

**DECRETO DEL PRESIDENTE  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA**

**Oggetto:** Riforma della residenzialità psichiatrica: modifica e integrazione del paragrafo 4.3 del DCA 8/2011: Gruppo appartamento. Abrogazione SRSR a bassa intensità (a fasce orarie). Approvazione allegato 1.

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTO** lo Statuto della Regione Lazio approvato con L.R. 11 novembre 2004, n.1;

**VISTA** la Costituzione italiana, in particolare gli articoli: art.13, art.32

**VISTO** il Codice penale, in particolare gli articoli: art.40, art.54

**VISTA** la DGR 3 febbraio 1998 n.143 concernente il regolamento per l'istituzione, funzioni e modalità operative del Dipartimento di Salute Mentale;

**VISTA** la DGR 262/2009 Approvazione documento concernente: *“Rapporto Strategico per gli Interventi Sanitari e la Gestione delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva nella Regione Lazio”*.

**VISTA** la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modificazioni;

**VISTO** il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni;

**DATO ATTO** che, con Deliberazione del Consiglio dei ministri del 21 marzo 2013, il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

**VISTA** la Deliberazione 14 dicembre 2015, n.723 Conferimento dell'incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e politiche sociali, ai sensi del combinato disposto dell'art.162 e dell'allegato H del Regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n.1. Approvazione schema di contratto.

**VISTA** la Legge 13 maggio 1978, n.180 “Trattamenti e accertamenti sanitari volontari e obbligatori”

**VISTA** la legge 27 dicembre 1978, n.833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare gli articoli 33, 34, 35;

**VISTA** la L.R. 14 Luglio 1983, n.49 Organizzazione del servizio dipartimentale di salute mentale

**VISTO** il DPR 7 aprile 1994 Progetto obiettivo Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1994-1996

**VISTO** il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”*;

**VISTA** la LR 16 giugno 1994 n.18, e successive modificazioni recante *“Disposizioni per il riordino del SSR ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzioni delle aziende unità sanitarie locali”*;

**VISTA** l’Intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome in data 11 aprile 1996 ha approvato recante *“Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992”*,

**VISTE** le Linee di attività di emergenza psichiatrica - Regione Lazio – Assessorato Salvaguardia e cura della salute nota n.1295/60 del 30 maggio 1997 *“Attività di emergenza psichiatrica dei Dipartimenti di salute mentale. Comune di Roma”* (Allegato 1 – protocollo clinico – intervista telefonica filtro; Allegato 2 procedure da seguire da parte del 118 che dei CCSSMM; Allegato 3 – Scheda di rilevazione delle prestazioni effettuate dai DDSSMM per l’emergenza psichiatrica territoriale);

**VISTA** la Circolare n.27 dell’Assessorato Sanità Regione Lazio – Salvaguardia e cura della salute settore 60 ufficio I- prot. n.1331 del 14 giugno 1999 *“Direttiva regionale per le procedure di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio per le malattie mentali”*;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Repubblica 1° novembre 1999 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999) Approvazione del Progetto Obiettivo *“Tutela Salute Mentale 1998-2000”*, in particolare *“funzioni generali della direzione del DSM garantire gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell’anno”*.

**VISTO** il D.P.R. 6 giugno 2001, n.380 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia;

**VISTA** la LR 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni recante *“Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”*;

**CONSIDERATO** che la D.G.R. 419/07 disegna un percorso assistenziale del paziente affetto da disagio psichico che tiene conto dell’offerta assistenziale esistente nel territorio e rende compatibili le fasi cliniche dell’utente con i servizi e le strutture;

**VISTA** la LR 3 marzo 2003, n.4 e successive modificazioni ed integrazioni, recante: *“Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”*;

**VISTA** la LR 03 luglio 2006, n.6 *“Istituzione della Consulta regionale per la salute mentale”*;

**VISTA** la DGR n.66 del 12 febbraio 2007 concernente *“Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art.1, c.180, della Legge 311/2004”*;

**VISTA** la DGR n.149 del 6 marzo 2007 avente per oggetto: *“Preso d’atto dell’Accordo Stato – Regioni ai sensi dell’art.1, c.180, della Legge n. 311/2004 , sottoscritto il 28 febbraio 2007, Approvazione Piano di Rientro” e i seguenti obiettivi:(...)1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l’emergenza, l’urgenza e l’elezione;*

**VISTO** l'art.2 commi da 67 a 105 della legge 23 dicembre 2009 n.191 ed in particolare l'art.88, che prevede la gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta;

**VISTO** il DPCM 1 aprile 2008 *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria;*

**VISTO** il DCA 5 settembre 2008 n.U0015 recante *“Definizione dei fabbisogni sanitari dell’assistenza residenziale per la salute mentale. Ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche. Approvazione della Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche”;*

**VISTE** le Raccomandazioni della Conferenza delle regioni e delle province autonome *“Raccomandazioni in merito all’applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale (Art. 33 – 34 – 35 Legge 23 dicembre 1978, n. 833)”* (2009);

**VISTO** il DCA 7 luglio 2009 n.U0048, avente ad Oggetto *“Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006”* (ALL.1); *“Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe”* (ALL2);

**VISTO** il DCA n.U0090 del 2010 recante: *Approvazione di Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie “ (All.1), “Requisiti ulteriori per l’accreditamento” (All.2), “Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli accreditamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d’uso” (All.3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell’art.1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l’accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n.3;*

**VISTO** il DCA 09 dicembre 2010 n.101 *“Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 “Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006” (ALL.1); “Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe”(ALL.2)”* e successive modificazioni;

**VISTO** il DCA 3 febbraio 2011 n.8 recante *“Modifica dell’Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie»”* e in particolare la parte che disciplina le strutture di salute mentale che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (Tabella.1) ;

Tabella.1- estratto - DCA 3 febbraio 2011 n.8 Strutture di salute mentale che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale
4. Strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale
4.3. Strutture RESIDENZIALI psichiatriche
4.3.1 Requisiti Strutturali
4.3.2. Requisiti Impiantistici Tecnologici
4.3.3 Requisiti Organizzativi

**VISTE** le tipologie assistenziali attualmente previste dal paragrafo 4.3 del DCA 8 del 2011:

- Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT)
- Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative Intensive (SRTRi)

- Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative Estensive (SRTRe)
- Strutture Residenziali Socio-Riabilitative ad elevata intensità assistenziale (SRSR 24h)
- Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a media intensità assistenziale (SRSR 12h).

**VISTA** in particolare la parte del paragrafo 4.3 del DCA 8 del 2011 relativa alla suddivisione delle Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (SRSR) e i rimandi alle vecchie autorizzazioni rese per le Comunità di convivenza (comunità alloggio e gruppi appartamento, disciplinati dalla DGR 351/2000 poi annullata con sentenza del Tar nel 2002):

*“Le S.R.S.R. si suddividono in:*

- *S.R.S.R. a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24) (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per comunità riabilitative-residenziali): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria continuativa nelle 24 ore.*
- *S.R.S.R. a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24) (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità di Convivenza e Comunità Alloggio): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con livelli di autonomia quotidiana tali da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria nelle sole 12 ore diurne. Il percorso socio-riabilitativo e la permanenza in queste strutture devono essere orientati verso un’ulteriore possibile diminuzione dell’assistenza e verso l’acquisizione delle autonomie necessarie per uscire dall’ambito assistenziale psichiatrico.*
- *S.R.S.R. a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria con presenza di personale per fasce orarie (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Gruppi Appartamento): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con sufficienti livelli di autonomia tali da richiedere un supporto sociale e riabilitativo solo per una parte della giornata da parte di figure professionali con funzioni di sostegno e di supporto alla gestione della vita quotidiana”*

**VISTA**, inoltre, la previsione per le strutture Residenziali Socio-Riabilitative da parte del DCA 8/2011 del requisito strutturale della civile abitazione qualora le strutture abbiano fino a 10 posti di ospitalità (paragrafo 4.3.1 Requisiti Strutturali);

