

SALUTE MENTALE REGIONE PUGLIA

La **L.R. 20 giugno 1980, n. 72: “Provvedimenti per la tutela della salute mentale”** istituisce nella regione i servizi psichiatrici dipartimentali.

Prevede che il servizio dipartimentale di tutela della salute mentale operi in rapporto a tutte le fasce di età e attraverso l'integrazione con gli altri servizi riguardanti l'assistenza, la scuola, il tempo libero ed i servizi sociali degli enti locali attirando gruppi operativi polivalenti che assicurino la continuità dell'intervento nei momenti della prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale.

Il servizio dipartimentale di tutela della salute mentale opera nelle seguenti strutture:

- a) distretti sanitari e sociali per gli interventi a carattere preventivo e curativo a livello periferico, mediante ambulatori, visite domiciliari, riunioni di gruppo, azioni sociali, e negli ambienti di lavoro, nonché mediante ogni altra attività finalizzata alla prevenzione, diagnosi e cura, recupero e reinserimento sociale del malato;
- b) nei servizi psichiatrici istituiti presso gli ospedali generali che ricoverano, secondo il modulo della previdenza, coloro che necessitano di trattamento sanitario volontario o obbligatorio e che debbano essere curati in condizioni di degenza ospedaliera;
- c) in tutti gli spazi comunitari Istituiti all'esterno dell'ospedale generale, in strutture alternative al ricovero ed idonee a svolgere funzioni di recupero sociale, interventi psicoterapeutici ed attività di risocializzazione;
- d) negli ospedali psichiatrici anche convenzionati, sia ai fini dell'assistenza diretta agli ammalati del proprio territorio ancora degenti, sia allo scopo di favorire la deospedalizzazione con presa a carico dei servizi territoriali di tutela della salute mentale.

Il personale sanitario e parasanitario che opera presso l'ospedale psichiatrico anche convenzionato deve essere collegato e organizzato funzionalmente con il servizio.

La LR. 20 giugno 1980, n. 72 è stata poi completata dalla **L.R. 22-5-1985 n. 33: “Norme per il trasferimento alle Unità sanitarie locali delle funzioni nonché del personale addetto ai servizi psichiatrici delle Province e degli Ospedali psichiatrici pubblici e privati ad integrazione della L.R. 20 giugno 1980, n. 72.”**

La **LR 28-12-1994 n. 36: “Norme e principi per il riordino del Servizio, sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”** disciplina in particolare il Dipartimento di Salute Mentale.

Il Dipartimento di salute mentale è una delle strutture operative dell'Unità sanitaria locale e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione a livello ambulatoriale, domiciliare e ospedaliero.

E' il centro di responsabilità e di spesa di tutte le prestazioni e le attività necessarie alla popolazione del proprio ambito territoriale ed è dotato delle seguenti unità operative:

- a) Centro salute mentale;
- b) Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

Il Dipartimento di salute mentale è coordinato da un medico psichiatra di II livello, nominato dal Direttore generale tra quelli in servizio nel Dipartimento in relazione ai risultati conseguiti e verificati annualmente.

Le strutture residenziali e diurne di riabilitazione psichiatrica provvisoriamente accreditate hanno assunto i requisiti minimi strutturali ed organizzativi stabiliti dal Consiglio regionale con la **DCR n. 244/1997: "Regolamento regionale "Requisiti minimi strutturali e organizzativi delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne e private (DGR 22 luglio 1997, n. 4457)"**.

Le attività riabilitative e risocializzanti coordinate dal Dipartimento di salute mentale (D.S.M.) sono volte al recupero funzionale e sociale del paziente psichiatrico, con l'obiettivo finale del reinserimento sociale e lavorativo e, comunque, del raggiungimento del massimo livello di autosufficienza personale, sociale e/o lavorativa acquisibile.

Le attività riabilitative e di socializzazione residenziali e semiresidenziali e a ciclo diurno sono effettuate esclusivamente nelle strutture di cui al presente regolamento e nel rispetto dei relativi standard.

L'attivazione di dette strutture deve avvenire in maniera omogenea sull'intero territorio regionale e deve garantire risposte complete e tipologicamente diversificate ai bisogni psichiatrici dell'utenza, di provenienza sia manicomiale che territoriale.

Nell'ambito della programmazione regionale, i Direttori generali delle A.S.L. individuano il fabbisogno di strutture del proprio territorio, su proposta del D.S.M.

Oltre che direttamente dal D.S.M., le strutture riabilitative possono essere attivate, nel rispetto del presente regolamento, dal privato sociale o imprenditoriale e dalle associazioni delle famiglie, previo parere motivato dal Coordinatore del D.S.M.

La Giunta regionale, con proprio provvedimento, determina la retta giornaliera per tipologia di struttura.

Gli utenti ospiti delle strutture residenziali sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa secondo modalità e livelli determinati dalla Giunta regionale.

Tutte le strutture riabilitative assicurano la copertura di un numero di ore di assistenza medico-psichiatrica e psicologica, diversificato a seconda della loro tipologia, per la realizzazione dei progetti terapeutico-riabilitativi. Il privato sociale o imprenditoriale e le associazioni di famiglie, per le strutture da loro attivate, forniranno l'assistenza medico-psichiatrica e psicologica avvalendosi di proprie figure professionali.

Il D.S.M. svolge funzioni di programmazione, di controllo e verifica di qualità riguardo alle strutture attivate dal privato sociale o imprenditoriale e dalle associazioni delle famiglie. L'accoglimento dei pazienti in tali strutture potrà avvenire solo su indicazioni dell'équipe curante del dipartimento.

Gli interventi di urgenza psichiatrica sono regolati secondo le modalità determinate dalle A.S.L. competenti per territorio.

La responsabilità sanitaria della struttura è del D.S.M. se la stessa è attivata dal servizio pubblico, di un sanitario con la specializzazione in psichiatria se trattasi di struttura accreditata.

Ogni utente accede alla struttura dopo la stesura di un progetto terapeutico riabilitativo elaborato e definito, in caso di struttura data in gestione, sotto la responsabilità del D.S.M., in collaborazione tra Ente gestore, D.S.M. e utente. Tale progetto deve contenere con chiarezza tutti gli elementi necessari a valutare gli obiettivi da raggiungere, le tappe di tali realizzazioni, le professionalità da coinvolgere, i tempi necessari e i risultati attesi. Lo stesso progetto viene aggiornato almeno annualmente, secondo i risultati, esplicitamente indicati, conseguiti nell'anno precedente.

