'impiego di tecnologie sofisticate.

Ovviamente i **costi variabili**, quelli cioè che riflettono il valore delle risorse impiegate nella gestione quotidiana del Distretto e che dipendono dal volume delle prestazioni prodotte, rappresentano una quota insignificante del costo totale.

E' pertanto di vitale importanza nel Distretto una **gestione corretta e rigorosa delle risorse umane**.

Sono inoltre da premiare tutte le azioni tese ad aumentare lo stock di capitale umano attraverso una illuminata politica di investimento in attività formative e di promozione della salute.

2.4 Identificazione delle fonti di Finanziamento e delle modalità di Compenso delle Prestazioni

* Un **finanziamento certo**, stabilito a priori e di ammontare congruo, è requisito fondamentale, non solo per un corretto funzionamento del Distretto, ma – a causa del ruolo strategico ricoperto dal Distretto nel processo di allocazione delle risorse – anche per l'economicità della gestione dell'intera Azienda USL. Ciò che va finalmente evitato è il sistema di **bilancio indifferenziato** nell'ambito aziendale, bilancio che, essendo basato su vasi comunicanti tra le varie aree di attività assistenziale, finisce per privilegiare quelli più forti, quali l'Ospedale.

In armonia con la **tripartizione delle articolazioni fondamentali dell'Azienda USL**, deve essere previsto un **budget specifico e vincolato per il Distretto, centro di costo e responsabilità** che necessita di un bilancio previsionale con fissazione di obiettivi misurabili, valutazione dei risultati conseguiti nell'intervallo temporale di riferimento, e responsabilizzazione degli operatori sui risultati e dei dirigenti anche sulla gestione delle risorse.

Le unità operative distrettuali possono, anche in relazione alla consistenza delle risorse, essere configurate come **centri di costo autonomo** e ricondotte ad un **unico centro di responsabilità identificato nel DISTRETTO**.

Accanto alle attuali fonti di finanziamento del SSN (fiscalità generale = 45% - contributi sanitari = 50% - tickets = 5%) è necessario individuare **meccanismi di finanziamento** certi ed istituzionalmente stabiliti anche per le prestazioni socio-assistenziali – attualmente a carico del Fondo Sanitario Nazionale – con la previsione di uno specifico e distinto **fondo sociale**.

* Interessante è l'ipotesi di **fondi complementari** che potrebbero essere alimentati dalla tassazione dei consumi dei prodotti dannosi alla salute (es.: tabacco), e questo in particolare nell'attuale momento di crisi finanziaria che investe soprattutto il settore socio-assistenziale e mette in discussione l'intero modello del "Welfare State".

* Non appare razionale il tentativo di applicare al Distretto un sistema di finanziamento prospettico con determinazione a priori di una **tariffa** per patologia attribuibile ad un gruppo isorisorse, come il sistema dei DRGs per le prestazioni ospedaliere. Il sistema di tariffazione degli **Ambulatory Patients Groups**, attualmente in fase di studio, potrebbe essere utilizzato solo per alcune attività ambulatoriali, ma è inadatto a coprire il largo spettro delle prestazioni dell'Assistenza Sanitaria Primaria.

* Le modalità di remunerazione sono quelle determinate dal CCNL e dalla Convenzione, ed il sistema premiante con incentivi/disincentivi dovrebbe mirare a far coincidere l'interesse dei singoli operatori con quello dell'Azienda, coinvolgendo anche i medici convenzionati.

3. CRITICITA' RILEVANTI

L'Assistenza Sanitaria Primaria rappresenta un settore di importanza vitale, non solo per il controllo della spesa, ma anche per il corretto funzionamento dell'intera organizzazione sanitaria, come testimoniato dalla maggiore efficienza ed economicità dei Sistemi Sanitari in cui questo comparto è ben strutturato (Gran Bretagna) rispetto a quelli che hanno, invece, un eccesso di specializzazioni (USA).

Nel nostro Paese l'Assistenza Sanitaria Primaria ed il Distretto, che ne è centro propulsore, sono ancora troppo trascurati.

L'opportunità offerta dal processo di riordino del S.S.N., che identifica nel Distretto una delle tre strutture fondamentali della “nuova” Azienda Sanitaria, deve essere colta tenendo presente che è necessario affrontare tempestivamente e realisticamente una serie di problemi, che si possono, in estrema sintesi, identificare nei seguenti:

- * **definizione** operativa chiara dei **ruoli** afferenti all'Assistenza Socio-Sanitaria Primaria;
- * **individuazione** degli strumenti necessari per una costante rilevazione del bisogno socio-sanitario autentico della popolazione, bisogno soggetto a modifiche nel tempo e nello spazio;
- * **individuazione**, nell'ambito delle disposizioni normative esistenti a livello nazionale, delle **caratteristiche dei servizi** di cui dotare l'area. Importanza fondamentale ricopre la riorganizzazione dei rapporti tra Distretto e Medici di Medicina Generale, in modo che i reciproci obiettivi siano pertinenti, realistici ed orientati al miglioramento dei livelli di Salute della popolazione;
- * **individuazione** delle **modalità di gestione integrata dei Servizi Sanitari e Sociali**, pur nella varietà delle situazioni organizzativo-istituzionali delle diverse Regioni;
- * **assicurazione** di **risorse finanziarie**, vincolate, sufficienti per la funzionalità dei servizi dell'area;
- * **definizione** dei rapporti con le altre due articolazioni aziendali: Dipartimento di Prevenzione ed Ospedale.

