

Scheda informativa sulle politiche regionali relative alla salute mentale

Regione Campania

Segretario regionale: Francesco Catapano

Aspetti istituzionali – la programmazione regionale

1. **Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale in Campania (DGR n. 2132 del 20 giugno 2003) (vedi sintesi e All. 1-2).**

Successivamente, il **Piano regionale Ospedaliero per il triennio 2007 – 2009 (LR n. 24 del 19 dicembre 2006)** ha indicato le linee principali per la riorganizzazione della rete dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e per la riconversione delle Case di cura convenzionate ad indirizzo psichiatrico (**All. 3**).

A seguito dell'emergenza finanziaria, sono state approvate le "Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo" (LR n. 16 del 28 novembre 2008) (**All. 4, ultima versione**), che per la Psichiatria prevedono:

- un piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera;
 - una sostanziale riduzione dei posti letto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (227 censiti nel ProgRes nel 2006; 180 attivi nel 2007, secondo le valutazioni della Commissione Tecnica Regionale per la Salute Mentale; 153 previsti dal piano di rientro; da 0,26 a 0,35 p.l. per 10.000 abitanti nel piano di rientro, rispetto ad 1 p.l. per 13.000 abitanti previsti dal precedente Piano Ospedaliero Regionale).
2. Prima dell'approvazione del Progetto Obiettivo Regionale, con DGR n. 7262 del 27 dicembre 2001 la Giunta Regionale aveva approvato le **Linee Guida per l'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Campania** (che sono state riportate integralmente nel capitolo 1 del Progetto Obiettivo Regionale) e, successivamente, nel **Piano Sanitario Regionale 2002-2004** (approvato con LR n. 10 dell'11 luglio 2002) aveva individuato i principali obiettivi del triennio relativamente alla salute mentale (**vedi sintesi e All. 5, pp. 79-81**).

3. **Neuropsichiatria infantile e adolescenza:**

- **Principali riferimenti normativi:**

- **DGR n. 460/99 - Linee Guida inerenti il Progetto di Promozione e Tutela della Salute degli Adolescenti (vedi All. 6).**
- **Il Progetto Obiettivo Regionale Tutela Salute Mentale**, indicava la necessità urgente, nel giro di un anno, di attivare nuovi servizi per l'età evolutiva e l'adolescenza.
- Erogazione di finanziamenti per l'implementazione di una rete territoriale per la Tutela della Salute Mentale in età evolutiva ed adolescenza: attivazione di uno "SPAZIO ADOLESCENTI" in ogni AASSLL con compiti di monitoraggio epidemiologico, prevenzione, interventi terapeutici e l'attivazione di uno "spazio fisico dipartimentale per accogliere minori di area penale e giudiziaria".
- La **DGR n. 254 del 25 febbraio 2005, "Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Provvedimenti e indirizzi organizzativi" (All. 7)** propone l'istituzione e l'attivazione in ogni ASL di almeno un'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e di Unità operative semplici distrettuali.
 - In sede di prima applicazione si invitavano i Direttori Generali delle AASSLL, nelle more dell'emanazione di specifiche Linee Guida Regionali, a valutare l'opportunità di richiedere, in via sperimentale, l'istituzione di un'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e di Unità Operative Semplici distrettuali:
 - Unità Operativa Semplice della Salute Mentale dell'età evolutiva e dell'adolescenza per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psicologico, comportamentali e psichiatrici, ivi compresi quelli di area penale segnalati dalla Giustizia minorile, della fascia di età 0-18 anni con progetti di presa in carico e programmi terapeutici individuali, realizzando una continuità terapeutica nell'età di passaggio attraverso attività integrate con le unità operative di salute mentale per adulti.
 - Unità Operativa Semplice per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neuropsicologici e neurologici e per la presa in carico dei minori con disabilità neurosensoriali e cognitive nella fascia di età 0-18 anni, attraverso la formulazione dei progetti terapeutici individuali e la valutazione periodica, anche attraverso l'utilizzo nella fase della diagnosi e della cura, di posti letto ospedalieri di pediatria dedicati.
 - L'articolazione delle Unità Operative Semplici doveva essere definita da ogni singola Azienda tenendo conto del bacino di utenza (valori demografici e caratteristiche epidemiologiche della fascia di età da 0 a 18 anni) e delle caratteristiche territoriali.
- **DGR n. 2312 del 29.12.2007: Programma di prevenzione dei disturbi comportamentali in adolescenza (bullismo, comportamenti alimentari, salute riproduttiva) (All. 8)**

