

REGIONE MOLISE SALUTE MENTALE

La **L.R. 23 aprile 1980, n. 10: “Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale”** disciplina l'esercizio delle funzioni e delle attività relative alla tutela della salute mentale nella Regione. Tali funzioni ed attività devono tendere a:

- privilegiare il momento preventivo anche mediante la formazione di una coscienza sanitaria per la tutela della salute mentale con interventi informativi nella scuola, nella famiglia, nei luoghi di lavoro e, in genere, nelle collettività;
- eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche;
- favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici]

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 1 si attuano nell'ambito delle U.S.L. e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, di norma in strutture extra ospedaliere e mediante interventi a domicilio, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nei distretti sanitari di base, negli ambulatori e nelle strutture di integrazione e reintegrazione sociale

I presidi e i servizi preposti agli interventi sopra indicati si organizzano in forma dipartimentale e consistono in:

- presidi territoriali di Salute Mentale con servizi di carattere ambulatoriale, domiciliare, di assistenza ed igiene della collettività;
- servizi specifici psichiatrici ospedalieri;
- strutture di integrazione e reintegrazione sociale sia per la fase di recupero che per adulti e minori con ridotto livello di autonomia relazionale.

Gli stessi nello svolgimento della propria attività devono tener conto anche dell'esigenza di superare, nei modi e nei tempi che verranno indicati dal piano sanitario regionale, gli ospedali psichiatrici e i reparti di lungodegenza psichiatrica ai sensi e per gli effetti dell'art. 64 della L. n. 833/78.

Nei presidi e servizi di cui al presente articolo è consentito il volontariato.

I servizi comprendono anche aiuti di carattere sociale atti ad agevolare la domiciliarità delle prestazioni; tali aiuti sono definiti o gestiti dalle Amministrazioni comunali competenti in materia, in relazione alle singole situazioni locali.

Con la legge di approvazione del piano sanitario regionale sarà provveduto, altresì, ad individuare i dipartimenti e sarà disciplinata la loro articolazione.

Tali strutture costituiscono il *dipartimento per la salute mentale*, che coordina l'attività dei presidi e dei servizi psichiatrici, i quali svolgono le funzioni preventive, curative e riabilitative in un complesso organizzativo unico rispetto ai bisogni reali della popolazione del territorio di pertinenza, avendo di mira di evitare frammentarietà e deficienze di azione.

Il dipartimento di salute mentale assicura l'adempimento delle proprie funzioni mediante:

- interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- attività di diagnosi e cura;
- attività di consulenza;
- attività di riabilitazione e reintegrazione;
- interventi di emergenza e di pronta disponibilità.

Tali funzioni sono esercitate in base a schemi di lavoro programmati, in modo coordinato ed articolato secondo la necessità della collettività e degli assistiti.

Ogni dipartimento di salute mentale prevede un Comitato di gestione tecnico funzionale presieduto da un coordinatore in cui sono rappresentati gli operatori medici e non medici.

I compiti del Comitato sono determinati da apposito regolamento, che detta anche norme per l'elezione dei suoi membri e per il funzionamento del dipartimento stesso.

Il regolamento è adottato dall'Unità Sanitaria locale.

A tal fine, la Giunta regionale approva, entro sei mesi dall'entrata in vigore della LR n. 10/1980, uno schema di regolamento tipo.

I coordinatori dei dipartimenti per la salute mentale della Regione formano il Comitato consultivo regionale per la psichiatria avente compiti di osservazione e proposta in materia.

Tale Comitato, presieduto dall'Assessore regionale alla Sanità, si riunirà, di volta in volta, su richiesta di uno dei membri, o dell'Assessore stesso, e potrà avvalersi della consulenza di esperti altamente qualificati.

Di ogni riunione dovrà essere redatto verbale che sarà inviato a tutte le Unità Sanitarie e all'Assessorato regionale all'Igiene e alla Sanità.

Per quanto riguarda *l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi e presidi*, ogni dipartimento di salute mentale prevede l'attività di una (o più) *équipe residente o itinerante* che fa parte dei servizi sanitari del distretto di base di cui all'art. 10, ultimo comma, della L. n. 833/78; essa svolge le funzioni preventive, curative e riabilitative in maniera integrata con altre componenti socio sanitarie, nell'ambito dei servizi facenti capo al distretto o a più distretti sanitari di base.

L'unità espleta i propri compiti fornendo le relative prestazioni per le esigenze di persone portatrici di turbe psichiche reali e potenziali, assicurando in genere:

- a) interventi medici e psicologici, ambulatoriali e domiciliari, e terapie farmacologiche;
- b) rapporti a fini informativi, illustrativi e terapeutici con i nuclei familiari e con i membri di istituzioni sanitarie ed assistenziali;
- c) incontri di gruppo con i soggetti assistiti e tra loro e con altri soggetti nel quadro dell'attività socio terapeutica e di educazione sanitaria psichiatrica;
- d) servizio di indagine, di assistenza e di sostegno ad utenti a fini di prevenzione, cura e riabilitazione;
- e) presenza costante o periodica in centri di recupero e nelle comunità psico-sociali (case famiglia, case albergo).

