

POTENZIALITA' E CRITICITA' DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO VENETO



GIANFRANCO POZZOBON
Direttore dei Servizi Sociali e Funzione Territoriale
A.ULSS 15 ALTA PADOVANA*

LA STAGIONE DELLE RIFORME

Il sistema sanitario italiano è caratterizzato dall'universalità (per quanto concerne i destinatari) e dal decentramento (per quanto concerne l'organizzazione).

Tra il 1970 e il 1990 prende forma l'attuale sistema: nascono le Regioni a statuto ordinario (1970) e si sviluppa l'idea dell'ente locale come ente preposto a dare risposte ai bisogni del cittadino.

Vengono approvate norme fondamentali quali:

- L.405/75 (consultori familiari),
- L.685/75 (dinendenze), sostituita dal T.U. 309/90

Dovremo aspettare fino al 2000 per avere la nuova legge sull'assistenza (L.328), una legge che resterà per buona parte inapplicata a causa della riforma del titolo V° della costituzione nel 2001 che attribuisce alle regioni la competenza esclusiva in materia sociale.

LA STAGIONE DELLE RIFORME

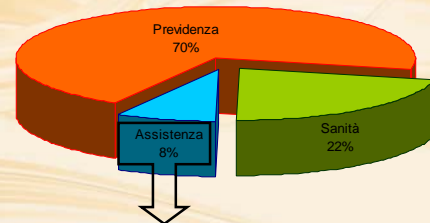
❖ si sviluppa un sistema di servizi notevolmente articolato e costruito attorno alle diverse tipologie di bisogno che via via si manifestano, prevalentemente avviati e gestiti dal pubblico (comuni, province e dal 1980 le usl).

❖ Nasce un forte movimento di impegno sociale (di matrice cattolica ma anche laica) che porterà alla nascita di quello che verrà definito terzo settore (associazionismo, volontariato, cooperazione sociale...) successivamente riconosciuto e giuridicamente normato, che nel tempo diventerà pilastro fondamentale e insostituibile dell'odierno welfare (oggi parliamo di welfare mix e non più di welfare state).

LA STAGIONE DELLE RIFORME

A partire dagli anni settanta si delinea il modello italiano di welfare nei suoi tre pilastri fondamentali:

previdenza, sanità, assistenza.



peraltro eccessivamente orientata ai contributi economici (90%).

LA CRISI DEL WELFARE

LE PROBLEMATICHE SUL TAPPETO.....

- la questione delle **RISORSE**;
- la **mission** del **WELFARE**;
- la questione dell'**'UNIVERSALITA'** (universalismo selettivo?);
- l'individuazione delle **PRESTAZIONI** da garantire;
- la necessità di superare un **APPROCCIO ASSISTENZIALISTICO** a favore di un **APPROCCIO GENERATIVO**;
- il ruolo del **TERZO SETTORE** non più pensato come semplice gestore di servizi, ma come partner del pubblico nella costruzione del sistema integrato di servizi e prestazioni...

IL MODELLO VENETO: LA SCELTA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Anni '70: creazione dei consorzi sociosanitari.

1982 le USL diventano ULSS (L.R. 55/82.)

Con la legge istitutiva delle nuove ULSS (L.R. 56/94) e con il piano sociosanitario del 1996 (L.R.5/96) vengono introdotti nuovi elementi tesi a rafforzare la scelta dell'integrazione:

- il piano di zona dei servizi sociali quale strumento per l'integrazione sociosanitaria e l'integrazione pubblico privato,
- la figura del direttore dei servizi sociali quale riferimento specifico per l'area sociosanitaria nell'ambito della direzione strategica,
- l'esplicita promozione delle deleghe relative ai servizi sociali da parte dei comuni nei confronti delle Ulss

IL MODELLO VENETO: LA SCELTA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Da ultimo la **L.R. 11/01** effettuò una ricognizione della precedente normativa dedicando all'intera materia il titolo IV "Servizi alla persona e alla comunità" che consta di 23 articoli che efficacemente riassumono i capisaldi istituzionali e organizzativi del sistema veneto.

Tale impostazione viene sostanzialmente confermata dal nuovo Piano Socio-Sanitario (L.R.23/12) soprattutto con riferimento all'integrazione sociosanitaria, senza tuttavia affrontare la questione della governance del sistema.



IL MODELLO DI WELFARE DELLA REGIONE VENETO

Tale modello è finalizzato:

- ad assicurare livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria in tutto il territorio regionale
- a realizzare un sistema integrato di erogazione dei servizi socio-sanitari e sociali mediante la gestione unitaria dei servizi sociali in ambiti territoriali omogenei. (art. 2 c. 1 lett. e L.R. 5/96 e art. 128 c. 4 L.R.11/01)

IL MODELLO DI WELFARE DELLA REGIONE VENETO

L'attuale sistema di integrazione prevede pertanto:

- la gestione unitaria dei servizi socio-sanitari in ambiti territoriali omogenei, tramite le Aziende ULSS;
- la gestione unitaria dei servizi sociali attraverso la delega da parte dei comuni alle Aziende ULSS, o in alternativa la realizzazione di forme associative tra comuni (DGR 157/10);
- lo sviluppo del distretto socio-sanitario quale centro di riferimento dei cittadini e sede dell'integrazione operativa e professionale (DGR 3242/01);
- la costruzione del Piano di Zona quale strumento principe per la programmazione territoriale;
- il superamento della distinzione tra soggetto pubblico e privato attraverso il riconoscimento alle formazioni sociali (Terzo settore in particolare) di una soggettività di rilievo pubblico anche nella programmazione dei servizi;
- la figura del direttore dei servizi sociali quale strumento di raccordo tra ULSS e comuni e di governo dell'intera materia sociosanitaria.

