



**Associazione
Intercomunale per
Esercizio Sociale**

**Consorzio per i Servizi
alla Persona**

**REGOLAMENTO PER IL
FUNZIONAMENTO DELLE
COMUNITA' ALLOGGIO PER
DISAGIATI PSICHICI**

SOMMARIO:

A. FASE PRELIMINARE: PROCEDURE PER L'INSERIMENTO	3
A.1 COMPILAZIONE DEL PROGETTO E PROPOSTA D'INSERIMENTO	3
A.2 LISTA D' ATTESA	3
A.3 VALUTAZIONE DELL' INSERIMENTO	3
B. FASE DELL' INSERIMENTO	4
C. FASE DELLA PERMANENZA	6
C.1 DOCUMENTAZIONE	6
C.2 VERIFICHE MENSILI E STRAORDINARIE	7
C.3 INTERVENTI SPECIALISTICI	7
D. FASE DELLA DIMISSIONE	8
E. DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE	9

A. Fase preliminare: procedure per l'inserimento

A.1. *Compilazione del progetto e proposta d'inserimento*

A.1.1- L'equipe curante del CSM inviante, redatto il progetto terapeutico-riabilitativo che prevede l'inserimento in una Comunità Alloggio, propone detto inserimento.

A.1.2- La proposta e il relativo progetto terapeutico-riabilitativo vengono sottoposti per l'approvazione al responsabile del CSM e successivamente inoltrati al Responsabile Area Sistema DSM Distretto "C" per l'approvazione.

A.2. *Lista d'attesa*

A.2.1- Presso il Responsabile Area Sistema DSM Distretto "C" il nominativo del candidato all'inserimento nella CA, ove non siano immediatamente disponibili posti in tale struttura, viene inserito all'interno di una Lista d'Attesa, aggiornata in tempo reale.

A.3. *Valutazione dell'inserimento*

A.3.1. – La valutazione delle proposte di inserimento di nuovi utenti è una funzione di competenza per parte del DSM e parte della C.A.

A.3.2. Competenze del DSM:

- L'equipe del CSM è titolata alla proposta d'inserimento;
- L'equipe del CSM predispone il progetto per l'utente da inserire, prevedendo un piano economico in base alla normativa * per la copertura dei costi relativi alla retta quantizzata al momento in Euro 400,00 quale compartecipazione alle spese della C.A., oltre alla quota di salvaguardia per le esigenze di natura strettamente personale ** equivalente alla pensione sociale (come determinato dall'INPS nel mese di dicembre dell'anno precedente).
- L'equipe del CSM inviante, d'intesa con il responsabile della CA, con l'utente e con la famiglia: elabora e definisce il progetto terapeutico-riabilitativo;
- Il Responsabile Struttura Complessa Distretto "C", coadiuvato dai dirigenti responsabili delle unità operative coinvolte al caso: per quanto concerne 1) la definizione

dell'ammissibilità dello specifico utente nella CA, sulla base della concreta disponibilità di posto 2) l'individuazione delle priorità in caso di più ricerche contestuali;

- L'equipe inviante del CSM, d'intesa con l'equipe della CA, con la famiglia e con l'utente definisce l'ingresso effettivo dell'utente nella CA.

- * R.R. 3 febbraio 2000, n°1, (legge regionale 14 luglio 1983, n°49), art. 2, lettera d) *(l'assegno di reinserimento sociale fa parte del programma terapeutico ed è finalizzato al reinserimento sociale o alla deistituzionalizzazione dell'assistito; è proposto dall'équipe di cui all'articolo 3, comma 1, nei casi in cui l'utente non disponga di mezzi economici e di un valido supporto familiare. L'assegno di reinserimento sociale può essere utilizzato per contribuire alle spese alloggiative, per l'attività di tirocinio professionale (non superiore a due anni continuativi) e attività risocializzanti anche in previsione del reinserimento lavorativo. Tale assegno è corrisposto per un periodo massimo di un anno, ed è rinnovabile; l'importo massimo mensile dell'assegno è di Lire1.500.000.)*
- * *mutuato dalla DGR 98/07.

A.3.3.- La competenza dell'equipe della CA riguarderà, al momento dell'inserimento, la valutazione della coerenza tra le caratteristiche del progetto terapeutico-riabilitativo dell'utente da inserire e le specifiche caratteristiche della struttura; l'equipe della struttura dovrà tener conto del gruppo di utenti già inseriti e del clima istituzionale esistente. Tale valutazione dovrà essere rappresentata al Responsabile Struttura Complessa DSM distretto "C" che la terrà nella massima considerazione.

A.3.4.- La decisione finale, comunque, sulla valutazione dell'inserimento, compete al Responsabile Struttura Complessa DSM Distretto "C", tenuto conto del parere del responsabile della CA.