**VISTO** il Piano d’azione per la salute mentale 2013 – 2020 dell’OMS che per poter migliorare l’accesso alle cure e la qualità dei servizi, raccomanda tra l’altro la creazione di servizi completi di salute mentale e di supporto sociale inseriti nella comunità locale; un’efficace collaborazione tra gli operatori formali ed informali e un’offerta dei servizi territoriali di salute mentale che comprenda un approccio basato sulla recovery ponendo l’enfasi sul sostegno alle persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali per realizzare le proprie aspirazioni ed i propri obiettivi;

**VISTO** il Piano d’azione europeo 2013-2020 per la salute mentale che pone un particolare focus sulle azioni da adottare per contrastare l’insorgenza dei disturbi mentali e migliorare la qualità di vita dei cittadini e ha i seguenti obiettivi:

- (a) tutti hanno le medesime opportunità di ottenere il benessere mentale a qualsiasi età e ciò vale in particolare per i soggetti più vulnerabili o a rischio;
- (b) le persone con problemi di salute mentale sono cittadini che vedono perfettamente riconosciuti, protetti e promossi i loro diritti umani;
- (c) i servizi di salute mentale sono accessibili anche dal punto di vista finanziario, competenti e a disposizione della collettività in base al bisogno;
- (d) le persone hanno diritto a una terapia rispettosa, sicura ed efficace.
- (e) i sistemi sanitari forniscono valide cure per la salute fisica e mentale di tutti;
- (f) i sistemi per la salute mentale collaborano e si coordinano con altri settori;
- (g) la governance per la salute mentale e l’erogazione dei servizi sono basati su informazioni e conoscenze attendibili.

**VISTO** l’Accordo nazionale N.4/CU del 24.01.2013 approvato in Conferenza unificata concernente il Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) che individua le aree di bisogno

prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza e impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili;

**TENUTO CONTO**, di quanto auspicato dal PANSM in merito al coordinamento degli interventi integrati con le altre aree di lavoro "...si rende necessario al fine di fornire risposte integrate ad una domanda complessa di assistenza che riguarda la persona ed il suo bisogno di salute globalmente considerato, ottimizzando l'utilizzo delle risorse finanziarie, sempre più limitate, e dei servizi stessi..." e agli obiettivi generali da perseguire:

- *"definizione di percorsi assistenziali integrati e raccomandazioni di buone pratiche*
- *condivisione tra le diverse agenzie cointeressate*
- *formulazione di accordi e procedure operative, recepiti, ove necessario, in protocolli d'intesa*
- *formazione integrata rivolta ai gruppi operativi multi professionali;"*

**TENUTO CONTO**, altresì, che il PANSM sottolinea l'importanza dell'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale nazionale (SISM) in tutte le Regioni, verificando preliminarmente in modo specifico la predisposizione delle procedure necessarie;

**VISTO**, in particolare quanto stabilito dall'Accordo nazionale 2013 n.4/CU del 24 gennaio 2013, approvato in conferenza unificata "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*" "*i percorsi di cura devono essere realizzati sia da parte dei servizi specialistici per la salute mentale (DSM e/o servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza) sia nell'integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociali e educativi, formali e informali, istituzionali e no. (...)*";

**VISTO** il DCA n.287 del 16 settembre 2014 "Recepimento dell'Accordo 2013 n.4/CU approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013 relativo al "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*";

**VISTO** l'Accordo nazionale n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata "*Le strutture residenziali psichiatriche*";

**VISTO** che il predetto accordo n.116/CU del 17 ottobre 2013 prevede l'individuazione di tre tipologie di strutture residenziali psichiatriche sulla base dell'intensità terapeutico riabilitativa dei programmi attuati e dei livelli di intensità assistenziale, quali:

- S.R.P.1: Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo;
- S.R.P.2: Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo;
- S.R.P.3: Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sotto tipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie;

**VISTO** il DCA n.310 del 3 ottobre 2014 "Recepimento dell'Accordo n.116/CU del 17 ottobre 2013 approvato in Conferenza unificata *Le strutture residenziali psichiatriche*";

**VISTO** il DCA 4 agosto 2015, n.U00383 *Percorsi assistenziali di presa in carico sanitaria e di cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale*;

**VISTO** l'Accordo n. 137/CU tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento "*Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*", sancito dalla Conferenza Stato Regioni del 13 novembre 2014;

**VISTO** il DCA n.94 del 17 marzo 2017 “Recepimento dell’Accordo n.137/CU tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento “*Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e i disturbi gravi di personalità*”;

**VISTO** che il predetto accordo n.137/CU oltre ad approfondire alcuni obiettivi prioritari, indicati nel PANSM detta i percorsi di cura o percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) che costituiscono, insieme alle Linee guida, strumenti del governo clinico che consentono di definire standard assistenziali e di verificare l’appropriatezza dell’assistenza erogata;

**VISTI** i valori, principi e gli orientamenti diffusamente presenti nella normativa regionale di settore ed in particolare nei progetti obiettivo regionali per la tutela della salute mentale che l’Accordo riprende e conferma e gli elementi comuni e qualificanti dei percorsi: •

- la priorità assegnata agli interventi nelle situazioni di esordio
- la collaborazione e l’interazione con i servizi di neuropsichiatria infantile per l’infanzia e l’adolescenza, i servizi per le dipendenze patologiche e con i medici di medicina generale
- la forte attenzione al "lavoro con le famiglie"
- l’individuazione di strategie per facilitare l’accesso ai servizi, per garantire equità e per garantire continuità delle cure
- l’orientamento al raggiungimento del maggior livello possibile di autonomia personale e sociale in tal senso;

**VISTO** il DCA 25 luglio 2014 n.247 con il quale si è proceduto all’adozione della nuova edizione dei Programmi operativi 2013/2015;

**VISTO** il DCA 25 luglio 2014 n. U00247 Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio;

**VISTO** il DCA 30 luglio 2014 n. U00250 Definizione del limite massimo di risorse assegnabili per l’anno 2014 delle prestazioni neuropsichiatriche erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR

**VISTO** il DCA 14 maggio 2015, n.U00188 *Modifica ed integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 9 dicembre: "Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006" (ALL.1); "Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe"(ALL.2)". Nuove disposizioni al fine di uniformare standard organizzativi e gestionali delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche.*

**VISTA** la proposta dei Programmi Operativi 2016-2018, inviati in preventiva approvazione al Ministero della Salute ed al Ministero dell’Economia e delle Finanze, con nota prot. n. CZ 2048 del 12 ottobre 2016;

**VISTO** il DCA 22 febbraio 2017 n.52 Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione , riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale" che prevede tra i suoi obiettivi la riorganizzazione dell’offerta dei servizi di salute mentale (9.5 Salute Mentale) e in particolare la necessità di “*definire e regolamentare degli standard per i progetti per l’autonomia degli utenti (gruppi appartamento, progetti di supporto all’abitare, progetti finalizzati all’inclusione e all’inserimento socio-lavorativo)*”;

**VISTA** la Determina G13954 del 25 novembre 2016 con la quale è stato costituito un gruppo di lavoro per la “definizione e regolamentazione degli standard per i progetti per l'autonomia degli utenti (sostegno abitativo, gruppi appartamento, progetti di supporto all'abitare, progetti finalizzati all'inclusione e all'inserimento socio-lavorativo);

**VISTI** gli obiettivi del gruppo di lavoro:

1. migliorare la qualità delle cure mediche territoriali e ospedaliere per le persone con disturbi mentali e ridurre la frequenza e la durata delle degenze ospedaliere e dei loro costi;
2. migliorare i percorsi di cura e sostenere i nuclei familiari e realizzare interventi riabilitativi a domicilio e in situazioni residenziali;
3. risolvere la situazione specifica relativa ai Gruppi Appartamento psichiatrici per i quali si rilevano criticità sia legate al mancato inquadramento giuridico nel DCA n.8/2011 nonché alla attuale difficoltà di un eventuale accreditamento di tali strutture, e relativa definizione della tariffa da praticare,
4. revisione del sistema della residenzialità psichiatrica al fine di integrare la rete dei servizi residenziali della psichiatria, prevedendo 1) Requisiti autorizzativi e di accreditamento specifici per Gruppi Appartamento, Comunità Protette Comunità Alloggio; 2) Nuovo modello organizzativo di vigilanza per le predette strutture residenziali;