Gli interventi assistenziali e sanitari sono prestati, secondo la necessità del caso, presso la sede dell'Unità, al domicilio dell'assistito o altrove (scuola, luogo di lavoro ecc.).

Ogni centro, nel rispetto del segreto di ufficio, deve tenere il diario clinico di tutti gli interventi effettuati, mantenendo, con particolare evidenza, l'aggiornamento dei casi seguiti, ai fini di una efficace azione preventiva, curativa e riabilitativa, di verifica sanitaria, assistenziale e amministrativa.

I presidi territoriali di salute mentale prevedono determinate équipes con rappresentatività multiprofessionale (psichiatra, psicologo, sociologo, assistenti sociali, personale amministrativo, infermieristico e dei servizi) secondo le percentuali che saranno previste dal piano sanitario regionale.

Il *servizio psichiatrico ospedaliero* è istituito presso determinati ospedali generali, secondo le previsioni del piano regionale e può avere una disponibilità massima di quindici posti letto.

L'attività di diagnosi e cura presso il servizio ospedaliero è prestata dall'équipe medico professionale territoriale in modo che sia garantita la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale prevedendosi, per la predetta équipe, l'intervento in tutte le strutture presenti nello stesso dipartimento di salute mentale ove essa opera.

Sono strutture di recupero e di integrazione sociale operanti in stretta connessione con l'Unità di salute mentale, i *centri riabilitativi* e le *strutture alternative in funzione deistituzionalizzante*, quali:

- day Hospital e centri notturni;
- centri di rieducazione motoria e sensoriale;
- case famiglia per integrazione e reintegrazione sociale;

- case albergo per una sistemazione parafamigliare;
- cooperative finalizzate.

Saranno inoltre previsti, previa opportuna intesa con l'Assessorato alla Pubblica Istruzione, corsi di istruzione, di riabilitazione lavorativa e professionale a carattere residenziale almeno per i soggetti che potranno e vorranno usufruirne.

In sede di approvazione del piano sanitario regionale saranno previste le forme di incentivazione per la realizzazione delle strutture di cui al presente articolo anche per ciò che attiene alla quantificazione e modalità di erogazione dei mezzi finanziari occorrenti per far fronte alle prestazioni di carattere sanitario.

Il servizio psichiatrico garantisce la continuità dell'intervento, anche per l'urgenza, con la disponibilità che i medici dell'équipe assicurano attraverso il pronto soccorso. Il piano sanitario regionale determina i criteri per la pronta disponibilità del servizio psichiatrico e le modalità per l'assistenza durante il trasporto di ammalati psichiatrici.

L'attività di diagnosi e cura psichiatrica si esplica di norma a domicilio del paziente o presso le strutture territoriali del dipartimento, a tempo parziale o in modo continuativo compresi i trattamenti sanitari obbligatori che non richiedono degenza ospedaliera.

L'attività di diagnosi e cura si esplica altresì, ove ricorrono le condizioni di legge, presso il servizio psichiatrico ospedaliero, sia per i ricoveri con trattamento sanitario obbligatorio che per i ricoveri volontari.

L'attività di *consulenza psichiatrica e psicologica* si esplica nei riguardi dei soggetti degenti per altre affezioni, in qualsivoglia struttura ospedaliera, qualora presentino disturbi psichici che sia possibile diagnosticare e curare senza ricorrere al trasferimento dei degenti stessi nelle strutture del servizio psichiatrico.

Le *attività di riabilitazione e di reintegrazione* sono dirette a favorire il reinserimento dei disturbati mentali nell'ambiente comunitario, in particolare, di quelli dimessi dagli ospedali psichiatrici e dalle divisioni neuro psichiatriche.

L'attività di riabilitazione si svolge nel territorio e consiste in attività terapeutiche per il recupero sociale degli stessi pazienti.

Il servizio di reintegrazione consiste negli interventi volti a responsabilizzare e reintegrare i pazienti predetti nel proprio habitat e si esplica sia presso la sede del presidio territoriale di salute mentale che presso le strutture abitative etero e autogestite (case famiglia, case albergo) e promuovendo altresì situazioni occupazionali protette e non protette.

Le Amministrazioni Provinciali adottano, entro il termine di 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, un programma di destituzionalizzazione dei lungodegenti psichiatrici, d'intesa con la Commissione medica, costituita dai responsabili del servizio psichiatrico istituito presso gli Ospedali di Campobasso, Isernia e Termoli, esaminando e verificando soprattutto quanti sono i soggetti irreversibilmente irrecuperabili.

Tale programma, da sottoporsi all'approvazione della Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, deve tendere verso soluzioni alternative che diano risposta ai bisogni dei lungodegenti psichiatrici con particolare riferimento:

- al recupero dei pazienti basato sulla ricostituzione del rapporto interfamigliare, e quindi operando sulle famiglie per il loro reinserimento;
- alla risocializzazione di pazienti privi di adeguata accoglienza familiare destinandoli a gruppi - appartamenti semiprotetti o autonomi con appoggio di attività occupazionali e/o lavorative;
- all'assistenza di pazienti con handicap grave o gravissimo che dovranno essere destinati a comunità protette;
- al trattamento terapeutico riabilitativo per situazioni psichiatriche gravi cronicizzate, ricercando l'inserimento dei pazienti in gruppi terapeutici residenziali con programma di progressivo inserimento lavorativo e sociale;

- all'assistenza per grave invalidità e/o patologica di anziani, inserendoli in strutture per anziani con adeguate possibilità di assistenza specifica.

