

REGOLAMENTO REGIONALE
ASSISTENZA RIABILITATIVA PSICHIATRICA DOMICILIARE E TERRITORIALE
ASSICURATA DAL PRIVATO ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATO

Il presente regolamento si compone di n. 6 pagine,
compresa la presente, numerate da pag.1 a pag.6

La Dirigente di Servizio
dott.ssa Giovanna Labate

Art.1 L'ASSISTENZA RIABILITATIVA PSICHIATRICA DOMICILIARE E TERRITORIALE

1. L'assistenza terapeutico-riabilitativa domiciliare/territoriale costituisce, come indicato dal "Piano di azioni nazionale per la salute mentale " (Accordo C.U. 24-01-2013), attività prioritaria dei Centri di Salute Mentale.
2. Detta attività contribuisce a favorire la costruzione di un contesto di vita e di una rete relazionale in cui l'utente è protagonista attivo della propria storia.
3. La riabilitazione psichiatrica domiciliare/territoriale completa la rete di servizi riabilitativi da assicurare ai soggetti portatori di disturbi psichici e consente il completamento del percorso di cura direttamente presso il domicilio del paziente, nel proprio ambito familiare, territoriale e relazionale, favorendo la compliance verso il trattamento riabilitativo.

Art.2 - SOGGETTI CHE POSSONO ACCEDERE ALLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA DOMICILIARE/TERRITORIALE

1. Possono accedere alla riabilitazione psichiatrica domiciliare/territoriale gli utenti in carico ai Centri di Salute Mentale (CSM) per i quali è stato redatto apposito Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) per raggiungere o mantenere obiettivi relativi all'autonomia, laddove siano garantiti i seguenti requisiti:
 - a) Adeguato supporto familiare o informale;
 - b) Idonee condizioni abitative;
 - c) Consenso informato da parte della persona e della famiglia.

Art.3 - OBIETTIVI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA DOMICILIARE/TERRITORIALE

1. La riabilitazione psichiatrica domiciliare/territoriale persegue gli obiettivi specifici di:
 - a) Prevenire il ricorso al trattamento residenziale o semiresidenziale, permettendo al paziente di rimanere nel proprio contesto di vita, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno;
 - b) Favorire la dimissione di quei pazienti che hanno riacquisito le capacità relazionali e di autonomia personale necessarie a vivere nella comunità locale;
 - c) Completare il programma riabilitativo dei pazienti in uscita dal circuito riabilitativo residenziale o semiresidenziale.

Art.4 - ORGANIZZAZIONE

1. La riabilitazione domiciliare/territoriale fa capo al sistema organizzativo dei Centri di Salute Mentale e si integra nella rete dei servizi riabilitativi del CSM.
2. Le prestazioni di riabilitazione domiciliare/territoriale sono effettuate di norma dai CSM.
3. Le prestazioni di cui all'art.5 possono essere effettuate, a seguito di Accordo contrattuale, dalle strutture di riabilitazione psichiatrica istituzionalmente accreditate insistenti nel territorio aziendale, che,

fermo restando i requisiti strutturali e organizzativi previsti dal Reg. Reg. 3/2005, si siano dotati del seguente modulo organizzativo.

4. Per n.18 prestazioni di riabilitazione domiciliare e/o territoriale giornaliera il modulo organizzativo è costituito da:
 - n. 5 Educatori o Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica a tempo pieno;
 - n.1 Operatore Socio Sanitario a tempo pieno.
5. Ciascuna Struttura può dotarsi di massimo 2 moduli organizzativi.
6. Il Personale che effettua le prestazioni è in capo, sotto ogni profilo giuridico ed economico, all'Ente gestore della struttura riabilitativa accreditata.
7. Le prestazioni possono essere effettuate sia a domicilio degli Utenti, sia presso le sedi di interesse dei Beneficiari, secondo quanto previsto dal PTRI.

Art.5 - PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA DOMICILIARE/TERRITORIALE

1. Le prestazioni di riabilitazione psichiatrica domiciliare e territoriale che possono essere erogate dal Privato Istituzionalmente Accreditato sono le seguenti:
 - a) **Intervento di tipo psicoeducazionale-cognitivo-comportamentale su abilità di base ed interpersonali individuali e familiari, ovvero su problematiche complesse di pazienti gravi**
Durata: 60'
Operatori: n.1 Educatore o Terapista della Riabilitazione Psichiatrica
 - b) **Intervento di tipo psicoeducazionale-cognitivo-comportamentale su abilità di base ed interpersonali di gruppo**
Durata: 60'
Operatori: n.2 Educatori o Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica
 - c) **Laboratorio di tipo espressivo o artistico o motorio o pratico-manuale, rivolto ad un gruppo di pazienti**
Durata: 60' oppure 120'
Operatori: n.2 Educatori o Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica
 - d) **Supporto ai pazienti inseriti in attività di pre/avviamento al lavoro e/o finalizzato alla socializzazione**
Durata: 60'
Operatori: n.1 Educatore o Terapista della Riabilitazione Psichiatrica
 - e) **Intervento rivolto al paziente o ad un gruppo di pazienti, finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi o alla adeguata fruizione di servizi o agenzie territoriali**
Durata: 30'
Operatori: n.1 Educatore o Terapista della Riabilitazione Psichiatrica
 - f) **Supporto alla gestione della vita quotidiana (igiene personale, igiene domestica, spesa, acquisti, tempo libero)**
Durata: 60'
Operatori: n.1 OSS

Art.6 – FABBISOGNO

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, il Direttore Generale della ASL procede alla determinazione

del fabbisogno aziendale triennale di prestazioni di riabilitazione domiciliare e/o territoriale, corredata dalla verifica di compatibilità economica, ai fini dell'espletamento delle procedure per il rilascio dell'accreditamento istituzionale dei moduli organizzativi di cui all'art.4 comma 4.