**RAVVISATA** la necessità di rinviare a un successivo provvedimento la regolamentazione di strutture residenziali a carattere comunitario;

**PRESO ATTO** che il “Progetto obiettivo tutela salute mentale” ha fissato l'indicatore di fabbisogno in un rapporto ottimale di 1 posto di assistenza residenziale ogni 5.000 abitanti

**CONSIDERATA** la presenza sul territorio regionale delle seguenti Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a bassa intensità assistenziale (SRSR a fascia oraria), private accreditate

NOME STRUTTURA	Codice Nsis	DSM	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	NUMERO P.L.	DCA ACCREDITAMENTO
VILLANOVA DI GUIDONIA (RM)	120293	ASL RM5	SRSR a fascia oraria	5	U00173/13
Villa delle Querce	114230	Latina	SRSR a fascia oraria	6	U00444/13
Agorà Salus	114330	Latina	SRSR a fascia oraria	10	U00297/14
Totale posti letto				21	
Fonte Ufficio Accreditamento					

per un totale di 21 posti letto;

**CONSIDERATE**, inoltre le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a bassa intensità assistenziale pubbliche (SRSR a fascia oraria), a gestione diretta dei Dipartimenti di salute mentale regionali:

NOME STRUTTURA	Codice struttura Nsis	DSM	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	NUMERO P.L.	DCA ACCREDITAMENTO
SRSR Sodini	101901	RM1	SRSRfo	2	
Comunità alloggio Baccina - II piano	101901			6	
Comunità alloggio Baccina - IV piano	101901	RM1	SRSRfo	6	
Bramante		RM1	SRSRfo	5	
Milizie		RM1	SRSRfo	4	

SRSR gruppo appartamento giovani (Oslavia)	600270	RM1	SRSRfo	5	
Quarrata, 7 int.1	401301	RM1	SRSRfo	5	
Quarrata,7 int. 2		RM1	SRSRfo	2	
Quarrata,7 int.3		RM1	SRSRfo	5	
Quarrata, 15 int.1		RM1	SRSRfo	4	
Quarrata, 15 int.2		RM1	SRSRfo	2	
Casa Famiglia Turchia	200604	RM1	SRSRfo	3	
SRSR prima Porta	600260	RM1	SRSRfo	6	
SRSR Santa Fecitola	114333	Latina	SRSRfo	8	
Casa famiglia Monterotondo	240110	RM5	SRSRfo	4	
Comunità alloggio Eudosia (Monterotondo)	240112	RM5	SRSRfo	2	
SRSR Santa Fecitola	114333	Latina	SRSRfo	8	
Totale posti letto				77	
Fonte Dipartimenti di salute mentale					

per un totale di 77 posti letto;

**CONSIDERATO** che i requisiti strutturali e organizzativi previsti dal DCA 8/2011 risultano gravosi per le succitate strutture, in parte costituite dai vecchi gruppi appartamento gestiti dal Dipartimento di salute mentale;

**CONSIDERATO** che dalla rilevazione effettuata a giugno 2017 mediante questionario, nell'ambito del gruppo di lavoro (istituito con la predetta Determina G13954 del 25 novembre 2016) si evince che i Dipartimenti di Salute mentale gestiscono in modo diretto, altresì, circa **200** progetti, probabilmente riconducibile alla fattispecie gruppo appartamento, attraverso i quali vengono assistiti circa **500** utenti;

**CONSIDERATO** che dall'analisi dei progetti succitati emerge un'ampia eterogeneità delle soluzioni organizzative, degli attori coinvolti, dei sistemi di finanziamento e di compartecipazione, delle modalità di reperimento degli appartamenti. A fronte di tale eterogeneità, emergono invece alcuni elementi comuni e qualificanti:

- il ruolo più responsabile e attivo dell'utente e dei familiari,
- il coinvolgimento delle comunità locali (associazionismo, volontariato),
- la sussistenza e la tenuta nel tempo dei progetti abitativi,
- la loro "efficacia" come strumenti di inclusione sociale in alternativa ai programmi residenziali istituzionali;

**CONSIDERATO** che le caratteristiche strutturali analizzate e rilevate si possono idealmente disporre lungo un continuum, a un polo del quale si pongono progetti in cui il ruolo dei servizi in merito all'organizzazione della vita quotidiana e delle necessità pratiche (vitto, utenze, pulizie ecc.) è più attivo e sistematico. Al polo opposto si pongono situazioni in cui l'utente provvede autonomamente alla gestione e il ruolo del servizio si limita ad una supervisione periodica e un'assistenza domiciliare programmata;

**RAVVISATA** la necessità, di ricollocare le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a bassa intensità assistenziale (SRSR a fascia oraria) nella forma giuridica del gruppo appartamento a

gestione pubblica del Dipartimento di salute mentale per il ruolo che il Dipartimento stesso con le sue articolazioni territoriali ha nel favorire i processi di deistituzionalizzazione e la transizione verso l'abitare supportato;

**RAVVISATA** la necessità, di ricollocare, altresì, i succitati progetti, rilevati con il questionario dal gruppo di lavoro, nella forma giuridica del gruppo appartamento o del supporto all'abitare, quest'ultimo sarà disciplinato con successivo DCA ai sensi del paragrafo 7 del DCA 8/2011;

**RITENUTO**, per i suesposti motivi, di modificare e integrare il paragrafo 4.3 del DCA 3 febbraio 2011 n.8 con la struttura residenziale: gruppo appartamento, come indicato nell'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto,, e quindi di definirne i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento;

**RITENUTO**, inoltre, di ricollocare il gruppo appartamento nella tipologia di struttura residenziali psichiatrica, S.R.P.3: (Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sotto tipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie) prevista dal citato documento AGENAS;

**RITENUTO**, di specificare che le disposizioni dell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto, al presente provvedimento integrano o sostituiscono, limitatamente alle parti in contrasto, i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento già previsti dal succitato DCA 3 febbraio 2011 n.8 relative alle singole forme di residenzialità psichiatrica;

**RITENUTO**, altresì, di abrogare la struttura residenziale psichiatrica SRSR a bassa intensità (a fasce orarie) prevista al paragrafo 4.3 del DCA 3 febbraio 2011 n.8 in quanto sostituita con la nuova struttura gruppo appartamento;

**CONSIDERATO** che per i motivi suddetti i progetti rilevati con questionario che al 30/06/2017, ove, rientranti nella tipologia assistenziale Gruppo Appartamento, possono presentare istanza di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento, a fare seguito dalla data di pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio, adeguandosi ai nuovi requisiti previsti;

**VISTA** la necessità di dare avvio ad un percorso di riordino in ordine alla regolamentazione della nuova tipologia assistenziale Gruppo appartamento, strutturato in due fasi:

- Fase istruttoria: tale fase consiste, nell'emanazione del presente provvedimento, che prevede la definizione dei criteri di accesso, dei requisiti per l'esercizio e l'accreditamento per la tipologia di strutture residenziali psichiatriche Gruppo appartamento oltre che della sua funzione di vigilanza e controllo;

- Fase transitoria: in tale fase, che avrà inizio il 1 gennaio 2018 e durerà fino al 30 giugno 2018, le strutture rientranti nella tipologia Gruppo Appartamento (SRP3- SRSR a fascia oraria e i progetti rilevati con questionario), dovranno adeguarsi a quanto disciplinato nell'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto,;

**RAVVISATA** la necessità di definire entro il 31 dicembre 2017 le tariffe del Gruppo appartamento, con atto specifico della competente area regionale;

**RAVVISATA** la necessità di aggiornare, con successivo provvedimento di Giunta, il fabbisogno regionale di offerta di servizi residenziali per la salute mentale, ad oggi definito dal DCA 17/2010, anche alla luce delle modifiche introdotte dal presente decreto;

**RITENUTO** necessario implementare un flusso informativo, nell'ambito del sistema informativo Salute Mentale già in uso nei DDSSMM delle Aziende Sanitarie regionali, per la raccolta,

l'elaborazione e l'archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito dei costituenti Gruppi appartamento;

Tutto ciò premesso e considerato;

### **DECRETA**

Per le motivazioni indicate in premessa e che si intendono integralmente recepite:

- di approvare l'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto, con il quale:  
si modifica, integra e in parte si abroga il paragrafo 4.3 che disciplina le STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE (STIPIT, SRTR int, SRTR est, SRSR 24 h, SRSR12h, SRSR a fascia oraria) del DCA 3 febbraio 2011 n.8;  
si abrogano le disposizioni relative alle SRSR a fascia oraria /bassa intensità assistenziale  
si istituisce la nuova tipologia assistenziale denominata: gruppo appartamento;
- la previsione, per l'attuazione del riordino oggetto del presente provvedimento, di una fase transitoria che avrà inizio il 1 gennaio 2018 e si concluderà il 30 giugno 2018;
- di notificare il presente provvedimento, a cura del Direzione proponente, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per i provvedimenti di competenza, da adottare attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale;
- di demandare l'applicazione delle procedure in oggetto, così come illustrata in premessa, alle Aziende Sanitarie Locali attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale per quanto di loro competenza;
- di incaricare l'Area Sistema Informativo SSR di apportare le modifiche necessarie per rendere il Sistema informativo per la salute mentale compatibile con il set di indicatori oggetto del presente provvedimento;
- di rinviare a successivo provvedimento da parte della competente area, la definizione delle tariffe del gruppo appartamento entro il 31 dicembre 2017;
- di rinviare a successivo provvedimento la regolamentazione di strutture residenziali a carattere comunitario;
- di rinviare a successivo provvedimento la disciplina inerente i modelli e i percorsi del supporto all'abitare, ai sensi del paragrafo 7 del DCA 8/2011;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione e sul sito web istituzionale della Regione nei modi e termini di rito.

**IL PRESIDENTE  
NICOLA ZINGARETTI**



Allegato 1 AL DCA 000468/2017

TESTO VIGENTE DCA 3 FEBBRAIO 2011 N.8 -	Modifiche al testo vigente DCA 3 FEBBRAIO 2011 N.8 -	Nuovo testo approvato DCA 3 FEBBRAIO 2011 N.8 -
<b>4.3. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE</b>	<b>4.3. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE</b>	<b>4.3. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE</b>
<b>Definizioni</b> Le Strutture Residenziali Psichiatriche sono così suddivise:	<b>Definizioni</b> Le Strutture Residenziali Psichiatriche sono così suddivise:	<b>Definizioni</b> Le Strutture Residenziali Psichiatriche sono così suddivise:
<p>• <b>Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT).</b> Destinate prioritariamente alla cura di persone per le quali al momento della dimissione da SPDC sia ritenuto necessario il proseguimento del trattamento in un contesto a minore – seppure ancora elevata – complessità assistenziale; inoltre sono destinate anche al trattamento di persone le cui condizioni configurano quadri la cui gravità richiede comunque un trattamento territoriale intensivo ad alta complessità assistenziale su indicazione e autorizzazione del DSM.</p>	<p>• <b>Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT).</b> Destinate prioritariamente alla cura di persone per le quali al momento della dimissione da SPDC sia ritenuto necessario il proseguimento del trattamento in un contesto a minore – seppure ancora elevata – complessità assistenziale; inoltre sono destinate anche al trattamento di persone le cui condizioni configurano quadri la cui gravità richiede comunque un trattamento territoriale intensivo ad alta complessità assistenziale su indicazione e autorizzazione del DSM.</p>	<p>• <b>Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT).</b> Destinate prioritariamente alla cura di persone per le quali al momento della dimissione da SPDC sia ritenuto necessario il proseguimento del trattamento in un contesto a minore – seppure ancora elevata – complessità assistenziale; inoltre sono destinate anche al trattamento di persone le cui condizioni configurano quadri la cui gravità richiede comunque un trattamento territoriale intensivo ad alta complessità assistenziale su indicazione e autorizzazione del DSM.</p>
<p>• <b>Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (S.R.T.R.)</b> (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per <b>Comunità Terapeutico-Riabilitative</b>): strutture sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario globale-psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale- di pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale. Le S.R.T.R., quali mediatori della relazione terapeutica, hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, postacuzie o sub-acuzie e di favorire l'acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale.</p> <p>Le S.R.T.R. garantiscono un'assistenza 24 ore/24 e si suddividono in:</p> <p>- <b>S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi:</b> strutture per pazienti con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di <b>60 giorni</b>.</p> <p>- <b>S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi:</b> strutture per pazienti con disturbi in fase di sub-acuzie, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di <b>2 anni</b> e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un</p>	<p>• <b>Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (S.R.T.R.)</b> (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per <b>Comunità Terapeutico-Riabilitative</b>): strutture sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario globale-psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale- di pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale. Le S.R.T.R., quali mediatori della relazione terapeutica, hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, postacuzie o sub-acuzie e di favorire l'acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale.</p> <p>Le S.R.T.R. garantiscono un'assistenza 24 ore/24 e si suddividono in:</p> <p>- <b>S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi:</b> strutture per pazienti con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di <b>60 giorni</b>.</p> <p>- <b>S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi:</b> strutture per pazienti con disturbi in fase di sub-acuzie, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di <b>2 anni</b> e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un</p>	<p>• <b>Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (S.R.T.R.)</b> (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per <b>Comunità Terapeutico-Riabilitative</b>): strutture sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario globale-psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale- di pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale. Le S.R.T.R., quali mediatori della relazione terapeutica, hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, postacuzie o sub-acuzie e di favorire l'acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale.</p> <p>Le S.R.T.R. garantiscono un'assistenza 24 ore/24 e si suddividono in:</p> <p>- <b>S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi:</b> strutture per pazienti con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di <b>60 giorni</b>.</p> <p>- <b>S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi:</b> strutture per pazienti con disturbi in fase di sub-acuzie, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di <b>2 anni</b> e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un</p>

<p>contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (LR n.41/03).</p>	<p>contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (LR n.41/03).</p>	<p>contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (LR n.41/03).</p>
<p><b>• Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R.):</b> strutture socio-sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti con un processo di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti, non trattabili a domicilio o in strutture socio-assistenziali, che necessitano di periodi di ospitalità di medio lungo termine in un contesto comunitario o alloggiativo familiare a diversi livelli di assistenza.</p> <p>Le S.R.S.R., quali mediatori della “restituzione sociale”, hanno la finalità di favorire l’acquisizione della maggiore autonomia possibile per consentire l’uscita dall’ambito dell’assistenza psichiatrica e il possibile reinserimento sociale, attraverso il rientro in famiglia, o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o l’inserimento in strutture socio-assistenziali, o il passaggio in strutture della stessa tipologia ma con minore livello di intensità di protezione assistenziale socio-sanitaria.</p> <p>Le S.R.S.R. si suddividono in:</p> <p>- <b><u>S.R.S.R. a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24)</u></b> (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per <b>comunità riabilitative-residenziali</b>): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria continuativa nelle 24 ore.</p> <p>- <b><u>S.R.S.R. a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24)</u></b> (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per <b>Comunità di Convivenza e Comunità Alloggio</b>): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con livelli di autonomia quotidiana tali da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria nelle sole 12 ore diurne. Il percorso socio-riabilitativo e la permanenza in queste strutture devono essere orientati verso un’ulteriore possibile diminuzione dell’assistenza e verso l’acquisizione delle autonomie necessarie per uscire dall’ambito assistenziale psichiatrico.</p>	<p><b>• Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R.):</b> strutture socio-sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti con un processo di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti, non trattabili a domicilio o in strutture socio-assistenziali, che necessitano di periodi di ospitalità di medio lungo termine in un contesto comunitario o alloggiativo familiare a diversi livelli di assistenza.</p> <p>Le S.R.S.R., quali mediatori della “restituzione sociale”, hanno la finalità di favorire l’acquisizione della maggiore autonomia possibile per consentire l’uscita dall’ambito dell’assistenza psichiatrica e il possibile reinserimento sociale, attraverso il rientro al proprio domicilio, in famiglia, o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o l’inserimento in strutture socio-assistenziali, o il passaggio in strutture della stessa tipologia ma con minore livello di intensità di protezione assistenziale socio-sanitaria: <b>il gruppo appartamento.</b></p> <p>Le S.R.S.R. si suddividono in:</p> <p>- S.R.S.R. a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24) (<del>appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per comunità riabilitative-residenziali</del>): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria continuativa nelle 24 ore.</p> <p>- S.R.S.R. a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24) (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità di Convivenza e Comunità Alloggio): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con livelli di autonomia quotidiana tali da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria nelle sole 12 ore diurne. Il percorso socio-riabilitativo e la permanenza in queste strutture devono essere orientati verso un’ulteriore possibile diminuzione dell’assistenza e verso l’acquisizione delle autonomie necessarie per uscire dall’ambito assistenziale psichiatrico.</p>	<p><b>• Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R.):</b> strutture socio-sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti con un processo di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti, non trattabili a domicilio o in strutture socio-assistenziali, che necessitano di periodi di ospitalità di medio lungo termine in un contesto comunitario o alloggiativo familiare a diversi livelli di assistenza.</p> <p>Le S.R.S.R., quali mediatori della “restituzione sociale”, hanno la finalità di favorire l’acquisizione della maggiore autonomia possibile per consentire l’uscita dall’ambito dell’assistenza psichiatrica e il possibile reinserimento sociale, attraverso il rientro al proprio domicilio, in famiglia, o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o l’inserimento in strutture socio-assistenziali, o il passaggio in strutture della stessa tipologia ma con minore livello di intensità di protezione assistenziale socio-sanitaria: <b>il gruppo appartamento.</b></p> <p>Le S.R.S.R. si suddividono in:</p> <p>- S.R.S.R. a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria continuativa nelle 24 ore.</p> <p>- S.R.S.R. a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24) (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità di Convivenza e Comunità Alloggio): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con livelli di autonomia quotidiana tali da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria nelle sole 12 ore diurne. Il percorso socio-riabilitativo e la permanenza in queste strutture devono essere orientati verso un’ulteriore possibile diminuzione dell’assistenza e verso l’acquisizione delle autonomie necessarie per uscire dall’ambito assistenziale psichiatrico.</p>
<p>- S.R.S.R. a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria con presenza di personale per fasce orarie (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Gruppi Appartamento): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della</p>	<p><del>- S.R.S.R. a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria con presenza di personale per fasce orarie (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Gruppi Appartamento):</del> strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della</p>	<p>- <b>gruppo appartamento</b> - strutture <b>pubbliche</b>, a grado variabile di protezione e a gestione diretta del <b>dipartimento di salute mentale</b> per utenti con un grado di stabilizzazione della patologia e con sufficienti livelli di</p>

