

## **SALUTE MENTALE REGIONE BASILICATA**

Al momento della emanazione della legge n. 180/78 e della Legge n. 833/78, la regione Basilicata non aveva un Presidio manicomiale pubblico, pur previsto come obbligatorio dalla legge 1904, ma privato: il Don Uva di Potenza la cui gestione è stata affidata a cooperative sorte sulla spinta della legge n. 285/1978. Questa sfavorevole condizione iniziale pur avendo pesantemente condizionato il processo di avvio del nuovo modello di organizzazione dell'assistenza psichiatrica non ha impedito del tutto la sperimentazione di nuove forme territoriali di assistenza. Nella provincia di Matera, infatti, negli anni '78-'79 sono state avviate alcune strutture residenziali intermedie finalizzate al progressivo superamento del manicomio.

In attesa della definizione del piano sanitario regionale e degli altri provvedimenti statali e regionali previsti in materia di salute mentale dalla L. n. 833/78, la regione ha emanato la **LR n. 28 del 20 agosto 1979: "Disciplina provvisoria per l'istituzione dei servizi psichiatrici pubblici territoriali"**. Questi servizi psichiatrici pubblici svolgono il complesso delle funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione relative alla tutela della salute mentale. Essi inoltre operano in collegamento con i servizi sociali del territorio per il reinserimento sociale dei malati. La LR n. 28/79 stabilisce che fino a diversa prescrizione contenuta nel piano sanitario regionale, in ogni U.S.L. è consentito attivare un solo servizio psichiatrico territoriale, a struttura dipartimentale, comprensivo di un solo specifico servizio psichiatrico di diagnosi e cura, dotato di non più di 15 posti-letto.

In base alla **L.R. 30 marzo 1985, n. 14: "Istituzione in ciascuna U.S.L. del Dipartimento di salute mentale. Disciplina ed organizzazione delle relative funzioni"**, nell'ambito di ciascuna Unità sanitaria locale, ai sensi della L. n. 833/78, deve essere istituito il Dipartimento di salute mentale. Questo ha la funzione di realizzare nell'ambito territoriale di competenza la composizione organica e funzionale degli interventi sociali, medici, psicologi, educativi, infermieristici e riabilitativi rivolti alla prevenzione e cura dei disturbi mentali e di riabilitazione dei soggetti, integrando le proprie attività specifiche con la rete complessiva dei servizi sanitari e socio-assistenziali del territorio.

A tal fine il servizio assicura:

- a) interventi volti alla prevenzione primaria dei disturbi mentali, sia attraverso una corretta e capillare opera di educazione sanitaria per la tutela della salute mentale, sia attraverso interventi miranti al superamento delle cause che generano condizioni di rischio, di danno o di patologia;
- b) azioni di prevenzione secondaria realizzata attraverso interventi sulla crisi, dove essa si manifesta, al fine della non individuazione del disagio ma del coinvolgimento del contesto sociale;
- c) interventi curativi atti ad impedire la cronicizzazione del disturbo e la istituzionalizzazione, evitando il più possibile l'esclusione e l'allontanamento dall'ambiente di vita e di lavoro;
- d) interventi diretti alla progressiva riabilitazione ed al reinserimento delle persone ricoverate attualmente in istituti pubblici e privati, favorendo prioritariamente il reinserimento nell'ambiente familiare o in alternativa in strutture residenziali o semi-residenziali, assicurando una continua opera di sostegno socio-sanitario.

Il coordinamento del Dipartimento di salute mentale deve essere affidato ad un operatore sanitario specializzato in psichiatria di qualifica apicale.

Al fine di realizzare il coordinamento tecnico delle attività del Dipartimento, il coordinamento è coadiuvato da un gruppo interdisciplinare di operatori responsabili delle varie strutture del servizio dipartimentale.

Il servizio dipartimentale di salute mentale svolge le seguenti funzioni:

1) Attività di prevenzione:

- a) interventi finalizzati ad individuare preventivamente situazioni effettive e potenziali di disagio psichico nelle realtà comunitarie esposte a più alto rischio psichiatrico, quali le scuole e gli ambienti di lavoro da realizzare in collaborazione con il servizio materno infantile, con la scuola, con i servizi per l'igiene e la sicurezza nei luoghi di lavoro e con gli altri servizi socio-sanitari del territorio;
- b) programmi di educazione sanitaria concordati con gli altri servizi dell'Unità Sanitaria Locale finalizzati a creare una adeguata sensibilizzazione sui problemi dell'igiene mentale dei cittadini.