- **Situazione attuale:**
 - Delle Unità Operative Complesse ne è stata realizzata solo una ad Avellino.
 - Sono state istituite Unità Operative Semplici all'interno dei DSM specificamente dedicate all'adolescenza (Napoli 2); altre attività dedicate all'adolescenza sono state realizzate attraverso l'utilizzazione dei fondi CIPE (Caserta); altre maggiormente settoriali (dedicate ad esempio ai DCA) hanno utilizzato parte dei fondi CIPE (Napoli 1); altre esperienze non si fondano su unità strutturali o funzionali ma sono semplici articolazioni dei DSM in qualche modo dedicate all'adolescenza (Salerno, Napoli 3).

Dipendenze:

- **DGR n. 2136 del 20 giugno 2003: Organizzazione servizi dipendenze nelle AA.SS.LL. – Dipartimento delle Dipendenze (All. 9-10).**
 - Il Dipartimento è configurato come un'entità di livello aziendale alle quale è affidato il coordinamento tecnico-scientifico e la gestione delle risorse coinvolte nell'area della dipendenza.
 - Il Dipartimento è organizzato con modalità di integrazione inter-istituzionale e prevede la diretta partecipazione del privato sociale accreditato o autorizzato, operante nel territorio o richiesto da altri territori per specifiche competenze.
 - Il Dipartimento per le Dipendenze dovrà individuare un modello organizzativo che dovrà contemplare nell'ambito delle Piante Organiche Aziendali: a) strutture complesse (centrali, distrettuali, sovradistrettuali); b) strutture semplici; servizi, settori o aree.
 - Il Dipartimento per le Dipendenze è **strutturato** per le AA.SS.LL. con un numero di abitanti superiore a 300.000. Tale modello organizzativo presenta una piena autonomia gestionale (nei limiti previsti dalla generale organizzazione dell'Azienda), e le Unità Organizzative Aziendali coinvolte operano in condizioni di dipendenza gerarchica da una specifica figura apicale, che controlla anche le risorse e definisce le convenzioni con le strutture accreditate.
 - Il Dipartimento per le Dipendenze è di tipo **tecnico-funzionale** per le AA.SS.LL. con un numero di abitanti inferiore a 300.000. Tale modello organizzativo non è dotato di una specifica configurazione gerarchica-amministrativa. Ad esso afferiscono, mantenendo le specifiche attribuzioni e competenze, le varie realtà coinvolte nell'area delle dipendenze, con l'istituzione di una Area di Coordinamento.
- **DGR n. 1910 del 16 dicembre 2005 su "Rete Ser.T. e strategie d'intervento per l'assistenza ai tossicodipendenti" (All. 11).**
 - Viene approvata la rete territoriale dei Ser.T. della regione Campania
- **DGR n. 1154 del 29 giugno 2007 "Operazione Contatto"**

➤ **DGR n. 1936 del 9 novembre 2007 (DGR n. 7301/2001 - Regolamento Consiglio Regionale della Campania n. 1 del 22 giugno 2007) (All. 12).**

- Vengono regolamentate le attività di “contatto” ed individuati gli obiettivi e i programmi di presa in carico.

4. Il Settore interventi a favore di fasce sociosanitarie particolarmente "deboli" presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania predispose piani in materia di tutela della salute mentale, geriatria, tossicodipendenza ed alcolismo, tutela portatori handicap e riabilitazione.