<p>patologia e con sufficienti livelli di autonomia tali da richiedere un supporto sociale e riabilitativo solo per una parte della giornata da parte di figure professionali con funzioni di sostegno e di supporto alla gestione della vita quotidiana.</p>	<p>patologia e con sufficienti livelli di autonomia tali da richiedere un supporto sociale e riabilitativo solo per una parte della giornata da parte di figure professionali con funzioni di sostegno e di supporto alla gestione della vita quotidiana.</p> <p><b>- gruppo appartamento - strutture pubbliche, a grado variabile di protezione e a gestione diretta del dipartimento di salute mentale</b> per utenti con un grado di stabilizzazione della patologia e con sufficienti livelli di autonomia tali da richiedere un supporto sociale e riabilitativo solo per una parte della giornata.</p> <p>Il gruppo appartamento è pensato e realizzato seguendo le evidenze dei programmi riabilitativi e dei progetti terapeutici individuali e per questo è accuratamente seguito e gestito dal DSM.</p>	<p>autonomia tali da richiedere un supporto sociale e riabilitativo solo per una parte della giornata.</p> <p>Il gruppo appartamento è pensato e realizzato seguendo le evidenze dei programmi riabilitativi e dei progetti terapeutici individuali e per questo è accuratamente seguito e gestito dal DSM.</p>
<p><b>Finalità e Destinatari</b></p>	<p><b>Finalità e Destinatari</b></p>	<p><b>Finalità e Destinatari</b></p>
<p>Le Strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) esplicano funzioni diagnostiche terapeutiche per il trattamento di persone che presentano disturbi psichiatrici la cui rilevanza richiede ambiti di accoglienza ad elevata intensità assistenziale. L'accesso è su base volontaria e tramite autorizzazione del DSM. Tali strutture devono garantire la necessaria continuità assistenziale per gli utenti provenienti da SPDC e per quelli provenienti dal territorio, attraverso una continua collaborazione e il pieno collegamento con le strutture del DSM di provenienza, ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.</p>	<p>Le Strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) esplicano funzioni diagnostiche terapeutiche per il trattamento di persone che presentano disturbi psichiatrici la cui rilevanza richiede ambiti di accoglienza ad elevata intensità assistenziale. L'accesso è su base volontaria e tramite autorizzazione del DSM. Tali strutture devono garantire la necessaria continuità assistenziale per gli utenti provenienti da SPDC e per quelli provenienti dal territorio, attraverso una continua collaborazione e il pieno collegamento con le strutture del DSM di provenienza, ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.</p>	<p>Le Strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) esplicano funzioni diagnostiche terapeutiche per il trattamento di persone che presentano disturbi psichiatrici la cui rilevanza richiede ambiti di accoglienza ad elevata intensità assistenziale. L'accesso è su base volontaria e tramite autorizzazione del DSM. Tali strutture devono garantire la necessaria continuità assistenziale per gli utenti provenienti da SPDC e per quelli provenienti dal territorio, attraverso una continua collaborazione e il pieno collegamento con le strutture del DSM di provenienza, ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.</p>
<p>Le rimanenti strutture residenziali psichiatriche esplicano le funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica – anche laddove provengano dal circuito penale o siano sottoposti a provvedimenti giudiziari – tranne quelle strutture residenziali specificatamente dedicate a pazienti che presentino una comorbidità per disturbi psichiatrici e per dipendenza/abuso da sostanze psicotrope.</p>	<p>Le <b>rimanenti</b> Strutture Residenziali Psichiatriche <b>S.R.S.R. a elevata e media intensità assistenziale socio-sanitaria</b> esplicano le funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica – anche laddove provengano dal circuito penale o siano sottoposti a provvedimenti giudiziari – tranne quelle strutture residenziali specificatamente dedicate a pazienti che presentino una comorbidità per disturbi psichiatrici e per dipendenza/abuso da sostanze psicotrope.</p>	<p>Le Strutture Residenziali Psichiatriche <b>S.R.S.R. a elevata e media intensità assistenziale socio-sanitaria</b> esplicano le funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica – anche laddove provengano dal circuito penale o siano sottoposti a provvedimenti giudiziari – tranne quelle strutture residenziali specificatamente dedicate a pazienti che presentino una comorbidità per disturbi psichiatrici e per dipendenza/abuso da sostanze psicotrope.</p>
<p>Il gruppo appartamento accoglie persone adulte che eventualmente hanno già compiuto un percorso terapeutico-riabilitativo in strutture residenziali a più elevata protezione, che abbiano raggiunto un sufficiente livello di autonomia, in grado di assolvere da soli o con sostegno variabile, le funzioni di vita quotidiana. Spesso sono in grado di condurre attività occupazionali e lavorative.</p> <p>Nella gestione del quotidiano, all'interno di un'ottica riabilitativa, gli utenti del Gruppo Appartamento provvedono ai servizi di base dell'abitazione (spesa alimentare, preparazione</p>	<p>Il gruppo appartamento accoglie persone adulte che eventualmente hanno già compiuto un percorso terapeutico-riabilitativo in strutture residenziali a più elevata protezione, che abbiano raggiunto un sufficiente livello di autonomia, in grado di assolvere da soli o con sostegno variabile, le funzioni di vita quotidiana. Spesso sono in grado di condurre attività occupazionali e lavorative.</p> <p>Nella gestione del quotidiano, all'interno di un'ottica riabilitativa, gli utenti del Gruppo Appartamento provvedono ai servizi di base dell'abitazione (spesa alimentare, preparazione</p>	<p>Il gruppo appartamento accoglie persone adulte che eventualmente hanno già compiuto un percorso terapeutico-riabilitativo in strutture residenziali a più elevata protezione, che abbiano raggiunto un sufficiente livello di autonomia, in grado di assolvere da soli o con sostegno variabile, le funzioni di vita quotidiana. Spesso sono in grado di condurre attività occupazionali e lavorative.</p> <p>Nella gestione del quotidiano, all'interno di un'ottica riabilitativa, gli utenti del Gruppo Appartamento provvedono ai servizi di base dell'abitazione (spesa alimentare, preparazione</p>

