

RUOLO DEL DISTRETTO DI BASE NELLA NUOVA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Angelo Lippi

1. PRIMA DELLE RIFORME

Prima del DPR 616 del 1977, della legge 833 del 1978 e della normativa sugli enti soppressi, in Italia avevamo una situazione che contava più di 64.000 Enti di assistenza, di cui 32.000 negli oltre 8.000 comuni, 19 dipendenti da Ministeri, 652 da organismi provinciali (prefetture, province, ecc.), 2.370 sedi Enaoli, 24.000 Ipab, e ben 34 Mutue.

Una situazione cioè di massima frammentazione, caratterizzata da una gestione burocratica accentrata, con gravissimi disavanzi, molte sovrapposizioni e pesanti vuoti.

Nello schema cerchiamo di seguire quelli che possiamo considerare i nodi concettuali che segnano il passaggio da un certo modo di fare e concepire l'assistenza a un nuovo modo di porsi nei confronti del cittadino.

DA UNA SITUAZIONE DI:	SIAMO PASSATI A:
tanti sportelli	unitarietà
frammentazione/riparazione	intervento globale
previdenzialità/mutualità per chi lavora	prevenzione
concorrenzialità/deleghe	solidarietà/equa ripartizione
passività/dipendenza	protagonismo dell'utente
dispersione/parcellazione	ricomposizione di bisogni e risorse
risposte «a domanda»	programmazione

Si potrebbe dire, leggendo lo schema, che da una situazione di risposte puntiformi siamo passati ad una «rifondazione» del Comune.

Infatti il DPR 616 ribadisce la centralità del Comune, l'esigenza di gestione unitaria ed integrata fra servizi sanitari e sociali, nelle strutture territoriali.

2. QUALE DISTRETTO

Vediamo ora di prendere in esame i riferimenti di tipo legislativo relativi al distretto socio-sanitario di base.

La legge 833/78 istitutiva del servizio sanitario nazionale recita, in materia di distretti, all'art. 10, che «le Regioni forniscono i criteri con i quali i comuni (singoli o associati) dividono il territorio in distretti (sanitari), quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento».

Si parla, qui, di comuni - singoli o associati - mettendo come prioritario il criterio dell'efficacia e dell'efficienza - l'aspetto tecnico-funzionale appunto - come un aspetto da considerare nell'articolazione territoriale dei servizi, senza valenza giuridico- istituzionale. I distretti inoltre sono associati al criterio di «primo impatto per le prestazioni vitali di base», per un approccio rapido, non mediato da filtri, né da barriere burocratiche.

All'art. 11 dice che «le leggi regionali devono coordinare l'intervento sanitario con quello degli altri settori economici, sociali, di organizzazione del territorio».

Si tratta quindi di far esprimere la «valenza salute» nella sua massima potenzialità in relazione ai vari settori, come concetto di sviluppo globale di salute, evitando dispersioni, divergenze, settorialismi - scuola, formazione professionale, lavoro, casa, tempo libero, cultura...-, ma cercando di coordinare gli interventi fra loro.

Per questo motivo gli ambiti zionali delle Usl, che le regioni, una volta «sentiti» i comuni, definiscono, devono coincidere con altre zonizzazioni. Questo rimanda ad una programmazione integrata, in coincidenza delle articolazioni e gestioni istituzionali (comuni, circoscrizioni, comunità montane...)

E ancora, all'art. 15, afferma che si deve «mantenere l'interdipendenza per la gestione coordinata ed integrata dei servizi dell'unità sanitaria locale con i servizi sociali».

Ci si riferisce al concetto di salute definito dall'OMS, secondo un principio di integrazione e di unitarietà della persona, a cui bisogna aggiungere anche il livello amministrativo, come concetto di complessità della salute, legato quindi al «bisogno di integrazione».

Per concludere, l'articolo 5 del testo del ddl n. 2375 del 1990 sulla riforma delle Usl, cita testualmente:

«1. Il distretto socio-sanitario di base è l'articolazione tecnico-funzionale dell'unità sanitaria locale per l'erogazione dei servizi di primo livello e

di pronto intervento anche attraverso il coordinamento delle prestazioni di assistenza medica generica, pediatrica di base, di guardia medica territoriale, dei consultori, infermieristica ambulatoriale e domiciliare con i servizi sociali di territorio.

2. I piani sanitari regionali possono ampliare la serie delle prestazioni da erogarsi in sede distrettuale con particolare riguardo all'assistenza sanitaria non ospedalizzata, che abbia in specifica attenzione le strutture di day hospital e l'attivazione di servizi domiciliari soprattutto in funzione degli anziani e dei portatori di handicap.

