

## **1 – Premessa**

Nel definire la finalità del documento, identificabile nella formulazione di un'ipotesi di ricollocazione del personale dipendente della Casa di cura neuropsichiatrica "Villa Puca", appare necessario individuare la metodologia che si intende perseguire.

E' evidente come il primo problema sia quello di chiarire i profili professionali posseduti dai lavoratori interessati dai provvedimenti di licenziamento, posto, ovviamente che le specifiche esperienze sono tutte declinate nell'ambito della psichiatria.

Una volta chiariti i profili professionali si può, quindi, passare all'identificazione degli *ambiti assistenziali* cui destinare quegli stessi lavoratori, sulla scorta di una parametrizzazione che, muovendo dalla specifica esperienza lavorativa posseduta, deve comunque tenere in debita considerazione i reali bisogni di risorse che il complessivo sistema assistenziale esibisce.

Si tratterà, in altri termini, di operare una contestualizzazione delle risorse lavorative rese disponibili nel più generale ambito assistenziale, di *livello territoriale*, che geograficamente può essere riferito al territorio dell'ASP di Catanzaro (ex AA.SS. n° 7 di Catanzaro e n° 6 di Lamezia Terme).

E' necessario sin d'ora precisare che il riferimento alla definizione dei richiamati *ambiti assistenziali* deve essere rivolto al complessivo sistema di cure (nel senso sistemico di care) che le politiche regionali di welfare sottendono.

Il riferimento, in altri termini, è quello di un sistema integrato di cure che sottende azioni di natura sanitaria ed azioni di protezione sociale così per come delineate nei provvedimenti legislativi di riforma del SSN e di realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali (Legge 328/2000).

E ciò in perfetta aderenza con i provvedimenti normativi e regolamentari di livello regionale che vengono qui richiamati per rappresentare gli intendimenti e gli indirizzi che la Regione Calabria ha nel tempo espresso e che devono ovviamente svolgere una funzione guida su cui innestare lo stesso provvedimento:

- Legge Regionale n° 23/2003
- Legge Regionale n° 11/2004
- Legge Regionale n° 22/2007
- Delibera di Giunta Regionale n° 78/04
- Delibera di Giunta Regionale n° 548/06
- Delibera di Giunta Regionale n° 94/07
- Delibera di Giunta Regionale n° 105/07
- Bozza di *Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali e indirizzi per la definizione dei piani di zona* (DGR 378/07)
- Delibera di Giunta Regionale n° 670/07

Un sistema di cura, quindi, *“che tutela il benessere della persona – e che si pone – un obiettivo più ampio ... dell’assenza di malattia: promuove l’inclusione sociale particolarmente per coloro che per fragilità psico-fisica hanno difficoltà a svolgere i compiti della vita quotidiana. Ignorare il ruolo*

*della funzione sociale nella medicina o separare i contenuti di cura, dalla prevenzione e dalla riabilitazione, dall'equilibrio economico ... significa disattendere per interi gruppi di cittadini l'asse dei valori **salute/benessere** (...)*

*Le prestazioni sociosanitarie si rivolgono a persone definite fragili sul piano psico-fisico, in cui la struttura della salute non può essere disgiunta da azioni sull'ambiente, sulle condizioni economiche per la sopravvivenza, sulla rimozione della dipendenza, al punto che gli stessi interventi sanitari, se non supportati da azioni che facilitano il mantenimento o il reinserimento nell'ambiente di vita, avrebbero efficacia limitata. In sintesi il sociosanitario diviene l'unico modello di risposta che propone una continuità tra azioni di prevenzione, cura, riabilitazione e inclusione sociale ...” [A. Banchemo].*

Costante, nei richiamati provvedimenti regionali, è la contaminatio da parte di un siffatto sistema di welfare e l'affermazione di due valori ineludibili quali **la centralità del cittadino e la necessità domiciliarizzare l'assistenza** (in controtendenza, quindi, al perseguimento di *pratiche assistenziali segreganti*, effetto della stigmatizzazione e della disumanizzazione che spinge verso l'istituzionalizzazione delle *condizioni di fragilità* – portatori di handicap fisico e psichico ma anche persone anziane non autosufficienti).

Quali le criticità che il complessivo impianto del sistema di welfare di livello nazionale fa registrare lungo la strada che porta alla realizzazione di un sistema di *community care*, concretamente ispirato ai valori della centralità del cittadino e dell'identificazione del domicilio quale ambito preferenziale di cura.