L'IMPORTANZA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

La motivazione fondamentale sta **nell'idea di persona**.

La persona è una realtà indivisibile, che non può essere segmentata e considerata a comportamenti stagni.

•Principio etico culturale: ogni intervento nei confronti della persona deve mirare alla sua completa e integrale promozione e considerarla nella sua globalità

•Principio operativo: prendere in carico la persona nella sua globalità significa operare congiuntamente sul sociale e sul sanitario (e non solo)

L'IMPORTANZA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Politiche integrate:

capacità di un sistema politico e istituzionale di considerare in modo unitario, sinergico e soprattutto coerente l'insieme di risposte che vengono attivate per rispondere ai bisogni dei cittadini.



L'IMPORTANZA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Ci sono 2 aspetti che vanno sottolineati:

• Alcune categorie di patologie sono per loro natura ad elevata integrazione socio sanitaria (cfr d.lvo 229/99): dipendenze, salute mentale, handicap, non autosufficienza. Si tratta di condizioni che richiedono un approccio fortemente integrato, dove aspetti strettamente sanitari si intrecciano con aspetti di tipo relazionale, economico, abitativo.

• Si pone la necessità di garantire la continuità terapeutica e il coordinamento tra i diversi erogatori di prestazioni sociali e sanitarie: l'assistito si aspetta che ci sia un unico punto di riferimento che lo segua e lo indirizzi in un percorso coerente con la diagnosi, capace di coordinare le diverse necessità assistenziali. **L'assistenza integrata garantisce la continuità delle cure sanitarie e dell'assistenza sociosanitaria**: senza integrazione non c'è continuità assistenziale!! (E' uno dei 21 obiettivi da raggiungere in Europa entro il 2020: continuità delle cure e servizi integrati)



I 3 LIVELLI DELL'INTEGRAZIONE

ISTITUZIONALE

è il livello che riguarda la collaborazione tra istituzioni diverse: usl, comuni. Si avvale di strumenti quali gli accordi di programma, le convenzioni, la delega

GESTIONALE

Concerne il livello operativo: il distretto è il luogo in cui si realizza l'integrazione, fondata su approcci multidimensionali e sulla metodologia del lavoro per progetti.

PROFESSIONALE

con quali modalità operative si realizza il lavoro congiunto di operatori sanitari e socio assistenziali? PUA, unità valutative integrate, équipe integrate, sistema informativo unico, definizione delle responsabilità, continuità terapeutica

CRITICITA' DEL MODELLO VENETO

1. LA GOVERNANCE DEL SISTEMA

il nodo della gestione unitaria e la mancanza di una legge quadro

2. IL MODELLO DI WELFARE

dall'assistenza alla generatività, da costo a investimento

3. I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI

uno spazio da colmare

4. IL RUOLO DEL TERZO SETTORE

da gestore a partner

POSSIBILI INTERVENTI DELLO PSICOLOGO NEI REPARTI OSPEDALIERI.

• Cardiologia:

- o Aumento della compliance al trattamento terapeutico di patologie croniche
- o Diminuzione dell'ansia e dello stress legate alle patologie
- o Supporto psicologico ai familiari
- o Promozione di comportamenti salutari coadiuvanti ai trattamenti medici/farmacologici

• Geriatria:

- o Supporto psicologico ai pazienti
- o Terapia psicologica antalgica
- o Supporto psicologico ai familiari
- o Terapia di elaborazione del lutto

• Lungodegenza:

- o Supporto psicologico ai pazienti
- o Supporto psicologico ai familiari
- o Terapia psicologica antalgica
- o Terapia riabilitativa
- o Trattamento dei disturbi d'ansia e depressivi

• Medicina fisica e riabilitazione:

- o Supporto psicologico ai pazienti
- o Interventi di riabilitazione cognitiva e neuropsicologica
- o Supporto psicologico ai familiari
- o Trattamento dei disturbi d'ansia e depressivi

• Nefrologia e dialisi:

- o Supporto psicologico a pazienti e familiari
- o Umanizzazione delle cure
- o Aumento della compliance al trattamento terapeutico
- o Programmi di continuità con il DH Oncologico per pazienti oncologici

• Neurologia:

- o Supporto psicologico a pazienti e familiari
- o Interventi di tipo riabilitativo delle funzioni cognitive
- o Valutazione neuropsicologica nei centri di decadimento cognitivo

• Nucleo di cure palliative:

- o Supporto psicologico per familiari
- o Terapia familiare e di coppia
- o Terapia psicologica antalgica
- o Terapia di elaborazione del lutto
- o Gruppi di intervizione e di prevenzione del burn out con il personale ospedaliero

• Oncologia:

- o Counseling psico-oncologico
- o Supporto psicologico e psicoterapia individuale
- o Supporto psicologico e psicoterapia di coppia
- o Gruppi di supporto per le persone in trattamento chemioterapico e radioterapico
- o Gruppi di supporto per i familiari delle persone in trattamento
- o Gruppi di supporto per i pazienti a fine cura
- o Gruppi di elaborazione del lutto
- o Gruppi di intervizione e di prevenzione del burn out con il personale ospedaliero