Le dimissioni dell'utente, dopo il completamento del progetto terapeutico riabilitativo o per l'impossibilità della sua realizzazione, avvengono attraverso la stesura di una relazione finale da parte del D.S.M., sentito l'Ente gestore nei casi di struttura data in gestione.

Le strutture riabilitative devono essere allocate nell'abitato cittadino e devono favorire e promuovere l'integrazione con la comunità circostante.

È, in ogni caso, vietato l'accorpamento di più strutture che ospitano, in forma residenziale, pazienti psichiatrici, al fine di evitare la riproposizione di modelli istituzionalizzanti.

Presso la direzione del D.S.M. è attivato un registro pubblico dei posti disponibili nelle strutture residenziali e semiresidenziali di competenza dello stesso. Tale registro deve essere aggiornato in tempo reale.

La DCR n. 244/1997, oltre a fornire indicazioni circa i requisiti delle seguenti modalità assistenziali, specifica inoltre il loro ruolo:

Comunità riabilitativa a media intensità assistenziale psichiatrica:

La Comunità riabilitativa a media intensità assistenziale psichiatrica, con 24 ore di assistenza, accoglie utenti con basso-medio grado di autonomia individuale nelle attività di base della vita quotidiana, oltre che della vita relazionale.

Comunità riabilitativa a elevata intensità assistenziale psichiatrica:

La Comunità riabilitativa a elevata intensità assistenziale psichiatrica, con 24 ore di assistenza, accoglie soggetti con sufficiente grado di autonomia individuale nelle attività di base della vita quotidiana, che necessitano di interventi ad alta qualificazione terapeutica.

Comunità alloggio:

La Comunità alloggio, con 12 ore di assistenza, accoglie utenti relativamente autonomi sul piano della soddisfazione dei bisogni di vita quotidiana e con abilità psicosociali sufficientemente acquisite.

Gruppo appartamento:

Il Gruppo appartamento, con 2 ore di assistenza, accoglie utenti già autonomizzati in uscita dal circuito psichiatrico riabilitativo.

Centro diurno:

Il Centro diurno è una struttura non residenziale aperta per almeno otto ore al giorno per sei giorni settimanali, con funzioni terapeutico-riabilitative tese a impedire e/o arrestare processi di isolamento relazionale e di emarginazione e a prevenire e contenere il ricovero.

Il Centro diurno può essere utilizzato da soggetti di provenienza sia manicomiale sia territoriale la cui sofferenza psichica è riferibile a cause diverse e iscrivibile in quadri psicopatologici molto differenziati.

Nel Centro si attueranno percorsi riabilitativi miranti alla autonomizzazione e risocializzazione degli utenti attraverso programmi occupazionali volti all'apprendimento di specifiche competenze utilizzabili in senso lavorativo e programmi di animazione sociale.

Oltre alle attività interne alla struttura, gli operatori promuoveranno incontri di sostegno alle famiglie e di collegamento con il territorio.

Si rassicura il servizio di accompagnamento e trasporto e/o il servizio mensa, su esplicita richiesta del D.S.M.

La L.R. 16 dicembre 1998, n. 30 contiene le “**Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale previsti dalla legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36**”.

In particolare, specifica che l'assistenza nel campo della salute mentale è assicurata in ciascuna Azienda unità sanitaria locale (A.U.S.L.) del territorio regionale dal Dipartimento di salute mentale (D.S.M.). Specifica inoltre la sua articolazione, le attività e le modalità organizzative.

Il Dipartimento di Salute Mentale

Il D.S.M. è una delle strutture operative della A.U.S.L., centro di responsabilità e di spesa di tutte le prestazioni e delle attività necessarie alla popolazione del proprio ambito territoriale e opera nel rispetto del principio della continuità terapeutica.

L'organico del D.S.M. è unico e deve prevedere almeno un operatore ogni 1.500 abitanti. In tale rapporto sono compresi medici psichiatri, psicologi, infermieri professionali e psichiatrici, sociologi, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, educatori professionali ausiliari o Operatori tecnici di assistenza (O.T.A.) e, inoltre, personale amministrativo adeguato per numero e qualifica. L'organico è determinato dai Direttori Generali, sulla base della verifica dei carichi di lavoro distinti per figura professionale, tenendo conto sia dell'attività svolta sia del complesso delle attività istituzionali previste dalla presente legge e non ancora svolte.

Il D.S.M. svolge le seguenti attività:

- a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale a livello ambulatoriale, domiciliare, territoriale e ospedaliero in rapporto a tutte le fasce di età;
- b) prevenzione del rischio attinente la salute mentale in età evolutiva;
- c) attività didattico formative, di aggiornamento professionale e riqualificazione degli operatori nonché attività di ricerca;
- d) monitoraggio delle attività svolte e delle risorse impiegate, nonché promozione del processo di miglioramento continuo della qualità e del controllo di gestione, anche attraverso la costituzione del sistema informativo di servizio nell'ambito del sistema informativo della A.U.S.L. integrato con quello dell'Azienda ospedaliera eventualmente interessata;
- e) integrazione con le Unità operative ospedaliere, con i servizi socio-sanitari della A.U.S.L., con i servizi socio-assistenziali e con tutti gli altri servizi presenti sul territorio;
- f) attuazione dei programmi di superamento degli ospedali psichiatrici nell'ambito degli indirizzi stabiliti dalla programmazione regionale.

L'attività del D.S.M. si esplica con le seguenti unità operative:

- a) *Centro di salute mentale* (C.S.M.) riferito a un bacino di utenza da 75 mila a 120 mila abitanti, determinato in relazione alla concentrazione demografica del territorio, diretto da un medico psichiatra di II livello dirigenziale nominato secondo il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche;
- b) *Servizio psichiatrico di diagnosi e cura* (S.P.D.C.) diretto da un medico psichiatra di II livello dirigenziale nominato secondo il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche;
- c) *Servizio di Psicologia clinica*, diretto da uno psicologo di II livello dirigenziale nominato secondo il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche;
- d) *Servizio di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* diretto da un neuropsichiatra infantile di II livello dirigenziale nominato secondo il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche.

In particolare:

Centro di salute mentale.

Il C.S.M., allocato in sede extraospedaliera, è punto di coordinamento dell'attività nel territorio, fornisce alla popolazione assistenza medica, psicologica, sociale, infermieristica, educativa attraverso attività ambulatoriali, domiciliari e territoriali ed è attivato per dodici ore al giorno, per sei giorni alla settimana.