Tra le altre, senza dubbio rilevanti appaiono:

- a. *lo scarso coordinamento tra gli attori coinvolti nell'erogazione delle prestazioni;*
- b. *le difficoltà a spostare gli interventi dalla residenzialità al territorio;*
- c. *le differenze di equità nell'erogazione dei servizi sociali;*
- d. *la scarsa applicazione di regole di un mercato controllato.*

A queste criticità, che caratterizzano il più complessivo panorama di livello nazionale, peraltro acute ed ancor più rilevanti nel contesto calabrese, se ne aggiungono ulteriori, proprie della realtà regionale:

*a.1 : ritardo nel processo di trasferimento delle deleghe ai comuni-  
zone (ritardo nell'avvio del percorso di responsabilizzazione degli  
enti locali nella programmazione/erogazione di interventi sociali);*

*b.1 : ritardo nell'attuazione del programma triennale di assistenza  
domiciliare -di livello sanitario- di cui alla DGR 548/06;*

*c.1 : ritardo nell'adozione di una disciplina che regoli l'accesso al  
sistema delle prestazioni sociali;*

*d.1 : sistema d'offerta di prestazioni di livello residenziale  
pressochè esclusivamente privata e mancata attivazione dei  
meccanismi di competizione.*

La premessa vale quindi a spiegare come il bisogno assistenziale emergente, inteso sia quale indirizzo politico che di programmazione/erogazione di servizi/prestazioni, nell'ambito della comunità regionale, è quello di tener fede ai *valori ispiratori* di un modello di welfare, identificato dalle scelte di generale impianto ed inquadramento normativo di livello nazionale (europeo,

potremmo affermare). Il tutto coniugato alla luce di un ulteriore elemento di criticità identificabile nella necessità di garantire, comunque, la compatibilità economica del sistema, ancor più rilevante in ragione della storica caratterizzazione socio – economica della regione.

Di qui la necessità che la Regione declini con vigore il proprio ruolo di committenza, ispirata a principi di una reale *cooperazione amministrata*, in cui il ricorso alla residenzialità deve rappresentare l'eccezione, piuttosto che la regola, con la finalità di tener fede ai valori ispiratori del sistema di welfare (*etica dell'assistenza*) e garantire, contestualmente, la compatibilità economica dello stesso sistema (*etica dell'allocazione delle risorse disponibili*).

Le scelte che qui si intendono proporre sono quindi ispirate a criteri che superano le logiche dell'assistenzialismo per valorizzare, invece, l'inserimento produttivo in un sistema, ci si passi la cacofonia, produttore di un benessere economicamente compatibile.

## 2 - Le professionalità

Le considerazioni qui di seguito espresse muovono ovviamente dalla presunzione dell'esistenza di un rapporto di lavoro di dipendenza da parte di tutte le figure professionali interessate.

Diverso sarebbe l'inquadramento di eventuali posizioni caratterizzate dalla sussistenza di un rapporto di *consulenza* e, quindi, inquadrabile nell'alveo di prestazioni rese in regime libero professionale.

Il personale licenziato in conseguenza della chiusura dell'ex Casa di cura "Villa Puca" può essere così identificato (fonte CGIL) :

<b>Profilo professionale</b>	<b>n°</b>	<b>Specifica qualificazione</b>
Dirigenti medici (*)	3	➤ neurologia ➤ malattie infettive ➤ psichiatria
Dirigenti psicologi (**)	2	
Assistenti sociali (***)	2	
Pers. Amministrativo (****)	2	
CPS infermieri	6	
Infermieri generici	10	
OTA	9	Riqualificati in OSS
OSS	1	
Ausiliari	8	
Centralinista	1	
<b>TOTALE</b>	<b>44</b>	

(\*) Uno dei tre risulta essere in attività presso una sede di Continuità Assistenziale dell'ASP di Catanzaro (incompatibilità)

(\*\*) Uno dei due avrebbe un rapporto di lavoro anche con l'ASP di Catanzaro (incompatibilità)

(\*\*\*) Di uno dei due non si conoscono gli anni contributivi (è titolare di un rapporto di lavoro libero professionale ?)

(\*\*\*\*) Non se conosce il livello

La tipologia della struttura sanitaria di provenienza presuppone ovviamente una specifica esperienza lavorativa nel settore della psichiatria.

I dirigenti medici così come i dirigenti psicologi e gli assistenti sociali dovrebbero trovare collocazione preferenziale nell'ambito della stessa disciplina in cui hanno maturato la specifica esperienza professionale.

Gli infermieri professionali, seppur condizionati dallo specifico ambito di intervento, possono certamente trovare adeguata collocazione nei servizi sanitari di livello territoriale.

