



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA

GRUPPI DI CONVIVENZA

Sono soluzioni diversificate di residenza terapeutico-riabilitative destinate a pazienti in carico al DSMD, promosse al fine di assicurare risposte flessibili e differenziate e valorizzare le capacità auto-organizzative e relazionali delle persone. Si costituiscono in abitazioni civili e sono volti a sostenere l' "abitare" e la "vita sociale". Si caratterizza per la specificità degli obiettivi di riabilitazione e per il supporto di poche ore al giorno per le attività della vita quotidiana. I gruppi di convivenza includono di norma 3 – 4 persone.

La presente scheda modifica e/o integra la sotto elencata normativa regionale.

Normativa di riferimento: DPR 14-1-1997, DPR 10 novembre 1999; Piano sanitario regionale 2006-2008; DGR 57/3 del 23.10.2008 (vedi nota nella scheda requisiti generali).

	REQUISITI STRUTTURALI	SI	NO
1.	Sono applicati i requisiti strutturali, previsti dai regolamenti edilizi comunali. Per quanto concerne le tecnologie, gli impianti e la sicurezza in generale occorre rispettare quanto prescritto nelle schede sui requisiti generali.		

	REQUISITI ORGANIZZATIVI (personale)	SI	NO
2.	Sono individuati il responsabile sanitario e sociale della struttura		
3.	Il personale addetto all'assistenza di base prevede:		
	a. 1 operatore socio sanitario		
	b. 1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica		
4.	E' assicurata la presenza oraria programmata di operatori e tecnici in relazione alle attività più significative, alle caratteristiche degli utenti e alle necessità terapeutico riabilitative		
	E' garantita l'assistenza sanitaria flessibile per tipologia, impegno temporale e per le emergenze da parte del DSMD		
5.	E' prevista la partecipazione degli utenti nella conduzione delle attività		

	REQUISITI ORGANIZZATIVI (procedure)	SI	NO
6.	Sono formalizzate le procedure per:		
	a. l'accesso e l'inserimento nella struttura residenziale		
	b. la progettazione del percorso terapeutico riabilitativo personalizzato		
	c. la permanenza nella struttura e la durata del programma riabilitativo (fino a 2 anni)		
	d. l'articolazione degli interventi		

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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

STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA

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

[illegible]

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. _____

