



ALLEGATO _A_ Dgr n. 242

del 22 FEB. 2012 pag. 1/19

UNITÀ OPERATIVA PER L'ASSISTENZA PSICHIATRICA OSPEDALIERA IN ETÀ EVOLUTIVA (APO-EE)

Denominazione: Unità Operativa per il ricovero delle urgenze psichiatriche in età evolutiva (minori/adolescenti) (APO-EE) NB: ordinariamente >11 aa., ma con possibilità in grave emergenza di accogliere soggetti di età inferiore

Definizione: costituisce la componente ospedaliera del percorso di cura, dedicato specificamente ai soggetti in età evolutiva (minori/adolescenti) con disturbo psichiatrico in fase acuta accertato o in via di definizione diagnostica

Finalità: Ricovera pazienti inviati dai Servizi per l'Età Evolutiva, dal Pronto Soccorso o da altre UO ospedaliere, sentito il medico NPIA del Reparto, oppure in regime di TSO minori, secondo le modalità previste dalla DGR n. 847/2009

Utenza: Pazienti in età evolutiva (minori/adolescenti) affetti da disturbi mentali accertati o in via di definizione diagnostica in fase acuta con articolazione interna differenziata, al bisogno, per età

Capacità ricettiva: max 10 p.l.

Per essere autorizzata all'esercizio l'APO-EE, oltre a rispettare anche i requisiti previsti per l'area di degenza, deve conformarsi ai seguenti requisiti:

au 1

L'accesso all'Unità Operativa per l'assistenza psichiatrica ospedaliera in età evolutiva avviene, previo accordo con il medico di guardia dell'Unità Operativa:

- su invio diretto dai Servizi per l'Età Evolutiva del territorio;
- su valutazione diagnostica da parte del Pronto Soccorso dell'Ospedale o di altre Unità Operative; previo accordo su consulenza con il medico di guardia.

au 2

La struttura deve essere fisicamente ubicata negli ospedali generali delle Aziende ULSS/Ospedaliere, dotati di Pronto Soccorso funzionante 24/24 e della pronta disponibilità in loco di strutture e/o competenze di altre branche specialistiche mediche e chirurgiche.

au 3

La struttura organizza la propria attività per rendere disponibili posti letto per ricoveri programmati e per ricoveri urgenti.

au 4

L'Unità Operativa dispone oltre che degli spazi previsti per l'area di degenza anche di ulteriori locali per soggiorno, attività educative e incontri con i familiari, oltre agli spazi necessari per le attività terapeutiche comuni.

au 5

L'Unità Operativa è attiva 24 ore per tutti i giorni dell'anno.

au 6

Il personale in servizio deve includere almeno le seguenti figure professionali:

- Medico Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA);



- Psicologo-psicoterapeuta, con comprovata esperienza nel lavoro con l'utenza fascia di età target;
- Infermiere;
- Operatore Socio Sanitario (OSS);
- Terapista della Riabilitazione Psichiatrica e/o Educatore Professionale (con presenza programmata);
- Assistente Sociale (con presenza programmata).

au 7

La presenza degli operatori deve essere garantita rispetto alle esigenze dell'utenza; deve essere sempre garantita nell'arco delle 24 ore l'assistenza del Neuropsichiatra infantile sia di giorno che di notte.

au 8

Deve essere presente un responsabile medico NPJA che avrà anche tra i suoi compiti la programmazione clinica in raccordo con i Servizi territoriali di riferimento per i pazienti ricoverati, il Miglioramento Continuo di Qualità, la formazione del personale, il rapporto con le associazioni dei familiari.

au 9

Devono essere rispettate tutte le garanzie di comunicazione e relazione dei pazienti ricoverati e delle loro famiglie, previste dalla normativa nazionale e internazionale recepita dall'Italia, in base alle necessità cliniche e su progetto personalizzato.

au 10

All'atto del ricovero viene definito il progetto individualizzato di gestione del ricovero, in collaborazione con il Servizio territoriale per l'Età Evolutiva di riferimento, che resta il titolare del caso e con l'eventuale coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria (ordinaria e minorile) nei casi di ricovero senza consenso o in tutte le situazioni in cui le accertate difficoltà di collaborazione con la famiglia non garantiscano il diritto alla salute del minore di età. Il progetto personalizzato deve attivare le risorse esterne di assistenza ai minori, per garantire la globalità e specificità dell'intervento e favorire la dimissione riducendo al minimo la durata del ricovero.

au 11

Il progetto individualizzato di ricovero è fin dall'inizio orientato alla definizione del percorso di presa in carico successiva, in collaborazione con i Servizi territoriali per l'Età Evolutiva, in regime di trattamento ambulatoriale, o semiresidenziale, o residenziale (CTRP o CER).

au 12

Alla conclusione del ricovero, viene compilata una lettera di dimissione che deve contenere: il periodo di degenza, la diagnosi (secondo ICD10 e/o DSM IV) di ingresso e di dimissione, le condizioni dell'utente alla dimissione, gli esami diagnostici effettuati, gli interventi effettuati, e il progetto individualizzato di trattamento post-ricovero, concordato col Servizio per l'Età Evolutiva titolare del caso e condiviso con la famiglia quando possibile. La lettera è inviata alla Famiglia o a chi esercita la tutela, al Pediatra di libera scelta o al Medico di medicina generale, al Servizio competente.

au 13

Devono essere già definiti, chiaramente esplicitati e rigorosamente applicati i protocolli operativi necessari per affrontare, nel rispetto dei diritti della persona, le situazioni di grave agitazione che possano essere pericolose per sé e per gli altri.

ACCREDITAMENTO

Per essere accreditata ogni Unità Operativa deve:

1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;
2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico della Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona;



3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:

Bacino di utenza:

I posti letto in APO-EE in ambito regionale sono individuati in uno ogni 100.000 abitanti.

accr 1

Viene redatto un report annuale di valutazione del numero di ricoveri volontari e in TSO, dell'indice di occupazione, della durata media dei ricoveri, delle caratteristiche dei ricoveri protratti, del turnover dei pazienti, degli eventuali eventi critici avvenuti.

accr 2

Viene redatto un rapporto annuale di valutazione della congruità dei DRG di dimissione rispetto alle finalità specifiche delineate dalla Regione.

accr 3

Qualora fosse necessario, su valutazione concordata con il Medico NPIA di guardia del APO-EE, mantenere il giovane paziente in osservazione presso il PS, prima di un eventuale ricovero, devono essere contemporaneamente disponibili ambienti adeguati e personale competente gestito dal APO-EE.

accr 4

Dovranno essere anche organizzati gli interventi rivolti ai soggetti minori di età con disturbi del comportamento alimentare (DCA) in comorbidità o meno con disturbi della personalità.



