



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PRIVATI PER IL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

CENTRO SEMIRESIDENZIALE DI PRONTA ACCOGLIENZA

Area dei servizi di accoglienza.

I servizi di quest'area accolgono persone, di norma per una durata non superiore a novanta giorni, indipendentemente dalla loro decisione di accettare, nell'immediato, un programma finalizzato al superamento della dipendenza. Soddisfano bisogni fondamentali o stati di bisogno immediati e improrogabili di carattere clinico, sociale o correlati alla tossicodipendenza contribuendo a prevenire e/o ridurre i rischi nella prospettiva di un eventuale impegno terapeutico. Possono accogliere soggetti in trattamento farmacologico, anche sostitutivo.

Normativa di riferimento:

D.P.R. 14 gennaio 1997; D.G.R. n 44/9 del 20-9-2005; D.G.R. n. 45/14 del 28-8-2008; L.R. 21-4-2005 n.7 art. 13 comma 11

REQUISITI ORGANIZZATIVI FUNZIONALI

I requisiti funzionali specifici per ogni servizio sono descritti in termini di modalità di accesso e programma della struttura, capacità ricettiva, prestazioni e personale.

Modalità di accesso e programma della struttura:		SI	NO
1.	Inserimento: ingresso immediato disposto dal Sert o accesso diretto. (In questo ultimo caso deve essere data immediata comunicazione dell'ingresso al Sert di residenza dell'utente. Lo stesso Sert, o su delega del medesimo il Sert territorialmente competente, deve autorizzare o rifiutare l'inserimento quanto prima e comunque non oltre 3 giorni lavorativi dal ricevimento della comunicazione, previa valutazione multidimensionale.)		
2.	Accoglienza: utenti con disturbo da uso di sostanze o altre dipendenze patologiche.		
3.	Durata programma: permanenza complessiva dell'utente non superiore a 90 giorni.		
4.	Apertura: sette giorni alla settimana per un minimo di 8 ore al giorno.		
5.	Svolgimento attività e presenza continuativa di personale:56 ore settimanali.		
6.	Tipologia utenti: accoglienza non selezionata di utenti		
	a. di entrambi sessi;		
	b. anche con trattamenti farmacologici in corso;		
	c. anche con alcoldipendenza;		
	d. anche con patologia psichiatrica;		
	e. anche soggetti alle misure giudiziarie alternative alla detenzione (affidamento al Servizio Sociale del Ministero della Giustizia).		
Prestazioni:			
7.	a. accertamento dell'iscrizione a medico di medicina generale (o sua iscrizione);		
	b. approvvigionamento farmaci del SSN		
	c. monitoraggio trattamenti farmacologici per la tossicodipendenza		
	d. interventi di informazione, educazione sanitaria, prevenzione e riduzione del danno		
	e. fornitura pasti;		
	f. igiene personale		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PRIVATI
PER IL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE**

CENTRO SEMIRESIDENZIALE DI PRONTA ACCOGLIENZA

		SI	NO
7.	g. cura della persona;		
	h. colloqui di ascolto e di sostegno educativo		
	i. attività espressive		
	j. attività occupazionali congruenti con i piani individuali di trattamento		
	k. orientamento e sostegno alle famiglie		
	l. collegamento programmatico e integrazione operativa finalizzata all'ulteriore programmazione del trattamento col Sert e con il Centro Servizio Sociale Adulti del Ministero della Giustizia		
Personale: Standard minimi per l'autorizzazione all'apertura, al funzionamento e per l'accreditamento (riferito a numero utenti fino a 15)			
8.	a. 1 medico per 1 ora alla settimana.		
	b. 1 coordinatore operatori per 38 ore alla settimana		
	c. 2 educatori professionali per 30 ore ciascuno alla settimana.		
	d. 1 operatore socio-sanitario per 24 ore alla settimana.		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PRIVATI
PER IL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE**

CENTRO SEMIRESIDENZIALE DI PRONTA ACCOGLIENZA

IL SOTTOSCRITTO D I C H I A R A
il mancato possesso dei seguenti requisiti e ne giustifica il motivo

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso	Tempistica di risoluzione



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PRIVATI
PER IL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE**

CENTRO SEMIRESIDENZIALE DI PRONTA ACCOGLIENZA

IL SOTTOSCRITTO D I C H I A R A
altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze che le false attestazioni comportano sotto l'aspetto penale, civile ed amministrativo in caso di false dichiarazioni, certifica che la struttura di cui è responsabile alla data odierna sia in possesso dei requisiti sopra elencati.

In fede

(firma del dichiarante)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____