4. SINTESI FINALE

Lo snodo chiave dell'intero sistema dei Servizi Sanitari è l'uso ottimale delle limitate risorse disponibili per produrre in modo efficiente prestazioni efficaci, cioè capaci di migliorare i livelli di salute, sforzandosi di far coincidere l'area dei bisogni sanitari con l'area dei servizi/prestazioni erogate.

Il DISTRETTO, centro di collegamento tra l'Assistenza Specialistica Ospedaliera e l'Assistenza Sanitaria Primaria Territoriale, ha un ruolo strategico di cardinale importanza, all'interno dell'Azienda USL, **nelle attività di governo della spesa sanitaria.**

La mancata sensibilità ed attenzione allo sviluppo del Distretto, come spesso è avvenuto fino ad oggi, oltre a produrre effetti negativi sulla qualità e l'efficacia delle prestazioni socio-assistenziali, spesso polverizzate, scoordinate e “a macchia di leopardo”, ha riflessi negativi sull'intero sistema che soffre di evidenti inefficienze ed appare, in parte, destrutturato.

Un primo segnale forte deve venire dall'adozione, su scala nazionale, di un **modello tipo di Distretto** che diventi, nella realtà, il centro dell'Assistenza Sanitaria Primaria.

A tale scopo si forniscono le seguenti

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE:

- il DISTRETTO, in armonia con la legislazione nazionale, deve essere individuato nei provvedimenti attuativi regionali e aziendali come articolazione fondamentale della USL;
- DEVE ESSERE PREVISTO, nei bilanci delle Aziende USL, un budget vincolato per le attività sanitarie e per quelle socio-assistenziali integrate riconducibili all'**Assistenza Sanitaria Primaria**, il cui fulcro e centro motore è il Distretto. Il Distretto è centro di responsabilità, con uno o più **centri di costo** corrispondenti alle **Unità Operative Distrettuali**, all'interno della contabilità economica dell'Azienda USL;
- la DOTAZIONE ORGANICA del Distretto deve essere chiaramente **definita**, dopo rilevazione sistematica dei carichi di lavoro, in base ai programmi/attività da svolgere e agli obiettivi prefissati e concordati, delineando chiaramente **funzionigramma e lay-out organizzativo**. Questo è un concetto dinamico e rappresenta un superamento della tradizionale pianta organica intesa come standards strutturali statici ai quali uniformarsi;
- il DISTRETTO, al di là delle etichette, deve configurarsi come un **Dipartimento funzionale** che prevede le seguenti modalità operative: orientamento delle attività per problemi e per progetti-obiettivo, integrazione delle competenze, approccio multidisciplinare ai problemi, coordinamento dell'attività degli operatori nei tre momenti specifici di intervento sanitario (sanitario, socio-sanitario integrato e assistenziale) flessibilità organizzativa, utilizzazione efficiente delle risorse;
- è indispensabile che SIANO CHIARITE LE LINEE GERARCHICHE e le RESPONSABILITÀ che vanno ricondotte, per tutti gli operatori distrettuali, al Direttore/Responsabile del distretto, evitando sovrapposizioni di competenze con altri settori/servizi dell'Azienda che hanno spesso ingenerato confusione di ruoli;

SIMET – Sindacato Italiano Medici del Territorio

- le FUNZIONI del Dirigente Medico di Distretto richiedono **competenze di tipo specialistico** sia professionale che gestionale. Deve essere chiaramente indicato che il **Responsabile/Direttore del Distretto** è un Dirigente medico di II livello, esperto in Medicina di Comunità, ed inquadrato nell'Area di Sanità Pubblica - Disciplina Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base;
- nel rispetto degli ambiti dell'autonomia organizzativa di ogni Azienda, vanno chiariti, con accordi di programma formalizzati, le reciproche competenze tra Distretto e le altre due articolazioni fondamentali dell'Azienda USL: **Ospedale e Dipartimento di Prevenzione**.

In conclusione va sottolineata l'importanza strategica del Distretto come centro dell'Assistenza Sanitaria Primaria, filtro della domanda di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, ed osservatorio epidemiologico per la valutazione del bisogno sanitario.

Questo delicato ruolo coinvolge importanti responsabilità di utilizzo efficiente delle risorse del sistema per cercare di erogare prestazioni efficaci in grado di migliorare i livelli di salute della comunità.

Dall'attenzione che riceverà il Distretto nella allocazione delle risorse disponibili, ancora troppo sbilanciate sul versante della spesa ospedaliera per prestazioni specialistiche di secondo livello a costante ed elevata innovazione tecnologica, dipenderà la sua capacità di incidere sulla qualità dell'Assistenza Territoriale e, più in generale, sul governo della spesa dell'intero sistema.

Un primo passo in questa direzione è sicuramente l'adozione di un **modello tipo di Distretto** con funzioni, attività, organico e modalità di finanziamento chiaramente definite: questo documento vuole essere un contributo in questa direzione.