Al finanziamento degli interventi alternativi previsti dal programma si provvede con le somme che si renderanno via via disponibili, in correlazione all'attuazione del piano di destituzionalizzazione, di cui al primo comma del presente articolo, nonché dell'assistenza sociale erogata dai comuni sulla base delle direttive che saranno emanate dai rispettivi organi di amministrazione e che dovranno tener conto, in modo particolare, dello stato di salute del paziente e delle sue condizioni di bisogno.

Il programma sarà partecipato alle U.S.L., mano a mano che queste si saranno costituite, perché le stesse possano gradualmente percepirne l'attuazione evitando ogni turbativa nella continuità del servizio e nella relativa qualità.

Alle spese relative alle prestazioni di cui ai precedenti punti c), d), e) del presente articolo si provvede mediante prelievo degli occorrenti mezzi finanziari dal fondo sanitario tenendo, tuttavia, presente che ove le prestazioni stesse vengano fornite in case famiglia la Regione corrisponderà un'indennità giornaliera il cui importo sarà determinato con apposito atto deliberativo della Giunta regionale.

Con la legge di approvazione del piano sanitario regionale ed al fine di dare attuazione al disposto dell'art. 64 della L. n. 833/78, sarà disciplinato il graduale superamento degli ospedali psichiatrici o neuropsichiatrici e delle istituzioni private convenzionate.

Nelle more, tuttavia, della realizzazione delle strutture alternative di cui alla presente legge, può ipotizzarsi l'utilizzazione di analoghe strutture pubbliche anche a carattere associativo tra enti pubblici i cui requisiti di idoneità, nonché l'esercizio dell'attività, vanno approvati dalla Giunta regionale sentito il parere del Comitato consultivo regionale per la psichiatria ed in base ai criteri che la Regione stessa detterà in merito.

La D.C.R. 15 dicembre 1992, n. 318 affronta il tema dei “Centri di recupero e di integrazione sociale per pazienti psichiatrici”

I Centri di recupero e di integrazione sociale per pazienti psichiatrici (Centri) sono servizi sociali a rilievo sanitario operanti in stretta connessione con l'Unità di salute mentale e consistono in strutture territoriali destinate all'ospitalità di pazienti affetti da patologie psichiatriche e che necessitano di cure e sostegni sul piano sanitario e sociale diretti al raggiungimento della loro piena autonomia e della reintegrazione nel contesto sociale.

Le caratteristiche di tali Centri sono:

- devono essere ubicati in zone esenti da inquinamenti e di regola in centri urbani provvisti dei servizi essenziali e che consentano opportunità di relazioni e di integrazioni sociali agli ospiti.
- devono essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalle norme statali e regionali vigenti in tema di abitabilità.
- devono altresì essere forniti di arredamento adeguato al numero ed alle esigenze degli ospiti, nonché di tutti gli elettrodomestici e strumenti normalmente presenti in gruppi di convivenza, in particolare devono essere dotati di telefono, radioricevitore, frigorifero, lavastoviglie, giradischi e televisore.
- ove nel Centro fossero ospiti persone che abbiano limitate capacità di deambulazione e di movimento, devono essere presenti tutti i supporti ed ausili necessari.

L'impianto di riscaldamento deve assicurare nel periodo invernale temperature di venti gradi in tutti gli ambienti frequentati dagli ospiti; gli ambienti stessi devono essere sufficientemente illuminati ed aerati.

Il numero di pazienti ospiti in ciascuna struttura non può essere superiore a quindici unità che fruiscono di ricovero giornaliero ai sensi del successivo punto 3.1, allo scopo di facilitare al massimo il progetto riabilitativo personalizzato nei confronti di ciascun paziente.

Per quanto riguarda le forme di ospitalità, i Centri possono erogare servizi e prestazioni:

- giornaliera, con permanenza nel Centro durante l'arco delle 24 ore;
- diurne, con ospitalità offerta ai pazienti durante le ore del giorno, con fruizione del pasto principale.

Le forme di ospitalità consentite in ciascun Centro devono essere preventivamente autorizzate dalla Regione, sentito il servizio psichiatrico competente per territorio.

Il rapporto tra pazienti con prestazioni diurne e quelli con ricovero giornaliero non può essere superiore a 1/5.

Hanno titolo all'ammissione nei Centri i cittadini italiani residenti da almeno tre anni in uno dei Comuni della Regione, nonché i lungodegenti psichiatrici ricoverati in Istituti pubblici o in strutture private con rette che siano state o siano tuttora a carico del fondo sanitario della Regione Molise.

L'ammissione dei pazienti nei Centri è decisa dal Responsabile del Servizio psichiatrico competente per territorio, seguendo criteri di maggiore gravità ed urgenza.

La dimissione è parimenti decisa dal Responsabile del Servizio psichiatrico competente per territorio.