2) Attività di diagnosi e cura:

- a) interventi di diagnosi e cura a livello ambulatoriale e domiciliare;
- b) interventi di emergenza e di pronta disponibilità;
- c) attività di diagnosi e cura in regime di ricovero volontario o obbligatorio;
- d) attività di consulenza specialistica.

3) Attività di riabilitazione:

- a) attività rivolte alla deospedalizzazione dei degenti ancora ricoverati negli ospedali psichiatrici pubblici e nelle strutture manicomiali private, secondo i principi fissati dall'art. 64 della L. 833/78.
- b) iniziative volte a cercare o a creare reali possibilità di inserimento del malato dimesso innanzitutto nel proprio ambiente familiare;
- c) interventi di assistenza sociale, sanitaria e riabilitativa per i pazienti lungodegenti e cronici collocati in strutture di ricovero protette;
- d) interventi socio-assistenziali volti ad assicurare una adeguata assistenza e l'alloggio presso case-famiglia, case-albergo e centri di ospitalità protratta per i disagiati psichici incapaci o impossibilitati a provvedere autonomamente ai propri bisogni;
- e) iniziative finalizzate al reinserimento sociale degli exdegenti attraverso cooperative di lavoro artigianale o agricole.

4) Attività didattiche e di ricerca:

- a) iniziative finalizzate allo svolgimento di corsi ed incontri di aggiornamento professionale rivolti a tutti gli operatori medici e non medici;
- b) ricerche epidemiologiche e cliniche.

Il Dipartimento di salute mentale attua gli interventi mediante i seguenti presidi e servizi:

- 1) il centro di salute mentale;
- 2) il servizio speciale ospedaliero di diagnosi e cura;
- 3) le strutture intermedie di integrazione sociale con il compito di rispondere alle esigenze residenziali e di risocializzazione dei lungodegenti di provenienza manicomiale e dei nuovi lungoassistiti;
- 4) l'Ospedale psichiatrico denominato «Casa di cura Divina Provvidenza» di Potenza utilizzato ad esaurimento attivo con funzione di ospitalità per i lungodegenti non immediatamente dimissibili previa riconversione della struttura in presidio socio-riabilitativo, secondo le modalità di cui al successivo art. 10.

#### *Centro di salute mentale*

Il Centro di salute mentale è unità operativa territoriale del Dipartimento di salute mentale. Esso svolge le funzioni preventive, curative e riabilitative in maniera integrata con la rete generale dei servizi socio-sanitari esistenti nell'ambito territoriale di riferimento e con le altre strutture e presidi del Dipartimento di salute mentale.

Nell'espletamento dei suoi compiti il centro di salute mentale fornisce le prestazioni ritenute più idonee alle esigenze delle persone portatrici di sofferenze psichiche, ed in particolare:

- a) interventi medici e psicologici, ambulatoriali e domiciliari, terapie farmacologiche;
- b) rapporti, a fini terapeutici, con i nuclei familiari e istituzioni sanitarie e assistenziali di base;
- c) servizio di appoggio ed assistenza agli utenti e loro famiglie, finalizzato a contenere e filtrare il più possibile il ricovero ospedaliero per evitare lo sradicamento dei disagiati psichici, anche mediante assistenza a domicilio o ospitalità diurna ed eventualmente notturna, nei casi in cui se ne ravvisi la necessità;
- d) interventi socio-assistenziali continui nelle strutture protette e nelle comunità alloggio dove sono ospitati i dimessi della struttura manicomiale;
- e) servizio di emergenza e di pronta disponibilità attivo 24 ore su 24, di cui 12 ore come servizio ordinario [6 ore di mattina e 6 ore di pomeriggio] con la presenza di tutta l'équipe pluridisciplinare e 12 ore come servizio notturno di guardia psichiatrica con presenza di operatori paramedici e la reperibilità di un medico. Nei giorni festivi, assicura il servizio di pronto intervento diurno per mezzo di personale paramedico e del medico reperibile;
- f) interventi nella struttura manicomiale privata Don Uva in modo programmato, sistematico e costante al fine di preparare e realizzare la graduale dimissione del residuo manicomiale.

Il Centro di salute mentale assicura a livello interdistrettuale prestazioni psichiatriche ambulatoriali e domiciliari, in maniera integrata con gli altri operatori dell'area specialistica.