Ogni C.S.M. svolge le seguenti attività:

- a) prevenzione primaria, compresi gli interventi di sensibilizzazione della popolazione sui temi della salute mentale, utilizzando gli strumenti informativi più adeguati;
- b) accoglienza, informazione, prenotazione ad utenti e famiglie;
- c) interventi per le urgenze e le emergenze psichiatriche;
- d) attività specialistiche psichiatriche e psicologiche;
- e) attività psicoterapeutiche svolte dai medici e dagli psicologi per i quali i rispettivi Ordini professionali abbiano legittimato l'esercizio della psicoterapia;
- f) attività di servizio sociale;

- g) attività in day-hospital ai sensi del DPR 14 gennaio 1997;
- h) attività di centro diurno;
- i) attività di riabilitazione residenziale;
- j) attività di reinserimento lavorativo ai sensi della L. n. 381/91 attraverso la promozione di cooperative sociali.

È garantita la gestione dell'urgenza psichiatria nell'arco delle ventiquattro ore, secondo una programmazione dipartimentale che tenga conto delle caratteristiche del territorio, dell'organizzazione complessiva dei servizi e della migliore utilizzazione delle risorse.

Le strutture riabilitative semiresidenziali e residenziali possono essere gestite sia direttamente dal D.S.M., sia tramite il concorso del privato sociale (cooperative sociali, enti senza scopo di lucro, volontariato, associazioni di familiari, ecc.), sia del privato imprenditoriale, sulla base di programmi terapeutico-riabilitativi definiti dai C.S.M. competenti territorialmente. I C.S.M. sono responsabili dell'ingresso e della dimissione degli utenti.

Gli standard organizzativi, strutturali e funzionali delle strutture riabilitative semiresidenziali e residenziali sono quelli stabiliti dal Consiglio regionale con deliberazione 16 dicembre 1997, n. 244, come integrati e modificati dalla normativa regionale sull'accreditamento, in attuazione del DPR 14 gennaio 1997.

Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)

I S.P.D.C., dotati di un numero di posti letto non superiori a quindici, sono parte integrante del D.S.M. e devono essere ubicati nelle Aziende ospedaliere, nei Presidi ospedalieri di A.U.S.L. con Pronto soccorso funzionante 24 ore/24 e nei policlinici universitari.

Essi erogano trattamenti psichiatrici in regime di ricovero volontario e di trattamento sanitario obbligatorio, esplicano attività di consulenza e di pronto soccorso, gestiscono direttamente o concorrono a gestire con il C.S.M. day-hospital psichiatrici.

Il numero complessivo di posti letto dei S.P.D.C. è individuato nella misura tendenziale di un posto ogni 14 mila abitanti.

Ogni Dipartimento nel proprio ambito territoriale deve disporre di un numero di posti letto in S.P.D.C. proporzionato alla popolazione residente: la loro dislocazione è demandata al piano regionale di riorganizzazione della rete ospedaliera.

I rapporti tra il D.S.M. di cui fa parte il S.P.D.C. e l'Azienda ospedaliera in cui esso è ubicato sono regolati da convenzioni obbligatorie tra le due Aziende. I rapporti fra il D.S.M. e il Policlinico sono regolati in conformità dei protocolli di intesa di cui al D.Lgs. 502/92.

Servizio di psicologia clinica

Il Servizio di psicologia clinica assicura le seguenti attività:

- a) psicodiagnosi;
- b) psicologia clinica (prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione);
- c) ricerca in campo psicologico e psicoterapico;
- d) psicoterapia.

Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza si occupa della prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza.

Ogni Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza svolge le seguenti attività:

- a) prevenzione primaria e secondaria dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;
- b) prevenzione e riduzione delle sequele delle malattie neuropsichiche dell'età evolutiva;
- c) attività specialistiche psichiatriche dell'età evolutiva;
- d) interventi di psicoterapia per i problemi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza a salvaguardia della salute mentale del minore e della qualità della vita del nucleo familiare;

- e) intervento specifico di supporto all'integrazione scolastica per soggetti con disturbi neuropsichici in età evolutiva;
- f) tutela e risocializzazione dei pazienti degenti in istituti neuropsico-pedagogici o in istituti assistenziali favorendo la deistituzionalizzazione.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi al coordinamento, il DSM è coordinato da un medico psichiatra di II livello dirigenziale, nominato dal Direttore Generale, individuato tra coloro che hanno scelto l'attività intra moenia ai sensi del DM 31 luglio 1997.

In ogni D.S.M. il Coordinatore è coadiuvato da un Consiglio di Dipartimento composto dai dirigenti responsabili delle Unità operative. Detto Consiglio è integrato, in occasione della preparazione delle relazioni di programma e di consuntivo, da un rappresentante per ogni categoria professionale designato dagli stessi operatori, da un operatore per ogni Ente accreditato e da un rappresentante per ogni Associazione di familiari e/o utenti e per ogni soggetto del privato sociale che collabori all'attività del D.S.M. attraverso atti formalmente assunti.

La D.C.R. 3-2-1999 n. 379: "Riordino della rete ospedaliera in Puglia. Legge 18 luglio 1996, n. 382 e legge 23 dicembre 1996, n. 662. Legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36 (Delib.G.R. 15 dicembre 1998, n. 4170) sottolinea la necessità del potenziamento dei servizi psichiatrici delle A.U.S.L. ed Aziende ospedaliere onde poter far fronte alla chiusura degli ospedali psichiatrici e poter fornire all'utenza territoriale i necessari interventi di assistenza sanitaria in attuazione del DPR 7 aprile 1994 "Progetto obiettivo tutela della salute mentale 1994/1996". Ricorda inoltre che con la LR n. 30/1998 è stato stabilito che "I servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) ", dotati di un numero di posti letto non superiore a 16, sono parte integrante del Dipartimento di salute mentale della A.U.S.L. e devono essere ubicati nelle Aziende ospedaliere, nei Presidi ospedalieri di A.U.S.L. con Pronto Soccorso funzionante 24 ore su 24 e nei Policlinici universitari. Essi erogano trattamenti psichiatrici in regime di ricovero volontario e di trattamento sanitario obbligatorio, esplicano attività di consulenza e di pronto soccorso, gestiscono o concorrono a gestire con il Centro di salute mentale day hospital psichiatrici.

Il numero complessivo di posti letto dei SPDC è individuato dalla legge regionale in parola, in ottemperanza al DPR 7 aprile 1994, nella misura tendenziale di n. 1 posto ogni 10.000 ab.

Ogni D.S.N. deve disporre nel proprio ambito territoriale di un numero di posti letto in SPDC proporzionato alla popolazione residente.