Dirigente: Dott.ssa Rosanna Romano

E-mail: rosanna.romano@regione.campania.it - fasce.deboli@regione.campania.it

5. A partire dal 1994 sono state istituite diverse Commissioni Tecniche Regionali per la Tutela della Salute Mentale che hanno contribuito alla programmazione e al monitoraggio delle attività del settore. Le attività dell'ultima commissione sono attualmente “congelate”, in questa fase di cambio ai vertici della Regione Campania. Come per le altre società scientifiche e professionali, la sezione regionale della SIP non ha mai avuto un suo rappresentante ufficiale inserito nell'ambito delle varie Commissioni. Tuttavia, la presenza di soci della SIP è sempre stata molto numerosa in tutte le precedenti Commissioni, l'interlocuzione costante ed in alcuni momenti, la collaborazione piuttosto fattiva.
6. E' una situazione complessa, poco sistematizzata e farraginosa: sono coinvolte diverse aree della Regione. Il riferimento principale per la sanità è il Settore Fasce Deboli (Rosanna Romano) dell'Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria, ma intervengono anche altri settori e non c'è un complessivo coordinamento. Manca ogni integrazione con le Politiche Sociali e le stesse norme, tra pezzi di leggi, delibere e decreti, rispecchiano questa confusa ed inefficace operatività.
7. Non esistono in Campania distretti sociosanitari in senso proprio, si tratta di distretti solo sanitari; in altre parole manca una strutturata integrazione. Per quanto riguarda i rapporti Distretto/DSM, i collegamenti sono incerti e variano notevolmente nelle diverse realtà locali; l'unico collegamento formale esistente, ma concretamente inefficace, è la programmazione che dovrebbe essere effettuata attraverso i Piani delle Attività Territoriali (PAT sociosanitari); tale adempimento pur previsto dalla normativa, è infatti scarsamente utilizzato in Campania.

8. Non esiste un Regolamento tipo per i Dipartimenti di Salute Mentale. Tuttavia, ciascun dipartimento ha elaborato un proprio “regolamento” che, nei principi ispiratori, fa riferimento al Progetto Obiettivo Regionale Salute Mentale, e tiene conto delle specificità locali (vedi Salerno1) **(All. 13)**.

9. La Regione Campania ha emanato un “Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l’accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale” **(Regolamento n. 1 del 22 giugno 2007)**, nel quale vi sono indicazioni per le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale. Nonostante il lavoro svolto dalla Commissione Regionale e dagli uffici competenti, la concreta prosecuzione del processo si è interrotta per le vicende relative al Piano di rientro dal disavanzo finanziario. Attualmente, la struttura commissariale sembra stia lavorando ad un aggiornamento dei requisiti e delle procedure indicate nel precedente Regolamento. Membri del Consiglio Direttivo della Sezione Regionale hanno partecipato ai lavori delle diverse Commissioni che si sono occupate dell’argomento.

Regolamento n. 1 del 22 giugno 2007 (All. 14)

La Regione Campania garantisce, attraverso l'istituto dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di attività sanitarie e/o socio-sanitarie, l'erogazione di prestazioni, vigilando sulla loro qualità e sul miglioramento continuo delle strutture attraverso uno sviluppo sistematico e programmato del Servizio Sanitario Regionale. Sono soggette ad autorizzazione: a) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale come i Centri di Salute Mentale; b) strutture sanitarie e/o socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e/o semiresidenziale come i presidi per la tutela della salute mentale: centri diurni psichiatrici, day hospital psichiatrici e strutture residenziali psichiatriche. In particolare, per le strutture residenziali psichiatriche è indicato, quale fabbisogno, l'indice contenuto negli specifici provvedimenti programmatici regionali (DGR 30 gennaio 1997, n. 168) pari a **2 posti residenziali per 10.000 abitanti**. Tale indice risulta coerente con quello definito dal DPR 10 novembre 1999 recante il progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000". Per i Centri Diurni Psichiatrici è indicato, quale fabbisogno, l'indice di **1,6 posti semiresidenziali per 10.000 abitanti**, anch'esso derivato dagli atti programmatici sopra menzionati. Per i Day Hospital Psichiatrici è assunto, quale fabbisogno, un valore oscillante dal 10% al 15% della dotazione di p.l. dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, programmata nell'allegato G del Piano Regionale Ospedaliero, tenendo presente che un posto letto in day-hospital è equivalente ad un posto letto in SPDC.