Denominazione	COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA PROTETTA PER MINORI E ADOLESCENTI
Definizione	E' una comunità residenziale per minori/adolescenti affetti da psicopatologia rilevante, con risorse personali attivabili attraverso adeguati interventi terapeutici riabilitativi intensi e continuativi, e per soggetti in situazione di grave disagio psico-relazionale, con eventuali gravi disturbi del comportamento e con eventuali condizioni di precarietà familiare.
Finalità	Ha finalità terapeutiche – riabilitative intensive ed estensive. Accoglie minori in dimissione da strutture ospedaliera o comunque in condizioni psicopatologiche che richiedono interventi importanti di protezione e cura. Gli interventi devono essere personalizzati, continuativi, prolungati e definiti all'interno di un progetto terapeutico specifico, individuale, monitorabile e verificabile.
Utenza	La fascia d'età è compresa tra gli 11 anni e il compimento della maggiore età, con possibilità di prolungare l'accoglienza qualora l'ingresso sia avvenuto prima dei 18 anni. Nel caso di inserimenti da parte del Centro Giustizia Minorile su mandato dell'Autorità Giudiziaria si prevede, l'accoglienza di giovani adulti tra i 18 e i 21 anni, necessariamente affetti principalmente e continuativamente da psicopatologia rilevante che hanno avuto provvedimenti penali per reati commessi prima dei 18 anni. L'ampiezza della fascia d'età e delle patologie richiede una attenta e adeguata articolazione e diversificazione degli spazi, delle attività e degli interventi che devono rispondere alle specifiche esigenze della pre-adolescenza e dell'adolescenza nonché della condizione della minori d'età rispetto all'età adulta.
Capacità ricettiva	Fino ad un massimo di 12 (dodici) ragazzi/e contemporaneamente, comprensivi dei 2 posti di pronta accoglienza. Si prevede utenza di ambo i sessi.
Accesso	<u>Accoglienza ordinaria:</u> L'accoglienza è sempre curata da un servizio pubblico socio-sanitario e/o dal Ministero della Giustizia attraverso i suoi uffici amministrativi e tecnici. L'accoglienza/dimissione avviene esclusivamente attraverso decisione di UVMD a cui partecipa la CTRP individuata. Il servizio territorialmente competente porta in UVMD il progetto quadro comprensivo di una dettagliata e documentata relazione che evidenzia la presenza di una psicopatologia, la diagnosi funzionale e la descrizione delle competenze del contesto familiare e ambientale. Il verbale deve essere inviato agli uffici regionali preposti alla vigilanza sulla protezione e tutela dei minori. <u>Pronta accoglienza</u> In tutte le comunità devono essere previsti 2 posti di pronta accoglienza per i minori, con diagnosi specifica, che accedono attraverso i servizi per l'Età Evolutiva Territoriali. Nel caso di tramite il Ministero della Giustizia attraverso i suoi uffici amministrativi e tecnici si prevede, in assenza di diagnosi pregressa, l'accesso in pronta accoglienza per minori in condizione di sospetta psicopatologia ma



non in stato di grave agitazione psichica, finalizzata ad interventi di protezione e cura e ad una prima valutazione psico-diagnostica e prognostica. Per entrambi gli accessi in pronta accoglienza, entro 30 giorni deve essere definito il progetto quadro e la validazione in UVMD.

Presa in carico e Progetto Quadro

La responsabilità e la titolarità della presa in carico di ciascun minore di età e della sua famiglia è del Servizio per l'Età Evolutiva del territorio di residenza del minore. Il servizio ha anche la responsabilità della definizione e della stesura del progetto quadro (P.Q.). Il P.Q. deve essere definito ai sensi delle Linee Guida per i servizi sociali e sanitari e deve esplicitare l'insieme coordinato e integrato degli interventi sociali, sanitari ed educativi rivolti al minore di età e alla sua famiglia sia relativamente ai compiti attribuiti alla comunità che quelli dei servizi del territorio. Resta comunque in capo ai servizi invianti del territorio di provenienza la presa in carico della famiglia, nonché la segnalazione all'Autorità Giudiziaria minorile in tutte le situazioni in cui le accertate difficoltà di collaborazione con la famiglia non garantiscano il diritto alla salute del minore di età. Il PQ è approvato dall'UVMD del territorio di residenza del minore.

Nel caso in cui il minore sia oggetto di un provvedimento della Autorità Giudiziaria la responsabilità diagnostica e riabilitativa rimane in capo al servizio per l'Età evolutiva, mentre la titolarità del P.Q. va in capo ai servizi di protezione e tutela, o nel caso all'Ufficio Servizi Sociali per i Minorenni del Ministero della Giustizia.

Per essere autorizzata all'esercizio la COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA PROTETTA PER MINORI/ADOLESCENTI deve conformarsi ai seguenti requisiti:

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

au 1

La CTRP è dotata delle caratteristiche delle civili abitazioni, ed ha una organizzazione interna che garantisce:

- gli spazi e i ritmi di una ospitalità di tipo familiare (ambienti personalizzati, cucina per la preparazione dei pasti);
- specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.

au 2

La superficie utile funzionale non deve essere inferiore a 20 mq per utente.

au 3

Sono previste per le stanze singole almeno 9 mq (non derogabili) e per le stanze doppie almeno 16 mq (derogabili del 10% per le strutture già attive).

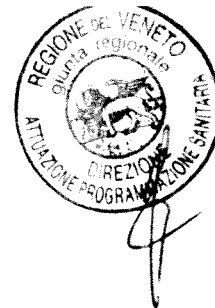
au 4

Nella struttura dovranno essere previste delle opportune forme di evacuazione e individuate le vie di fuga in ragione del rischio equivalente alla collocazione abitativa.

au 5

Gli spazi dedicati ai servizi generali devono essere adeguati al numero di ospiti e tali da garantire lo svolgimento delle funzioni di:

- cucina e dispensa,
- di lavanderia e di guardaroba.



Rientrano tra gli spazi dedicati ai servizi generali, e devono quindi essere garantiti:

- locali per attività amministrative;
- locali per attività sanitarie: visite mediche e colloqui;
- spogliatoio e deposito effetti personali;
- servizi igienici per il personale.

au 6

Le stanze devono essere adeguatamente arredate e personalizzate, prevedendo almeno un armadio personale per conservare oggetti e indumenti personali.

au 7

Gli spazi dedicati alle attività comuni devono essere adeguati al numero degli ospiti e tali da garantire lo svolgimento delle funzioni di soggiorno, pranzo, socializzazione, attività ricreative e attività riabilitative secondo le modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.

au 8

Negli alloggi deve essere garantita la presenza di almeno un servizio igienico ogni 3 utenti, facilmente accessibile dalla stanza da letto.

In corrispondenza agli spazi dedicati ai servizi collettivi deve essere localizzato almeno un gruppo di servizi igienici comuni, in posizione tale da essere facilmente raggiungibile dagli utenti con percorsi brevi.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

au 9

L'Ente Gestore ha la responsabilità di garantire e certificare che tutto il personale della Comunità è stato selezionato in base a criteri di competenza, disponibilità, motivazione, capacità di lavorare in gruppo, esperienza documentata e inquadrato secondo il proprio profilo professionale. I criteri devono essere esplicitati.

