

Alla Presidente
Regione dell'Umbria
Dott.ssa Maria Rita Lorenzetti

All'Assessore alla Sanità
Regione dell'Umbria
Dott. Maurizio Rosi

All'Assessore alle Politiche Sociali
Regione dell'Umbria
Dott. Stufara Domenico

Al Presidente dell'A.N.C.I.
Sindaco della città di Terni
Dott. Raffaele Paolo

p.c. Al Direttore
Dipartimento Salute Mentale
Azienda U.S.L. n° 1
Dott.ssa Patrizia Lorenzetti

p.c. Al Direttore
Dipartimento Salute Mentale
Azienda U.S.L. n° 2
Dott. Fuzzi Mario

p.c. Al Direttore
Dipartimento Salute Mentale
Azienda U.S.L. n° 3
Dott.ssa Antonia Tamantini

p.c. Al Direttore
Dipartimento Salute Mentale
Azienda U.S.L. n° 4
Dott.ssa Alberto Antonini

In previsione di una fase transitoria di riordino dei Servizi di Salute Mentale, in attesa del nuovo Piano Sanitario Regionale (l'attuale è scaduto dal 2005), come associazioni umbre di utenti e familiari firmatarie del presente documento, richiamiamo e ribadiamo quanto già affermato nella riunione del 22.05.2007 tenuta a Foligno presso la Sala Alesini dell'Ospedale San Giovanni Battista .

Con il presente documento ci riproponiamo, nel rispetto delle competenze e dei limiti attribuiti alle associazioni, di sottoporre alle autorità competenti le richieste a nostro parere irrinunciabili ed urgenti.

Siamo assolutamente convinti che il rispetto delle autonomie e dei doveri attribuiti ai diversi poteri politici, amministrativi e tecnici rappresenti un principio basilare della democrazia.

Confermiamo in primo luogo la nostra pretesa di esigere da noi stessi e dagli altri la corretta e completa applicazione delle leggi ed il loro rispetto come dovere improrogabile e diritto inviolabile.

Per quanto detto ribadiamo la considerazione ovvia secondo la quale pervenire al nuovo piano Sanitario Regionale senza aver applicato il precedente e senza che questo abbia ricadute evidenti nella valutazione dei Direttori Generali, non significa soltanto avallare l'impotenza dell'attività legislativa, ma costituisce la premessa per cui anche il nuovo piano sarà un inutile libro dei sogni.

Pertanto richiediamo che prima del nuovo Piano Sanitario Regionale si pervenga, in tutta la regione, alla piena applicazione dalla *Delibera Regionale n° 372 del 07.07.1997* e della *Delibera del Consiglio Regionale del 23.07.2003 n° 714 "Piano Sanitario Regionale 2003 – 2005"*, nel quadro delle previsioni della *Legge 3/98*", per il raggiungimento degli obiettivi prioritari di legge di seguito esposti.

1. Garantire **uniformi livelli di assistenza** in materia di salute mentale su tutto il territorio regionale
2. Garantire l'**apertura di tutti i servizi territoriali per almeno 12 ore al giorno, nei giorni feriali e prefestivi** (La *Delibera Regionale n° 372 del 07.07.1997*, espressamente richiamata dal Piano, dispone: "*Il CSM assicura l'accoglimento della domanda e della relativa risposta nell'arco delle 24 ore, compresi i festivi, attraverso le attività programmate dal DSM, di concerto con altre articolazioni sanitarie dell'Azienda*").
3. Garantire **strutture terapeutico-riabilitative accreditate** secondo i criteri definiti con precisione nel Piano Sanitario, perché sono poche quelle nel territorio regionale rispondenti a tali criteri.
4. Stilare un **censimento delle strutture terapeutico-riabilitative** presenti nel territorio, affinché ne emergano la quantità, la qualità, la rispondenza ai parametri del Piano Sanitario.
5. Garantire **forme dignitose di cura e di assistenza a quei malati per i quali non si può prevedere né la dimissione, né il passaggio a contesti meno protetti**; il Piano Sanitario definisce vari tipi di servizi differenziati a seconda dei vari livelli di riabilitazione da attivare, ma esclude i malati di cui sopra, i quali invece conservano tutti i loro diritti di cittadini, dunque il diritto alla salute, cioè a fruire di cura ed assistenza atte a mantenere ed evolvere le abilità acquisite, con prognosi tanto più favorevole quanto più sono dignitosi e adeguati gli spazi e i luoghi di vita in cui sono accolti.
6. Garantire la **piena integrazione socio-sanitaria** tra le funzioni e prestazioni sanitarie di cura e riabilitazione e quelle del sociale (per le politiche di prossimità, inserimento lavorativo, inserimento sociale, soggiorno in comunità terapeutiche, sostegno all'auto-mutuo-aiuto ed al volontariato) e la **definizione di ruoli e specificità** negli interventi integrati.