Tali indicazioni, mai completamente rispettate, sono attualmente in via di riconsiderazione. Infatti, nelle misure previste nel piano di rientro dal disavanzo finanziario, in corso di approvazione viene proposto: 1) per le strutture intermedie psichiatriche, il tasso di 3 p.l. per 10.000 abitanti, corrispondente a 1.744 posti letto complessivi (attualmente sono attivi 870 p.l.); 2) per le strutture psichiatriche semiresidenziali, 2 p.l. per 10.000 abitanti, corrispondenti a 1163 posti letto complessivi.

Aspetti clinico-organizzativi

1. Non esiste un flusso informativo regionale relativo alle prestazioni psichiatriche. Rilevazioni periodiche sono state effettuate relativamente ai ricoveri negli SPDC e nelle strutture private. La struttura commissariale sta cercando di implementare un sistema di rilevazione, che dovrebbe tener conto dei LEA.
2. Non viene effettuata una rilevazione sistematica delle attività delle strutture private accreditate.
3. L'assistenza territoriale è organizzata prevalentemente sulla base di progetti terapeutici "personalizzati". La presa in carico del paziente, in particolare del paziente "grave", prevede azioni coordinate ed integrate, che coinvolgono varie professionalità in momenti contemporanei e/o distinti, ma sempre all'interno di un progetto terapeutico-riabilitativo unitario. L'insieme degli operatori, nel rispetto dei diversi ruoli, si costituisce come "comunità curante" creando condizioni per l'accoglimento, la cura e l'abilitazione e l'integrazione sociale del paziente. Il paziente, a seconda delle necessità terapeutiche può attraversare le varie strutture del CSM, ma sempre in funzione di un progetto terapeutico che lo accompagna dal primo contatto fino al rientro nella sua comunità sociale, anche laddove necessiti di ulteriori e /o diversi supporti. Il Servizio di Salute Mentale affianca eventuali altri servizi che subentrino a sostegno del paziente per differenti esigenze, favorendo percorsi di emancipazione dello stesso e rispettando la sua contrattualità nelle scelte. E' prevista l'attivazione di azioni opportune che: incidano sul contesto, a partire da quello più vicino al paziente stesso, la famiglia; intervengano sullo stigma legato alla malattia mentale; favoriscano l'integrazione degli utenti. Nell'ambito di progetti personalizzati, l'attività terapeutica svolta al domicilio del paziente è considerata come una dimensione essenziale dei progetti terapeutici, non solo come mera erogazione assistenziale passivizzante.

4. Ciascun DSM dispone di strutture residenziali (Comunità protette, Case famiglia, Gruppi appartamento), al fine di attuare l'intervento terapeutico e riabilitativo di salute mentale nelle sue varie graduazioni ed articolazioni, da periodico a continuativo, con forme di protezione differenziate (alta, media e bassa intensità) e flessibili (24 ore, 12 ore, per fasce orarie), in rapporto alle condizioni di salute degli utenti e secondo piani personalizzati d'intervento. Le modalità di organizzazione, funzionamento ed inserimento degli ospiti nelle strutture residenziali sono definite dai regolamenti del DSM aziendale. Il lavoro nelle residenze mira sempre alla *dimissione e/o al passaggio da una condizione più assistita a quella meno assistita*. Il DSM definisce i *criteri di ammissione e di dimissione* degli ospiti nelle strutture, garantisce la continuità terapeutica e, nei casi di partneriato con il privato sociale, conserva la responsabilità della programmazione e della verifica dei progetti terapeutici-riabilitativi.

Per il P.O. regionale, le strutture residenziali di lunga assistenza e riabilitazione:

- non devono mai superare i venti posti letto
- devono essere orientate ad una forte valenza riabilitativa
- devono tendere a ridurre il numero dei letti, sostituendoli con attività diurne o comunque a tempo parziale
- devono articolare il massimo di contestualizzazione con i servizi e con il territorio.