Il personale della comunità in servizio include almeno le seguenti professionalità essenziali con documentata e comprovata esperienza nel lavoro con l'utenza fascia di età target accolta in comunità:

- Neuropsichiatra Infantile in via prioritaria e in subordine Psichiatra con documentata esperienza nell'ambito di servizi per l'età evolutiva;
- Psicologo psicoterapeuta;
- Infermiere;
- Educatori professionale sanitario e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica;
- Operatore socio sanitario e/o operatore tecnico assistenziale.

Per favorire la costruzione di un lavoro di rete con i servizi referenti del caso, nonché l'attivazione delle risorse di socializzazione del territorio su cui insiste la CTRP, è auspicabile la presenza programmata di una Assistente Sociale anche in forma di consulenza.

au 10

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria e personale ausiliario.

au 11

Deve essere garantita la compresenza diurna degli operatori idonei ad attuare gli obiettivi previsti nel progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (rispettando il rapporto operatori/ utenti previsto di 1,3/1).

Anche con numero minimo di utenti presenti deve essere garantita la compresenza di almeno 2 operatori. Nelle ore notturne deve essere garantita: la presenza di almeno 1 operatore strutturato nelle ore notturne nonché la reperibilità del Responsabile Clinico.

**au 12**

La struttura prevede un Responsabile Clinico, in possesso in via prioritaria della qualifica di Neuropsichiatra Infantile e in subordine della qualifica di Psichiatra con documentata esperienza nell'ambito di servizi per l'età evolutiva. Qualora il Responsabile Clinico sia condiviso da più sedi di servizio, uno degli operatori, a tempo pieno della struttura, con la qualifica di Psicologo-psicoterapeuta deve essere identificato quale coordinatore di sede.

REQUISITI MINIMI PROCEDURALI**au 13**

La Comunità, che collabora costantemente con il servizio responsabile del caso, ha il compito di declinare il piano terapeutico educativo e riabilitativo nell'ambito del P.Q.. Il piano terapeutico educativo e riabilitativo individualizzato deve essere condiviso e sottoscritto, se la situazione lo consente, dai genitori, o altro legale rappresentante del minore, nonché dalla comunità e dai servizi e monitorato dal servizio titolare del caso e, qualora il minore sia soggetto a misure penali, in accordo con il Centro Giustizia Minorile. Qual'ora i genitori non possano essere informati deve esserne specificato il motivo.

au 14

In Comunità deve essere presente per ogni minore ospite copia del progetto quadro e del piano terapeutico educativo e riabilitativo.

au 15

I genitori o chi esercita la potestà genitoriale devono essere informati della programmazione degli interventi terapeutico-riabilitativi e di ogni fatto rilevante relativo al minore.

au 16

Il piano terapeutico educativo e riabilitativo individualizzato, dovrà essere formulato entro i primi 30 giorni dall'accoglienza del minore e deve essere coerente con il Progetto Quadro in relazione a:

- la diagnosi formulata dal servizio inviante;
- le caratteristiche del minore, dei suoi bisogni e del suo contesto familiare e sociale;
- gli obiettivi terapeutici riabilitativi;

Deve inoltre comprendere:

1. l'individuazione dell'operatore responsabile del Progetto terapeutico individuale;
2. le modalità di coinvolgimento possibile del minore e della sua famiglia rispetto alla costruzione del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, in collaborazione con il servizi inviante;
3. gli obiettivi specifici degli interventi;
4. le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi in relazione a: professionalità coinvolte (chi fa che cosa), la descrizione degli interventi previsti (che cosa si intende fare), le modalità in cui le azioni saranno realizzate (come), gli spazi in cui si realizzeranno gli interventi (dove), i tempi in cui saranno realizzate le azioni sia nella frequenza che nella scansione temporale (quando e per quanto tempo);
5. l'organizzazione della giornata e delle attività in considerazione delle esigenze e dei ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali), nonché di eventuali condizioni di disabilità del minore;
6. le modalità e i tempi di verifica del piano terapeutico educativo e riabilitativo individualizzato (procedure, tempi e strumenti), coerenti con quelle del progetto quadro; deve essere esplicitato il sistema di valutazione dei risultati adottato, i cui dati in output costituiranno gli elementi per ridefinire il Progetto di intervento. I momenti di verifica devono coinvolgere gli operatori della comunità e dei servizi invianti/territoriali.

**au 17**

E' compito dell'operatore responsabile del caso del Servizio inviante e dell'operatore della Comunità la presentazione del piano terapeutico educativo e riabilitativo individualizzato al minore alla sua famiglia.

au 18

L'Ente Gestore deve assicurare l'adempimento degli obblighi di comunicazione all'Autorità Giudiziaria previsti dalla L. 149/01 (entrata, monitoraggio semestrale e uscita) nonché i relativi adempimenti regionali.

au 19

Deve essere presente nella struttura un registro in cui vengono indicati i nominativi degli ospiti e di una persona di riferimento (familiare o tutore) oltre ai referenti del Servizio inviante con relativo indirizzo e recapito telefonico. Tale registro deve essere sistematicamente aggiornato, avendo cura di registrare gli eventuali periodi di assenza degli ospiti della struttura.

Per essere accreditata ogni CTRP deve:

- 1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
- 2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona;**
- 3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

accr 1

L'Ente Gestore deve definire e documentare il progetto della comunità. Tale progetto deve essere coerente con la mission della struttura, deve descrivere le modalità di integrazione con il territorio e la programmazione di attività coerenti con gli altri servizi (rivolti ai minori) attivi nel territorio. Lo stesso progetto inoltre dovrà essere rivisto e aggiornato, almeno ogni 5 anni.

L'Ente Gestore, nell'ambito dei servizi che offre deve definire gli obiettivi e le strategie di carattere generale che interessano l'attività complessivamente svolta, nonché gli obiettivi specifici per ogni singolo intervento. Gli uni e gli altri (obiettivi generali e specifici) devono essere coerenti tra di loro e con i bisogni individuati. Devono essere già definiti, chiarimenti esplicitati e rigorosamente applicati i protocolli operativi necessari per affrontare, nel rispetto dei diritti della persona, le situazioni di agitazione che possano essere pericolose per se e per gli altri, in conformità e rispetto del documento "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione" elaborato dal gruppo di lavoro interregionale Salute Mentale su richiesta del Ministero della Salute.

accr 2

Deve essere definito e documentato un chiaro Regolamento Interno della Struttura, coerente con gli obiettivi terapeutici e riabilitativi propri della struttura, del quale deve essere fornita copia ed informazione agli utenti. Tale regolamento deve descrivere:

- 1) i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma di assistenza;
- 2) le regole relative al comportamento degli operatori e degli utenti;
- 3) le eventuali regole di vita comunitaria quotidiana.

accr 3

Vi sono buone procedure scritte in relazione alle diverse forme di collaborazione con:

- 1) Il Servizio Distrettuale per l'Età Evolutiva.
- 2) I consultori familiari, per problematiche complesse.
- 3) Il Servizio di Urgenza/emergenza.
- 4) I SERD, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei di alcolologia
- 5) I medici di Medicina generale.



accr 4

Vi sono procedure relative alla gestione trasparente delle liste di attesa e agli eventuali criteri di priorità.

accr 5

Oltre alla cartella medica, vi sono anche una cartella o scheda infermieristica e, per le strutture riabilitative, una cartella riabilitativa, eventualmente unite in una unica cartella integrata.

