



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 RESIDENZIALE 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: sette giorni alla settimana		
5.	Svolgimento attività e presenza continuativa di personale: 24 ore su 24.		
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).		
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. Monitoraggio condizioni psico-fisiche		
	e. Informazione ed educazione sanitaria		
	f. fornitura pasti;		
	g. igiene personale		
	h. cura della persona;		
	i. Supporto psicologico e/o psicoterapico individuale e/o di gruppo		
	j. 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 RESIDENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVO

		SI	NO
7.	k. Attività formative		
	l. attività occupazionali congruenti con i piani individuali di trattamento		
	m. orientamento e sostegno alle famiglie		
	n. 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. 1 psicologo per 6 ore alla settimana		
	d. 3 educatori professionali per 38 ore ciascuno alla settimana.		
	e. 3 operatori socio-sanitari per 38 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 RESIDENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVO

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**

SERVIZIO RESIDENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVO

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. _____

