



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

#### SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVO

**Area dei servizi terapeutico riabilitativi**, sono rivolti a persone che accettino di aderire ad un programma terapeutico, dettagliatamente descritto e personalizzato, per una durata non superiore a diciotto mesi. Attuano piani terapeutici e riabilitativi, personalizzati e articolati in interventi di consulenza e supporto psicologico e/o psicoterapia individuale o di gruppo, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e ad un pieno reinserimento sociale. 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 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: effettuato dal Sert, previa valutazione diagnostica multidisciplinare.		
2.	Accoglienza: utenti con disturbo da uso di sostanze o altre dipendenze patologiche.		
3.	Durata programma: non superiore di norma a 18 mesi.		
4.	Apertura: cinque giorni alla settimana		
5.	Svolgimento attività e presenza continuativa di personale:8 ore giornaliere.		
6.	Tipologia utenti, accoglienza non selezionata:		
	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).		
<b>Prestazioni:</b>			
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		
	g. cura della persona;		
	h. Supporto psicologico e/o psicoterapico individuale e/o di gruppo		
	i. attività espressive		



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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

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

**SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVO**

		SI	NO
7.	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		
<b>Personale: Standard minimi per l'autorizzazione all'apertura, al funzionamento e per l'accreditamento (riferito a numero utenti fino a 15)</b>			
8.	1 medico per 1 ora alla settimana.		
	1 coordinatore operatori per 38 ore alla settimana		
	1 psicologo per 3 ore alla settimana		
	2 educatori professionali per 30 ore ciascuno alla settimana.		
	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**

**SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVO**

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

<b>Nr. Requisito</b>	<b>Giustificazione mancato possesso</b>	<b>Tempistica di risoluzione</b>



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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

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

**SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVO**

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA**  
**altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti**

<b>Nr. Requisito</b>	<b>Giustificazione mancato possesso</b>

**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. \_\_\_\_\_