I rapporti tra il D.S.N. di cui fa parte il SPDC e l'Azienda ospedaliera in cui esso è ubicato sono regolati da convenzioni obbligatorie tra le due Aziende.

I rapporti fra il D.S.M. ed il Policlinico sono regolati in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1, art. 6, del D. Lgs. n. 502/92.

Gli interventi per la realizzazione delle strutture connesse ai D.S.M. e la realizzazione delle strutture territoriali residenziali e diurne di riabilitazione psichiatrica costituiscono priorità nell'assegnazione delle quote di finanziamento ex art. 20 della L. n. 67/1988 come previsto dalla Delib.C.R. n. 181/1997 "Linee guida regionali per il superamento degli ospedali psichiatrici di Lecce, Latiano, Bisceglie e Foggia".

Il "Piano Sanitario regionale 2002-2004 e Piano regionale di Salute 2002-2007. Adozione definitiva a seguito di integrazioni al progetto di Piano di cui alla Delib.G.R. 28 novembre 2001, n. 1697", approvato con DGR 27 dicembre 2001, n. 2087, affronta il tema della Salute mentale

Nel triennio di vigenza del Piano sanitario regionale, ai fini del perseguimento degli obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale, le azioni prioritarie da portare a termine sono le seguenti:

- piena integrazione delle attività delle articolazioni del Dipartimento di salute mentale nell'ambito delle attività distrettuali, con un più ampio coinvolgimento dei servizi distrettuali nei problemi di salute mentale della popolazione e col coordinamento delle funzioni del Dipartimento di salute mentale con quelle affini afferenti al settore materno infantile, alla struttura territoriale di Medicina fisica e riabilitazione ed ai servizi per la tutela degli anziani, nei modi previsti dal D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, basandosi sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative, cosicché dall'integrazione derivi la completezza e la qualità dell'offerta;
- completamento della rete di servizi e strutture del Dipartimento di salute mentale secondo gli standard individuati dalla L.R. n. 30/1998, perseguendo il miglioramento della qualità e dell'organizzazione;
- iniziative tese a facilitare l'accesso ed il percorso della rete assistenziale; in questo contesto va inserita e sviluppata la collaborazione con la Medicina generale e la Pediatria di libera scelta;
- prassi ed atteggiamenti non di attesa, ma mirati ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro, quartiere, etc.), in collaborazione con gli altri servizi sanitari e sociali, le associazioni dei familiari, il volontariato e le altre agenzie presenti sul territorio impegnate nella lotta all'esclusione, attivando programmi specifici di contatto e di recupero dei pazienti che rifiutano la cura o che abbandonano il servizio;
- realizzazione di iniziative di lotta allo stigma, attraverso la promozione di campagne di informazione sui disturbi mentali gravi e sui Dipartimenti di salute mentale;
- costante monitoraggio sulle strutture riabilitative psichiatriche residenziali (requisiti, livelli assistenziali, dimissioni-ammissioni) al fine di evitare la riproposizione di modelli di tipo manicomiale;
- prevenzione del rischio che i servizi psichiatrici di diagnosi e cura reiterino prassi di contenimento meccanica, in quanto lesiva della dignità del paziente;
- pronta e completa risposta alla emergenza-urgenza psichiatrica nell'arco delle 24 ore;
- specifica attenzione alla realizzazione degli interventi di tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, in stretta integrazione con i servizi distrettuali materno-infantili e per l'handicap, con i servizi scolastici, gli enti locali ed ogni agenzia territoriale interessata alle problematiche minorili;
- garantire e mantenere la presa in carico dei casi più gravi e difficili, anche quando il trattamento non è accettato dagli interessati;
- sostegno alle famiglie degli utenti, interventi finalizzati ad un graduale reinserimento del paziente nel nucleo e nella comunità sociale, attraverso la predisposizione di specifici programmi di aiuto alle famiglie dei malati mentali;
- supporto alle associazioni di utenti e familiari ed ai gruppi di auto-aiuto;
- sostegno alle politiche ed ai programmi territoriali finalizzati al reinserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici;
- azioni di miglioramento continuo della qualità;
- superamento definitivo ed urgente del solo ospedale psichiatrico ancora attivo in Puglia, vale a dire l'Ospedale psichiatrico di Bisceglie.

In data 27 novembre 2002 è stato approvato il **Reg.n. 7/2002** sul tema: **“Regolamento regionale di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private”**.

Disciplina, in particolare:

Comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica.

La Comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica ovvero struttura residenziale terapeutica riabilitativa per acuti e subacuti, con copertura assistenziale per 24 ore giornaliere, accoglie soggetti con elevata difficoltà nell'ambito relazionale o autonomie di base compromesse, che necessitano di interventi ad alta qualificazione terapeutica.

Posti letto: n. 14.

Requisiti minimi autorizzativi:

Organizzativi

- n. 1 collaboratore professionale sanitario esperto o collaboratore professionale assistente sociale esperto;
- n. 8 collaboratori professionali sanitari (infermieri, educatori professionali, personale della riabilitazione) o collaboratori professionali assistenti sociali;
- n. 5 operatori tecnici addetti all'assistenza.

I turni di servizio devono essere articolati in modo da garantire la presenza del personale di assistenza nell'arco delle 24 ore.

- N. ore settimanali di attività medico psichiatrica: minimo 12 ore;
- N. ore settimanali di attività psicologica: minimo 12 ore.

Strutturali

Gli appartamenti devono essere localizzati ai piani più bassi per una facile accessibilità.

Per quanto concerne la zona notte, ogni camera non deve avere più di due posti letto; inoltre, n. 1 camera da letto è utilizzata dal personale in servizio; la superficie minima delle camere deve essere non inferiore a 16 mq per camere a due letti e 9 mq per camere singole.

La qualità degli arredi dei servizi deve essere dignitosa ed appropriata alle necessità degli utenti. Le camere devono avere illuminazione naturale, adeguato oscuramento ed areazione;

La struttura deve essere dotata di n. 4 servizi igienici per gli utenti, con dotazioni complete e funzionanti ed erogazione di acqua calda sempre garantita;

Inoltre, n. 1 servizio igienico deve essere riservato al personale in servizio.

La zona giorno deve essere provvista almeno di:

- 1) n. 1 cucina piastrellata sino a due metri di altezza a partire da terra, attrezzata per la preparazione dei pasti;
- 2) n. 1 locale pranzo;
- 3) n. 1 locale per attività psico-riabilitative;
- 4) n. 1 locale per le riunioni;
- 5) n. 1 salone attrezzato per ascoltare musica, per leggere, guardare la TV, ecc.

