



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 68

IN DATA 17/11/2015

OGGETTO: LINEE PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE.

Il Responsabile dell'istruttoria

Il Direttore del Servizio Programmazione Rete dei
Soggetti Deboli (Salute Mentale Dipendenze e Salute
nelle Carceri) e dell'Integrazione Sociosanitaria

Il Direttore Generale per la Salute

VISTO: Il Sub Commissario Ad Acta



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 68

data 17/11/2015

OGGETTO: LINEE PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

Premesso che, con delibera del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013, il Presidente *pro-tempore* della Regione Molise, dott. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013 – 2015 (ai sensi dell'art.15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n.95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n.135) e di procedere alla loro attuazione;

Vista la successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015;

Rilevato che:

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";

VISTO il D.P.R. 10-11-1999 relativo all'approvazione del Progetto-Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" 1998-2000;

VISTA la legge regionale 6 novembre 2002, n. 30 concernente disciplina " 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;

VISTO il decreto legge c.d. "Spending Review" 6 luglio 2012, n.95 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135;

VISTO il decreto legge c.d. "Balduzzi" 13 settembre 2012, n.158 recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n.189 ed in particolare, l'articolo 1 sul riordino dell'assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l'art.4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;

TENUTO CONTO che la Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato l'Accordo concernente il Piano di azioni nazionale per la salute mentale che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza, recepito dalla Regione Molise con DGR 24/02/2014 n. 83;

CONSIDERATO che l'Accordo concernente il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24.01.2013) impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili

TENUTO CONTO, altresì, che il PANSM individua in tre distinte sezioni le azioni programmatiche, per ciascuna delle quali vengono definiti gli obiettivi le azioni gli indicatori:

1. Tutela della salute mentale in età adulta
2. Tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza
3. Integrazione e coordinamento con altre aree;

CONSIDERATO CHE gli obiettivi specifici prioritari individuati dal "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" per la tutela della salute mentale in età adulta, sono:

- percorsi clinici territoriali differenziati;
- identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza nella fascia d'età 15-21anni;
- prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore;
- miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità;
- miglioramento del trattamento dei disturbi psichici comuni;
- miglioramento del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare;
- miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento;
- promozione della salute fisica del paziente psichiatrico;
- differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera;
- differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa;
- prevenzione e lotta allo stigma;

TENUTO CONTO, che l'accordo PANSM prevede i seguenti Obiettivi/ azioni e indicatori e in particolare, che nell'ambito degli interventi integrati in relazione all'assistenza sanitaria in salute

mentale per i detenuti, nonché definisce l'importanza dell'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale nazionale (SISM) in tutte le Regioni, verificando preliminarmente in modo specifico la predisposizione delle procedure necessarie;

CONSIDERATO che il documento "*Le Strutture Residenziali Psichiatriche*" approvato con Accordo Stato Regioni il 17 ottobre 2013 e recepito dalla Regione Molise con DGR 18/03/2014 n. 109, prevede tra i propri obiettivi di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, sia per gli adulti che per i minori, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità in base ai livelli di intensità riabilitativa e assistenziale e promuovendo, all'interno del sistema di offerta dei dipartimenti di salute mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni;

CONSIDERATO che il succitato accordo nazionale si riferisce solo a "*strutture residenziali psichiatriche che accolgono utenti adulti o nell'ambito della transizione tra servizi per minori e servizi per l'età adulta, in cui poter trattare, quando appropriato e per tempi definiti, i soggetti affetti dai seguenti quadri patologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale*"; mentre rinvia a successivi documenti di indirizzo la disciplina delle strutture per minori e delle strutture e dei servizi riguardanti altri quadri patologici, "*pur rientranti nell'area dell'assistenza psichiatrica la cui competenza principale afferisce, tuttavia, ad altri servizi, in base alle organizzazioni dei Servizi Sanitari Regionali (quali, ad esempio, insufficienza mentale, disturbi pervasivi dello sviluppo, disturbi dello spettro autistico, dipendenze patologiche con comorbidità psichiatrica, disturbi psicopatologici degli anziani e BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia)*";

VISTO inoltre l'obiettivo dell'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 di "*fornire indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata: a) sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), b) sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni*"; nonché la metodologia da adottare indicata dall'Accordo stesso "*incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici offerti agli utenti*";

VISTO, in particolare che l'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata "*Le Strutture Residenziali Psichiatriche*" in merito all'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, afferma quanto segue:

"(...)ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti proposti dai Centri di Salute Mentale per l'inserimento devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi di inclusione, già indicate in premessa: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con grave compromissione del funzionamento personale e sociale (espresse sulla base dei criteri della ICD9 CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità).