Le strutture più appropriate dovrebbero avere le caratteristiche della casa-famiglia e dell'appartamento di gruppo, vedere coinvolti nella gestione gli ospiti, essere a gestione mista pubblico-privata. Le strutture residenziali devono essere inserite nei piani di zona con il coinvolgimento degli enti locali nella gestione complessiva delle iniziative di contesto in cui devono collocarsi e relazionarsi. Qualora la gestione venga affidata ad una ONLUS o al privato sociale o imprenditoriale, dovrebbe essere utilizzato lo strumento del budget di cura. In altre parole, per ogni utente è predisposto un programma che definisce le specifiche risorse a disposizione e gli obiettivi da raggiungere. I budget individuali devono prevedere differenziazioni nel valore dell'enumerazione da caso a caso, da individuo a individuo in stretta relazione con la differenziazione del programma terapeutico, degli obiettivi da raggiungere e della complessità del caso. Ovviamente anche le strutture private convenzionate devono adeguarsi agli indirizzi quali-quantitativi indicati.

5. Non sono state elaborate linee guida regionali per i trattamenti e gli accertamenti senza consenso.

La Regione Campania ha provveduto a recepire le "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti sanitari obbligatori per malattia mentale – art. 33, 34, 35 Legge 23 dicembre 1978, n. 833 – approvate nella Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome in data 29 aprile 2009, demandando alle AA.SS.LL., alle AA.OO., ai Policlinici Universitari della Regione Campania la diffusione e applicazione delle raccomandazioni (All. 15).

Alcuni Dipartimenti stanno provvedendo ad elaborare autonomamente alcune disposizioni procedurali in merito alla contenzione (DSM dell'ASL Salerno 1) **(All. 16)**.

6. Modelli di collegamento tra aree di confine

- Non esistono collegamenti organici, né protocolli di intesa tra i Dipartimenti di Salute Mentale e l'area della Neuropsichiatria Infantile.
- Nessun Dipartimento di Salute Mentale campano prevede all'interno delle sue articolazioni la presenza dei servizi per le tossicodipendenze, e non ci sono – al momento – protocolli regionali ufficiali che normino i rapporti istituzionali tra DSM e SerT. La maggior parte dei Dipartimenti di Salute Mentale ha stipulato con i SerT raccomandazioni e protocolli a livello locale per una gestione condivisa della presa in carico dei pazienti affetti da doppia diagnosi: la ex ASL Napoli 4, sulla carta prevede la reperibilità 24ore per 7 giorni dei medici del SerT (ma queste sono praticamente presenti solo sulla carta); alcuni servizi (ex ASL Avellino 1, ex ASL Napoli 5, ex ASL Salerno 1 e 3 e altre) hanno delle raccomandazioni condivise che però di fatto non vengono rispettate. Sebbene alcuni SerT prevedano la presenza di un medico in pronta disponibilità sulle 24 ore per 7 giorni alla settimana, l'attività in urgenza/emergenza è complessivamente demandata ai Servizi di Salute Mentale.

7. Ospedali Psichiatrici Giudiziari

- Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa (circa 300 pazienti)
- Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Napoli (circa 100 pazienti)
 - Relazione del Dott. Nese (membro del direttivo della Segreteria Regionale SIP) sullo stato attuale del percorso di superamento degli OPG **(All. 17)**
 - Delibera della Regione Campania n. 858 dell'8 maggio 2009 **(All. 18)**

Altri elementi utili alla conoscenza della specificità regionale:

1. Modello organizzativo di fondo

- Presa in carico totale e continuativa 24 ore su 24.
- Modello organizzativo dipartimentale, nell'ambito territoriale delle AA.SS.LL..
- Dipartimento Strutturale a Direzione unica; macrostruttura complessa con autonomia gestionale e tecnico-organizzativa, e con valenza di soggetto negoziale con la Direzione Aziendale. Gestisce le risorse del DSM stabilite dalla Regione Campania nel 5% dei ricavi dell'Azienda.
- Il DSM si articola in:
 - *Strutture Complesse*: Unità Operative di Salute Mentale (UOSM)
 - *Strutture Semplici* (eventualmente a valenza dipartimentale)
 - *Articolazioni Funzionali*
- Le UOSM includono:
 - Centro di Salute Mentale (CSM);
 - Day Hospital (DH);
 - Centro Diurno (CD);
 - Strutture Residenziali (SR);
 - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).
- Il DSM assicura:
 - L'accoglimento e la valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia.
 - La presa in carico degli utenti.
 - La continuità dell'assistenza in un unico programma coordinato tra le varie articolazioni del DSM.
 - Gli interventi d'emergenza e di emergenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno.
 - L'effettuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO), definendone i criteri e le modalità per la realizzazione.
 - Gli interventi domiciliari negli ambienti di vita e di lavoro dei pazienti.
 - Gli interventi per il coinvolgimento e sostegno alle famiglie.
 - I piani terapeutico-riabilitativi per utenti gravi e la loro realizzazione.
 - Il coordinamento con le UO Materno-Infantili, la neuropsichiatria infantile, la geriatria, la riabilitazione ed i SerT.

- Il rapporto con i medici di base ed i servizi del distretto sanitario.
- La collaborazione con le associazioni di volontariato, di familiari ed utenti.
- Il coordinamento con i servizi sociali delle altre Istituzioni ed utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti.
- Le iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il privato sociale ed imprenditoriale.
- Il rapporto con le strutture accreditate con il S.S.N.

2. Ulteriori elementi

Integrazione socio-sanitaria (All. 19)

- Rispetto all'integrazione socio-sanitaria la Regione Campania, attraverso tutta una serie di Atti deliberativi, ha assunto la normativa nazionale, ha emanato apposite linee guida rivolte alle AASSLL e ai Comuni per la programmazione e la realizzazione di "percorsi assistenziali di presa in carico globale del cittadino-utente". E' stata prevista la realizzazione di una politica di integrazione socio-sanitaria con fondi misti (ASL/Comuni) attraverso i "**progetti riabilitativi, organizzati in budget di cura individuali**" (come indicato nel Progetto obiettivo regionale, "per budget di cura va inteso il complesso indivisibile di risorse quantificabili e di obiettivi esplicitati, relativi a percorsi individuali predefiniti di trattamento e presa in carico"). **In tutte le AASSLL** sono state istituite le **Unità di Valutazione Integrata (UVI)**, "organi di concertazione per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare di situazioni di bisogno socio-sanitario complesso, e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto assistenziale". E' stato inoltre avviato una fase di concertazione tra Comuni ed AASSLL al fine di rilevare il numero di utenti che necessitano di prestazioni socio-assistenziali; di quantizzare i costi e definire le competenze (ASL-Comuni); di attivare strumenti di rilevazione, verifica e monitoraggio degli interventi (contabilizzazione e informatizzazione).

Tra le criticità va sottolineata la "non completa" intesa tra Assessorato alla Sanità e alle Politiche Sociali (i Comuni non hanno avuto assegnati i fondi relativi, e attualmente le AASSLL anticipano anche le quote relative ai comuni).

Disturbi del Comportamento Alimentare

- Con **DGR n. 129 del 20 giugno 2002 (Piano Sanitario Regionale 2002 – 2004)** la Regione Campania aveva individuato tra gli obiettivi prioritari:
 - La promozione dell'adozione di "sani" modelli alimentari nella popolazione giovanile all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione alimentare.
 - La prevenzione primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare con particolare riferimento ai soggetti a rischio attraverso la loro individuazione precoce.
 - La prevenzione terziaria attraverso metodi riabilitativi (riabilitazione nutrizionale e riabilitazione psicologica e psichiatrica combinata).

- Con **DGR n. 4125 del 20 settembre 2002** la Regione Campania ha istituito il **Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare presso il Dipartimento di Psichiatria del Secondo Ateneo di Napoli**, con i seguenti compiti:
 - coordinamento delle iniziative epidemiologiche volte alla creazione di un registro regionale dei disturbi del comportamento alimentare;
 - coordinamento tecnico ed omogeneizzazione delle iniziative di prevenzione primaria–secondaria;
 - promozione di iniziative per la definizione di linee guida e di protocolli diagnostici, terapeutici e di follow-up;
 - ricerca clinica e biomedica;
 - formazione ed aggiornamento del personale medico e non medico;
 - fornitura di prestazioni assistenziali cliniche e diagnostiche di alto livello e particolarmente impegnative;
 - predisposizione e coordinamento di programmi di controllo di qualità;
 - supporto organizzativo alle attività diagnostiche e terapeutiche della rete territoriale dei servizi.