Il programma terapeutico - riabilitativo ed il piano per il reinserimento sociale di ogni singolo ospite vengono stabiliti dalle figure professionali che operano presso il Servizio psichiatrico competente, sentite anche quelle socio - sanitarie dell'area elementare nonché il responsabile del Centro.

I Centri, che si configurano come servizi sociali a rilievo sanitario, sono gestiti dai Comuni titolari di tutte le funzioni amministrative in materia di organizzazione ed erogazione di servizi sociali ai sensi dell'art. 25 del [D.P.R. n. 616 del 1977](#), mediante convenzione con Cooperative di lavoro, nel rispetto di tutte le norme nazionali e regionali vigenti in materia.

Tali convenzioni, che devono prevedere comunque una durata non inferiore ad anni cinque, dovranno essere conformi ad uno schema tipo approvato dalla Giunta Regionale e potranno essere stipulate solo dopo l'autorizzazione della Giunta Regionale medesima.

Il controllo igienico - sanitario e l'assistenza medica ed infermieristica sono assicurati dagli operatori dell'area elementare di base e, in ogni caso, dai Servizi dell'Unità Locale.

Le prestazioni specialistiche, comprese quelle socio - sanitarie e dell'Unità territoriale di salute mentale, sono garantite dai Presidi e Servizi dell'Unità Locale competente per territorio.

Il corretto funzionamento del Centro è affidato ad un Comitato tecnico organizzativo di cui fanno parte:

- Il Sindaco del Comune in cui è ubicato il Centro, o un suo delegato, che lo presiede;
- Un funzionario amministrativo dell'Unità Locale dalla stessa designato;
- Due operatori del Servizio psichiatrico competente per territorio, di cui un medico ed un operatore sociale, designati dal Responsabile del Servizio stesso;
- Il medico responsabile dell'area elementare in cui è ubicato il Centro;
- Il Presidente della Cooperativa che gestisce il Centro, o un suo delegato.

Le funzioni di Segretario vengono espletate da un funzionario comunale designato dal Sindaco.

Il Comitato viene costituito con provvedimento dell'Unità Locale competente per territorio.

Il Comitato è convocato dal Presidente ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità. Deve inoltre essere convocato su richiesta del Servizio psichiatrico o di almeno tre componenti del medesimo Comitato. Deve comunque riunirsi almeno ogni tre mesi.

Di ogni riunione è redatto, a cura del segretario, un verbale trascritto su apposito registro.

Le funzioni del Comitato sono:

- Esercita funzioni di vigilanza generale sul corretto funzionamento della struttura in relazione agli scopi al raggiungimento dei quali la struttura stessa è finalizzata, nonché sul corretto svolgimento delle attività previste dalla convenzione.
- Decide circa l'utilizzazione del trenta per cento delle somme di cui ai successivi punti 11.4. e 13.5.
- Prende visione dei programmi di lavoro e ne verifica periodicamente lo stato di attuazione suggerendo le modifiche opportune;

- Segnala al Responsabile della Cooperativa eventuali inadempienze o disfunzioni, invitandolo a provvedere entro un termine definito; in caso di persistenza delle situazioni evidenziate, propone al Comune la risoluzione della convenzione, segnalando nel contempo all'Unità Locale la necessità di sospendere i pagamenti.
- Compila una relazione annuale sull'attività svolta e la trasmette all'Unità Locale competente ed all'Assessorato Regionale alla Sanità e Sicurezza Sociale.

Il rapporto complessivo tra operatori e ospiti dei Centri deve essere compreso tra 1 e 1,6, allo scopo di garantire la possibilità di recupero attraverso un trattamento individualizzato.

Le eventuali sostituzioni totali o parziali degli operatori addetti ai Centri devono essere preventivamente autorizzate dall'Assessorato Regionale, sentito il Servizio psichiatrico competente. La sostituzione di un singolo operatore può essere effettuata direttamente, in caso di urgenza, dal Responsabile della Cooperativa di intesa con il Responsabile del Servizio psichiatrico competente per territorio, salvo ratifica da parte dell'Assessorato Regionale entro 60 giorni, trascorsi i quali senza espressa comunicazione, la ratifica si ha per concessa.

Prima di essere immesso ad operare nei Centri, il personale deve frequentare un corso teorico pratico di formazione presso il Servizio psichiatrico competente.

Gli operatori dei Centri sono tenuti a frequentare i Corsi di formazione ed aggiornamento che verranno eventualmente organizzati dall'Assessorato Regionale alla Sanità e Sicurezza Sociale.

E' consentita presso i Centri l'attività di Associazioni di volontariato o di singoli volontari nonché di obiettori di coscienza, previo parere favorevole del Servizio psichiatrico competente e del Comitato di gestione, che provvederà inoltre ad indicare quali mansioni possono svolgere e ad articularne le presenze.

Il pagamento delle rette di ricovero dei pazienti psichiatrici presso i Centri sono a carico dell'Unità Locale competente. Il 90% della retta mensile deve essere corrisposto alle cooperative entro il 5° giorno di ogni mese, a titolo di anticipazione, mentre il restante 10% va erogato entro i successivi 60 giorni.