Deve essere garantita, complessivamente, una superficie minima di 30/35 mq. per utente.

La struttura deve essere, altresì, in regola con le disposizioni di cui agli articoli 5, 6 e 12 del presente regolamento.

La temperatura interna invernale deve essere di 20° C + 1° C.

Comunità alloggio.

La Comunità alloggio, ovvero struttura residenziale socio-riabilitativa a più elevata intensità assistenziale, con copertura assistenziale per 12 ore giornaliere, accoglie utenti relativamente autonomi sul piano della soddisfazione dei bisogni di vita quotidiana e con abilità psicosociali sufficientemente acquisite.

Posti letto: n. 8

Requisiti minimi autorizzativi:

Organizzativi

- n. 1 collaboratore professionale sanitario esperto o collaboratore professionale assistente sociale esperto;

- n. 2 collaboratori professionali sanitari (infermieri, educatori professionali, personale della riabilitazione) o collaboratori professionali assistenti sociali;
- n. 2 operatori tecnici addetti all'assistenza;
- N. ore settimanali di attività medico psichiatrica: minimo 6 ore;
- N. ore settimanali di attività psicologica: minimo 6 ore.

I turni di servizio devono essere articolati in modo da garantire la presenza del personale di assistenza per 12 ore giornaliere.

Strutturali

Gli appartamenti devono essere localizzati ai piani più bassi per una facile accessibilità.

La struttura deve avere i seguenti requisiti:

- i servizi igienici per gli utenti non devono essere inferiori a n. 1 ogni 4 utenti, con dotazioni complete e funzionanti ed erogazione di acqua calda sempre garantita; inoltre, n. 1 servizio igienico è riservato al personale;
- per quanto concerne la zona notte, ogni camera non deve avere più di due posti letto;
- la superficie minima delle camere deve essere non inferiore a 9 mq per camera singola e 16 mq per camere a due letti adeguatamente arredate;
- le camere devono avere illuminazione naturale, adeguato oscuramento ed areazione;
- la cucina deve essere piastrellata sino a due metri di altezza a partire da terra, attrezzata per la preparazione dei pasti ed eventualmente per la loro somministrazione;
- n. 1 salone attrezzato per ascoltare musica, per leggere, guardare la TV, ecc.. ed eventualmente, qualora la cucina non fosse sufficientemente spaziosa, da adibire a zona pranzo.
- n. 1 locale per le riunioni.

Deve essere garantita, complessivamente, una superficie minima di 30/35 mq. per utente.

La struttura deve essere, altresì, in regola con le disposizioni di cui agli articoli 5, 6 e 12 del presente regolamento.

La temperatura interna invernale deve essere di 20°C+ 1°C.

Gruppo appartamento.

Il Gruppo - appartamento, ovvero struttura residenziale socio - riabilitativa a minore intensità assistenziale, accoglie utenti già autonomizzati in uscita dal circuito psichiatrico riabilitativo.

Posti - letto per gruppo - appartamento: n. 3

Requisiti minimi autorizzativi:

Organizzativi

- n. 2 unità lavorative, di cui:
 - n. 1 collaboratore professionale sanitario (infermiere, educatore professionale, personale della riabilitazione) o collaboratore professionale assistente sociale;
 - n. 1 operatore tecnico addetto all'assistenza.
- N. ore settimanali di attività medico psichiatrica: minimo 1 ora;
- N. ore settimanali di attività psicologica: minimo 1 ora.

Questo personale è previsto per moduli di n. 2 gruppi appartamento.

Strutturali

Stessi requisiti delle precedenti strutture rapportati al numero degli utenti.

In ottemperanza al D.P.C.M. 29 novembre 2001, allegato 1C, in caso di struttura accreditata, il 40% dei costi sono a carico della A.S.L. ed il 60% a carico dell'utente o del Comune.

Centro diurno.

Il Centro diurno, aperto per almeno 8 ore al giorno per sei giorni settimanali, svolge funzioni terapeutico - riabilitative tese a impedire e/o arrestare processi di isolamento relazionale e di emarginazione e a prevenire e contenere il ricovero.

N. utenti accolti giornalmente: 20

Requisiti minimi autorizzativi:

Organizzativi

- n. 7 unità lavorative, di cui:

n. 1 collaboratore professionale sanitario esperto o collaboratore professionale assistente sociale esperto;

n. 4 collaboratori professionali sanitari (infermieri, educatori professionali, personale della riabilitazione) o collaboratori professionali assistenti sociali;

n. 2 operatori tecnici addetti all'assistenza.

- N. ore settimanali di attività psicoterapeutica: minimo 12 ore.

Nel Centro diurno, inoltre, è assicurata la collaborazione di esperti (artigiani, maestri d'arte, ecc...) per la conduzione di attività specifiche.

In caso di attivazione servizio trasporto utenti e/o servizio mensa si deve, in via preferenziale, ricorrere a cooperative integrate.

Nel Centro diurno si attueranno percorsi riabilitativi miranti alla autonomizzazione e risocializzazione degli utenti attraverso programmi occupazionali volti all'apprendimento di specifiche competenze utilizzabili in senso lavorativo e programmi di animazione sociale.

Oltre alle attività interne alla struttura, gli operatori promuoveranno incontri di sostegno alle famiglie e di collegamento con il territorio.

Strutturali

La dotazione minima di ambienti della struttura è costituita da:

- locale per attività individuali

- locali per attività socio - riabilitative e attività collettive (almeno 2)

- spazio attività motoria

- n. 2 servizi igienici pazienti

- n. 1 servizio igienico personale

- locale relax pazienti

- locale pranzo

- cucinino.

La struttura deve essere, altresì in regola con le disposizioni di cui agli articoli 5, 6 e 122 del presente regolamento.

L'accesso e la dimissione dei pazienti nelle strutture di riabilitazione psichiatrica, ai sensi del P.O. "Tutela della salute mentale 1998/2000" avvengono in base ad un programma riabilitativo personalizzato, concordato e periodicamente verificato, fra operatori del DSM, operatori della struttura riabilitativa, pazienti ed eventuali persone di riferimento.

Le attività riabilitative e risocializzanti sono finalizzate al recupero funzionale e sociale del paziente psichiatrico, con l'obiettivo finale del reinserimento sociale e lavorativo e, comunque, del raggiungimento del massimo livello di autosufficienza personale, sociale e/o lavorativa acquisibile.