3. L'azienda dei servizi sanitari, oltre a garantire le prestazioni di cui al comma 1, assicura:

- a. il collegamento fra le attività distrettuali, le attività specialistiche ambulatoriali e domiciliari;
- b. l'adozione di iniziative di promozione di interventi per l'educazione sanitaria, la prevenzione, la sanità pubblica veterinaria e il corretto uso dei servizi sanitari;
- c. la raccolta di informazioni, anche di carattere epidemiologico, dirette a favorire la conoscenza dei bisogni e della domanda di salute della popolazione, a valutare l'efficienza dei servizi e l'efficacia degli interventi sia in gestione diretta che a convenzione;
- d. il collegamento con le associazioni di volontariato presenti sul territorio;
- e. l'integrazione con i servizi sociali sul territorio, garantendo i necessari collegamenti in modo da assicurare la globalità della prestazione medesima.

4. Per le finalità di cui alla lettera e) del comma 3, legge regionale di cui all'art.5 -comma 1, previo accordo con i comuni interessati in coerenza con quanto previsto dalla legge 8/6/1990, n.142 istituisce un servizio sociale cui preporre un operatore professionale in possesso di specifiche competenze in base alla normativa vigente».

3. FONDAMENTI E VALORI DEL DISTRETTO

Ci sembra di poter dire che, dall'analisi degli aspetti legislativi emergono alcuni fondamenti e valori legati al concetto e all'organizzazione

stessa del distretto che vedono principalmente un servizio rivolto alla «persona» nella sua accezione completa e nel rispetto della sua totalità.

Ci si riferisce al processo di avvicinamento dei servizi alla persona, nella sua casa, con una logica diametralmente opposta all'istituzionalizzazione (ospedale, case di riposo, centri riabilitativi...), nel suo contesto abitativo, da considerare di volta in volta causa del problema o risorsa per la sua soluzione.

Il distretto potrà realizzare quella garanzia di continuità dell'intervento terapeutico, preventivo, igienico, con una circolarità della programmazione, tra progetto sul singolo problema (livello specialistico, ospedale e «servizi di base»), e l'integrazione progettuale con i livelli «superiori».

Nel distretto si opererà l'*integrazione* come unificazione sistematica di prestazioni ed interventi prima storicamente separati, in un processo di équipe, di servizi e di interazioni all'interno della comunità. Con l'integrazione si potrà arrivare ad una unicità di progetto di intervento in un'ottica complessiva e quindi non una semplice sommatoria di interventi, ma la loro complessità e completamento reciproco.

Nel distretto l'ottica dell'intervento è quella che sottolinea la *centralità della persona* e del bisogno, con la conseguente valutazione della rispondenza della prestazione al bisogno reale della persona, in un preciso rapporto di responsabilizzazione con l'utente/committente, senza possibilità di delega. La centralità che si riferisce ad una umanizzazione dei servizi e degli interventi da questi realizzati, calata nei contenuti e fuori da forme di slogan privi di vera sostanza.

Per il lavoro nel distretto, così come è concepito, sarà indispensabile operare sulle *informazioni* e sui dati epidemiologici (anche quelli sociali) di esercizio, che saranno indispensabili per la programmazione zonale, provinciale, regionale.

L'utilizzo delle informazioni sarà anche lo strumento per creare quella partecipazione, quella autodeterminazione, quel protagonismo dell'utenza tanto indispensabile per realizzare ciò che potremmo definire come una rivoluzione copernicana di servizio, centrato sui bisogni della persona, realizzato nel contesto di vita della persona, con una integrazione di servizi e professionalità, ma in un'ottica di prevenzione e di partecipazione al diritto di salute.

4. RUOLO E FUNZIONI DI COMPETENZA DEL DISTRETTO DI BASE

Quali sono i ruoli e le funzioni che competono al distretto?