L'importo giornaliero della retta, stabilito dalla Giunta Regionale in L. 100.000 per l'anno 1992, verrà dalla stessa aggiornato ogni anno in relazione all'indice I.S.T.A.T. dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati. Alla retta vanno aggiunte L. 3.000 giornaliere per ospite, che saranno destinate alle attività riabilitative, in particolare:

- alle attività produttive;
- alle attività di tempo libero;
- all'acquisto di materiale riabilitativo ⁽²⁾.

La retta deve essere corrisposta dall'Unità Locale direttamente alla Cooperativa per quota capitolaria, in relazione al numero dei posti letto impegnati nel Centro e tenuti disponibili.

Deve quindi essere corrisposta anche relativamente ai periodi durante i quali i pazienti siano temporaneamente ricoverati presso la struttura ospedaliera ovvero siano assenti per altre motivazioni correlate alle esigenze attuative del piano di trattamento.

Il settanta per cento delle somme relative ai periodi di assenza restano nella disponibilità della Cooperativa per le spese generali e per le spese necessarie per continuare a seguire il paziente in ospedale o altrove in esecuzione dei piani di trattamento stabiliti. Il trenta per cento verrà utilizzato secondo le decisioni del Comitato.

L'importo delle rette per prestazioni solo diurne o notturne è fissato al 60% di quella di cui al precedente punto.

Ciascun paziente è tenuto a versare al Comune un contributo mensile nella misura del:

- 20% del suo reddito se questo è pari o inferiore alla pensione sociale;
- 40% del suo reddito se questo è compreso tra l'importo della pensione sociale e quella minima I.N.P.S. per i lavoratori dipendenti;
- 50% del suo reddito se questo è superiore alla pensione minima I.N.P.S. per lavoratori dipendenti.

Il Comune è tenuto a versare tali somme mensilmente alla Cooperativa che gestisce il Centro e che le utilizzerà per lo svolgimento di attività ed iniziative di riabilitazione, in ottemperanza alle decisioni assunte al riguardo dal Comitato di gestione.

Il controllo amministrativo sulle prestazioni di ciascun Centro viene effettuato direttamente dai Servizi amministrativi dell'U.S.L. competente per territorio.

Restano alla Regione tutti i compiti previsti dalle leggi.

In caso di inadempienze, la Giunta Regionale, previa diffida da parte dell'Assessore Regionale alla Sanità e Sicurezza Sociale, provvede alla nomina di Commissari ad acta.

L'atto normativo più rilevante per la regione Molise sul tema della salute mentale è la **L.R. n. 30 del 6 novembre 2002: "Tutela della salute mentale"**. Disciplina tutte le attività relative alla promozione e tutela della salute mentale nella Regione Molise, gli aspetti organizzativi delle strutture, le loro funzioni e verifiche, al fine di raggiungere gli "obiettivi di salute" definiti dal Piano Sanitario Nazionale, dal Piano Sanitario Regionale, dai Progetti-obiettivo sulla salute mentale e da ogni atto previsto dalle normative nazionali e regionali.

Questa Legge si propone di:

- a) promuovere la salute mentale nell'intero ciclo di vita della persona, con la partecipazione attiva anche ai programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria e sociale svolti dalle Aziende Sanitarie Locali e/o dalle pubbliche amministrazioni, dando priorità alle situazioni riconosciute a rischio sia personali che sociali (età evolutiva, anziani, condizioni lavorative di particolare disagio, popolazione di recente immigrazione, condizioni di isolamento sociale, emarginazione sociale);
- b) individuare precocemente le situazioni di disagio dell'individuo e dei gruppi di popolazione a rischio;
- c) offrire adeguate risposte a tutte le persone che soffrono di disturbi mentali di qualsiasi tipo e gravità, dando priorità agli interventi in favore dei disturbi mentali più gravi, alle fasce sociali più deboli, alla popolazione di recente immigrazione, alla popolazione giovane attraverso l'individuazione precoce delle situazioni di disagio e di disturbo mentale e l'attivazione di interventi diagnostici e terapeutici tempestivi ed idonei;
- d) salvaguardare la qualità della vita del paziente, dei familiari e della rete sociale d'appartenenza;
- e) evitare la cronicizzazione dei disturbi mentali e l'emarginazione sociale dei pazienti e/o dei loro familiari.

Tra gli interventi prioritari la L.R. n. 30/2002 prevede che la Regione, le AA.SS.LL. e gli altri Enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze in tema d'interventi e servizi sociali, oltre a stipulare "patti per la salute mentale" (tra attori sanitari e sociali, pubblici e privati) per la valorizzazione delle risorse umane e materiali del territorio, concorrano con proprie risorse finalizzate ad ogni iniziativa utile a:

- a) destinare sedi appropriate per l'immediata realizzazione di tutte le strutture dipartimentali di cui al successivo art. 8;
- b) sviluppare l'attività territoriale attraverso la creazione, entro e non oltre i tre mesi dall'approvazione della presente legge, dei Centri di salute mentale per ogni Dipartimento di Salute Mentale;
- c) potenziare l'attività territoriale attivando contestualmente la semiresidenzialità mediante la creazione dei Centri Diurni;
- d) attivare programmi specifici per iniziative di formazione, tirocini di lavoro, per favorire l'inserimento lavorativo e per la creazione di nuove cooperative sociali di tipo B, per il potenziamento imprenditoriale di quelle già esistenti e per l'utilizzazione di fondi comunitari destinati a tale scopo;
- e) riservare per ogni DSM una quota del budget al finanziamento, in relazione ad obiettivi individuati nelle linee guida emanate dalla Giunta regionale, di cooperative sociali di tipo B;