Le strutture devono, pertanto, di norma, accogliere soltanto utenti provenienti dal territorio della A.S.L. in cui le stesse sono collocate. Possono essere ammesse deroghe solo per specifiche situazioni nelle quali l'allontanamento del paziente dal suo contesto socio-familiare corrisponda ad una precisa - e temporanea - strategia terapeutico - riabilitativa;

Le strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne devono essere allocate nell'abitato cittadino in modo da agevolare i processi di socializzazione e collegate in rete con le altre strutture del Dipartimento di salute mentale della A.S.L.

È vietato l'accorpamento di più strutture che ospitano, in forma residenziale, pazienti psichiatrici, nonché l'accorpamento con servizi, a carattere residenziale, che erogano assistenza ad anziani o disabili.

È vietato appaltare la fornitura dei pasti e della pulizia a ditte esterne.

Le strutture residenziali di riabilitazione psichiatrica devono porre attenzione al possesso dei seguenti *standard di qualità*:

- a) le condizioni strutturali degli ambienti siano buone, con particolare riguardo allo stato delle pareti (imbiancatura almeno triennale), degli infissi, dei servizi igienici (con dotazioni complete e funzionanti ed erogazione di acqua calda sempre garantita);
- b) sia rispettato un programma di manutenzione ordinaria della struttura;
- c) siano disponibili mezzi di trasporto adeguati alle attività ed al numero e tipologia degli utenti della struttura;
- d) la struttura sia raggiungibile agevolmente anche con i mezzi pubblici (45 minuti circa) dalla maggioranza dei familiari residenti;
- e) il numero delle linee telefoniche sia adeguato al numero degli utenti, degli operatori, delle attività svolte e vi sia la possibilità per gli utenti di utilizzare un telefono, facendosi carico della relativa spesa;
- f) la struttura sia organizzata in modo tale che ogni paziente abbia uno spazio che può considerare come suo ed esista del mobilio per conservare in modo sicuro oggetti personali; gli utenti siano aiutati a fare scelte individuali per quanto riguarda gli spazi e gli effetti personali;
- g) l'arredamento, conforme a quanto in uso nelle civili abitazioni ed appropriato alle necessità degli utenti, offra condizioni di vivibilità buone le stanze siano arricchite con elementi decorativi, la biancheria, non di tipo ospedaliero, sia in buone condizioni e disponibile in quantità adeguata;
- h) tutti gli spazi siano accessibili agli utenti durante il giorno, tranne eventuali dispense o depositi;
- i) deve essere consentito ai visitatori l'accesso alla struttura liberamente ed in tutti gli spazi accessibili agli utenti, nel rispetto della privacy di quest'ultimi e del lavoro degli operatori;
- j) il lavoro sia organizzato secondo il modello per équipe; ogni membro dell'équipe partecipi alla formulazione dei piani di trattamento, ne valuti l'andamento nel corso di riunioni periodiche (settimanali o quindicinali) ed abbia precise responsabilità nella loro attuazione;
- k) per ciascun utente in carico sia redatto, insieme con l'équipe del Centro di salute mentale e con l'utente stesso, un programma riabilitativo personalizzato che, in rapporto alla patologia, alle disabilità, alle potenzialità, alla storia personale ed alle aspettative del paziente, individui gli obiettivi finali di miglioramento della qualità della vita da perseguire, attraverso la riduzione delle disabilità, la riacquisizione dell'autonomia nella cura di sé e dell'ambiente, delle competenze interpersonali ed intrapersonali, delle abilità strumentali generali e favorevoli l'autonomia all'esterno ed il completo reinserimento sociale e lavorativo, laddove possibile;
- l) venga nominato un operatore di riferimento in maniera stabile e continuativa per ogni paziente;
- m) le attività riabilitative non perseguano obiettivi generici, bensì siano finalizzate ad obiettivi specifici ed effettivamente raggiungibili per ciascuno degli utenti coinvolti in esse;
- n) sia curato il rapporto con le famiglie dei pazienti e tra i pazienti e i loro familiari; i familiari siano adeguatamente informati ed incoraggiati ad assumere un ruolo attivo nel trattamento del paziente, laddove ciò sia possibile ed opportuno;
- o) ogni utente in carico abbia una sua cartella compilata in modo completo ed aggiornato, con acclusa documentazione;
- p) gli utenti siano adeguatamente informati in merito al proprio stato di salute, all'andamento del programma terapeutico riabilitativo ed ai risultati dello stesso;
- q) sia disponibile nella struttura una scorta adeguata di farmaci generali fondamentali, di psicofarmaci fondamentali per il trattamento delle emergenze psichiatriche, di materiale di pronto soccorso;
- r) i pasti siano adeguati per quantità e qualità ai requisiti nutrizionali;

- s) le condizioni di pulizia e igiene e la profilassi in generale siano curate con estrema attenzione onde prevenire il contagio da malattie infettive;
- t) il personale presti sempre la dovuta attenzione all'aspetto dei pazienti non autosufficienti nella cura di sé;
- u) esista un piano annuale di formazione ed aggiornamento del personale che riguardi tutte le figure professionali;
- v) sia curata la redazione e l'aggiornamento periodico di una Guida al Servizio quale strumento di informazione sulle prestazioni e le garanzie dell'utente.

I Centri diurni devono garantire il possesso dei medesimi standard di qualità di cui al comma precedente, ad esclusione del punto f).

Per quanto riguarda l'accreditamento istituzionale, la **L.R. 28-5-2004 n. 8: "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private"** stabilisce che, in caso di necessità connesse alla realizzazione di interventi strutturali per l'adeguamento ai requisiti prescritti, le strutture di cui al Reg. 27 novembre 2002, n. 7 (Organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private), considerando positiva la compatibilità con il fabbisogno complessivo, sono autorizzate dai Comuni alle relative modifiche o al trasferimento definitivo, nell'ambito del distretto ove è ubicata la struttura autorizzata, previa verifica dei requisiti strutturali e organizzativi da parte dell'Azienda USL competente per territorio. I termini previsti per l'adeguamento ai requisiti da parte delle strutture di cui all'articolo 7 del Reg. n. 7/2002 sono prorogati secondo le seguenti scadenze:

- per i requisiti organizzativi, entro due anni dalla data di entrata in vigore del Reg. n. 7/2002;
- per i requisiti strutturali e tecnologici, entro quattro anni dalla data di entrata in vigore del Reg. n. 7/2002.

Le strutture di cui al Reg. n. 7/2002 che hanno operato in regime di convenzione con le unità sanitarie locali (USL), sulla scorta di atti autorizzativi di quest'ultime, in conformità alla programmazione definita dai dipartimenti di salute mentale, devono essere considerate, a tutti gli effetti, autorizzate all'esercizio delle attività.