La documentazione può essere su supporto cartaceo o informatico, garantendo anche in questo caso un controllo sugli accessi a tutela della privacy e adeguati strumenti per la conservazione sicura dei dati.

Le cartelle cliniche sono accuratamente redatte, ordinate e ben leggibili.

La cartella deve essere redatta in grafia leggibile e con un facile riconoscimento della titolarità degli aggiornamenti.

accr 6

Ciascun operatore ha un proprio fascicolo dove vengono conservati tra l'altro:

- a. un curriculum aggiornato;
- b. la documentazione dei corsi a cui ha partecipato come discente e come docente.

accr 7

La formazione coinvolge tutto il personale che utilizza pienamente, ove previsto, il tempo contrattualmente riservato all'attività di formazione.

accr 8

E' richiesto alle comunità di garantire un progetto formativo annuale per tutti gli operatori.

accr 9

Deve essere garantita la supervisione a tutto il personale della Comunità. Il supervisore deve essere individuato tra professionisti con comprovata esperienza nell'ambito.

accr 10

Esistono buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, per far visitare e per illustrare la struttura prima dell'ammissione al possibile utente ed eventualmente ai familiari, e per l'accoglimento del paziente.

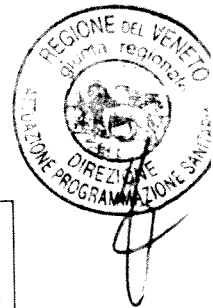
accr 11

L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali, possibilità alla partecipazione alle attività organizzate, ecc.)

accr 12

Il tempo di accoglienza massimo è di 6 mesi. L'eventuale proroga, comunque deve essere successiva alla rivalutazione diagnostica e prognostica e alla definizione di un nuovo progetto specifico concordato tra servizi e comunità. Il progetto deve essere validato dall'UVDM, con particolare attenzione al contenimento dei tempi di permanenza in CTRP.

Anche il verbale di proroga, che deve contenere motivazioni e tempi, deve essere inviato agli uffici regionali preposti alla vigilanza sulla protezione e tutela dei minori.



Denominazione	COMUNITA' EDUCATIVA-RIABILITATIVA PER MINORI E ADOLESCENTI
Definizione	E' un servizio educativo, terapeutico e riabilitativo con il compito di accogliere temporaneamente il minore/adolescente in situazione di evidente disagio psico-sociale e/o con gravi disturbi di comportamento. E' finalizzata a pazienti affetti da psicopatologia importante, in situazione di disagio psico-relazionale, con presenza o meno di disturbi del comportamento, non più in situazione di gravità, che hanno attivato, o iniziato ad attivare, risorse personali sufficienti per la ripresa delle attività e degli interessi propri dell'età adolescenziale (scuola, vita gruppo dei pari extra comunitaria), e che, in presenza di condizioni familiari precarie, hanno ancora bisogno di un contesto terapeutico strutturato.
Finalità	Ha finalità educative terapeutico e riabilitative volte al recupero psico-sociale del minore/adolescente accolto. Gli interventi devono essere personalizzati, continuativi, prolungati e definiti all'interno di un progetto educativo riabilitativo specifico, individuale e monitorabile e verificabile da un'équipe multi professionale.
Utenza	La fascia d'età è compresa tra gli 11 e sino al compimento della maggiore età. Dai 18 ai 21 anni l'accoglienza è possibile solo per gli ospiti già precedentemente accolti. L'ampiezza della fascia d'età richiede una attenta articolazione e diversificazione degli spazi e delle attività che devono rispondere alle specifiche esigenze della pre-adolescenza e dell'adolescenza nonché della condizione della minori d'età rispetto all'età adulta. Inoltre è specifica competenza degli uffici regionali l'autorizzazione e l'accreditamento delle Cer, è compito quindi della Regione prevedere nella attività di programmazione la diversificazione e la quantificazione delle Unità di Offerta.
Capacità ricettiva	Fino ad un massimo di 12 (dodici) ragazzi/e contemporaneamente., comprensivi dei posti di accoglienza Si prevede utenza di ambo i sessi.

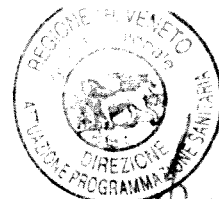
Per essere autorizzata all'esercizio la COMUNITÀ EDUCATIVA-RIABILITATIVA PER PREADOLESCENTI/ADOLESCENTI deve conformarsi ai seguenti requisiti:

au 1

L'Ente Gestore deve definire, fin dal momento della sua costituzione, la mission, ovvero l'impegno che, attraverso lo svolgimento delle attività, si vuole dedicare al raggiungimento di un obiettivo generale di carattere socio-educativo e riabilitativo. L'Ente Gestore deve definire il risultato generale da raggiungere, individuare le tipologie di utenza (specificando fascia di età, tipologie di disturbi e patologie affrontate) e i servizi di riferimento. Dovrà inoltre indicare il progetto educativo, terapeutico e riabilitativo generale del servizio, nel quale devono essere esplicitate teorie di riferimento, modelli e strumenti operativi. Devono inoltre essere individuate le strategie di sviluppo che il servizio intende perseguire. Il progetto di comunità a cura dell'ente gestore è sviluppato in accordo con i servizi di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva dell'Azienda ULSS territorialmente competente e con i servizi che assicurano nel territorio la funzione di tutela minorile.

au 2

L'accoglienza è sempre mediata da un servizio pubblico (servizio di protezione e tutela del minore e/o servizio per l'Età evolutiva) e dal Ministero della Giustizia attraverso i suoi uffici amministrativi e tecnici. L'accoglienza/dimissione è sempre programmata e confermata dall'UVMD.



Il servizio deve presentare alla Comunità una dettagliata e documentata relazione che presenti l'eventuale presenza di una psicopatologia, la diagnosi funzionale e le descrizioni e competenze del contesto familiare e ambientale.