7. Promuovere iniziative di **formazione professionale omogenea** a livello regionale, rivolta a tutte le figure professionali presenti nei servizi e nel privato sociale, al fine di realizzare quanto affermato nel Piano Sanitario e quanto elaborato nella Conferenza Regionale di Terni del 4-6/10/07 (*La Delibera del Consiglio Regionale del 23.07.2003 n° 714, Piano Sanitario Regionale, dispone: “Riteniamo concreto il rischio che ci si possa avviare verso una parcellizzazione (semplificazione) degli interventi e verso un disconoscimento di pratiche integrate di cura, elemento irrinunciabile e centrale dello specifico psichiatrico. Con questo Piano s’intende quindi ribadire con forza la complessità dell’intervento che è complessità dell’individuo...”*).
8. Assicurare la **piena attuazione dei Servizi per l’età evolutiva** in modo omogeneo sul territorio regionale per assicurare una vera uniformità dei livelli di assistenza e una vera integrazione operativa con il Servizio per gli Adulti (*La Delibera del Consiglio Regionale del 23.07.2003 n° 714, Piano Sanitario Regionale, dispone: “Gli operatori...assicurano l’erogazione delle prestazioni in forma multiprofessionale e con modalità che evitino la separatezza dell’intervento tra infanzia, adolescenza ed adulti”*).
9. Realizzare l’**immediato adeguamento delle dotazioni organiche dei Servizi Territoriali** ai parametri imposti dalle Delibere Regionali (n° 372 del 07.07.1997 e n° 714 del 23.07.2003, *Piano Sanitario Regionale 2003 – 2005*”) ampiamente depotenziate su tutto il territorio regionale, sia perché le disposizioni legislative non sono mai state applicate da 10 anni, sia a seguito del mancato reintegro dei tourn-over (*La Delibera Regionale n° 372 del 07.07.1997 dispone: “Per la formazione dell’équipe multiprofessionale, le indicazioni sono le seguenti: 1 Medico Psichiatra ogni 12.000 abitanti per popolazione in età adulta superiore ai 18 anni, 1 Neuropsichiatria infantile ogni 20.000 abitanti per popolazione inferiore ai 18 anni, 1 Psicologo ogni 12.000 abitanti, 1 Assistente Sociale ogni 40.000 abitanti, 1 Infermiere Professionale e/o Operatore Psichiatrico ogni 2000 abitanti. Il personale di dotazione funzionale può essere supportato da altre figure professionali, comprese quelle del terzo settore appartenente al Privato Sociale”*). Secondo il nostro parere di cittadini l’autonomia attribuita ai Direttori Generali non può prevedere il loro preteso arbitrio nel definire i bisogni di dotazione organica, esso ha creato la condizione attuale di disparità nei diritti inerenti i livelli uniformi di assistenza e di diffuso depotenziamento della qualità tecnica degli interventi terapeutici, per il mancato reintegro del tourn-over. L’esito degli interventi riabilitativi è negativamente condizionato dal fatto che, per la deficienza degli organici, essi sono posti in essere al momento dell’emergenza, quando la condizione del malato è già fortemente compromessa.
10. Consolidare incondizionatamente i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) nel quadro delle previsioni della Legge 3/98, attraverso la **corretta attribuzione delle competenze dirigenziali ed il conferimento di adeguati livelli di autorità e responsabilità** (*La Delibera Regionale n° 714 del 23.07.2003 Piano Sanitario Regionale 2003 – 2005* dispone: “Al DSM è preposto

un Direttore nominato dal Direttore Generale Aziendale. Il Direttore risponde direttamente alla Direzione Aziendale con la quale negozia gli obiettivi e le risorse per la realizzazione del programma. Esercita azioni di coordinamento, organizzazione, supporto, progettazione e verifica dei compiti istituzionali del Dipartimento, di concerto con il Comitato di Dipartimento, garantisce la gestione coordinata delle risorse umane; è consultato sulle disposizioni organizzative delle Direzioni Sanitarie e Amministrative \$-3 concernente il complesso delle attività del DSM. E' membro di diritto del Consiglio dei Sanitari. In ogni Dipartimento va costituito un Comitato di Dipartimento composto da membri di diritto medici e non medici (di livello apicale e sub-apicale) e da rappresentanti degli altri profili professionali). Sono attualmente presenti in tutta la regione solamente due figure apicali, tale situazione esprime la percezione opprimente di una psichiatria dequalificata, deprivata di referenti in grado di rappresentare i servizi sia verso i cittadini utenti, sia verso le altre autorità amministrative e tecniche delle Aziende di Unità Sanitarie Locali, dunque, al di là di facili critiche verso il carrierismo dei sanitari, chiediamo alle singole autorità in indirizzo se per loro o per i loro familiari si rivolgerebbero mai a servizi chirurgici, cardiologici etc. privi di una figura apicale che rappresenti la garanzia della qualità tecnica ed organizzativa dell'intervento.