Il Centro di salute mentale costituisce la sede del Dipartimento di salute mentale.

Deve essere collocato in una struttura extra-ospedaliera e deve disporre di idonei locali con la disponibilità di alcuni posti letto per l'eventuale ospitalità diurna o notturna per i casi acuti; deve essere localizzato nella zona più possibilmente baricentra dell'U.S.L. e non deve coincidere in nessun caso con la sede del servizio speciale ospedaliero di diagnosi e cura.

#### *Servizio ospedaliero psichiatrico di diagnosi e cura*

Il trattamento sanitario obbligatorio o volontario in regime di degenza è assicurato esclusivamente dai residui ospedalieri individuati con L.R. 20 agosto 1979, n. 28 e con le integrazioni e modifiche di cui all'art. 5 della legge regionale 25 gennaio 1982, n. 4.

I trattamenti sanitari obbligatori sono disposti dal Sindaco a norma della L. 833/78.

I ricoveri volontari sono subordinati al parere motivato del centro di salute mentale.

L'attività di diagnosi e cura presso il servizio ospedaliero è assicurata dall'équipe del Centro di salute mentale, al fine di garantire la continuità dell'intervento assistenziale.

Fermo restando il principio che il numero dei posti letto di cui ciascun servizio deve essere dotato non può superare il numero di 15, deve comunque essere garantito in ciascuna Unità sanitaria locale il rapporto di 1 posto letto per ogni 10.000 abitanti.

I trattamenti sanitari obbligatori sono attuati in stretto collegamento con i servizi sociali del territorio e con l'ambiente familiare e sociale del ricoverato.

I trattamenti sanitari obbligatori devono essere limitati al tempo strettamente necessario e sostituiti con progetti terapeutici da attuare con la collaborazione volontaria del ricoverato e, ove possibile, con la partecipazione dei familiari.

Al momento della dimissione il servizio deve accertare che il paziente abbia una sistemazione autonoma ovvero una sistemazione presso la famiglia, o presso altre strutture curative o residenziali protette.

#### *Servizio ospedaliero di diagnosi e cura e servizio di pronto intervento*

Il servizio ospedaliero di diagnosi e cura nonché il servizio di pronto intervento possono essere organizzati a livello interdipartimentale per le Unità sanitarie locali la cui popolazione è inferiore ai 50.000 abitanti.

#### *Strutture intermedie in funzione deistituzionalizzante e di reintegrazione sociale*

Le strutture intermedie in funzione deistituzionalizzante e di reintegrazione sociale sono alternative dell'istituzione manicomiale.

Devono avere carattere di comunità alloggio per quei degenti da dimettere dalla struttura manicomiale senza prevalenti problemi psichiatrici, ma con esigenze di carattere sociale e assistenziale.

In particolare vanno attivati tre tipi di presidi residenziali:

- a) la comunità protetta;
- b) la casa-famiglia;
- c) il gruppo appartamento.

La comunità protetta è destinata ad ospitare soggetti affetti da grave e totale invalidità psichica o psicomotoria tali da presentare un bisogno di assistenza tutelare continua e non garantibile a livello domiciliare.

L'esercizio dell'attività tutelare ed assistenziale in tali strutture deve essere continuativa ed è assicurata da personale di assistenza infermieristico e non infermieristico.

Il numero degli ospiti di una comunità protetta non deve superare le 30 unità di degenti e va garantita la continua presenza di operatori-assistenziali in un rapporto di 1 operatore per 3 degenti.

La casa-famiglia è una struttura semi-protetta destinata a persone con deficit psico-fisici non gravi, i quali tuttavia non presentano completa autonomia personale e sociale.

Tale struttura ha pertanto il compito di favorire il reinserimento sociale a una tendenziale autonomia personale, attraverso interventi rieducativi e riabilitativi.

Essa può ospitare al massimo 12 persone e deve essere dotata di personale di assistenza proprio con un rapporto operatori ospiti di 1 a 5.

Il gruppo-appartamento è una struttura priva di personale proprio ed è destinata ad ospiti che hanno raggiunto un elevato livello di autonomia personale e sociale e per i quali non sussistono le condizioni oggettive per un reinserimento nell'ambito familiare.

Il numero, di ospiti di detta struttura deve essere contenuto entro i limiti che tendano a riprodurre la dimensione dell'ambiente familiare [4 o 5 posti].