In tutte le CER devono essere previsti almeno 1 o 2 posti di pronta accoglienza per i minori e i ragazzi, con diagnosi specifica, che accedono attraverso i servizi socio-sanitari territoriali.

au 3

Nella Carta del Servizio sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi della Comunità Educativa-Riabilitativa, le modalità di funzionamento degli stessi, le condizioni per facilitare le valutazioni del servizio da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, le procedure per assicurare la tutela degli utenti finali. (M-au - 0.3)

Gli ambienti e le attrezzature della Comunità Educativa-Riabilitativa devono essere sottoposti a pulizia giornaliera esplicitare modalità utilizzate.

au 4

Il rapporto numerico tra operatori (escluso personale amministrativo e personale non assistenziale) e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore (tempo pieno equivalente) / utente almeno pari a 1/1,5.

Tali operatori devono possedere la qualifica prevista per chi svolge le funzioni di educazione con rapporto di lavoro retribuito per almeno il 75%. Il rimanente 25% potrà essere composto da operatori volontari opportunamente preparati che operano nella struttura in forma continuativa.

L'ente gestore ha la responsabilità di garantire e certificare che tutto il personale è stato selezionato in base a criteri di competenza, disponibilità, motivazione, capacità di lavorare in gruppo, esperienza documentata e inquadrata secondo il loro profilo professionale. I criteri devono essere esplicitati.

Le figure previste quali essenziali con documentata e comprovata esperienza nel lavoro con l'utenza fascia di età target accolta in comunità sono:

- Psicologo specialista / psicoterapeuta;
- Infermiere;

- Educatore professionale sanitario o Educatore professionale Animatore. (L'educatore Professionale deve essere in possesso alternativamente del diploma di laurea triennale per Educatore Sanitario o del diploma di Educatore Professionale Animatore, conseguito attraverso i corsi regionali triennali di formazione specifica, o del diploma di laurea di Educatore Professionale o di altro titolo riconosciuto equipollente dallo stato e dalla Regione, o del diploma di laurea in Scienze dell'Educazione o Scienze della Formazione e dell'Educazione con indirizzo di Educatore Professionale, o altro titolo riconosciuto equipollente dallo Stato e dalla Regione Veneto. (vedi - ED/R au 1-2-3...),

- Operatore socio sanitario e/o Operatore tecnico assistenziale.

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

Deve essere garantita la compresenza diurna degli operatori rispettando il rapporto operatori / utenti previsto (1/1,5) garantendo personale idoneo per l'attuazione degli obiettivi previsti nei PEI degli ospiti. Anche con numero di utenti minimo presenti deve essere garantita la presenza di 2 operatori.

La dotazione organica del servizio deve garantire la presenza di almeno due operatori strutturati nelle ore notturne.

La presenza dell'infermiere deve essere programmata in modo da garantire la somministrazione degli eventuali farmaci almeno in tre fasce orarie nell'arco delle 24 ore.

La struttura prevede la consulenza, anche solo telefonica, di un Neuropsichiatra Infantile consulente della Comunità per le situazioni di riacutizzazione della patologia nelle fasce orarie non coperte dal Servizio per l'Età Evolutiva territorialmente competente.

Considerate le particolari e variabili tipologie dell'utenza gli standard organizzativi minimi devono comunque essere graduati e - se necessario - rafforzati in relazione al progetto individualizzato elaborato per ciascun minore.

**au 5**

La struttura prevede un Responsabile Clinico, in possesso di laurea in Psicologia, iscrizione all'albo degli psicoterapeuti e una comprovata competenza nell'ambito dell'utenza specifica.

Avrà compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, anche in rapporto alla loro formazione permanente, di promozione e valutazione della qualità dei Servizi, di monitoraggio e documentazione delle esperienze, di sperimentazione dei servizi innovativi, di raccordo tra i Servizi invianti e i Servizi del territorio, di adempimento degli obblighi previsti dalla legge 4 maggio 1983 n.184 (così come modificata dalla legge 28 marzo 2001 n.149), di collaborazione con le famiglie (quando possibile) e la Comunità locale, anche al fine di promuovere la cultura dell'accoglienza.

au 6

La struttura deve essere situata e attrezzata in modo da garantire i seguenti aspetti: facilità di collegamenti con le sedi scolastiche e/o lavorative dei minori/adolescenti, accessibilità ai servizi essenziali (es.: presidi sanitari, comune,...) e generali (es.: cinema, luoghi di aggregazione, centri sportivi, luoghi di culto,...).

au 7

La CER è dotata delle caratteristiche delle civili abitazioni, ed ha una organizzazione interna che garantisce: sia gli spazi e i ritmi di una ospitalità di tipo familiare (ambienti personalizzati, tutela della privacy, cucina per la preparazione dei pasti); sia specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.

au 8

La superficie utile funzionale non deve essere inferiore a 20 mq per utente;

au 9

Sono previste per le stanze singole 9 mq (non derogabili) e per le stanze doppie 16 mq (derogabili del 10% per le strutture già attive). Le stanze triple non possono essere inferiori a 24 mq (derogabili del 10% per le strutture già attive) e sono autorizzate solo in Comunità Educative Riabilitative attive precedentemente a questi standard.

au 10

Nella struttura dovranno essere previste delle opportune forme di evacuazione e individuate le vie di fuga in ragione del rischio equivalente alla collocazione abitativa.

au 11

Gli spazi dedicati ai servizi generali devono essere adeguati al numero di ospiti e tali da garantire lo svolgimento delle funzioni di:

cucina e dispensa;

di lavanderia e di guardaroba.

Rientrano tra gli spazi dedicati ai servizi generali, e devono quindi essere garantiti:

locali per attività amministrative;

locali per attività sanitarie: visite mediche e colloqui;

spogliatoio e deposito effetti personali;

servizi igienici per il personale.

au 12

Le stanze devono essere adeguatamente arredate e personalizzate, prevedendo almeno un armadio personale per conservare oggetti e indumenti personali.

Gli spazi dedicati alle attività comuni devono essere adeguati al numero degli ospiti e tali da garantire lo svolgimento delle funzioni di soggiorno, pranzo, socializzazione, attività ricreative e attività riabilitative secondo le modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.

**au 13**

Negli alloggi deve essere garantita la presenza di almeno un servizio igienico ogni 3 utenti, facilmente accessibile dalla stanza da letto.

In corrispondenza agli spazi dedicati ai servizi collettivi deve essere localizzato almeno un gruppo di servizi igienici comuni, in posizione tale da essere facilmente raggiungibile dagli utenti con percorsi brevi.

au 14

I pasti devono normalmente essere preparati e consumati all'interno della Comunità.

au 15

L'Ente Gestore definisce eventuali progetti di accompagnamento e reinserimento familiare lavorativo sociale caratterizzati da flessibilità nell'utilizzo delle risorse, degli spazi e dei tempi.