Ci sembra che possano essere così descritti:

- *Ricomporre il bisogno*, considerando la persona come cittadino «unico», assistito da un unico ente, nel suo contesto interattivo. Si supera la logica del «divide et impera», anzi si potenzia l'aggregazione degli utenti, per una presa di coscienza da cui trarre forza. Un bisogno complesso visto nella sua complessità.
- *Ricomporre la risorse*, ed il loro uso, con nuove motivazioni, nuove procedure e nuove tecniche: di integrazione, di coordinamento, di pluridisciplinarietà. Solo in questo modo il distretto potrà realizzare la funzione di censire, valutare, assemblare, coordinare, spendere, proporre, adeguare le risorse in base ai reali bisogni. Ad un «bisogno complesso» corrisponderà una risposta integrata, anche dal punto di vista organizzativo. A tale proposito sarà importante l'attivazione delle risorse, anche di quelle informali, di tutta la comunità locale: dal volontariato ai gruppi di auto-aiuto, alla cooperazione sociale, all'associazionismo, al buon vicinato, alla solidarietà. Per questo si fa coincidere la scelta del territorio distrettuale con il comune-comunità, per una identità di cultura, per fasce omogenee, per bacino di attrazione, per i trasporti, gli aspetti istituzionali...
- *Erogare le prestazioni di primo livello e pronto intervento decentrate*, senza strumentazioni complesse, senza costi elevati, erogate direttamente dal/dagli operatore/i, in ufficio, a domicilio e nei pochi presidi distrettuali. Abbiamo così:
 - a. l'assistenza domiciliare (anche a livello specialistico);
l'assistenza economica;
l'assistenza educativa;
il servizio sociale professionale (adozioni, affidamenti, processi di aiuto psico-sociale);
 - b. assistenza medica;
assistenza pediatrica;
assistenza infermieristica (anche dell' ASV e dell'ostetrica);

igiene pubblica e del territorio;
 attività consultoriali, fisioterapiche, psicologiche e di salute mentale...)
 odontostomatologia
 guardia medica

c. attività amministrative (iscrizioni, ricusazioni, prenotazioni, archivio di distretto, informazioni...).

- *Conoscere il territorio*, in maniera dinamica ed evolutiva ed i fattori di rischio. Nel distretto si dovrà poter valutare, generalizzare ed individuare i rischi di salute, non solo pubblica. Ad esempio da un disturbo di tipo respiratorio della persona risalire alla possibile causa ambientale, come potrebbe essere, ad esempio, il caminetto.
 Si dovrà poter realizzare, nell'interazione della conoscenza fra équipe di distretto e cittadini, una presa di coscienza, la attivazione di risorse endogene, considerando il territorio comunità locale, ambiente di vita di tutti che, come tale, deve essere aiutato a prendere in carico i suoi problemi. Tutto questo richiederà nuove abilità agli operatori del distretto.
- *Svolgere attività di filtro*. Nel distretto si dovrà realizzare un'azione di filtro per l'accesso ai servizi dei livelli «superiori», per la segnalazione sui rischi, generali e specifici di quella comunità (le fasce di età presenti, i tipi di attività che la popolazione svolge connessi con i rischi di salute - rumore, salute nel luogo di lavoro, rischi di tumori, ecc.), per il collegamento in situazioni di emergenza per danni e minacce di calamità.....
 Azioni queste e che avranno anche l'obiettivo di una razionalizzazione delle spese e delle prestazioni che potranno migliorare se non «abusate» e consentire più spazio e tempo per dedicarsi alla prevenzione o alle priorità di intervento individuate.
- *Valorizzare le aree comuni* degli operatori che svolgeranno la loro attività nel distretto per realizzare azioni di prevenzione, promozione ed educazione alla salute, di raccolta e gestione dei dati, sviluppando cioè l'area che definiamo della relazionalità con un innesto più gratificante e qualificato per gli specifici professionali.

- *Produrre integrazione*, non solo a livello di équipe e di comunità locale, ma anche tra i servizi, con il livello specialistico ospedaliero, poliambulatoriale e multizonale (ad esempio per un'assistenza domiciliare integrata, per l'ospedalizzazione a domicilio, per le dimissioni protette).
- *Sviluppare attività educative*, informative, promozionali, agendo uno spostamento del baricentro del potere dai vertici alla base. Sarà funzione degli operatori di distretto fornire gli stimoli, le conoscenze, gli strumenti e le occasioni di espressione e di aggregazione per la popolazione della comunità locale, sviluppando attività informative-educative quale base per il coinvolgimento di persone, gruppi, istituzioni.
- *Promuovere e valorizzare la partecipazione*, quale momento di ricerca per la condivisione di obiettivi e di modalità nuove per riappropriarsi e gestire le funzioni autodecisionali. Partecipazione sia di livello esistenziale che istituzionale, in quanto momento anche di controllo di efficacia del servizio proprio direttamente e da parte dei destinatari.

Il distretto visto così è un processo in divenire, capace di evolversi e di verificarsi, adeguarsi e rendersi sempre congruo.

Per questo e non solo per questo, è necessario che abbia a monte una scelta oculata, sia per l'ambito territoriale, sia per le connotazioni culturali delle comunità coinvolte.