B. Fase dell'inserimento

B.1.1. – Il progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato viene completato nella sua elaborazione definitiva sotto la responsabilità del CSM, in cooperazione con l'equipe della CA. Le due equipe sono impegnate a proporre il progetto, concordemente elaborato, alla famiglia e all'utente per raccogliere proposte, suggerimenti, adesione e partecipazione attiva alla realizzazione del progetto stesso.

B.1.2. Il progetto terapeutico-riabilitativo deve contenere chiaramente:

- Gli obiettivi generali da raggiungere;
- I tempi di realizzazione degli obiettivi;

- I tempi di verifica del progetto stabilendo un calendario degli incontri tra le equipe, l'utente e la famiglia;
- I tempi di permanenza dell'utente nella CA.

Esso è condiviso dal G.I. e sarà costituito da:

- *anamnesi personale* dell'utente finalizzata ad individuare gli aspetti critici della sua situazione a livello sanitario e sociale; l'individuazione degli obiettivi intermedi di crescita, personali e possibili, in riferimento alla situazione particolare; i tempi di realizzazione degli obiettivi; i criteri di valutazione dei risultati attesi; le modalità di attivazione di reti primarie e secondarie da tessere in vista delle dimissioni e le indicazioni per una dimissione dalla comunità stabile e duratura. Verrà monitorato l'andamento rispetto al raggiungimento degli obiettivi e verranno proposte eventuali ed opportune modifiche al piano individualizzato mensilmente, durante la verifica plenaria;
- *anamnesi familiare* finalizzata ad individuare problemi e risorse, difficoltà e potenzialità; l'individuazione degli obiettivi che possano permettere il rientro dell'utente laddove possibile, e le modalità operative di sostegno proposte; indicazioni relative alla valutazione e/o attivazione di adeguate forme di coinvolgimento della famiglia di origine nell'intervento educativo; la presa in carico delle problematiche della famiglia in funzione della situazione contingente dell'ospite;
- indicazione della metodologia di intervento nei processi di *vita comunitaria*, finalizzati allo scambio con il territorio e alla collaborazione con la rete dei servizi; l'indicazione chiara degli obiettivi e degli strumenti operativi per raggiungerli, adeguata alle esigenze individuali e al contesto territoriale .

Cartella informativa

Parte integrante del piano di intervento è l'organizzazione della cartella informativa che permette a tutti gli operatori di poter visionare agevolmente i dati e intervenire anche in caso di eventuali sostituzioni.

Famiglia dell'utente

Un compito importante sarà quello della famiglia di origine dell'utente, che dovrà fornire notizie utili al buon andamento dell'intervento sul proprio familiare e

autorizzare eventualmente l'uso di particolari strumenti e/o mezzi che possano ritenersi utili. Acconsente o nega ogni eventuale modifica del progetto ed è parte attiva del progetto, fornisce la propria reperibilità nel caso insorgano difficoltà nella gestione del proprio familiare.

B.1.3. La responsabilità dell'intero progetto rimane sempre dell'equipe inviante; la responsabilità della realizzazione del progetto, così come elaborato e definito in precedenza, è di competenza della C.A. La responsabilità di attivare le reti primarie e secondarie, miranti alla dimissione dell'utente, sarà condivisa dal G.I. Il responsabile della C.A. è tenuto a comunicare tempestivamente al Responsabile Area Sistema del DSM Distretto "C" e al G.I. la data di effettivo inserimento dell'utente.

B.1.4. La responsabilità sanitaria nei confronti dell'utente è di competenza dello psichiatra dell'equipe inviante del CSM, in collaborazione con lo psichiatra dell'equipe del CSM nel cui territorio insiste la CA a partire dalla data di effettivo inserimento dell'utente nella struttura.

Per responsabilità sanitaria si intende la responsabilità del progetto, inclusi i controlli clinici periodici degli utenti e la scelta della terapia farmacologica idonea.

B.2. Variazioni del progetto

Variazioni del progetto sono possibili ed auspicabili in sede di momenti di verifica previsti o da indire anticipatamente, laddove ritenuto necessario. In tale sede le equipe saranno tenute ad elaborare, in modo condiviso, la variazione del progetto. Sarà cura di tali equipe coinvolgere l'utente e i familiari nella variazione del progetto, raccogliendo eventuali suggerimenti.

C. Fase della Permanenza

C.1. *Documentazione*

Nella CA la documentazione relativa agli ospiti è costantemente aggiornata e comprende un registro delle presenze degli ospiti, ed inoltre:

- ✓ Una cartella personale per ogni singolo ospite, contenente i dati personali, amministrativi, sociali e sanitari, nonché il piano personalizzato di riabilitazione sociale e le relative valutazioni periodiche;
- ✓ Un registro delle presenze del personale, con indicazione delle mansioni svolte e dei turni di lavoro:

- ✓ Un quaderno delle consegne giornaliere;
- ✓ Una tabella dietetica, autorizzata dalla competente struttura dell'ASL, secondo quanto disposto dalla normativa vigente

C.2. Verifiche mensili e straordinarie

Il Gruppo di inserimento (G.I.) si riunirà ogni primo lunedì del mese presso il CSM di Sora, alle ore 15:00. In caso di necessità, ogni soggetto potrà indire una riunione straordinaria e sarà cura del soggetto stesso avvisare gli altri due organi del G.I. tramite lettera/fax almeno 5 giorni prima. L'avviso di convocazione contiene l'ordine del giorno della riunione.