	<p>dei pasti, pulizia).</p> <p>L'obiettivo del gruppo appartamento è restituire all'utente le migliori opportunità di uscita dal circuito di istituzioni ad elevata intensità assistenziale e caratterizzate da un elevato numero di posti letto, dopo che lo stesso ha conseguito un buon miglioramento clinico e un soddisfacente recupero delle abilità di base e avanzate.</p> <p>Gli utenti del gruppo appartamento rimangono in carico al D.S.M. competente per territorio, che è direttamente responsabile del progetto terapeutico-riabilitativo.</p> <p>La conclusione del percorso riabilitativo residenziale dell'utente nel gruppo appartamento è definita dall'equipe del CSM che lo ha in cura, in accordo con l'equipe del Gruppo appartamento, sulla base del livello di raggiungimento degli obiettivi previsti nel PTI.</p>	<p>dei pasti, pulizia).</p> <p>L'obiettivo del gruppo appartamento è restituire all'utente le migliori opportunità di uscita dal circuito di istituzioni ad elevata intensità assistenziale e caratterizzate da un elevato numero di posti letto, dopo che lo stesso ha conseguito un buon miglioramento clinico e un soddisfacente recupero delle abilità di base e avanzate.</p> <p>Gli utenti del gruppo appartamento rimangono in carico al D.S.M. competente per territorio, che è direttamente responsabile del progetto terapeutico-riabilitativo.</p> <p>La conclusione del percorso riabilitativo residenziale dell'utente nel gruppo appartamento è definita dall'equipe del CSM che lo ha in cura, in accordo con l'equipe del Gruppo appartamento, sulla base del livello di raggiungimento degli obiettivi previsti nel PTI.</p>
<p>Agli ospiti delle strutture residenziali psichiatriche devono essere garantiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un ambiente il più possibile simile, per orari e ritmi della vita quotidiana, ad un contesto di vita familiare ed un clima emotivo favorente la convivenza comunitaria;</li> <li>- La continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;</li> <li>- La socializzazione all'interno e all'esterno della struttura anche con l'apporto di organizzazioni di partecipazione e di volontariato;</li> </ul> <p>- La partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e/o il coinvolgimento delle persone che, al di fuori del rapporto di parentela, intrattengono con l'ospite relazioni di carattere affettivo, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;</p> <p>- Il collegamento con le strutture del DSM del territorio su cui insiste la struttura residenziale psichiatrica e il collegamento con le strutture del DSM di provenienza, ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.</p>	<p>Agli ospiti delle strutture residenziali psichiatriche devono essere garantiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un ambiente il più possibile simile, per orari e ritmi della vita quotidiana, ad un contesto di vita familiare ed un clima emotivo favorente la convivenza comunitaria;</li> <li>- La continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;</li> <li>- La socializzazione all'interno e all'esterno della struttura anche con l'eventuale apporto di organizzazioni di partecipazione e di volontariato;</li> </ul> <p>- La partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e/o il coinvolgimento delle persone che, al di fuori del rapporto di parentela, intrattengono con l'ospite relazioni di carattere affettivo, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;</p> <p>- Il collegamento con le strutture del DSM del territorio su cui insiste la struttura residenziale psichiatrica e il collegamento con le strutture del DSM di provenienza, ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.</p>	<p>Agli ospiti delle strutture residenziali psichiatriche devono essere garantiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un ambiente il più possibile simile, per orari e ritmi della vita quotidiana, ad un contesto di vita familiare ed un clima emotivo favorente la convivenza comunitaria;</li> <li>- La continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;</li> <li>- La socializzazione all'interno e all'esterno della struttura anche con l'eventuale apporto di organizzazioni di partecipazione e di volontariato;</li> </ul> <p>- La partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e/o il coinvolgimento delle persone che, al di fuori del rapporto di parentela, intrattengono con l'ospite relazioni di carattere affettivo, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;</p> <p>- Il collegamento con le strutture del DSM del territorio su cui insiste la struttura residenziale psichiatrica e il collegamento con le strutture del DSM di provenienza, ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.</p>
<b>4.3.1 Requisiti Strutturali</b>	<b>4.3.1 Requisiti Strutturali</b>	<b>4.3.1 Requisiti Strutturali</b>
Le strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) devono essere in possesso di quanto segue:	Le strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) devono essere in possesso di quanto segue:	Le strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) devono essere in possesso di quanto segue:
<p>L'area di ospitalità notturna deve possedere i seguenti requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le camere devono ospitare al massimo 4 posti letto. Deve essere previsto almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto. Nelle nuove costruzioni le camere di degenza devono ospitare al</li> </ul>	<p>L'area di ospitalità notturna deve possedere i seguenti requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le camere devono ospitare al massimo 4 posti letto. Deve essere previsto almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto. Nelle nuove costruzioni le camere di degenza devono ospitare al</li> </ul>	<p>L'area di ospitalità notturna deve possedere i seguenti requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le camere devono ospitare al massimo 4 posti letto. Deve essere previsto almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto. Nelle nuove costruzioni le camere di degenza devono ospitare al massimo 2 posti letto ed avere il servizio igienico direttamente</li> </ul>