11. **Garantire l'immediata applicazione**, prima del nuovo Piano (che dovrà fissare i nuovi parametri), **delle norme inerenti i posti letto ospedalieri psichiatrici e i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura** (Nel "Piano Sanitario Regionale 2003 – 2005" è stato previsto ed esplicitamente dichiarato: "Raggiungimento di livelli uniformi di **Qualità ed Accessibilità** delle strutture di ricovero ospedaliero a livello regionale attraverso il **completamento** della rete dei **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura** al parametro di 0,6 posti letto per 10.000 abitanti ...tuttora valido, garantendo la massima appropriatezza nella relazione tra tipologia delle strutture e bisogni dei cittadini che vi sono assistiti" . Ancora, la Delibera Regionale n°. 372 del 07.07.1997 afferma: "Il SPDC dovrà essere dimensionato nel prossimo biennio su un totale di 0,6 p.l. per 10,000 abitanti compresi i servizi di Perugia, Terni e l'istituendo SPDC a Spoleto.....Le indicazioni per la dotazione di personale per ogni SPDC dovranno rispettare i seguenti rapporti di minima: 1 operatore per ogni tre pazienti per turno; 1 unità medica presente nei due turni (h 8 .20) e l'attivazione della pronta disponibilità notturna (h 20 – 8. Lo SPDC costituisce articolazione operativa del DSM per l'effettuazione di ricoveri **ordinari e in trattamento sanitario obbligatorio (TSO)** da attuare con le modalità di cui all'art. 35 della Legge 833/78).

A questo proposito esprimiamo la nostra commossa solidarietà e piena partecipazione ai familiari di Luca Piombini. Al di là delle eventuali responsabilità dei sanitari coinvolti nel terribile lutto, che ci tocca in prima persona, poniamo alcune domande. Il medico coinvolto deve, di fatto, rispondere non solo dei propri atti sanitari, ma anche di responsabilità afferibili all'organizzazione del piano di cura. Sono competenze di livello apicale: è giusto che questo avvenga senza che in quel S.P.D.C. esista un apicale? In quale altro reparto o clinica di

quell'ospedale esiste una condizione simile? E' giusto che quel reparto sia di fatto collocato al di fuori dell'ospedale, quindi fisicamente lontano dai servizi dell'urgenza ed emergenza, in patente contrasto con quanto imposto fin dal 1978 ai sensi della Legge 180? E' tollerabile che in quella stessa circostanza siano stati ridotti i posti letto ospedalieri di quell' S.P.D.C. (come abbiamo appreso dalla stampa) e che un Direttore Generale abbia potuto dichiarare che i posti letto sono addirittura troppi? Ai sensi di quale legge è legittimabile tale affermazione?

12. Eseguire il **monitoraggio dei casi clinici inseriti in strutture assistenziali extra regionali** e privi di precisi programmi di dimissione o del loro riaccoglimento in servizi regionali.
13. Promuovere la **valutazione degli esiti riabilitativi-terapeutici** sulla base di strumenti di misurazione, anche in rapporto alla tipologia di utenza cui gli interventi sono rivolti.
14. Promuovere una **progettualità d'intervento chiara e documentata** in ogni parte e **condivisa con la famiglia e/o il contesto di vita**.
15. Garantire il **diritto a prestazioni presso il domicilio**, quando ne esistano le premesse, a difesa dell'individuo, dell'individuo malato, della sua permanenza negli spazi di vita che sono suoi e nella rete affettiva e sociale che bene o male l'accoglie e l'accompagna.

In attesa di tempestivi riscontri alla presente richiesta, ricordiamo che i punti sopraindicati sono stati sottoposti e ribaditi da tempo e che malgrado le promesse fatteci in modo pubblico e formale non abbiamo avuto nessuna risposta positiva, pertanto ribadiamo che la non applicazione delle leggi comporta responsabilità legali e penali. Le associazioni firmatarie di questo documento si riservano di intraprendere.

LIBERI DI ESSERE - FOLIGNO
DIAPSIGRA - TERNI
LA CRISALIDE - GUBBIO
LE FATICHE DI ERCOLE - CITTA' DI CASTELLO
MADRE CORAGGIO - PERUGIA
VIA DEI CANTI - SPOLETO