- Con **Decreto Dirigenziale n. 5 del 13 gennaio 2004** la regione ha provveduto alla attivazione del **Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare presso il Dipartimento di Psichiatria del Secondo Ateneo di Napoli**, con compiti di formazione e collegamento tra le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere della regione Campania.

Rilevazione strutture private accreditate

VILLA DEI PINI S.P.A.

Posti letto autorizzati: 179

Di cui accreditati con il S.S.N.: 150

Sito web: www.villadeipini.com - e-mail: info@villadeipini.com

Contrada Pennini 86/a AVELLINO - 83100 - AV

Tel: 0825672711; fax: 0825 36073

Direttore sanitario : Dr. Luigi Petrillo

Indirizzo nosologico: Neuropsichiatria

VILLA DEGLI ULIVI GE.I.S S.R.L.

Posti letto autorizzati: 82

Di cui accreditati con il S.S.N.: 82

S.S. Sannitica 87 KM 30,400 S. LEUCIO - 81020 - CE

Tel: 0823301762; fax: 0823 361360

Direttore sanitario : Dr. A. Tramontano

Indirizzo nosologico: Neuropsichiatria

HERMITAGE CAPODIMONTE S.p.A.

Posti letto autorizzati: 120

Di cui accreditati con il S.S.N.: 120

Via Cupa delle Tozzole, 2 NAPOLI - 80131 - NA

Tel: 0817483001; fax: 081 7410499

Direttore sanitario : Dr.ssa Maria Padula

Indirizzo nosologico: Neuropsichiatria

VILLA CAMALDOLI ALMA MATER Spa

Posti letto autorizzati: 250

Di cui accreditati con il S.S.N.: 212

Sito web: www.villacamaldoli.it - e-mail: info@villacamaldoli.it

Viale Priv. Villa Camaldoli, 55/57 NAPOLI - 80131 - NA

Tel: 0815873808; fax: 081 5874010

Direttore sanitario : Dr.ssa Luciana Sofia
Indirizzo nosologico: Neuropsichiatria

STAZIONE CLIM. BIANCHI SRL

Posti letto autorizzati: 92

Di cui accreditati con il S.S.N.: 92

Sito web: www.clinicabianchi.it - e-mail: info@clinicabianchi.it

Viale Liberta`, 342 PORTICI - 80055 - NA

Tel: 0816119111; fax: 081 7766355

Direttore sanitario : Prof. Eugenio Campanile

Indirizzo nosologico: Neuropsichiatria - Riabilitativa - Polispec. medica

VILLA ELISA S.PAOLO S.P.A.

Posti letto autorizzati: 40

Di cui accreditati con il S.S.N.: 37

Via Naz.le delle Puglie Km 54.700 CASAMARCIANO - 80032 - NA

Tel: 0818234278; fax: 081 8237718

Direttore sanitario : Dr. Antonio Palmese

Indirizzo nosologico: Neuropsichiatria

VILLA CHIARUGI s.r.l.

Posti letto autorizzati: 160

Di cui accreditati con il S.S.N.: 160

Sito web: www.villachiarugi.it - e-mail: info@villachiarugi.it

Via Giuseppe Atzori, 283 12 NOCERA INF. - 84014 - SA

Tel: 081921611; fax: 081 5178011

Direttore sanitario : Dr. Pasquale Grimaldi

Indirizzo nosologico: Neuropsichiatria

LA QUIETE S.R.L.

Posti letto autorizzati: 128

Di cui accreditati con il S.S.N.: 128

Sito web: www.casadicuralaquiete.it - e-mail: info@casadicuralaquiete.it

Via G. Amendola, 1 PELLEZZANO - 84080 - SA

Tel: 089567156; fax: 089 567260

Direttore sanitario : Dr. Michelino Romano

Indirizzo nosologico: Neuropsichiatria