La responsabilità e la titolarità della definizione e della stesura del progetto quadro (P.Q.) è del Servizio per l'Età Evolutiva del territorio di provenienza del minore. Il P.Q. predisposto con la collaborazione della famiglia deve essere definito ai sensi delle L.G. per i servizi sociali e sanitari e deve esplicitare l'insieme coordinato e integrato degli interventi sociali, sanitari ed educativi rivolti al minore di età e alla sua famiglia sia relativamente ai compiti attribuiti alla comunità che quelli dei servizi del territorio. Resta comunque in capo ai servizi invianti del territorio di provenienza tutti gli interventi specifici e necessari rivolti alla famiglia nonché la segnalazione all'Autorità Giudiziaria minorile in tutte le situazioni in cui le accertate difficoltà di collaborazione con la famiglia non garantiscano il diritto alla salute del minore di età.

Nel caso in cui il minore è oggetto di un provvedimento della A.G. la responsabilità diagnostica riabilitativa rimane in capo al servizio per l'Età Evolutiva, mentre la titolarità del P.Q. va in capo ai servizi di protezione e tutela, o nel caso al USSM del Ministero della Giustizia.

Il P.Q. è approvato dall'UVMD del territorio di residenza del minore, mentre la Comunità ha un ruolo di collaborazione e ha il compito di declinare il piano terapeutico educativo e riabilitativo autorizzato dai genitori o da altro rappresentante del minore e, qualora il minore sia soggetto a misure penali, in accordo con il Ministero della Giustizia attraverso i suoi uffici amministrativi e tecnici.

au 16

L'Ente Gestore deve definire e documentare il progetto della Comunità. Tale progetto deve essere coerente con la mission della struttura, deve descrivere le modalità di integrazione con il territorio e la programmazione di attività coerenti con gli altri servizi (rivolti ai minori) attivi nel territorio. Lo stesso progetto inoltre dovrà essere periodicamente rivisto e aggiornato, almeno ogni 5 anni L'Ente Gestore, nell'ambito dei servizi che garantisce, deve definire obiettivi e strategie gestionali di carattere generale che interessano l'attività complessivamente svolta e garantire la definizione degli obiettivi specifici per ogni singolo intervento. Gli obiettivi generali e quelli specifici devono essere coerenti tra di loro e coerenti con i bisogni individuati. L'Ente Gestore sulla base delle informazioni raccolte deve aggiornare e adeguare la programmazione del servizio e gli obiettivi a carattere generale sull'utenza.

E' richiesto alle Comunità di garantire e presentare un progetto formativo annuale per tutti gli operatori. E' comunque obbligatoria la partecipazione ai percorsi formativi organizzati dalla Regione del Veneto. Deve essere garantita la supervisione.

au 17

In comunità deve essere presente per ogni minore ospite copia del progetto quadro; Il P.Q. deve essere condiviso e sottoscritto dai genitori, o da altro legale rappresentante del minore, nonché dalla comunità e dai servizi e monitorato dal servizio titolare del caso.

au 18

I genitori che esercitano la potestà genitoriale o il tutore qualora nominato, devono essere informata della programmazione degli interventi educativi e terapeutici e devono essere messi al corrente di ogni fatto rilevante relativo al minore.

**au 19**

Gli obiettivi generali devono essere adattati alle esigenze del minore e trovare una dettagliata descrizione nel PEI, tenendo conto degli eventuali provvedimenti adottati dalla Autorità Giudiziaria.

Il Progetto individualizzato scritto per ciascun ospite che delinea i percorsi e le metodologie terapeutico-riabilitative ed educative dovrà essere formulato, in collaborazione con il servizio territoriale titolare del caso e sulla base del progetto quadro, entro i primi 40 giorni dall'accoglienza del minore.

au 20

Il progetto educativo terapeutico riabilitativo ed educativo individualizzato deve essere definito e documentato sulla base del Progetto Quadro tenendo conto:

- della diagnosi formulata dal Servizio inviante;
- delle caratteristiche del minore, dei suoi bisogni e del suo contesto familiare e sociale;
- degli obiettivi educativi riabilitativi;

Il progetto educativo terapeutico-riabilitativo individualizzato deve comprendere:

- l'individuazione dell'operatore responsabile del Progetto educativo terapeutico riabilitativo individuale;
- le modalità di coinvolgimento del minore e dei suoi familiari (o del tutore) rispetto alla costruzione del PEI, in collaborazione con il Servizio inviante;
- gli obiettivi specifici degli interventi;
- le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi in relazione a: professionalità coinvolte (chi fa che cosa), descrizione degli interventi previsti (che cosa si intende fare), modalità in cui le azioni saranno realizzate (come), spazi in cui si realizzeranno gli interventi (dove), tempi in cui saranno realizzate le azioni sia nella frequenza che nella scansione temporale (quando e per quanto tempo);
- come l'organizzazione della giornata e delle attività tiene in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es.: possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali), nonché eventuali condizioni di disabilità del minore.

Le modalità e i tempi di verifica del Progetto terapeutico individuale (procedure, tempi e strumenti), coerenti con quelle del progetto quadro, esplicitando il sistema di valutazione dei risultati adottato un sistema di valutazione dei risultati i cui dati in output devono essere utilizzati per ridefinire il Progetto di intervento.

E' compito dell'operatore referente del caso del servizio inviante e dell'operatore individuato dalla Comunità la presentazione del PEI al minore e alla sua famiglia.

au 21

I tempi di inserimento dei minori accolti sono fissati indicativamente in un massimo di 2 anni.

au 22

L'Ente gestore deve assicurare l'adempimento degli obblighi di comunicazione all'Autorità Giudiziaria previsti dalla L. 149/01 (entrata, monitoraggio semestrale e uscita) e relativi adempimenti regionali.

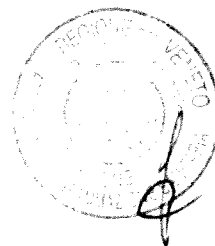
au 23

Deve essere presente un registro in cui vengono indicati i nominativi degli ospiti e di una persona di riferimento (familiare o tutore) oltre ai referenti del servizio inviante con relativo indirizzo e recapito telefonico. Tale registro deve essere sistematicamente aggiornato, avendo cura di registrare gli eventuali periodi di assenza degli ospiti della struttura.

ACCREDITAMENTO

Per essere accreditata ogni Unità Operativa deve:

1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;
2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione del Piano di Zona;
3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:



(M-accr - 0.1)

La formazione deve essere pianificata sui bisogni formativi del personale, in funzione degli obiettivi del servizio. Tale formazione deve essere documentata anche ai fini dell'eventuale riconoscimento di crediti formativi. I percorsi formativi, sia individuali che di gruppo, devono fornire agli operatori strumenti (teorici e tecnici) utili per comprendere la complessa realtà della struttura in relazione agli ospiti e per saper organizzare percorsi educativi-riabilitativi in funzione dei bisogni specifici.

(M-accr - 0.2)

Devono essere messi in atto strumenti e procedure di rilevazione della soddisfazione del minore/adolescente, della famiglia (laddove possibile) e del committente.