- f) attivare programmi di aiuto e sostegno alle famiglie attraverso specifici progetti, la costituzione ed il funzionamento delle consulte dipartimentali, la partecipazione delle Associazioni dei familiari a tutte le iniziative regionali ed aziendali inerenti aspetti di programmazione e valutazione in ambito della salute mentale;
- g) attivare presso ogni Dipartimento di Salute Mentale iniziative e strategie di promozione e sostegno di gruppi di mutuo-auto-aiuto formati da utenti e/o familiari dei sofferenti psichici, di associazioni di utenti e di familiari con l'obiettivo generale di ridurre il carico familiare, migliorare la qualità di vita dell'intero nucleo familiare, evitare meccanismi di emarginazione o espulsione dal nucleo familiare o dai processi lavorativi;
- h) attivare programmi di informazione rivolti alla popolazione generale, alla popolazione scolastica, alle istituzioni, ai professionisti ed alle categorie dei cittadini che hanno un ruolo strategico nella società (medici di medicina generale, insegnanti, vigili urbani, forze di polizia, operatori sociali) per promuovere campagne di prevenzione, per diminuire i pregiudizi sulla malattia mentale, favorire atteggiamenti di accettazione ed integrazione sociale, evitare fenomeni espulsivi, facilitare l'accesso mirato ai servizi di salute mentale;
- i) attivare programmi specifici per la tutela della salute mentale della popolazione in stato di detenzione;
- j) istituire una borsa-lavoro per ogni 10.000 residenti nei DSM, al fine di favorire l'inserimento lavorativo dei pazienti presso Associazioni ed Enti pubblici o privati operanti sul territorio regionale;
- k) garantire il diritto alla casa anche destinando quote di alloggi di edilizia popolare.

La L.R. n. 30/2002 disciplina inoltre il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e le sue articolazioni.

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il modello organizzativo basilare ed unitario per la promozione e la tutela della salute mentale nella Regione Molise è il Dipartimento di Salute Mentale (DSM). Le strutture, le attività e le funzioni dei DSM regionali e dei loro operatori concorrono alla promozione, prevenzione, cura e riabilitazione della salute mentale in tutto il territorio regionale.

La legge prevedeva che entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le AA.SS.LL. istituissero, ove mancanti, a Campobasso, Isernia e Termoli, il Dipartimento di Salute Mentale secondo le direttive indicate. La mancata attivazione del DSM secondo i principi degli articoli della legge avrebbe costituito grave inadempienza e quindi violazione del principio di buon andamento dell'amministrazione. La Giunta Regionale doveva fornire alle AA.SS.LL. le linee guida per il funzionamento del DSM.

Il DSM di Isernia doveva assicurare l'assistenza psichiatrica anche alla A.S.L. "ALTO MOLISE" di Agnone, secondo accordi contrattuali definiti dai rispettivi direttori generali con il parere consultivo del direttore del DSM.

I compiti e le funzioni dei DSM regionali previsti dalla L.R. n. 30/2002 sono:

1. Il DSM è organo di coordinamento che garantisce l'unitarietà degli interventi e l'integrazione di tutti i servizi di salute mentale del bacino di utenza di ogni A.S.L. di pertinenza.
2. Il DSM deve realizzare programmi di intervento atti a privilegiare le soluzioni extra ospedaliere, la continuità terapeutica, l'integrazione dei pazienti nel tessuto sociale.
3. Il DSM deve rendere operanti collegamenti ed intese con il Distretto Sanitario di Base, con il Dipartimento di Prevenzione e con gli altri servizi confinanti (SERT, medicina di base, medicina scolastica, servizio di comunità assistenziale e 118, consultorio familiare, servizi sociali, servizi di neuropsichiatria infantile, servizi geriatrici).

La legge prevede che il DSM ha un'unica pianta organica, al fine di favorire la continuità terapeutica e l'unitarietà degli interventi, di contrastare i fenomeni di abbandono dell'utenza, di favorire l'integrazione delle professionalità, di attuare la mobilità interna al DSM come arricchimento professionale.

Ogni DSM ha il seguente personale in organico:

- a) 1 Psichiatra ogni 10.000 abitanti oltre al primario direttore del DSM;
- b) 1 Psicologo ogni 30.000 abitanti;
- c) 1 Sociologo;
- d) 1 Assistente Sociale ogni 30.000 abitanti;
- e) 3 Infermieri ogni 10.000 abitanti;
- f) 1 Caposala;
- g) 1 Amministrativo ogni 50.000 abitanti;
- h) 1 Operatore Sanitario Ausiliario ogni 20.000 abitanti.

Il Direttore del DSM, in accordo con la Direzione Generale della A.S.L., definisce ed esplicita le politiche di gestione delle risorse umane anche in rapporto agli obiettivi economici e strategici assegnati.

