



2.18.1/2018/x/2374

INTERROGAZIONE A RISPOSTA IMMEDIATA n° 2374

ai sensi dell'articolo 100 del Regolamento interno

(Non più di una per Consigliere/a – Non più di tre per Gruppo)

OGGETTO: Situazione delle comunità terapeutiche di Torino Nord

Premesso che:

- nelle cinque comunità terapeutiche presenti a Torino Nord, nelle quali l'applicazione della D.G.R. 29 sulla residenzialità psichiatrica sarebbe migliorativa, in particolare dopo le modifiche apportate dalla D.G.R. 41 del 2018, a quanto risulta le delibere sono disattese;
- le Comunità in oggetto funzionavano storicamente grazie a una collaborazione tripartita tra la ASL TO2, che si occupava delle attività sanitarie, cooperative sociali (tre comunità con la Coop. Zenith e due con la Coop. Altramente) che svolgevano le attività educativo-assistenziali e società private (le due società Ester srl e Gruppo Igea srl) che possedevano i muri e gestivano le attività di carattere alberghiero quali pulizie, mensa ecc;
- successivamente, si è giunti a una trasformazione radicale sotto il profilo gestionale e organizzativo: dalla primavera 2016 alle due società private veniva attribuita la titolarità completa delle attività, incluse quelle medico-psichiatriche, mentre la ASL ritirava il proprio personale;
- le due cooperative sociali – divenute fornitrici delle società private – hanno continuato a svolgere le attività di carattere educativo, assistenziale e in parte infermieristico, ma a condizioni fortemente mutate;
- in particolare, la presenza di personale infermieristico, educativo e assistenziale è stata fortemente ridotta e tale si mantiene anche nel nuovo sviluppo di questa trasformazione, con il trasferimento dell'appalto dei servizi educativi, infermieristici e

assistenziali (personale OSS) alla Cooperativa XI Luglio con sede legale a Roma, aderente al consorzio La Meridiana;

- il personale medico e, ormai, la quota maggioritaria del personale infermieristico sono assunti direttamente dalla società appaltante;
- laddove prima vi era la presenza infrasettimanale di 4 o 5 operatori, oggi ce ne sono 2, per qualche ora 3; dove ce n'erano 2-3, la presenza è ora ridotta a 1-2;
- dove sussiste la presenza formale nel turno di più unità di personale, durante la settimana almeno un'unità è spesso impegnata in attività esterne (pratiche burocratiche, accompagnamenti, visite mediche ecc.), il che significa che in comunità rimane di fatto una presenza singola, in un rapporto operatori-pazienti che tende a essere molto spesso 1-a-16/1-a-18/20;
- è infatti testimoniato dagli operatori e dalle operatrici che, da quando si vive in questo regime, l'intensità delle situazioni di crisi di agitazione, aggressività, conflitto è fortemente intensificata, creando anche situazioni di rischio per gli operatori e per i pazienti stessi;
- in alcune strutture, inoltre, a quanto pare non si fanno le riunioni di equipe, se non col personale in quel momento in turno, perché le ore di riunione non vengono retribuite;
- in altre risulta che alcune figure professionali siano escluse dalle stesse riunioni; in altre ancora, a quanto riferito dai sindacati, la retribuzione di 1 ora e mezza di riunione di equipe settimanale esclude l'operatore (che dovrebbe essere membro della "comunità") dal potersi sedere a tavola per mangiare insieme ai pazienti il pasto servito a loro e al personale medico e infermieristico;
- non è presente, su 5 comunità, un'auto di servizio, pertanto i pazienti non autonomi sono costretti a pagarsi il taxi oppure a rivolgersi ad associazioni di volontari cui corrispondere le sole spese di trasporto.

Sottolineato che:

- in base ai parametri noti, relativi ai costi di funzionamento delle analoghe Comunità Protette, le OO.SS. ipotizzano un margine di utile per la gestione tra i 30.000 e i 40.000 euro mensili per ciascuna delle 5 comunità;