La responsabilità delle strutture intermedie deve essere affidata ad un operatore del Dipartimento sicurezza mentale con qualifica di psicologo.

#### *Ospedale psichiatrico denominato «Casa di cura Divina Provvidenza»*

Al fine di garantire la continuità assistenziale ai degenti dell'Ospedale psichiatrico denominato «Casa di cura Divina Provvidenza» di Potenza e di altri ospedali psichiatrici, con prevalenti disturbi psichiatrici ed istituzionali e a quelli istituzionalizzati a causa di patologie di grave handicap psicomotorio per i quali non è obiettivamente prevedibile in tempi brevi la dimissione dalla struttura manicomiale, o in casi di altre forme patologiche psichiatriche invalidanti ed irreversibili che non usufruiscano di altre forme di assistenza residenziale nel territorio regionale, le Unità sanitarie locali possono stipulare con la casa di cura Divina Provvidenza di Potenza, sulla base di uno schema di convenzione tipo approvato dal Consiglio regionale, specifici rapporti convenzionali per i degenti di propria competenza, inclusi coloro che allo stato beneficiano di assistenza psichiatrica in istituti siti fuori del territorio regionale.

Il giudizio sulla non dimissibilità è affidato ad una commissione tecnica di nomina della Giunta regionale.

La convenzione con la Casa di cura Divina Provvidenza deve regolamentare le attività di cui alla lettera del precedente art. 6 e prevedere la riorganizzazione del modello assistenziale della istituzione adeguato ai bisogni terapeutici e riabilitativi ed all'obiettivo del reinserimento sociale ai degenti.

#### *Commissione regionale di tutela e vigilanza dei servizi di tutela della salute mentale. Composizioni e compiti.*

Presso il Dipartimento alla sicurezza sociale è istituita una commissione regionale consultiva avente il compito di tutelare e vigilare sull'organizzazione, sull'attività e sui risultati dei servizi di tutela della salute mentale.

La L.R. 12 aprile 1990, n. 14: “**Piano sanitario regionale per il triennio 1990-1992**” prevede, per il triennio 1990-1992 il progetto obiettivo:

c) tutela della salute mentale, anche in relazione a quanto previsto dalla LR n. 28/79 e dalla LR n. 14/85;

La Regione, con **D.G.R. n. 285/1997**, ha approvato il "**Piano attuativo del Progetto obiettivo della salute mentale 94/96**", *Non ho trovato nè testo, nè delibera – solo rif. nella DGR 606/2003.*

La Regione, con **D.G.R. n. 286/1997**, ha poi approvato la “**Presenza d'atto dei lavori della commissione tecnica regionale per il superamento dell'O.P.**” *Non ho trovato nè testo, nè delibera – solo rif. nella DGR 606/2003*

In ottemperanza con gli obiettivi di tutela della salute mentale contenuti nella L. n. 833/78, nella L.R. 14/85, nel D. Lgs. 502/92, nel DPR 7 aprile 1994, nella LR n. 27/96 e nel **Piano Sanitario Regionale 1997-1999** (approvato con **DCR 30 dicembre 1996, n. 478**), la regione Basilicata ha emanato, con **DGR 23-5-1997 n. 3298**, le “**Linee guida per l'organizzazione del Dipartimento di salute mentale**”, con le quali indica le modalità di organizzazione del Dipartimento di salute mentale (D.S.M.).

In particolare, l'assistenza psichiatrica è assicurata in ciascuna Azienda U.S.L. del territorio regionale del D.S.M.

Il D.S.M. è una delle strutture operative della U.S.L., centro di responsabilità e di spesa di tutte le prestazioni e le attività necessarie alla popolazione nel proprio ambito territoriale per la tutela della salute mentale in senso preventivo, curativo e riabilitativo.

Le strutture e le attività sono quelle indicate nel Piano sanitario regionale della Basilicata 1997/1999.

L'organico del D.S.M. è unico.

Il D.S.M. ha un'unica direzione individuata in un dirigente medico psichiatra di II livello, nominato dal Direttore generale e si avvale di una unità operativa amministrativa.

Il Direttore generale dell'Azienda U.S.L. delibera entro i termini previsti dal Piano sanitario regionale della Basilicata, dall'approvazione del presente provvedimento, l'organizzazione del D.S.M. secondo i seguenti moduli strutturali:

a) Centro di salute mentale (C.S.M.), riferito ad un bacino d'utenza tendenzialmente di 75.000/150.000 abitanti a cui fanno capo anche le attività e/o le strutture semiresidenziali.

b) Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (S.P.D.C.), dotato tendenzialmente di un p.l. ogni 10.000 abitanti.