Tutti gli operatori del DSM garantiscono l'unitarietà degli interventi, la continuità terapeutica e la tutela della salute mentale in tutte le strutture dipartimentali, ospedaliere ed extra-ospedaliere, di cui all'art. 8 della presente legge. Gli psichiatri del DSM assicurano la continuità assistenziale mediante la pronta disponibilità effettuata presso il Pronto soccorso del proprio ospedale.

Eventuali altri profili professionali necessari ai fini dell'accreditamento istituzionale (terapisti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, terapeuti occupazionali, educatori) sono assicurati dalle cooperative che gestiscono le Comunità di Riabilitazione Psicosociale.

La direzione del DSM è affidata dal Direttore Generale della A.S.L. ad uno degli psichiatri dirigenti, in accordo con il decreto legislativo n. 229/1999.

Il direttore del DSM risponde alla Direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione in relazione alle risorse assegnate.

Il Direttore del DSM:

- a) assicura il coordinamento tecnico-organizzativo di strutture, funzioni ed attività dipartimentali;
- b) è responsabile della gestione economica dipartimentale e delle risorse assegnate;
- c) garantisce la promozione e verifica degli interventi preventivi, la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità assistenziale, l'attività del nucleo di valutazione, e Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), la realizzazione del Sistema Informativo Dipartimentale (SID), la valutazione dei risultati e ogni altra funzione prevista dalla normativa vigente, dai regolamenti e dall'atto aziendale.

Il direttore di dipartimento, con ruolo decisionale ed esecutivo, presiede il Comitato di dipartimento con funzioni propositive e consultive.

Il comitato di dipartimento è costituito e svolge le sue funzioni secondo quanto stabilito dalla normativa regionale, dai regolamenti e dall'atto aziendale.

Il comitato si dota di un regolamento interno, in accordo con la direzione Generale della A.S.L. e in applicazione della presente legge.

Per quanto riguarda le strutture del Dipartimento di Salute Mentale, per ogni DSM lo standard minimo di strutture (con funzioni definite dalla vigente normativa) è il seguente:

- a) Il *Centro Salute Mentale*, collocato tendenzialmente in una sede esterna all'ospedale, è il fulcro dell'assistenza programmata per le azioni di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale. E' aperto, per interventi ambulatoriali, e/o domiciliari, 12 ore al giorno nei giorni feriali;
- b) il *Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura*, collocato presso gli ospedali di Campobasso, Isernia e Termoli, con 15 posti letto, per degenze ordinarie e in Day Hospital, volontarie e in

Trattamento Sanitario Obbligatorio, quest'ultimo attuato dal Servizio di Emergenza Sanitaria del 118;

c) il *Day Hospital*, per prestazioni diagnostiche e terapeutiche a breve e medio termine, con apertura di otto ore al giorno;

d) il *Centro Diurno*, struttura territoriale con funzioni terapeutico-riabilitative ed apertura di otto ore al giorno nei giorni feriali;

e) gli *Ambulatori clinici decentrati*, istituiti dal DSM in relazione alle esigenze territoriali;

f) le *Strutture Residenziali ad alta attività terapeutico-socio-riabilitativa di medio o prolungato periodo definito* (ex "Centri di Recupero Psichiatrico"), con presenza di personale nelle 24 ore;

g) le *Strutture Residenziali a media attività terapeutico-socio-riabilitativa con presenza di personale per 12 ore*, eventualmente ubicate anche presso le strutture Residenziali ad alta attività terapeutico-socio-riabilitativa, per l'assistenza di 20 pazienti per ogni DSM;

h) le *Strutture Residenziali a bassa attività terapeutico-socio-riabilitativa con presenza di personale a fasce orarie*, e/o i *Gruppi-Appartamento*, per l'attuazione di programmi di reinserimento sociale e lavorativo.

I 14 Centri di Recupero Psichiatrico già esistenti nella Regione Molise, sono denominati Comunità di Riabilitazione Psicosociale (CRP), per le prestazioni assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

La L.R. n. 30/2002 prevede che, nelle more della riorganizzazione delle attività di tutela della salute mentale, l'affidamento dei servizi di competenza è confermato agli attuali gestori degli ex Centri di Recupero Psichiatrico sino al 31 dicembre 2005.

Ciascun CRP, nel rispetto dei **requisiti minimi previsti dal DPR del 14 gennaio 1997**, ha 10 posti-letto per i pazienti con residenza effettiva nella Regione Molise. Entro il 31 dicembre 2005 i DSM provvedono all'adeguamento dei posti-letto per i pazienti molisani.

Se i requisiti lo consentono, ogni CRP può avere altri cinque posti-letto per pazienti provenienti da altre regioni, con cui la A.S.L. competente per territorio stipula accordi contrattuali. Le strutture residenziali, di cui all'art. 8, comma 1, lettere g) e h), ospitano esclusivamente pazienti con residenza effettiva nella Regione Molise.

Le cooperative che gestiscono i CRP effettuano:

- a) prestazioni di tipo residenziale ad alta, media e bassa attività terapeutico-socio-riabilitativa;
- b) attività di prevenzione terziaria domiciliare e negli altri luoghi di vita dei pazienti che risiedono nell'ambito del comune ove hanno sede i CRP e nel territorio limitrofo, in base ai programmi terapeutici del DSM;
- c) ogni altra attività di prevenzione e riabilitazione stabilita dal DSM.