- se ciò fosse vero, si tratterebbe di una percentuale altissima su un fatturato di poco più di 80.000 euro al mese, quando in un regime di normalità gli Enti Pubblici committenti riconoscono alle imprese del settore un margine non superiore al 7-10%;
- la proprietà è stata inamovibile nel ribadire per due anni, pur percependo le nuove rette da D.G.R. 29, di essersi attenuta per gli standard di personale alla vecchia legge regionale (DCR 357/97) e di voler attendere che la DGR sulla residenzialità psichiatrica (prima n.30/2015, poi corretta dalla 29/2016 e poi sospesa dal TAR fino al settembre 2017) entrasse in vigore e riordinasse il settore, rendendo obbligatoria una maggiore presenza di personale;
- eppure la D.G.R. 41 del 18 maggio 2018, integrazione della D.G.R. 29, stabilisce inequivocabilmente ai capoversi 6) che già dal momento della ri-autorizzazione al funzionamento *"l'impegno ad assicurare lo standard di personale viene dichiarato dal soggetto gestore al momento della presentazione dell'istanza ed autocertificato ai fini autorizzativi con riferimento agli standards assistenziali previsti per la tipologia di struttura a cui l'istanza di riferisce"*;
- il capoverso 6.1) stabilisce che *"Il soggetto gestore è tenuto, già dal momento di presentazione della istanza di autorizzazione contestuale o della richiesta di accreditamento, a dimostrare il possesso di tutti requisiti previsti per l'accreditamento della struttura, indipendentemente dall'effettiva presenza di ospiti o utenti. L'accreditamento della struttura è subordinato alla trasmissione da parte della stessa alla Commissione di Vigilanza dell'ASL territorialmente competente, di apposita autocertificazione riguardante l'adeguamento agli standards di personale stabiliti, specificando i titoli delle figure professionali coinvolte nonché il prospetto dei turni mensili organizzati per garantire l'assistenza nelle fasce orarie previste per ciascuna tipologia di struttura"*;
- in ogni caso, le norme non mutano la sostanza, dal momento che nel contratto stipulato tra la ASL Torino 2 e le società Ester e Gruppo Igea nel marzo 2016 vigevano due condizioni: a. si applicava la normativa pre-esistente alla nuova DGR, la medesima che trovava applicazione anche nel precedente regime gestionale e che avrebbe dovuto avere sostanziale continuità nelle nuove condizioni, seppure con le possibili modifiche all'organizzazione del lavoro come facoltà dell'imprenditore; b. si applicavano però tariffe tali da consentire all'imprenditore di dotare già le Comunità Protette di un organico sovrapponibile a quello previsto dalle nuove norme;

- a quanto sostiene il Sindacato CUB, le rette previste per le due tipologie di comunità (tipo A e tipo B secondo la DCR 357/97) sono quasi sovrapponibili con quelle delle analoghe comunità contemplate dalla nuova normativa (SRP 1 e SRP 2 secondo la DGR 29): le rette riconosciute alle società Ester e Gruppo Igea sono di euro 168 (Tipo A) e 134 (Tipo B); le rette previste dalla nuova normativa sono di euro 160 (SRP 1) e 135 (SRP 2);
- perciò la pretesa di attendere l'entrata in vigore di nuove norme, per garantire prestazioni adeguate per il percorso terapeutico dei pazienti e un lavoro sicuro e professionale agli operatori, non sembra avere un fondamento economico.

Considerato che:

- il numero di operatori e operatrici (infermieri, educatori, OSS) presenti durante la settimana allineati con lo standard precedentemente utilizzato solo nel weekend produce la sostanziale assenza delle risorse necessarie allo svolgimento di progetti riabilitativi e risocializzanti;
- di conseguenza, allo stato attuale, la gestione del paziente in Comunità Protetta si limita a una pura azione di badanza e contenimento, mentre il Piano Nazionale per la Salute Mentale parla, in riferimento alla tutela della salute mentale in età adulta di *"prestazioni diagnostiche terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale nella fase intensiva ed estensiva, secondo il progetto terapeutico individuale"* e di *"prestazioni assistenziali e socio riabilitative, compresi programmi di reinserimento sociale e lavorativo, sia in regime residenziale nella fase di lungoassistenza che nella comunità secondo il progetto terapeutico individuale"*;
- l'impossibilità per il singolo operatore presente di occuparsi contemporaneamente delle esigenze materiali, emotive e relazionali di 20 pazienti ha come immediata conseguenza il minore "contenimento relazionale" di persone con difficoltà psicoaffettive e psichiatriche, e quindi il più facile insorgere di stati di disagio fino a vere e proprie crisi di agitazione;
- tali crisi, ovviamente, sono normali nel contesto delle residenzialità psichiatriche, tanto più delle Comunità Protette, ma possono essere ridotte o aumentare per numero, intensità e frequenza a seconda della presenza o meno di attività preventive di

contenimento relazionale, di ascolto, di "presa in carico" dei bisogni sia pratici che relazionali del paziente;

- la carenza di personale, inoltre, comporta un aggravio per l'operatore o l'operatrice di turno in termini di fatica e di stress; di conseguenza l'operatore sarà meno lucido, meno capace di interpretare i segnali di tensione che possono risultare premonitori dell'avvicinarsi di un momento difficile; avrà perciò maggiori difficoltà a prevenire le crisi, nonché a gestirle e circoscriverle nel momento in cui esse dovessero scoppiare.

INTERROGA

Il Presidente della Giunta

☐

L'Assessore/a

☐

per sapere se intende richiamare la Direzione dell'ASL Città di Torino e del relativo DSM affinché le Delibere regionali siano applicate nelle cinque comunità terapeutiche in oggetto.

FIRMATO IN ORIGINALE

(documento trattato in conformità al provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali n. 243 del 15 maggio 2014)