È organizzato per moduli di 16 posti letto o suoi sottomultipli e fa integralmente parte del D.S.M. anche quando l'ospedale in cui è ubicato sia autonomo amministrativamente dalla A.S.L. competente o appartenente ad altra Azienda ospedaliera.

c) Le strutture residenziali, con la ricettività di almeno 1 p.l. ogni 10.000 abitanti.

Questo standard non comprende le strutture e i posti - letto per l'ospitalità dei pazienti provenienti dall'ex O.P. Dette strutture e posti - letto sono da considerarsi aggiuntivi (Linee-guida per la chiusura degli ex OO.PP., Sottoprogetto dimissioni. Nota ministeriale 900.1/3202/2 del 20 dicembre 1996).

Il D.S.M., in quanto struttura operativa della USL, è centro di attività e di costo e dispone, per il conseguimento degli obiettivi previsti dal DP 7 aprile 1994, di un budget definito dal Direttore generale, sulla base di una percentuale indicata dalla Giunta regionale in sede di riparto del Fondo sanitario regionale.

I compiti del Direttore del D.S.M. sono:

- esercitare funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica della attività dei moduli strutturali;
- predisporre la relazione annuale per la tutela della salute mentale;
- redigere la relazione annuale a consuntivo sull'attività svolta dal D.S.M. in relazione alle risorse assegnate;
- porre in atto idonee misure volte alla omogeneità delle prestazioni sul territorio della intera Azienda U.S.L.;
- gestire il budget assegnatogli dal Direttore generale ripartendolo tra i moduli strutturali del Dipartimento e verificandone l'utilizzazione periodicamente;
- valutare l'efficacia e l'efficienza delle attività e delle strutture del Dipartimento;
- predisporre un piano annuale di formazione/aggiornamento del personale di tutte le categorie pertinenti con le finalità del Dipartimento e con gli obiettivi dei singoli moduli strutturali;
- assicurare ai cittadini l'esercizio del diritto all'informazione sulle attività del D.S.M. e promuovere forme di partecipazione propositiva;
- rappresentare il D.S.M. in tutte le istanze istituzionali, e nei rapporti con gli uffici e i servizi della Azienda U.S.L.

Tra i compiti restano ferme le attribuzioni assegnate al Direttore del D.S.M., quale dirigente di II livello, dal D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'unico riferimento che la **L.R. 31 ottobre 2001, n. 39: "Riordino e razionalizzazione del servizio sanitario regionale"** fa al tema della salute mentale è nell'ambito dell'articolo 30 dedicato ai Distretti Sanitari di Base: *"Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona"*.

La **D.G.R. 27-7-2004 n. 1830: "Direttiva vincolante per la realizzazione del Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria per l'età evolutiva (D.I.N.P.E.E.)"** prevede che il Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria per l'Età Evolutiva (D.I.N.P.E.E.) sia diretto da un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile dirigente di struttura complessa, designato tra coloro in possesso dei requisiti necessari, coadiuvato per quote orarie da almeno una figura per ciascuna delle seguenti professionalità: medici specialisti in neuropsichiatria infantile, psicologi competenti in età evolutiva, terapisti della neuro-psicomotricità in età evolutiva, logopedisti, infermieri, ausiliari sociosanitari, assistenti sociali e personale dei ruoli amministrativi che formano lo staff di Direzione del Dipartimento. Compito della Direzione del D.I.N.P.E.E. è di programmare gli interventi sanitari e verificarne l'efficacia e l'efficienza, di favorire l'integrazione funzionale tra servizi ed aree di intervento diverse, attraverso le seguenti azioni:

- identificare e far applicare da ogni U.O. dipartimentale protocolli attinenti ai percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con approccio multidisciplinare
- attivare protocolli per il raccordo tra le attività di N.P.I. territoriali e ospedaliere
- garantire una reale collaborazione tra le U.U.O.O. di N.P.I. ed i P.L.S. attraverso incontri periodici e momenti di aggiornamento comuni
- verificare il rispetto dei requisiti delle strutture dedicate ai soggetti con problemi di competenza NPI, con particolare attenzione alla identificazione delle aree di ricovero e ai rapporti con l'U.O.O. pediatrica
- creare un sistema omogeneo di rilevazione dati in collaborazione con il Servizio Epidemiologico Regionale
- costruire percorsi di supporto attivo all'adolescente con disagio familiare e/o scolastico
- attivare programmi rivolti ai minori in stato di deprivazione affettiva, di abbandono, di disagio scolastico, abusati, sottoposti a provvedimenti giudiziari, ecc.
- contribuire alla programmazione regionale per l'integrazione operativa tra l'U.O. ospedaliera di riferimento regionale e le O.O. territoriali di NPI ed U.O. di fisiatria (rete dei Nuclei Operativi Integrati)

- favorire politiche regionali e locali di integrazione tra sanità, sociale, assistenziale, scuola, lavoro, con riferimento all'integrazione scolastica e lavorativa
- attivare il registro regionale delle disabilità con riferimento alla valutazione funzionale dei soggetti disabili
- ideare e realizzare per i soggetti non autonomi con più di 18 anni progetti di assistenza e recupero sociale integrati con la partecipazione di tutte le agenzie presenti sul territorio.

In particolare la Direzione del D.I.N.P.E.E. gestirà direttamente i progetti di prevenzione per la prima fascia d'età, le strutture e i centri di riferimento regionale e i programmi di formazione degli operatori afferenti alle U.U.O.O.

Il dipartimento per adempiere alle proprie funzioni si articola nelle seguenti U.U.O.O. clinico-riabilitative:

1. Unità Operative Territoriali di Neuropsichiatria Infantile (U.O.T.-N.P.I.)
2. Unità Operativa Ospedaliera di Neuropsichiatria Infantile di riferimento regionale (U.O.O.-N.P.I.)
3. Strutture semiresidenziali e protette per trattamenti terapeutico-riabilitativi a medio e lungo termine.

### **1. Unità Operative Territoriali di Neuropsichiatria Infantile (U.O.T.-N.P.I.)**

Le area di attività delle O.O.T. sono:

- diagnosi, cura e riabilitazione di patologie diagnosticabili senza particolari accertamenti strumentali che richiedano ricovero;
- controllo e trattamento di patologie già diagnosticate presso centri più attrezzati.

Compiti di queste U.O.T.-N.P.I. sono:

- garantire prestazioni specialistiche neurologiche e psichiatriche in ambito ambulatoriale a livello distrettuale, secondo progetti operativi che soddisfino i bisogni di salute risultanti dalla osservazione epidemiologica locale, con specifica attenzione alle diverse fasce d'età;
- prendere in carico precocemente il bambino con disabilità neuromotorie, psichiche e problematiche familiari e collaborare con le competenze specialistiche fisiatriche e riabilitative;
- prendere in carico l'adolescente affetto da patologia psichica;
- collaborare insieme agli operatori dei Consultori Familiari con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione dei disabili nelle scuole di ogni ordine e grado
- collaborare con gli Enti Locali ed Istituzioni nazionali per l'inserimento lavorativo e sociale dei soggetti in situazioni di handicap in età post-scolare;
- collaborare con gli Enti preposti all'amministrazione della giustizia (Tribunale dei Minori, Giudice Tutelare, ecc.) al fine di tutelare i minori abusati, deprivati, sottoposti a provvedimenti giudiziari, ecc., ed inoltre collaborazione con le stesse Istituzioni nell'ambito delle attività di affidamento familiare e per le adozioni;
- progettare e attuare percorsi abilitativi e riabilitativi neuropsicomotori, del linguaggio e della comunicazione, in collaborazione con personale tecnico specificamente formato dell'area riabilitativa;
- attivare il monitoraggio e la rilevazione epidemiologica (in stretta collaborazione con il D.S.B. ed il D.P.) sulla base delle indicazioni della Direzione del Dipartimento, a cui verranno inviati regolarmente i dati per l'elaborazione;
- • collaborare con la famiglia del disabile attraverso la più completa e continua informazione sugli eventi sanitari e sociali coinvolgenti il minorenne, sulle possibilità di recupero e sulla scelta degli interventi e dei percorsi che ne garantiscono

l'inserimento nella scuola, nella società e nelle attività lavorative in sinergia con le altre agenzie presenti nel territorio.