Per quanto riguarda l'articolazione ed i compiti territoriali del DSM, ognuno di questi, al fine di garantire la continuità ed organicità degli interventi sul territorio si articola in più moduli tipo, "sottounità" del DSM denominate "*Unità Territoriale di Salute Mentale*" (UTSM).

Ogni UTSM ha la competenza per un determinato ambito territoriale ed è affidata alla diretta responsabilità di uno psichiatra del DSM che coordina un'equipe pluriprofessionale costituita da dipendenti A.S.L. e operatori delle CRP.

Le attività territoriali di ogni UTSM consistono in:

- a) interventi clinici ed organizzativi presso le Strutture residenziali di cui all'art. 8, comma 1, lettere f), g) e h), progetti-programmi-percorsi individualizzati sui singoli, sul gruppo, sulla struttura, sulla rete sociale;
- b) visite a domicilio o in altri luoghi di vita dei pazienti;
- c) consulenze psichiatriche presso i presidi ospedalieri;
- d) attività di prevenzione secondaria presso gli ambulatori decentrati;
- e) pianificazione di programmi personalizzati con medici di base, famiglie ed altri interlocutori privilegiati;
- f) collaborazione professionale con strutture pubbliche o private e in ambito penitenziario;
- g) eventuale attuazione di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori anche in strutture extra-ospedaliere;
- h) incontri con soggetti assistiti tra loro e con altri soggetti nel quadro dell'attività socio-terapeutica e di educazione sanitaria psichiatrica;
- i) iniziative a fini informativi e/o terapeutici con nuclei familiari, associazioni di volontariato, organizzazioni sociali o spontanee di cittadini e con i membri di istituzioni sanitarie ed assistenziali.

Ogni UTSM deve avere un diario clinico di tutti gli interventi effettuati e aggiornare in una "cartella dipartimentale" ogni caso in carico, anche ai fini di una verifica sanitaria, assistenziale ed amministrativa.

Le attività di Promozione e Tutela della Salute Mentale sono finanziate con uno stanziamento di norma non inferiore al 5% del Fondo Sanitario Regionale, o in ogni caso commisurato alle risorse esistenti ed agli obiettivi di piano di ogni A.S.L.

Al DSM, centro di responsabilità e di costo con all'interno centri di costo, sono assegnate risorse economiche, strutturali e di personale il cui utilizzo è programmato in maniera unitaria ed omogenea sulla base di specifiche documentate esigenze e di quanto stabilito dalla normativa regionale, dal direttore del DSM con la Direzione Generale A.S.L., in funzione degli obiettivi prefissati e previa valutazione dei risultati raggiunti.

Per incentivare il corretto uso delle risorse disponibili in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza, in sede di contrattazione di budget si tiene conto di tutte le prestazioni e le funzioni effettuate dagli operatori in tutte le sedi, ospedaliere ed extra-ospedaliere, del DSM.

I servizi del DSM sono improntati alla logica della flessibilità e dell'integrazione tra risorse del settore pubblico e risorse del privato sociale. Ogni A.S.L., sentito il direttore del DSM, può stipulare convenzioni, per la gestione dei servizi complementari o integrativi, con cooperative,

specie se utilizzano il lavoro anche parziale di malati di mente, o associazioni "onlus" esistenti sul territorio di propria competenza.

La Regione Molise favorisce lo sviluppo di percorsi di formazione e riqualificazione professionale degli operatori delle CRP, anche ai fini dell'acquisizione da parte delle Cooperative Sociali di figure professionali indispensabili per l'accreditamento istituzionale.

Per quanto riguarda l'accreditamento delle strutture sanitarie, la **L.R. 1-4-2005 n. 9: "Riordino del Servizio sanitario regionale"**, all'art. 12 disciplina l'accreditamento istituzionale in generale.

In attuazione dell'art. 8-quater del D. Lgs. 502/92, e successive modifiche ed integrazioni, la Giunta regionale, con una o più deliberazioni da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, stabilisce:

- a) i criteri per il calcolo del fabbisogno di attività sanitarie e socio-sanitarie per le quali può essere rilasciato l'accreditamento;
- b) i requisiti ulteriori richiesti per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private;
- c) le procedure per il rilascio dell'accreditamento.

Il fabbisogno di attività sanitarie e socio-sanitarie è definito periodicamente dalla Giunta regionale, in base agli indirizzi della pianificazione sanitaria, in rapporto a specifici settori di attività e ambiti territoriali.

La **DGR n. 1722 del 16 ottobre 2006: "Linee-guida per l'autorizzazione alla realizzazione, all'esercizio delle attività e per l'accreditamento delle Strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali"** prevede un registro strutture sociosanitarie autorizzate all'esercizio, istituito presso il competente Assessorato Regionale alla Sanità e articolato nelle seguenti sezioni:

- a) strutture per attività destinate alla tutela della salute mentale;
- b) strutture per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso;
- c) strutture residenziali di cure palliative;
- d) RSA per disabili;
- e) RSA per anziani.