Art.7 - PROCEDURE PER IL RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

1. Gli Enti Gestori delle strutture di riabilitazione psichiatrica di cui al comma 3 dell'articolo 4, ai fini dell'attivazione dei moduli di riabilitazione domiciliare/territoriale, devono presentare istanza al Direttore Generale della ASL territorialmente competente autocertificando il possesso degli ulteriori requisiti organizzativi, come previsto dallo standard minimo individuato dal comma 4 dell'art.4, e indicando nell'ambito di quali Centri di Salute Mentale sono disponibili a prestare il Servizio.
2. Il Direttore Generale, per il tramite del Dipartimento di Salute Mentale:
 - Verifica la compatibilità con il fabbisogno aziendale triennale di prestazioni di riabilitazione domiciliare e/o territoriale, dando alle istanze le seguenti priorità:
 - a) Istanze di realizzazione dei moduli organizzativi derivanti dalla chiusura di strutture riabilitative residenziali accreditate insistenti nel territorio della ASL;
 - b) Istanze nella quali è dichiarata la disponibilità a svolgere il servizio in più Centri di Salute Mentale;
 - c) Ordine cronologico di arrivo delle istanze per ciascun CSM.
 - Accerta il possesso degli ulteriori requisiti organizzativi come previsto dallo standard minimo individuato dal comma 4 dell'art.4.
 - Trasmette gli atti al competente Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditazioni dell'Assessorato al Welfare per il rilascio dell'accreditamento delle attività di cui trattasi.

Art.8- DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE DELLE PRESTAZIONI

1. Le tariffe delle prestazioni riabilitative psichiatriche domiciliari/territoriali sono determinate dalla Giunta Regionale, facendo riferimento al Contratto vigente per il personale non medico della sanità privata.

Art. 9 - MODALITA' DI ATTUAZIONE DEL SERVIZIO DOMICILIARE/TERRITORIALE

1. Il PTRI va condiviso tra CSM, Privato-Accreditato, Paziente e suoi Familiari.
2. Sulla base del PTRI, va redatta, per ciascun paziente, la " Scheda individuale di descrizione degli interventi domiciliari/territoriali ", come da allegato A) al presente Regolamento, controfirmata dal CSM, dalla Struttura riabilitativa accreditata, dall'Utente e dai Familiari.
3. Ciascuna prestazione va certificata tramite la compilazione della " Scheda individuale di descrizione degli interventi effettuati ", come da allegato B) al presente Regolamento, convalidata giornalmente dall'utente, o da un suo familiare, che va consegnata con la cadenza temporale indicata nel PTRI, al CSM, per il tramite del Responsabile della Struttura riabilitativa accreditata.
4. In caso di impossibilità ad effettuare la prestazione, gli Operatori, per il tramite del Responsabile della Struttura riabilitativa accreditata, danno immediata comunicazione al CSM.

5. Gli esiti dei trattamenti vanno semestralmente monitorati attraverso l'utilizzo di scale standardizzate di valutazione.

ALLEGATO A)

**SCHEDA INDIVIDUALE
DI DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI DOMICILIARI/TERRITORIALI DI RIABILITAZIONE
PSICHIATRICA PREVISTI**

ASL
CSM

STRUTTURA RIABILITATIVA PSICHIATRICA ACCREDITATA CHE EFFETTUA L'INTERVENTO	
Indirizzo	Denominazione
_____	Ente Gestore
_____	_____

DESTINATARIO/A DELL'INTERVENTO
COGNOME _____

 NOME _____

 NAT _ / _
 IL _____ A _____

 RESIDENTE
 A _____ VIA/PIAZZA _____ NR _____
 NR _____
 TELEFONICO _____

PRESTAZIONE DOMICILIARE/TERRITORIALE DI CUI ALL'ART.5 DEL REGOLAMENTO:

 DURATA GIORNALIERA DELLA PRESTAZIONE _____
 OPERATORI COINVOLTI _____
 CADENZA SETTIMANALE DELLA PRESTAZIONE _____

FIRMA DEL RESPONSABILE DEL CSM	
FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA RIABILITATIVA PSICHIATRICA ACCREDITATA CHE EFFETTUA L'INTERVENTO	
FIRMA DELL'UTENTE/FAMILIARE	

ALLEGATO B)

SCHEDA INDIVIDUALE DI DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI DOMICILIARI/TERRITORIALI DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA EFFETTUATI

ASL
CSM

STRUTTURA RIABILITATIVA PSICHIATRICA ACCREDITATA CHE EFFETTUA L'INTERVENTO:

Indirizzo _____	Denominazione Ente Gestore
_____	_____

DESTINATARIO/A DELL' INTERVENTO	
COGNOME _____	_____
NOME _____	_____
NAT_/_ IL _____ A _____	_____
RESIDENTE _____	_____
A _____ VIA/PIAZZA _____	NR_ _____
NR TELEFONICO _____	_____

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE	DOMICILIARE/TERRITORIALE	DI	CUI
ALL' ART.5 DEL			
REGOLAMENTO: _____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DATA DI EFFETTUAZIONE DELLA PRESTAZIONE	FIRMA DELL' UTENTE/FAMILIARE