In ogni Az. U.S.L. deve essere attivata almeno una U.O.T.-N.P.I. (più di una ove si superino i 100.000 abitanti), che opera in stretta connessione con i D.S.B e le U.O. di riabilitazione territoriali. Tale U.O.T.- N.P.I. è coordinata da un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile coadiuvato da adeguate competenze: medici specialisti in neuropsichiatria infantile, psicologi competenti in età evolutiva, terapisti della neuro-psicomotricità in età evolutiva, logopedisti, infermieri, ausiliari sociosanitari, assistenti sociali e personale dei ruoli amministrativi. L'U.O.T.-N.P.I., per quanto attiene ai progetti riabilitativi riferiti al soggetto con disabilità neuromotoria deve operare in stretta integrazione con l'équipe territoriale (e/o ospedaliera) di terapia riabilitativa.

## **2. Unità Operativa Ospedaliera di Neuropsichiatria Infantile (U.O.O.-N.P.I.)**

Presso l'O. Madonna delle Grazie di Matera si colloca l'U.O.O. di N.P.I. di riferimento regionale che consentirà indagini diagnostiche e trattamenti per i casi più complessi, anche in regime di degenza ove indispensabile. Tale U.O. viene identificata come Centro di Riferimento Regionale per la Riabilitazione delle Gravi Disabilità in età evolutiva, in virtù della sua collocazione nella struttura ospedaliera, che permette consulenze polispecialistiche tra i reparti e l'attuazione di interventi diagnostici e riabilitativi di particolare complessità.

L'orientamento generale per età evolutiva, e soprattutto in N.P.I., deve essere quello di ridurre al minimo indispensabile la degenza ordinaria, ampliando al massimo l'attività in D.H., oltre a quella ambulatoriale. Questo allo scopo di ridurre il trauma psicologico dell'ospedalizzazione e favorire il più possibile la continuità della vita familiare-scolare-sociale del bambino o adolescente, anche attraverso progetti che riducano l'istituzionalizzazione di fatto connessa alle lungodegenze.

La degenza ordinaria sarà pertanto utilizzata soltanto per patologie neurologiche o psichiatriche che richiedano assistenza continua: stati di male epilettico o crisi subentranti, monitoraggio video-E.E.G. 24-ore, encefaliti, mieliti, poliradicoloneuriti acute e, nell'ambito psichiatrico, psicosi acute, stati di eccitamento, stati depressivi gravi (tutti questi in reparti che permettano la sorveglianza continua), anoressie gravi, ecc.

La gran parte dei casi potranno essere diagnosticati e trattati in regime di D.H. L'attività di D.H. diviene quindi il fulcro dei reparti ospedalieri di N.P.I., che devono essere adeguatamente predisposti per attuarla. In linea generale è da ritenere che la gestione in D.H. di un paziente, per la concentrazione delle indagini in breve periodo di tempo, comporti un rilevante carico di lavoro, del quale si dovrà tenere debito conto nella definizione dei costi relativi.

Durante la degenza deve essere garantita la massima opportunità di mantenere, compatibilmente con la diagnosi, rapporti di continuità con la famiglia, con la scuola, con i pari, ecc., al fine di non comprometterne il livello di integrazione sociale acquisito.

Alla programmazione delle sedi e dei letti di degenza a ciclo continuo diurno e notturno deve essere affiancato un monitoraggio delle diagnosi e della durata della degenza al fine di valutare l'appropriatezza dei ricoveri e stimolare la collaborazione con le altre realtà assistenziali territoriali.

L'Unità Operativa Ospedaliera, intesa come centro di riferimento per l'intera Regione, dovrà rispondere ai seguenti requisiti:

- svolgere attività di degenza ordinaria e di D.H. per patologie che richiedono osservazione prolungata e/o diagnostica strumentale di medio livello (E.E.G., E.M.G., potenziali evocati, T.A.C., es. liquor, dosaggio farmaci, test di screening per aminoacidopatie), oppure terapie mediche e riabilitative effettuabili solo in D.H. o degenza,
- svolgere attività ambulatoriale diagnostico-terapeutico-riabilitativa in patologie di particolare complessità,
- in qualità di Centro di Riferimento Regionale per la Riabilitazione delle Gravi Disabilità in età evolutiva mettere a punto e verificare i progetti riabilitativi per i soggetti affetti da disabilità gravi e complesse, attraverso percorsi integrati con gli altri

reparti ospedalieri e fornire la consulenza alle strutture territoriali per l'attuazione di tali progetti,