<p>massimo 2 posti letto ed avere il servizio igienico direttamente accessibile dalla camera;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la struttura deve disporre di almeno 2 camere ad un letto ;</li> <li>- la superficie delle camere di ospitalità notturna deve essere di almeno 9mq/p.l.; per le camere multiple nel computo della superficie si considerano, oltre al locale di ospitalità notturna, i locali accessori direttamente accessibili dalla camera (WC, antibagno) rispettando comunque per il locale di ospitalità notturna la dimensione minima di 7 mq/p.l.</li> </ul> <p>Per le camere di ospitalità notturna multiple delle strutture sanitarie esistenti, la capacità ricettiva è validata in deroga ai previsti 9 mq/p.l. a condizione che sia rispettato lo standard dimensionale di 7 mq/p.l. utili per la camera e la disponibilità di un adeguato servizio igienico interno alla camera stessa.</p> <p>La dotazione minima di ambienti di supporto è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un locale per visita e medicazioni;</li> <li>- uno spazio per il dirigente infermiere con funzioni di coordinamento;</li> <li>- un locale per medici (ad uso del medico di guardia nei turni previsti);</li> <li>- uno locale/spazio per soggiorno ed uno spazio locale per ristorazione;</li> <li>- un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;</li> <li>- un locale/spazio in ogni piano ove sono ubicate le camere di ospitalità notturna, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;</li> <li>- servizi igienici per il personale;</li> <li>- una cucinetta di reparto;</li> <li>- un bagno assistito;</li> <li>- locali specifici per colloqui/psicoterapie e locali soggiorno e spazi per le attività comuni, in relazione al numero dei posti letto. La struttura di ricovero garantisce nel presidio o in presidi ad essa collegati tutte le prestazioni e le procedure diagnostiche e strumentali necessarie per l'appropriato trattamento e processo terapeutico.</li> </ul> <p>Il servizio di diagnostica per immagini (radiologia) può essere effettuato mediante apparecchiature radiologiche portatili e le prestazioni di laboratorio di analisi possono acquisite anche da strutture esterne al presidio.</p>	<p>massimo 2 posti letto ed avere il servizio igienico direttamente accessibile dalla camera;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la struttura deve disporre di almeno 2 camere ad un letto ;</li> <li>- la superficie delle camere di ospitalità notturna deve essere di almeno 9mq/p.l.; per le camere multiple nel computo della superficie si considerano, oltre al locale di ospitalità notturna, i locali accessori direttamente accessibili dalla camera (WC, antibagno) rispettando comunque per il locale di ospitalità notturna la dimensione minima di 7 mq/p.l.</li> </ul> <p>Per le camere di ospitalità notturna multiple delle strutture sanitarie esistenti, la capacità ricettiva è validata in deroga ai previsti 9 mq/p.l. a condizione che sia rispettato lo standard dimensionale di 7 mq/p.l. utili per la camera e la disponibilità di un adeguato servizio igienico interno alla camera stessa.</p> <p>La dotazione minima di ambienti di supporto è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un locale per visita e medicazioni;</li> <li>- uno spazio per il dirigente infermiere con funzioni di coordinamento;</li> <li>- un locale per medici (ad uso del medico di guardia nei turni previsti);</li> <li>- uno locale/spazio per soggiorno ed uno spazio locale per ristorazione;</li> <li>- un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;</li> <li>- un locale/spazio in ogni piano ove sono ubicate le camere di ospitalità notturna, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;</li> <li>- servizi igienici per il personale;</li> <li>- una cucinetta di reparto;</li> <li>- un bagno assistito;</li> <li>- locali specifici per colloqui/psicoterapie e locali soggiorno e spazi per le attività comuni, in relazione al numero dei posti letto. La struttura di ricovero garantisce nel presidio o in presidi ad essa collegati tutte le prestazioni e le procedure diagnostiche e strumentali necessarie per l'appropriato trattamento e processo terapeutico.</li> </ul> <p>Il servizio di diagnostica per immagini (radiologia) può essere effettuato mediante apparecchiature radiologiche portatili e le prestazioni di laboratorio di analisi possono acquisite anche da strutture esterne al presidio.</p>	<p>accessibile dalla camera;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la struttura deve disporre di almeno 2 camere ad un letto ;</li> <li>- la superficie delle camere di ospitalità notturna deve essere di almeno 9mq/p.l.; per le camere multiple nel computo della superficie si considerano, oltre al locale di ospitalità notturna, i locali accessori direttamente accessibili dalla camera (WC, antibagno) rispettando comunque per il locale di ospitalità notturna la dimensione minima di 7 mq/p.l.</li> </ul> <p>Per le camere di ospitalità notturna multiple delle strutture sanitarie esistenti, la capacità ricettiva è validata in deroga ai previsti 9 mq/p.l. a condizione che sia rispettato lo standard dimensionale di 7 mq/p.l. utili per la camera e la disponibilità di un adeguato servizio igienico interno alla camera stessa.</p> <p>La dotazione minima di ambienti di supporto è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un locale per visita e medicazioni;</li> <li>- uno spazio per il dirigente infermiere con funzioni di coordinamento;</li> <li>- un locale per medici (ad uso del medico di guardia nei turni previsti);</li> <li>- uno locale/spazio per soggiorno ed uno spazio locale per ristorazione;</li> <li>- un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;</li> <li>- un locale/spazio in ogni piano ove sono ubicate le camere di ospitalità notturna, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;</li> <li>- servizi igienici per il personale;</li> <li>- una cucinetta di reparto;</li> <li>- un bagno assistito;</li> <li>- locali specifici per colloqui/psicoterapie e locali soggiorno e spazi per le attività comuni, in relazione al numero dei posti letto. La struttura di ricovero garantisce nel presidio o in presidi ad essa collegati tutte le prestazioni e le procedure diagnostiche e strumentali necessarie per l'appropriato trattamento e processo terapeutico.</li> </ul> <p>Il servizio di diagnostica per immagini (radiologia) può essere effettuato mediante apparecchiature radiologiche portatili e le prestazioni di laboratorio di analisi possono acquisite anche da strutture esterne al presidio.</p>
<p>Le rimanenti Strutture Residenziali Psichiatriche devono essere in possesso di quanto segue:</p>	<p><b>Le rimanenti Strutture Residenziali Psichiatriche S.R.S.R. a elevata e media intensità assistenziale socio-sanitaria devono essere in possesso di quanto segue:</b></p>	<p>Le Strutture Residenziali Psichiatriche S.R.S.R. a elevata e media intensità assistenziale socio-sanitaria devono essere in possesso di quanto segue:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collocazione possibilmente in normale contesto residenziale urbano e/o facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici, in modo da agevolare i processi di socializzazione.</li> <li>- Numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione assistita, con possibilità di spazi collettivi con funzioni polivalenti, fatto salvo lo spazio dedicato alla custodia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collocazione possibilmente in normale contesto residenziale urbano e/o facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici, in modo da agevolare i processi di socializzazione.</li> <li>- Numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione assistita, con possibilità di spazi collettivi con funzioni polivalenti, fatto salvo lo spazio dedicato alla custodia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collocazione possibilmente in normale contesto residenziale urbano e/o facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici, in modo da agevolare i processi di socializzazione.</li> <li>- Numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione assistita, con possibilità di spazi collettivi con funzioni polivalenti, fatto salvo lo spazio dedicato alla custodia</li> </ul>

del farmaci. - Numero massimo di posti 20.	del farmaci. - Numero massimo di posti 20.	del farmaci. - Numero massimo di posti 20.
- Per le strutture fino a 10 posti di ospitalità, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.	- Per le strutture fino a 10 posti di ospitalità, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.	- Per le strutture fino a 10 posti di ospitalità, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.
- Per le strutture oltre i 10 posti di ospitalità, i requisiti di cui all'all. "A" del D.P.C.M. 22 dicembre 1989, limitatamente ai criteri n.5, n.7, n.9, lettere a) e b), lettera f) in relazione alle dimensioni della struttura, e n.10. Per le aree di attività e di servizio di cui alla lettera c) punto 10, possono essere computate aree esterne attrezzate per finalità terapeutico-riabilitative sino al 30% del computo complessivo. Possono essere concesse deroghe relativamente al servizio di preparazione dei pasti e di ristorazione interna per gli ospiti, se l'attività rientra nei programmi riabilitativi e condotta a dimensione familiare.	- Per le strutture oltre i 10 posti di ospitalità, i requisiti di cui all'all. "A" del D.P.C.M. 22 dicembre 1989, limitatamente ai criteri n.5, n.7, n.9, lettere a) e b), lettera f) in relazione alle dimensioni della struttura, e n.10. Per le aree di attività e di servizio di cui alla lettera c) punto 10, possono essere computate aree esterne attrezzate per finalità terapeutico-riabilitative sino al 30% del computo complessivo. Possono essere concesse deroghe relativamente al servizio di preparazione dei pasti e di ristorazione interna per gli ospiti, se l'attività rientra nei programmi riabilitativi e condotta a dimensione familiare.	- Per le strutture oltre i 10 posti di ospitalità, i requisiti di cui all'all. "A" del D.P.C.M. 22 dicembre 1989, limitatamente ai criteri n.5, n.7, n.9, lettere a) e b), lettera f) in relazione alle dimensioni della struttura, e n.10. Per le aree di attività e di servizio di cui alla lettera c) punto 10, possono essere computate aree esterne attrezzate per finalità terapeutico-riabilitative sino al 30% del computo complessivo. Possono essere concesse deroghe relativamente al servizio di preparazione dei pasti e di ristorazione interna per gli ospiti, se l'attività rientra nei programmi riabilitativi e condotta a dimensione familiare.
- I requisiti strutturali per l'adeguamento delle attuali strutture relativamente agli spazi comuni verranno considerati rispetto alle tipologie assistenziali e non alle loro sottospecie, ovvero le SRTR, sia intensive che estensive, e le SRSR, sia h24 che h12, ferma restando l'individuazione di nuclei operativi separati con specifico personale dedicato; in particolare si precisa che sul piano strutturale la differenziazione all'interno delle strutture terapeutico – riabilitative e all'interno delle strutture socio riabilitative può riguardare esclusivamente gli ambienti destinati a ospitare i pazienti e gli ambienti destinati a specifici trattamenti (es. colloqui, psicoterapia ecc.), mentre gli spazi per la ristorazione, tempo libero e dei servizi in generale, esclusi i servizi igienici e quelli destinati alla custodia, conservazione e somministrazione farmaci, possono essere messi in comune.	- I requisiti strutturali per l'adeguamento delle attuali strutture relativamente agli spazi comuni verranno considerati rispetto alle tipologie assistenziali e non alle loro sottospecie, ovvero le SRTR, sia intensive che estensive, e le SRSR, sia h24 che h12, ferma restando l'individuazione di nuclei operativi separati con specifico personale dedicato; in particolare si precisa che sul piano strutturale la differenziazione all'interno delle strutture terapeutico – riabilitative e all'interno delle strutture socio riabilitative può riguardare esclusivamente gli ambienti destinati a ospitare i pazienti e gli ambienti destinati a specifici trattamenti (es. colloqui, psicoterapia ecc.), mentre gli spazi per la ristorazione, tempo libero e dei servizi in generale, esclusi i servizi igienici e quelli destinati alla custodia, conservazione e somministrazione farmaci, possono essere messi in comune.	- I requisiti strutturali per l'adeguamento delle attuali strutture relativamente agli spazi comuni verranno considerati rispetto alle tipologie assistenziali e non alle loro sottospecie, ovvero le SRTR, sia intensive che estensive, e le SRSR, sia h24 che h12, ferma restando l'individuazione di nuclei operativi separati con specifico personale dedicato; in particolare si precisa che sul piano strutturale la differenziazione all'interno delle strutture terapeutico – riabilitative e all'interno delle strutture socio riabilitative può riguardare esclusivamente gli ambienti destinati a ospitare i pazienti e gli ambienti destinati a specifici trattamenti (es. colloqui, psicoterapia ecc.), mentre gli spazi per la ristorazione, tempo libero e dei servizi in generale, esclusi i servizi igienici e quelli destinati alla custodia, conservazione e somministrazione farmaci, possono essere messi in comune.
	Il <b>requisito strutturale</b> del gruppo appartamento è quello della <b>civile abitazione</b> ai sensi della normativa nazionale e regionale (D.P.R. 6 giugno 2001, n. 380 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia.) avendo cura che ogni stanza non abbia più di due posti letto. Gli appartamenti possono ospitare un massimo di 5 persone. Ogni unità abitativa è riconducibile ad un unico gruppo appartamento. Le abitazioni da destinarsi a tale servizio sono messe a disposizione dei D.S.M., dalle A.S.L. o dagli enti locali, dalle IPAB o da altre amministrazioni pubbliche. Il dipartimento di salute mentale è di norma conduttore dell'immobile e gestore diretto del progetto dell'utente.	Il <b>requisito strutturale</b> del gruppo appartamento è quello della <b>civile abitazione</b> ai sensi della normativa nazionale e regionale (D.P.R. 6 giugno 2001, n. 380 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia.) avendo cura che ogni stanza non abbia più di due posti letto. Gli appartamenti possono ospitare un massimo di 5 persone. Ogni unità abitativa è riconducibile ad un unico gruppo appartamento. Le abitazioni da destinarsi a tale servizio sono messe a disposizione dei D.S.M., dalle A.S.L. o dagli enti locali, dalle IPAB o da altre amministrazioni pubbliche. Il dipartimento di salute mentale è di norma conduttore dell'immobile e gestore diretto del progetto dell'utente.