(C-ED/R - accr - 4.1)

Devono essere esplicitati i tempi, i criteri, le modalità e le responsabilità per l'ammissione, l'accoglienza e la dimissione. Ferma restando, se nel caso, la competenza dell'Autorità Giudiziaria, i processi di accoglienza e di dimissione devono parimenti comprendere una preparazione del soggetto e dei familiari (o del tutore) finalizzata all'adattamento o riadattamento al nuovo ambiente di vita.

(C-ED/R - accr - 4.2)

L'Ente Gestore dovrà descrivere nel progetto generale le procedure per la gestione delle emergenze (fughe, reati, emergenze sanitarie, emergenze ambientali, ecc).

(C-ED/R - accr - 4.3)

Deve essere redatto un report annuale di valutazione dei risultati che la Comunità ha raggiunto per la sua utenza.

(C-ED/R - accr - 4.4)

Deve essere promosso l'inserimento degli ospiti nell'ambiente urbano-sociale ed educativo del territorio attraverso l'uso di servizi (scolastici, ricreativi, educativi, sociali socio sanitari ed educativi), infrastrutture, risorse ed opportunità ivi esistenti.

(C-ED/R - accr - 4.5)

La Comunità svolge attività di rete con gli altri servizi del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni.

(C-ED/R - accr - 4.6)

La Comunità nell'avvalersi dell'opera di volontari, dovrà curarne l'inserimento nelle attività anche mediante adeguati interventi formativi. L'Ente Gestore cura il carattere continuativo della relazione del volontario con i minori.

(C-ED/R - accr - 4.7)

Deve essere definito e adottato un sistema di follow up anche dopo l'intervento, in relazione al progetto educativo, terapeutico e riabilitativo individualizzato.

(C-ED/R - accr - 4.8)

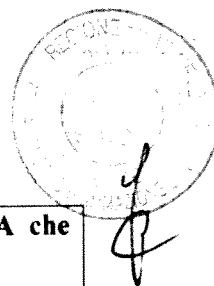
E' presente una Cartella Personale per ogni minore contenente le informazioni ed i dati (sul minore) il Progetto Quadro, il PI e i risultati delle attività di monitoraggio in itinere.

(C-ED/R - accr - 4.9)

Deve essere garantita all'ospite la possibilità di personalizzare gli spazi e i ritmi. Tale possibilità deve essere assicurata a tutti gli ospiti in eguale modo, nel rispetto comunque degli spazi, ritmi e arredi destinati agli altri ospiti.

(C-ED/R - accr - 4.10)

Devono esistere momenti di verifica sul "clima" all'interno della Comunità Educativa - Riabilitativa, con particolare attenzione a favorire l'instaurarsi di un contesto relazionale e di cura caratterizzato da familiarità e affettività fra i minori e fra questi e gli adulti.



Denominazione	Requisiti aggiuntivi delle COMUNITA' EDUCATIVA DIURNA che accolgono anche minori/adolescenti con problemi psicopatologici
Definizione	E' una specifica della Comunità Educativa Diurna per minori adolescenti che accoglie anche temporaneamente il minore adolescente e preadolescente che presenta un quadro psico-patologico in buon compenso psichico, con una autonomia compatibile con l'età, nella quale è possibile la frequentazione della scuola o della attività lavorativa ma che necessita ancora di contesti sufficientemente strutturati di esperienza. In tali situazioni il contesto familiare non è in grado temporaneamente di assolvere pienamente le funzioni genitoriali e sostenere e valorizzare le potenzialità del minore (a causa degli aspetti connessi alla patologia del minore e/o per situazioni connesse ad un temporaneo disfunzionamento familiare che deve essere trattato dai servizi referenti).
Finalità	Si configura come un contesto strutturato in cui i minori adolescenti acquisiscono, consolidano e sviluppano esperienze e competenze relazionali, sociali, cognitive.
Capacità ricettiva	Sul un numero massimo di 10 minori previsti negli standard delle Comunità educative diurne i posti riservati a questa tipologia target non possono essere più del 50%.

Per essere autorizzata all'esercizio la COMUNITA' EDUCATIVA DIURNA PER MINORI/ADOLESCENTI, che accoglie minori adolescenti e preadolescenti con quadro psicopatologico in buon compenso psichico, deve conformarsi ai seguenti requisiti aggiuntivi:

au 1

La Comunità dovrà esplicitare l'interesse ad accogliere anche minori/adolescenti e preadolescenti che presentano un quadro psico-patologico.

au 2

Nel caso di minori/adolescenti e preadolescenti che presentano un quadro psico-patologico l'accoglienza è sempre mediata da un servizio pubblico e programmata e confermata dall'UVMD.

au 3

In caso di accoglienza di minori/adolescenti e preadolescenti che presentano un quadro psico-patologico l'Ente Gestore ha la responsabilità di garantire e certificare che tutto il personale è stato selezionato in base a criteri di competenza, disponibilità, motivazione, capacità di lavorare in gruppo, esperienza documentata e inquadrata secondo il loro profilo professionale. I criteri devono essere esplicitati.

Le figure previste quali essenziali sono:

Educatore Professionale Sanitario o/e Educatore Professionale Animatore (l'Educatore Professionale deve essere in possesso alternativamente del diploma di laurea triennale per Educatore Sanitario o del diploma di Educatore Professionale Animatore, conseguito attraverso i corsi regionali triennali di formazione specifica, o del diploma di laurea di Educatore Professionale o di altro titolo riconosciuto equipollente dallo stato e dalla Regione, o del diploma di laurea in Scienze dell'Educazione o Scienze della Formazione e dell'Educazione con indirizzo di Educatore Professionale, o altro titolo riconosciuto equipollente dallo Stato e dalla Regione Veneto o/e Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica. (vedi - ED/R au 1-2-3...).

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

Il rapporto numerico tra operatori (escluso personale amministrativo e personale non assistenziale) e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore (tempo pieno equivalente) / utente almeno pari a 1/2.

**au 4**

In caso di accoglienza di minori/adolescenti e preadolescenti che presentano un quadro psico-patologico la funzione di coordinamento deve essere garantita da personale in possesso di laurea specialistica in Psichiatria o Neuropsichiatria Infantile o laurea in Psicologia con specializzazione, anche appartenente al personale in organico presso la struttura.

au 5

Nel caso di accoglienza di minori/adolescenti e preadolescenti che presentano un quadro psico patologico la responsabilità e la titolarità della definizione e della stesura del progetto quadro (P.Q.) è del Servizio per l'Età Evolutiva del territorio di provenienza del minore. Il P.Q. deve essere definito ai sensi delle Linee Guida per i servizi sociali e sanitari e deve esplicitare l'insieme coordinato e integrato degli interventi sociali, sanitari ed educativi rivolti al minore di età e alla sua famiglia sia relativamente ai compiti attribuiti alla Comunità che quelli dei servizi del territorio.