Gli infermieri generici , figura professionale ormai residuale, hanno certamente sviluppato, vista la tipologia di pazienti trattati, un'enorme esperienza nella presa in cura di pazienti con bisogni assistenziali complessi che può essere declinata nella domiciliarità.

Gli OTA e gli ausiliari , il cui grado di qualificazione resta da verificare, rappresentano una risorsa lavorativa che può trovare collocazione nei servizi e/o nell'ambito della domiciliarità.

Da verificare la qualificazione del personale afferente al ruolo amministrativo.

### **3 – Ambiti assistenziali**

Quanto ampiamente richiamato in premessa ha cercato di rilevare come una delle criticità maggiormente evidenti nel complessivo sistema di *care* regionale consista in una solo larvata tendenza alla domiciliarizzazione dell'assistenza.

Tale fenomeno, che riconosce certamente un'etiologia multifattoriale radicata su diversi livelli dimensionali, è essenzialmente riconducibile a due diverse tipologie di cause:

- a. carenze organizzative e strutturali di un compiuto servizio in grado di erogare prestazioni domiciliari di livello sanitario;
- b. ritardi normativi che di fatto ritardano l'avvio di un sistema strutturato di prestazioni socioassistenziali di tipo domiciliare.

Il problema calabrese non è ancora, così come accade in altri contesti regionali, la difficoltà di integrare *sanitario* e *sociale*, quanto piuttosto:

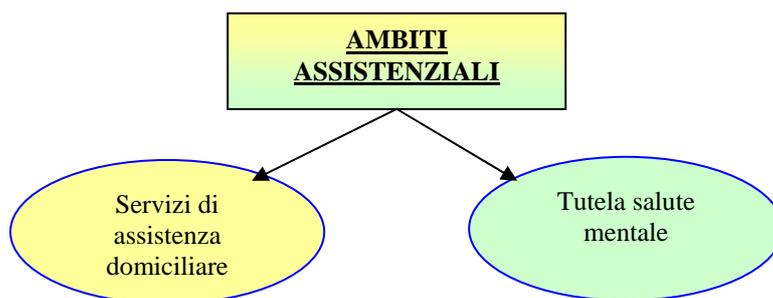
- I. quello di dover ancora colmare gli ambiti di contiguità interni al SSR (secondo una logica *processuale* di approccio all'assistenza) in maniera tale da conferire continuità al percorso di cura;
- II. quello di attivare un sistema di erogazione di prestazioni sociassistenziali tali da supportare la famiglia nel ruolo di *carer*.

In ragione di tali considerazioni, le risorse professionali disponibili e da collocare utilmente potrebbero rappresentare un'occasione per consentire di sperimentare un approccio integrato - *sociosanitario* - tale da garantire una domiciliarizzazione dell'assistenza, seppur in un'area limitata (territorio dell'ASP di Catanzaro).

E ciò utilizzando, quale punto iniziale di forza, una consolidata ed ormai decennale esperienza di assistenza domiciliare di connotazione, allo stato, esclusivamente sanitaria, maturata prevalentemente nell'area dell'ex AS n° 7 di Catanzaro.

Senza tralasciare, ovviamente, l'opportunità, sfruttandosi così la specifica esperienza maturata dal personale dell'ex Casa di cura "Villa Puca", di potenziare la rete dei servizi territoriali destinati alla tutela della salute mentale (DGR 105/07).

L'ipotesi è quella di una agire, quindi, su due differenti, ambiti assistenziali:



Schematicamente la proposta potrebbe essere così rappresentata:

<b>Figure professionali</b>	<b>Area di destinazione</b>	<b>Criticità Finalità/prestazioni da erogare</b>
<i>Dirigenti medici</i>	Salute mentale	<i>Carenza di personale per assicurare la funzionalità dei CSM nelle 24 h.</i>
<i>Dirigenti psicologi</i>	Salute mentale	
<i>Assistenti sociali</i>	ADI	<i>Funzioni valutative dei bisogni socioassistenziali/socializzazione (da porre nella disponibilità dei comuni/zone)</i>
<i>Infermieri professionali</i>	ADI	<i>Prestazioni inferm. (carenza nel territorio dell'ex AS di Lamezia Terme)</i>
<i>Infermieri generici</i>	ADI	<i>Igiene della persona</i>
<i>OTA/OSS</i>	ADI	<i>Igiene della persona (da porre nella disponibilità dei comuni/zone)</i>
<i>Ausiliari</i>	ADI	<i>Aiuto domestico (da porre nella disponibilità dei comuni/zone)</i>

L'utilizzo dei dirigenti medici, dei dirigenti psicologi e degli assistenti sociali andrebbe quindi a potenziare l'organico attualmente operante nell'ambito del DSM dell'ASP di Catanzaro per dare concreta attuazione alle *Linee guida per la tutela della salute mentale* (di cui alla DGR n. 105/07) ed elevare il grado di presa in carico dei pazienti psichiatrici e, conseguentemente, di filtro territoriale che la rete dei CSM dovrebbe garantire per evitare il ricorso al sistema d'offerta di livello residenziale.