È in corso di attuazione il **Progetto obiettivo regionale "Miglioramento dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie mentali"**, che persegue, nello specifico:

- la creazione del sistema informativo salute mentale;
- la realizzazione di un programma di valutazione regionale della qualità delle strutture di riabilitazione psichiatrica residenziale;
- l'avvio di interventi di riabilitazione e prevenzione dei disturbi psichiatrici in età evolutiva;
- il potenziamento dei centri diurni, il sostegno alle associazioni dei familiari ed ai gruppi di auto aiuto, l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici;
- la realizzazione di un progetto di miglioramento della qualità della vita nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

La Regione Puglia, con la D.G.R. 30 novembre 2005, n. 1722, ha approvato la "Costituzione del Comitato regionale interdipartimentale sulle dipendenze patologiche (C.R.I.Di.P.)".

Il Comitato Regionale Interdipartimentale sulle Dipendenze Patologiche è un organo tecnico-consultivo, presieduto dal Dirigente del Settore Assistenza Territoriale Prevenzione o suo delegato ed è costituito da:

- tutti i direttori del DDR ovvero delle Sezioni Dipartimentali;
- funzionari regionali individuati dall'Assessore alle politiche della salute e dall'Assessore alla Solidarietà;
- n. 2 rappresentanti designati dal CREA (Coordinamento Regionale Enti Ausiliari) - Puglia;
- n. 2 rappresentanti designati in seno alla Commissione consultiva ex LR n. 22/96 : "Criteri relativi alla regolamentazione dei rapporti con gli enti ausiliari che operano nel settore delle tossicodipendenze";
- n. 1 dirigente sanitario designato dal Direttore Generale dell'ARES.

Il Comitato Regionale Interdipartimentale sulle Dipendenze Patologiche si riunisce presso gli Uffici dell'Assessorato alle Politiche della Salute.

Le funzioni del Comitato Regionale Interdipartimentale sulle Dipendenze Patologiche sono l'orientamento, l'istruttoria, l'implementazione, la formazione, la ricerca ed il supporto tecnico-scientifico alla gestione strategica regionale in materia di dipendenze patologiche. La realizzazione delle funzioni assegnate è perseguita avvalendosi di specifici gruppi di lavoro istituiti per aree tematiche, scelti tra operatori e professionisti del DDP e degli Enti Ausiliari e tra professionisti indicati dalle Società Scientifiche e dalle Università regionali.

Il C.R.I.Di.P. dovrà procedere prioritariamente:

- alla piena attuazione della LR n. 27/99: "Istituzione e disciplina del dipartimento delle dipendenze patologiche delle aziende U.S.L." armonizzandola con la successiva normativa connessa;
- all'implementazione del sistema di rilevazione dati, unico ed informatizzato, nelle modalità definite dal Progetto SESIT, nell'ambito di un OSSERVATORIO REGIONALE delle Dipendenze Patologiche;
- alla formulazione di linee di indirizzo e di promozione delle azioni di integrazione sanitaria e sociosanitaria tra i relativi servizi anche con riferimento all'implementazione del Piano regionale delle politiche sociali e delle relative azioni, aventi riguardo all'ambito delle Dipendenze patologiche;
- alla formulazione di direttive regionali essenziali per garantire la piena attuazione del D. Lgs. 230/1990 di "Riordino medicina penitenziaria" necessario per garantire un livello uniforme di assistenza ai detenuti tossicodipendenti;
- a monitorare, come previsto dalla legge regionale 18 maggio 2004, n. 8 di "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private", il coinvolgimento istituzionale del DDP, lo stato dell'arte dei requisiti di accreditamento delle strutture pubbliche e private afferenti ai Dipartimenti delle dipendenze patologiche.

Il C.R.I.Di.P. deve promuovere e incentivare costantemente il coinvolgimento delle Società scientifiche di settore (Federserd, Sitd, Acudipa, Sia, ecc.) nonché dell'Università per il particolare contributo che esse potranno fornire nei vari gruppi di lavoro per la formulazione/proposta, di protocolli regionali e linee-guida sui temi prioritari di interesse del settore delle dipendenze patologiche, ivi compresi la ricerca, la formazione e la didattica nonché su tematiche specifiche quali la comorbilità psichiatrica.

Ai componenti del CRIDiP non spetta alcun compenso.

È facoltà dell'Assessore alle Politiche della Salute istituzionalizzare la funzione delle Società scientifiche di settore (Federserd, Sitd, Acudipa, Sia, ecc.) nonché dell'Università promuovendo la costituzione di una "Consulta regionale sulle dipendenze patologiche".

La D.G.R. n. 1722/2005 prevede inoltre che le proposte di piano economico-finanziario relativo alle attività programmate per le dipendenze patologiche siano inserite nel documento economico

funzionale dell'anno di riferimento e di dare mandato al Dirigente del Settore Assistenza Territoriale per l'attuazione ed esecuzione del provvedimento.

La **D.G.R. 28-4-2006 n. 533: “Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 3, comma 7. Adempimenti”** disciplina il tema del “**piano aziendale dei centri di responsabilità e di costo**”

In particolare, il **livello aziendale (Liv. I)** rappresenta il massimo grado di aggregazione ottenibile nella configurazione dei costi. Nell'ambito di tale livello si articolano centri di costo con riferimento allo staff del Direttore Generale, alla direzione amministrativa, alla direzione sanitaria, al coordinatore dei servizi sociali, al consiglio dei sanitari, al controllo di gestione ed agli altri organi in posizione di staff della direzione generale. In questo livello si aprono centri di responsabilità e di costo con riferimento ai responsabili sanitari ed amministrativi dei presidi ospedalieri, ai coordinatori di distretto.

Ad un livello sott'ordinato, rispetto al livello aziendale, si individuano **centri di responsabilità di struttura (Liv. II)**, così come riportati nella citata L.R. n. 36/1994, e tra cui:

- il dipartimenti a struttura (prevenzione e salute mentale);

La **L.R. 3-8-2006 n. 25: “Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”**, all'art. 14 “Il Distretto e le cure primarie” specifica che nel Distretto si integrano, a livello funzionale, le strutture del Dipartimento di **salute mentale**, delle dipendenze patologiche e del DP con particolare riferimento ai servizi alla persona. Sono svolte a livello distrettuale le attività di riabilitazione rivolte alla disabilità fisica, psichica e neurosensoriale tramite articolazioni periferiche della struttura sovra-distrettuale della riabilitazione. Nel Distretto è assicurata anche l'attività di medicina dello sport.