- collaborare in rete con le U.O.T.-N.P.I. al monitoraggio e alla rilevazione epidemiologica dei disturbi neuropsichiatrici infantili sulla base delle indicazioni della Direzione del Dipartimento, a cui verranno inviati regolarmente i dati per l'elaborazione,
- il fabbisogno di posti letto di ricovero dell'U.O. Ospedaliera di N.P.I. è identificato per tutte la Regione in n. 8 di cui 3 per soggetti con gravi disabilità in età evolutiva afferenti al Centro di riferimento regionale, 3 per bambini con problematiche neurologiche, e 2 per preadolescenti e adolescenti con problematiche psichiatriche acute,
- i posti-letto di degenza ordinaria, 3 per bambini neurologici e 3 per i soggetti con gravi disabilità in età evolutiva si collocano nell'area funzionale omogenea di pediatria, con personale medico ed infermieristico in comune, mentre 2 posti letto per la fascia preadolescenziale ed adolescenziale con disturbi psichiatrici necessitano di spazi e personale dedicato dell'U.O.O. di N.P.I.,
- tutti i posti letto in D.H. sono gestiti dall'U.O.O di N.P.I.

Tale U.O.O.-N.P.I. è coordinata da un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile che sarà affiancato dai seguenti profili professionali: specialisti in Neuropsichiatria Infantile (in numero sufficiente da garantire il funzionamento del reparto 24 h), psicologi competenti in età evolutiva, terapisti della neuro-psicomotricità in età evolutiva, logopedisti, tecnici di neurofisiopatologia, assistenti sociali, infermieri e ausiliari sociosanitari (in parte in comune con la Divisione Pediatria), in numero adeguato all'utenza prevista, nonché da personale dei ruoli amministrativi.

Nell'ambito delle aree destinate all'U.O.O. di N.P.I. devono essere individuati locali di degenza, di ristoro, di studio e di vita comunitaria (per terapie di gruppo, per gioco, ecc.) adeguati alle varie età, compresa quella adolescenziale. In particolare dovrà essere prevista un'area dedicata alle attività ambulatoriali specialistiche, alle indagini elettrofisiologiche e alle terapie riabilitative.

### **3. Strutture semiresidenziali diurne protette per il recupero di soggetti con gravi disturbi del comportamento**

Si prevedono due strutture semiresidenziali di riferimento regionale:

A. una comunità terapeutica semiresidenziale socio sanitaria per attuare piani terapeutici e il reinserimento sociale per gravi disturbi della relazione, comunicazione e socializzazione in preadolescenza e adolescenza a favore dei minori che necessitano di ospitalità diurna per periodi di reinserimento familiare e sociale. La comunità opera in continuità e in stretto collegamento con la rete dei servizi del dipartimento delle cure primarie.

La struttura semiresidenziale prevede un massimo di 5 posti per ragazzi di età compresa fra i 10 e i 18 anni e va prevista l'istituzione di almeno una per Provincia.

Questo Centro Terapeutico Semiresidenziale ha il compito di assistere i pazienti nella prima fase di dimissione ospedaliera dopo la risoluzione dell'episodio psichiatrico acuto in modo da garantire la salvaguardia ed il graduale reinserimento sociale del soggetto.

Pertanto la struttura opererà in stretto collegamento con i medici dell'U.O. Ospedaliera di N.P.I. che garantiranno la continuità terapeutica e la gestione clinica dei pazienti; dovranno inoltre essere previsti per la gestione dei ragazzi i seguenti profili professionali aggiuntivi: educatori, animatori, assistenti sociali.

Le attività sono da considerarsi di tipo socio sanitario e pertanto la parte sanitaria è garantita per la copertura finanziaria nell'ambito dei LEA mentre per le attività sociali esse vanno garantite a contribuzione a carico del cittadino o del comune di appartenenza con le stesse modalità in vigore per le residenze sanitarie assistenziali.

B. una struttura semi-residenziale per attività riabilitative intensive per 5 bambini con disturbi di sviluppo nelle fascia di età 0-6 anni. Tale struttura, è annessa all'U.O. Territoriale di N.P.I. dell'az. USL Matera n. 4, dove già è svolta attività di riabilitazione in età evolutiva.

Tale struttura semiresidenziale opererà sotto la supervisione tecnico scientifica del Centro di Riferimento Regionale per la Riabilitazione delle Gravi Disabilità in età evolutiva che integrerà le competenze dell'équipe che opera nell'U.O.T. di N.P.I.