- *che vengono, quindi, presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., HONOS, BPRS, FPS, VADO), le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Le risultanze di tali valutazioni orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere;*
- *che l'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli: il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa; il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.*

- che vengono definiti gli interventi necessari al paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate. Da ciò scaturisce la scelta della tipologia di struttura residenziale”

VISTO, in particolare, che lo stesso succitato Accordo /2013 fornisce indicazioni in merito alle tipologie di strutture residenziali psichiatriche: “...distinte sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo”; in particolare, in base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e a livello di intensità assistenziale presente, sono individuate tre tipologie di struttura residenziale:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).
- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).

Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale socio sanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3)”

Accordo n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata "Le strutture residenziali psichiatriche"	
tipologie	Livello intensità assistenziale/sottotipologie
Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).	
Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2)	
Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio riabilitativi (SRP3)	SRP3.1 con personale nelle 24 h
	SRP3.2 con personale nelle 12 h
	SRP3.3 con personale per Fasce orarie

VISTO, in particolare, quanto previsto dall'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 in merito alla specializzazione e differenziazione delle strutture residenziali: “si segnala qui il rilievo acquisito e crescente di un'esigenza di differenziazione e specializzazione delle strutture e dei programmi che sappia diversificare i PTRP per condizioni specifiche, quali: i trattamenti all'esordio, i trattamenti nella fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta, i trattamenti dei disturbi di personalità, i trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare, i programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico, afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione”.

VISTO quanto previsto dall'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 in merito al monitoraggio e alle verifiche e all'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), anche attraverso l'adozione di un set di indicatori specifici in grado di fornire elementi di valutazione a livello locale, regionale e nazionale e in particolare le indicazioni :

“Si raccomanda l'utilizzo di strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell'esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti. Tale valutazione è particolarmente indicata nelle strutture a carattere intensivo. Analogamente, riguardo ai trattamenti residenziali per le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, che saranno accolte nelle strutture ad hoc previste dalla legge 9/2012, occorre prevedere opportune modalità di monitoraggio del percorso per verificare l'appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni, gli outcome clinici, anche tramite appositi progetti a livello nazionale e regionale”;

CONSIDERATO che il recepimento degli Accordi nazionali "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" e "Le Strutture residenziali psichiatriche" comporta la revisione dell'assetto attuale del Dipartimento Salute Mentale;

RITENUTO pertanto di dover riallineare l'offerta della residenzialità psichiatrica della Regione Molise per la Salute Mentale in coerenza con le indicazioni di carattere nazionale, e che sia necessaria una riqualificazione differenziata per livelli di intensità assistenziale delle 14 strutture residenziali psichiatriche ad oggi presenti sul territorio con conseguente adeguamento dei costi e delle relative tariffe;

CONSIDERATO che il mantenimento dei requisiti di accreditamento delle strutture psichiatriche saranno oggetto di verifica periodica da parte della Regione Molise;

In virtù dei poteri conferiti con la Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18 maggio 2015,

DECRETA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il documento per la riorganizzazione del dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche
- di dichiarare che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del Settore sanitario;

Il presente decreto, composto da n. 6 pagine e n. 1 allegati, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA

Paolo di Laura Frattura



RIORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il Dipartimento di Salute Mentale.

Il *Dipartimento di Salute Mentale* della Regione è un organismo operativo e gestionale che garantisce l'unitarietà e l'integrazione delle attività finalizzate alla promozione e alla tutela della salute mentale, coordinando tutte le strutture organizzative che perseguono tali comuni finalità, pur conservando la rispettiva autonomia clinico-professionale. L'organizzazione dipartimentale garantisce l'interdipendenza delle strutture e di tutte le funzioni erogate come previste dalla normativa vigente (D.P.R. 10.11.1999), attraverso un governo collegiale nell'utilizzo delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi di salute. Il *Dipartimento di Salute Mentale* è organizzato in tre Centri di Salute Mentale (CSM), UOOCC e centri di costo, tutti funzionalmente collegati con il Distretto.

Centri di Salute Mentale.

I *Centri di Salute Mentale (CSM)* sono localizzati ad Isernia, Termoli e Campobasso. Ogni CSM è sede operativa dell'equipe e fulcro di tutta l'attività assistenziale psichiatrica compresa l'attività di diagnosi e cura ospedaliera, residenziale e semiresidenziale di competenza territoriale. Prioritari sono:

- L'Intervento Precoce;
- I Progetti Terapeutico-Riabilitativi Personalizzati per i disturbi gravi, complessi e persistenti;
- I Percorsi Assistenziali elaborati con i servizi di confine, con le altre istituzioni e gli Enti Locali, per le patologie non di esclusiva competenza diagnostico-professionale della salute mentale, che includono trattamenti per i soggetti con "doppia diagnosi", per l'età evolutiva e per la fascia di soggetti a rischio con età 16-18, per i disabili intellettivi, per i soggetti con "autismo" e per i detenuti.

Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

Le *Unità Operative Semplici*, in collegamento funzionale con i CCSSMM di competenza, sono allocate presso gli Ospedali di Campobasso, Isernia e Termoli. Ogni Ospedale è dotato di 6 posti letto per ricoveri in regime di degenza ordinaria e due posti letto per ricoveri in Day-Hospital.

Centri Diurni.

I *Centri diurni* offrono servizi semi-residenziali così come previsto dalla normativa vigente nazionale (DPR 10.11.1999) e dalla normativa regionale in tema di Salute Mentale (L. 30/2002 e L. 1/2004). I *Centri diurni*, collocati a Campobasso, Isernia e Termoli, hanno una capienza massima di 20 utenti ciascuno.

Strutture Residenziali per l'assistenza Psichiatrica

La Regione Molise, riguardo le strutture residenziali psichiatriche, adeguerà la sua organizzazione e l'offerta sanitaria e socio sanitaria al *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale* approvato con gli Accordi della Conferenza Unificata Stato-Regioni, Province autonome, Comuni e Comunità montane, del 24 gennaio 2013 (Rep. Atti n. 4/CU) e del 17 ottobre 2013 (Rep. Atti n. 116/CU). Nella Regione Molise è necessaria una riqualificazione differenziata per livelli di intensità assistenziale delle 14 strutture residenziali psichiatriche ad oggi presenti sul territorio. La situazione attuale dei posti letto in Regione Molise per la Salute Mentale è pari a 134 pl, di cui 130 ad alta intensità assistenziale e 4 pl a media intensità. I suddetti posti letto sono distribuiti in maniera disomogenea rispetto ai bacini di utenza. Attualmente il tasso complessivo di posti letto per 10.000 abitanti è pari a 4,3 pl. Con riferimento alla tipologia di assistenza si registra per l'alta intensità un tasso di posti letto pari a 4,12 per 10.000 abitanti, mentre per la media intensità un tasso pari a 0,13.

Situazione attuale posti letto per la Salute Mentale				
Distretto	Popolazione residente (al 01.01.2015)	Centri	Posti letto	Tipologia assistenza
Campobasso	126.242	6	60	Alta intensità
Isernia	87.292	6	60	Alta intensità
Termoli	101.191	2	14	Alta intensità (10 pl) Media intensità (4 pl)
Totale	314.725	14	134	
Tasso PL ogni 10.000 ab.				4,3

A fronte di un fabbisogno epidemiologico pari a 4/4,5 posti letto per tutte le tipologie di prestazioni (alta intensità, alias "intensive ed estensive" a totale carico del SSR; "Socio-Riabilitative" con presenza di personale 24/24h, 12/24h e fasce orarie con partecipazione al costo dell'utente e dei servizi sociali con percentuali differenziate sulla base della presenza oraria del personale) e tenuto conto dei documenti di programmazione nazionale sovra citati, le strutture residenziali psichiatriche sono distinte nelle seguenti tipologie:

- SRP.1) per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo;
- SRP.2) per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo;
- SRP.3) trattamenti socio-riabilitativi con personale presente h.24 (SRP.3.1), h.12 (SRP.3.2), in determinate fasce orarie (SRP.3.3).

La riconversione programmata entro dicembre 2015, è quella risultante dalla seguente Tabella.

Popolazione regionale residente 314.725 (dato ISTAT al 01.01.2015)								
	Campobasso	Isernia	Termoli	Totale	Tariffa ipotetica	Costo Totale	Tasso PI per 10.000 ab.	Δ
SRP.1	8	8	8	24	180	1.576.800	1,9	-2,2
SRP.2	16	10	10	36	160	2.102.400		
SRP.3.1	10	10	10	30	60	657.000	1	0,95
SRP.3.3	16	12	8	36	25	328.500	1,1	1,08
Totale	50	40	36	126		4.664.700	4,0	-0,21

L'offerta sarà quindi riallineata alla media nazionale (3,6 pl per 10.000 abitanti) a cui seguirà un adeguamento dei costi, mentre per quanto riguarda le tariffe, applicate alle prestazioni offerte nelle strutture della tipologia SRP 3.1 e SRP 3.3, si prevede una diminuzione delle stesse. Inoltre tale riallineamento tariffario, connesso al riassetto dell'attuale offerta regionale, dovrebbe concludersi entro e non oltre Dicembre 2015.