L'art. 7 “Tutela della salute dei detenuti e internati negli Istituti penitenziari” della **LR 9-8-2006 n. 26: “Interventi in materia sanitaria”** ricorda che la Regione Puglia tutela il diritto alla salute dei detenuti e degli internati presenti negli Istituti penitenziari ubicati nel territorio regionale assicurando adeguati livelli di prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, con particolare riferimento alla tutela della salute mentale, analoghi a quelli garantiti ai cittadini in stato di libertà, sulla base degli obiettivi di salute e dei LEA individuati nel Piano regionale di salute (PRS), con particolare riferimento alla tutela della salute mentale.

Al fine di assicurare ciò, la Giunta regionale, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa consultazione della rappresentanza dei DDP e dell'Amministrazione penitenziaria, adegua il protocollo d'intesa tra la Regione Puglia e la stessa Amministrazione, garantendo adeguato livello di assistenza farmaceutica.

Gli oneri conseguenti all'adeguamento del protocollo previsti per l'anno 2006, in misura non superiore a euro 1 milione e 200 mila, comprensivi della quota trasferita dallo Stato per la remunerazione del personale convenzionato, sono ripartiti tra le Aziende sanitarie all'interno del DIFE per l'anno 2006.

Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Regione emana inoltre disposizioni organiche di attuazione del decreto legislativo n. 230/1999 prevedendo la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo determinato in rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tutti i soggetti impegnati nell'assistenza sanitaria nella disciplina di criminologia clinica alla data di entrata in vigore della presente legge.

L'art. 9 della stessa **LR 9-8-2006 n. 26: “Interventi in materia sanitaria”** contiene invece “Disposizioni programmatiche per la tutela della salute mentale”.

In particolare, al fine di assicurare in Puglia lo sviluppo delle politiche di salute mentale, con uno o più atti della Giunta regionale, sono adottati interventi finalizzati ai seguenti obiettivi:

- a) completa realizzazione dei Dipartimenti di salute mentale, secondo la legge regionale 16 dicembre 1998, n. 30 (Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale previsti dalla legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36), con l'adeguamento della dotazione del personale, in tutti i profili professionali previsti, così come stabilito anche dal Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1998/2000" approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999;
- b) istituzione di Centri di salute mentale (CSM) funzionanti sperimentalmente ventiquattro ore su ventiquattro, sette giorni su sette, dotati di posti letto eccedenti quelli previsti nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) con tipologia di utenti individuata con circolare di Giunta regionale da emanarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Il bacino d'utenza dei CSM, di norma, deve coincidere con l'ambito territoriale del Distretto socio-sanitario;
- c) realizzazione di strutture terapeutico-riabilitative residenziali a tipologia "familiare" con caratteristiche di civile abitazione e un massimo di dieci posti letto. Sono confermate le strutture residenziali con missione fortemente connotata e semiresidenziali psichiatriche previste dal Reg. 27 novembre 2002, n. 7 (Regolamento regionale di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private) con il vincolo dell'innalzamento degli standard minimi per l'accreditamento e l'istituzione di una commissione di controllo con la presenza di associazioni di utenti e familiari;
- d) realizzazione di "case per la vita" per utenti cronici, soli, ma con sufficiente capacità di autonomia, da organizzare con regolamento nei successivi tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge;
- e) sviluppo delle forme alternative alla assistenza residenziale, come l'affido eterofamiliare realizzato attraverso un sostegno economico alle famiglie affidatarie, previo percorso per le stesse di formazione, selezione e sostegno unitamente a verifiche programmate nonché realizzazione di gruppi-appartamento, con caratteristiche di civile abilitazione, attraverso l'assegnazione di una quota di alloggi dell'edilizia economica e popolare riservata ai pazienti psichiatrici secondo quanto previsto;
- f) realizzazione di Centri diurni, con caratteristiche di Centri integrati tra sociale e sanitario, facilmente accessibili, gestiti, di norma, in ambito pubblico, fino a un numero massimo di venti;
- g) al fine di favorire il processo di riconversione degli ex ospedali psichiatrici "Casa della divina provvidenza" di Bisceglie e Foggia, le AUSL BA/2 e FG/3 possono affidare alle Opere don Uva la gestione delle nuove strutture da attivarsi sul territorio di cui ai commi c), d) ed f);
- h) gestione, in via sperimentale di forme di autogestione di Centri diurni da parte di utenti e gruppi di self-help;
- i) iniziative di sostegno anche economico, alle Associazioni di utenti dei servizi psichiatrici e dei loro familiari per la promozione della salute mentale e la lotta allo stigma;
- j) organizzazione della assistenza domiciliare specialistica all'interno dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) così come nei compiti istituzionali dei CSM con il controllo del DSM;
- k) assegnazione di risorse ai DSM per la costruzione e lo sviluppo delle reti sociali naturali e formali all'interno dei Piani sociali di zona (PSZ), attraverso l'assegnazione di budget vincolato;
- l) presa in carico da parte dei DSM dei pazienti detenuti, in attuazione del D.Lgs. n. 230/1999 e dei ricoverati in Ospedale psichiatrico giudiziario per i quali vanno realizzate forme alternative di residenzialità;
- m) organizzazione da parte delle AUSL di percorsi formativi per tutti gli operatori del DSM, compresi quelli del privato sociale, mirati a sviluppare competenze e professionalità, a partire dalla centralità territoriale degli interventi in salute mentale; attivazione di tirocini formativi presso i CSM per gli specializzandi in psichiatria e gli studenti di medicina, psicologia, scienze dell'educazione, scienze sociali;

n) istituzione di una Commissione regionale per le iniziative di tutela della salute mentale, con la presenza di rappresentanti di associazioni per la difesa dei pazienti psichiatrici, con la funzione di controllo, proposta e monitoraggio delle problematiche e delle criticità in ambito regionale.

Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i DSM procedono alla verifica del fabbisogno aziendale e alla programmazione territoriale delle strutture riabilitative nel rispetto dello standard previsto dal Reg. 2 marzo 2006, n. 3 (art. 3, comma 1, lettera a), numero 1), della L.R. n. 8/2004. Fabbisogno prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie). Sulla base dei criteri fissati dalla Giunta regionale le strutture interessate possono procedere a eventuali riconversioni di attività eccedenti il fabbisogno in altre tipologie di strutture che dovessero risultare carenti.

La Giunta regionale adotta uno o più regolamenti attuativi del presente articolo e della L.R. n. 30/1998 per la parte non modificata dalla presente legge.