Tale verifiche avranno l'obiettivo di :

- ✓ aggiornare sulla situazione della CA
- ✓ analizzare le questioni attinenti al servizio e le difficoltà gestionali incontrate
- ✓ esprimere pareri su casi di grave indisciplina su avvenimenti e situazioni che vanno ad intaccare il sereno equilibrio di vita quotidiana all'interno della CA, notificando i provvedimenti già adottati dalla CA.
- ✓ monitorare la situazione degli utenti, sia di gruppo che individuali, verificare la programmazione e l'andamento rispetto al raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel progetto individuale e l'aggiornamento delle cartelle informative;
- ✓ discutere e suggerire iniziative relative al buon funzionamento della comunità, alle esigenze della vita comunitaria, proporre eventuali modifiche del progetto terapeutico-riabilitativo o del regolamento interno(in allegato);
- ✓ favorire lo scambio di esperienze e la discussione in un contesto idoneo, anche al fine di evitare decrementi nei livelli di motivazione e conseguenti cali nella qualità delle prestazioni erogate sul servizio.

C.3. Interventi specialistici

Gli interventi di specialisti sono regolati secondo le modalità determinate dal DSM della ASL o, in difetto, dal Responsabile Struttura Complessa DSM Distretto "C".

C.3.1. All'equipe del CSM inviante, all'equipe del CSM nel cui territorio insiste la C.A. e all'equipe della CA, spetta l'obbligo di costruire una chiara dimensione di cooperazione, ognuno secondo le proprie competenze, in sintonia con il progetto terapeutico-riabilitativo già in corso a favore dell'utente.

Nella fattispecie ne consegue che:

- a. La CA assicura la messa in opera del primo intervento medico (tramite il medico di medicina generale – curante o il medico di guardia medica)
- b. Se l'utente può essere accompagnato presso la sede della equipe del CSM nel cui territorio insiste la CA, gli operatori della CA provvedono ad accompagnarlo, per una consulenza psichiatrica (nelle ore di apertura della sede del CSM)
- c. Se l'utente non può essere accompagnato, l'equipe del presidio del CSM, nel cui territorio insiste la CA, effettua la consulenza psichiatrica (entro le ore in cui il presidio è aperto) presso la CA.
- d. Se il presidio psichiatrico territoriale del CSM in cui insiste la CA non è aperto, la CA (tramite il medico di base o il medico di guardia medica) attiva il D.E.A. 118.

D. Fase della dimissione

D.1 La dimissione dell'utente dalla CA., intesa come passaggio ad altra fase riabilitativa, deve essere prevista già al momento dell'inserimento, valutando sia la variabile tempo che gli obiettivi da raggiungere, entrambi già presenti nel progetto riabilitativo al momento dell'inserimento. Tale fase deve essere esplicitata al paziente e ai familiari fin dal momento dell'inserimento e dovrà essere preparata durante la permanenza in struttura anche attraverso la sensibilizzazione e il coinvolgimento della famiglia e delle altre risorse presenti nel territorio.

D.2. Al momento delle dimissioni, l'equipe del CSM inviante, l'equipe del CSM nel cui territorio insiste la C.A. e l'equipe della CA e il G.I., con il coinvolgimento della famiglia, dell'utente e delle altre Istituzioni presenti nel territorio, devono aver già messo a punto un chiaro progetto che rappresenta il proseguo del percorso terapeutico-riabilitativo.

L'ospite potrà essere dimesso secondo i seguenti criteri e per i seguenti motivi:

- quando gli obiettivi contenuti nel piano individualizzato sono stati raggiunti.
- su richiesta dell'interessato o su richiesta dei parenti (nel qual caso sempre con consenso dell'interessato), la richiesta dovrà essere inoltrata per iscritto alla ASL.

L'utente può essere dimesso in qualsiasi momento per i seguenti motivi.

- condotta incompatibile con le esigenze e gli obblighi della vita comunitaria;
- gravi motivi disciplinari;
- per assenza ingiustificata.

Le dimissioni sono disposte dal GI e sono comunicate per iscritto all'interessato.

La permanenza di ogni utente nella CA, non può superare i 12 mesi, salvo nei casi in cui la gravità e l'eccezionalità della situazione, debitamente documentata dal GI, motivi il ricorso a eventuali proroghe (D.R. 23 dic. 2004, 1305).

E. Disposizioni finali e transitorie

Per quanto non espressamente contemplato nel presente regolamento, si applicano le norme delle leggi e dei regolamenti vigenti in materia.