Sono parte integrante della proposta le seguenti ulteriori azioni:

- La rideterminazione delle tariffe, che dovrà prevedere un aumento per le strutture a carattere intensivo ed estensivo (riassorbite interamente dalla riduzione dei posti e dall'aumento dell'intensità assistenziale che prevede una diminuzione degli interventi ospedalieri soprattutto per i 18 posti intensivi) e per quelle SRP.3.3 che dovranno prevedere l'integrazione socio-sanitaria come prevista dal DPCM 2001 relativo alle prestazioni sanitarie in accordo dei LEA;
- La rideterminazione dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici per la diversificata tipologia delle strutture;
- La realizzazione, sulla base di quanto previsto dall'Atto di Accordo di Conferenza Stato-Regione, di 1 Struttura per disabili intellettivi attraverso la riconversione di una CRP di Campobasso che in base al DPCM dovrà essere gestita dal distretto e di una CRP per soggetti con dipendenza soprattutto alcolica e/o doppia diagnosi su Isernia sempre su base del distrettuale gestita dal SerT, di 2 Strutture per pazienti con età superiore ai 65 con deficit cognitivi gravi in presenza di quadri residuali di patologia psichiatrica, di cui una CRP da riconvertire a Campobasso ed una CRP ad Isernia, sempre gestite dal Distretto;
- La realizzazione, sulla base degli stessi principi, di un Centro per la cura dei disturbi alimentari attraverso la riconversione di una CRP di Isernia ed un Centro per le problematiche neuropsichiatriche in adolescenza da attivare ex-novo presso Campobasso e Termoli.

Per quanto concerne le strutture semiresidenziali, alias Centri Diurni, essi sono allocati a Campobasso, Isernia e Termoli. Ogni Centro diurno disporrà di 20 posti, in linea con gli attuali requisiti di accreditamento.

Si stima che la manovra di riqualificazione assistenziale e tariffaria sopra delineata possa garantire un risparmio pari a circa 0,5 €/mln che rappresenta una riduzione della spesa attuale (6,027 €/mln) pari all'8,5%.

Tuttavia, per fini prudenziali, non si è proceduto ad inserire tale ipotesi di risparmio all'interno del CE programmatico relativo agli esercizi 2014 e 2015.

La Regione procede, entro il 30 dicembre 2015, ad approvare i nuovi criteri di accreditamento, tenuto conto dei:

- Requisiti concernenti prestazioni e servizi;
- Requisiti concernenti le competenze professionali, compresi i programmi formativi e di aggiornamento professionale e di inserimento e addestramento professionale;
- Requisiti concernenti la comunicazione e le relazioni tra professionisti e con i pazienti, per favorirne il coinvolgimento nelle scelte cliniche e assistenziali;
- Requisiti concernenti il monitoraggio e la valutazione dell'appropriatezza clinica e la sicurezza, attraverso la gestione sistematica del rischio clinico e degli eventi avversi.

Il mantenimento dei requisiti di accreditamento sarà oggetto di verifica periodica da parte della Regione Molise. Saranno inoltre monitorati e valutati i risultati di salute, sia per le strutture residenziali o semiresidenziali, sia per le altre attività del dipartimento. Ciò sarà garantito attraverso l'implementazione del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) e l'adozione di un set specifico di indicatori. Il set degli indicatori sarà approvato ed applicato entro la data di Dicembre 2015. Resta inoltre invariata l'attuale organizzazione dei SERT.

Si riportano di seguito indicazioni circa la futura organizzazione del Dipartimento per la Salute Mentale da attuarsi entro Dicembre 2015.

STRUTTURA	UOC	UOS	UOSaVD	Totale
Direzione: incarico ad un direttore di UOC				
Direzione Amministrativa	1			1
CENTRI DI SALUTE MENTALE				
Distretto 1				
Psichiatria	1	1	2	4
Psicologia			1	1
SPDC		1		1
SERT	1			1
Distretto 2				
Psichiatria	1	1		2
Psicologia				
SPDC		1		1
SERT		1		1
Distretto 3				
Psichiatria	1	1		2
Psicologia				
SPDC		1		
SERT		1		
TOTALE	5	8	3	16

NB: Nel primo distretto sono previsti 2 UOSaVD, una per i 3 Centri Diurni regionali ed 1 per gli Interventi Precoci e per le patologie con i servizi di confine quali NPI e Distretto per disabili intellettivi e geriatria. Le UOS previste per la psichiatria per ogni distretto sono relative all'Assistenza Residenziale. E' sufficiente una UOSaVD per la Psicologia.