In tutte le fasi di erogazione del servizio la struttura deve contribuire alla realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale dell'utente, attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio e devono essere articolate in maniera specifica le attività finalizzate al coinvolgimento della famiglia così come definite nel Progetto Quadro.

Nel caso in cui il minore è oggetto di un provvedimento della Autorità Giudiziaria la responsabilità diagnostica riabilitativa rimane in capo al Servizio per l'Età Evolutiva, mentre la titolarità del P.Q. va in capo ai servizi di protezione e tutela.

Il P.Q. è approvato dall'UVMD del territorio di residenza del minore, cui partecipa anche la Comunità.

au 6

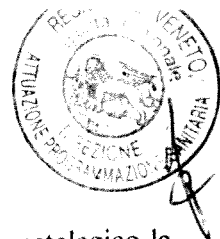
Nel caso di accoglienza di minori adolescenti e preadolescenti che presentano un quadro psico-patologico il progetto educativo terapeutico riabilitativo ed educativo individualizzato deve essere definito e documentato sulla base del Progetto Quadro tenendo conto:

- della diagnosi formulata dal servizio inviante;
- delle caratteristiche del minore, dei suoi bisogni e del suo contesto familiare e sociale;
- degli obiettivi educativi riabilitativi;

Il progetto educativo terapeutico- riabilitativo individualizzato deve comprendere:

1. l'individuazione dell'operatore responsabile del Progetto educativo terapeutico riabilitativo individuale;
2. le modalità di coinvolgimento del minore e dei suoi familiari (o del tutore) rispetto alla costruzione del PEI, in collaborazione con il Servizio inviante;
3. gli obiettivi specifici degli interventi;
4. le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi in relazione a: professionalità coinvolte (chi fa che cosa), descrizione degli interventi previsti (che cosa si intende fare), modalità in cui le azioni saranno realizzate (come), spazi in cui si realizzeranno gli interventi (dove), tempi in cui saranno realizzate le azioni sia nella frequenza che nella scansione temporale (quando e per quanto tempo);
5. come l'organizzazione della giornata e delle attività tiene in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali), nonché eventuali condizioni di disabilità del minore.
6. le modalità e i tempi di verifica del Progetto terapeutico individuale (procedure, tempi e strumenti), coerenti con quelle del progetto quadro, esplicitando il sistema di valutazione dei risultati adottato un sistema di valutazione dei risultati i cui dati in output devono essere utilizzati per ridefinire il Progetto di intervento.

La presentazione del PEI al minore e alla sua famiglia è compito dell'operatore referente del caso del servizio inviante e dell'operatore responsabile del PEI.



au 7

Nel caso di accoglienza di minori adolescenti e preadolescenti che presentano un quadro psico patologico la durata massima dei progetti individualizzati realizzati presso la struttura è di 12 (dodici) mesi rinnovabili dopo verifica e ridefinizione del progetto individualizzato.

ACCREDITAMENTO

Per essere accreditata ogni Unità Operativa deve:

- 1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
- 2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione del Piano di Zona;**
- 3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

(M-accr - 0.1)

La formazione deve essere documentata anche ai fini dell'eventuale riconoscimento di crediti formativi. I percorsi formativi, sia individuali che di gruppo, devono fornire agli operatori strumenti (teorici e tecnici) utili per comprendere la complessa realtà della struttura in relazione agli ospiti e per saper organizzare percorsi educativi in funzione dei bisogni specifici.

(M-accr - 0.2)

Devono essere messi in atto strumenti e procedure di rilevazione della soddisfazione del minore, della famiglia (laddove possibile) e del committente.

(CD-ED -M - accr - 4.1)

Per ogni minore devono essere esplicitati i tempi, i criteri, le modalità e le responsabilità per l'ammissione, l'accoglienza e la dimissione.

(CD-ED -M - accr - 4.2)

La comunità diurna dovrà descrivere nel progetto generale le procedure per la gestione delle emergenze (fughe, reati, emergenze sanitarie, emergenze ambientali, ecc..).

(CD-ED -M - accr - 4.3)

Deve essere redatto un report annuale di valutazione dei risultati che la Comunità diurna ha raggiunto per la sua utenza.

(CD-ED -M - accr - 4.4)

Deve essere promosso l'inserimento degli ospiti nell'ambiente urbano-sociale ed educativo del territorio attraverso l'uso di servizi (scolastici, ricreativi, educativi, sociali socio sanitari e educativi), infrastrutture, risorse ed opportunità ivi esistenti.

(CD-ED -M - accr - 4.5)

La comunità diurna deve fare in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni.

(CD-ED -M - accr - 4.6)

La comunità diurna nell'avvalersi dell'opera di volontari, dovrà curarne l'inserimento nelle attività anche mediante adeguati interventi formativi. L'Ente Gestore cura il carattere continuativo della relazione del volontario con i minori.

(CD-ED -M - accr - 4.7.1 -2-3-4-5-6-7-8)

Deve essere definito e documentato un progetto educativo individualizzato sulla base:

- delle caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni e del suo contesto familiare e sociale;
- dei risultati che si vogliono ottenere;
- della capacità di risposta dell'ente in termini organizzativi interni e di eventuale integrazione e ricorso ai servizi della rete.

Il progetto educativo individualizzato deve comprendere:

1. l'individuazione dell'operatore responsabile del PEI;
2. la valutazione multidimensionale dell'utente;



3. l'informazione e il coinvolgimento del minore e/o dei suoi familiari (o del tutore) e del Servizio inviante all'interno del PEI;
4. l'individuazione degli obiettivi specifici d'intervento;
5. l'indicazione dei tempi previsti di attuazione del progetto;
6. la pianificazione degli interventi e delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi;
7. la realizzazione di attività di verifica sul PEI (procedure, tempi e strumenti);

Deve essere definito e adottato un sistema di valutazione dei risultati (valido e attendibile) sul singolo utente e i dati in output da tale sistema devono essere utilizzati per ridefinire il PEI.

Deve essere definito e adottato un sistema di follow up anche dopo l'intervento, in relazione al progetto educativo individualizzato.

L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali).

Il PEI deve tener conto di eventuali condizioni di disabilità del minore.

(CD-ED -M - accr - 4.8)

E' presente una Cartella Personale per ogni minore contenente le informazioni ed i dati (sul minore) il Progetto Quadro, il PEI e i risultati delle attività di monitoraggio in itinere.

(CD-ED -M - accr - 4.9)

Deve essere garantita all'ospite la possibilità di personalizzare gli spazi e i ritmi. Tale possibilità deve essere assicurata a tutti gli ospiti in eguale modo, nel rispetto comunque degli spazi, ritmi e arredi destinati agli altri ospiti.

(CD-ED -M - accr - 4.10)

Devono esistere momenti di verifica sul "clima" all'interno della comunità diurna, con particolare attenzione a favorire l'instaurarsi di un contesto relazionale e di cura caratterizzato da familiarità e affettività fra i minori e fra questi e gli adulti.