Gli infermieri professionali potrebbero invece trovare collocazione nel servizio di assistenza domiciliare distrettuale con elettiva utilizzazione nell'area dell'ex AS n° 6 di Lamezia Terme che attualmente non è in grado di fronteggiare il bisogno in ragione di carenze di tale specifica figura professionale.

Gli infermieri generici dovrebbero trovare collocazione nel servizio di assistenza domiciliare per garantire quelle prestazioni di prossimità sociosanitaria e di supporto all'attività infermieristica. (*igiene della persona*).

Gli OTA/ausiliari dovrebbero trovare collocazione nel servizio di assistenza domiciliare per garantire quelle prestazioni di connotazione sociosassisteniale. (rispettivamente *igiene della persona* e *aiuto domestico*) che, strutturate ed organizzate univocamente a quelle di rilievo sanitario (mediche/infermieristiche/riabilitative), consentirebbero di attivare un compiuto percorso di **Assistenza Domiciliare Integrata** (integrazione di prestazioni sanitarie e socioassistenziali). Ciò consentirebbe di garantire adeguati supporti assistenziali alle famiglie con il raggiungimento dell'obiettivo di una reale domiciliarizzazione. Tali ultime figure dovrebbero

gravare sul Fondo Sociale, essendo direttamente coinvolte nell'erogazione di prestazioni che rientrano nelle attribuzioni dei comuni.

La figura 1 è rappresentativa dell'intera proposta.

#### **4 – Proposta operativa**

L'operatività della proposta assume, quindi, una duplice connotazione e si articola su due differenti livelli in ragione dell'attribuzione del personale all'ASP di Catanzaro, da una parte, ed ai Comuni di Catanzaro e Soverato (nella qualità di comuni capofila delle rispettive zone), dall'altra.

L'articolazione riguarda ovviamente, sotto il profilo della attribuibilità finanziaria dei costi relativi all'inserimento lavorativo delle differenti figure professionali, la differente competenza sanitaria e socioassistenziale di riferimento.

##### **(4.1) 1° livello – Attribuzione del personale all'ASP di Catanzaro**

Il personale che graverà sul **Fondo Sanitario** (dirigenti medici – dirigenti psicologi – assistenti sociali - infermieri professionali – infermieri generici) viene attribuito all'ASP di Catanzaro con la seguente finalizzazione:

- a) *Dirigenti medici* (3): Dipartimento di Salute Mentale;
- b) *Dirigenti psicologi* (2): Dipartimento di Salute Mentale;
- c) *Assistenti sociali* (2) : Dipartimento di salute mentale
- d) *Infermieri professionali* (6): Servizio di Assistenza Domiciliare dei Distretti sociosanitari del Lamentino (4) e del Reventino (2);
- e) *Infermieri generici* (10): Servizio di Assistenza Domiciliare dei distretti sociosanitari

(4.2) 2° livello – Attribuzione del personale ai Comuni di Catanzaro/Soverato (priorità 7 ed 8 identificate dal Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali - DGR 378/07).

Il personale che graverà sul **Fondo Sociale** dovrà essere attribuito ai Comuni di Catanzaro e Soverato nella qualità, rispettivamente, di comuni capofila delle zone afferenti agli ambiti territoriali dei distretti sociosanitari di Catanzaro e Catanzaro Lido (comune di Catanzaro) e Soverato per essere utilizzato nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare e concretizzare un sistema integrato di cure (**Assistenza Domiciliare Integrata**), affiancando così le prestazioni di livello sanitario già erogate dai distretti sociosanitari:

- a) OTA – riqualificati (9) e OSS (1) : Catanzaro (7) e Soverato per l'erogazione di prestazioni domiciliari - *igiene della persona/mobilizzazione* - in favore di pazienti in carico al servizio di assistenza domiciliare, secondo i tempi e le modalità definite in sede di valutazione multidimensionale dall'UVT e delineati nel piano personalizzato di assistenza (pap);
- b) Ausiliari (8) : Catanzaro (5) e Soverato (2) per l'erogazione di prestazioni domiciliari (*aiuto domestico*) in favore di pazienti in carico al servizio di assistenza domiciliare, secondo i tempi e le modalità definite in sede di valutazione multidimensionale dall'UVT e delineati nel piano personalizzato di assistenza (pap).