	Il G.A. deve essere collocato in normale contesto residenziale urbano dotato di servizi alla persona (facilità di approvvigionamento del cibo e di altre necessità quotidiane, di accessibilità a strutture sanitarie ambulatoriali di zona e presenza di agenzie territoriali di quartiere organizzate in associazionismo, ecc..) servito dai mezzi pubblici, in modo da agevolare i processi di socializzazione e di autonomia personale.	Il G.A. deve essere collocato in normale contesto residenziale urbano dotato di servizi alla persona (facilità di approvvigionamento del cibo e di altre necessità quotidiane, di accessibilità a strutture sanitarie ambulatoriali di zona e presenza di agenzie territoriali di quartiere organizzate in associazionismo, ecc..) servito dai mezzi pubblici, in modo da agevolare i processi di socializzazione e di autonomia personale.
<b>4.3.2. Requisiti Impiantistici Tecnologici</b>	<b>4.3.2. Requisiti Impiantistici Tecnologici</b>	<b>4.3.2. Requisiti Impiantistici Tecnologici</b>
Le strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) devono essere in possesso di quanto segue: Nelle camere di ospitalità notturna, la temperatura non deve essere inferiore a 20° nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28° nella stagione estiva con impianto di aria condizionata L'area di ospitalità notturna dispone dei seguenti impianti: - un impianto illuminazione di emergenza nelle camere e nei bagni; - un impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa; Deve inoltre disporre della seguente dotazione minima strumentale: - carrello per la gestione dell'emergenza completo di defibrillatore semiautomatico e unità di ventilazione normale; - un armadio farmaceutico; - carrello per la gestione terapia; - carrello per la gestione delle medicazioni;	Le strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) devono essere in possesso di quanto segue: Nelle camere di ospitalità notturna, la temperatura non deve essere inferiore a 20° nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28° nella stagione estiva con impianto di aria condizionata L'area di ospitalità notturna dispone dei seguenti impianti: - un impianto illuminazione di emergenza nelle camere e nei bagni; - un impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa; Deve inoltre disporre della seguente dotazione minima strumentale: - carrello per la gestione dell'emergenza completo di defibrillatore semiautomatico e unità di ventilazione normale; - un armadio farmaceutico; - carrello per la gestione terapia; - carrello per la gestione delle medicazioni;	Le strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) devono essere in possesso di quanto segue: Nelle camere di ospitalità notturna, la temperatura non deve essere inferiore a 20° nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28° nella stagione estiva con impianto di aria condizionata L'area di ospitalità notturna dispone dei seguenti impianti: - un impianto illuminazione di emergenza nelle camere e nei bagni; - un impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa; Deve inoltre disporre della seguente dotazione minima strumentale: - carrello per la gestione dell'emergenza completo di defibrillatore semiautomatico e unità di ventilazione normale; - un armadio farmaceutico; - carrello per la gestione terapia; - carrello per la gestione delle medicazioni;
<b>4.3.3 Requisiti Organizzativi</b>	<b>4.3.3 Requisiti Organizzativi</b>	<b>4.3.3 Requisiti Organizzativi</b>
Deve essere assicurata: - <b>Per le Strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) (30 posti di ospitalità)</b> la dotazione minima di personale per una struttura STPIT:	Deve essere assicurata: - <b>Per le Strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) (30 posti di ospitalità)</b> la dotazione minima di personale per una struttura STPIT:	Deve essere assicurata: - <b>Per le Strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) (30 posti di ospitalità)</b> la dotazione minima di personale per una struttura STPIT:
Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto Medici psichiatri (ulteriori) 3 ogni 30 posti letto (per garantire continuità presenza tutti i giorni) salvo la notte Servizio di guardia 84 ore (pari a 2 unità full time) per garantire la guardia 12h notturna Psicologi 2 ogni 30 posti letto Infermiere coordinatore 1 a prescindere dal numero di posti letto Infermieri 12 ogni 30 posti letto (per garantire copertura 24h e turni di 2 + sostituzioni) Terapisti / Educatori professionali 2 ogni 30 posti letto / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 3 ogni 30 posti letto (con possibilità di copertura 24h) Assistenti sociali 0,5 ogni 30 posti letto (18h con almeno 3 presenze settimanali)	Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto Medici psichiatri (ulteriori) 3 ogni 30 posti letto (per garantire continuità presenza tutti i giorni) salvo la notte Servizio di guardia 84 ore (pari a 2 unità full time) per garantire la guardia 12h notturna Psicologi 2 ogni 30 posti letto Infermiere coordinatore 1 a prescindere dal numero di posti letto Infermieri 12 ogni 30 posti letto (per garantire copertura 24h e turni di 2 + sostituzioni) Terapisti / Educatori professionali 2 ogni 30 posti letto / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 3 ogni 30 posti letto (con possibilità di copertura 24h) Assistenti sociali 0,5 ogni 30 posti letto (18h con almeno 3 presenze settimanali)	Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto Medici psichiatri (ulteriori) 3 ogni 30 posti letto (per garantire continuità presenza tutti i giorni) salvo la notte Servizio di guardia 84 ore (pari a 2 unità full time) per garantire la guardia 12h notturna Psicologi 2 ogni 30 posti letto Infermiere coordinatore 1 a prescindere dal numero di posti letto Infermieri 12 ogni 30 posti letto (per garantire copertura 24h e turni di 2 + sostituzioni) Terapisti / Educatori professionali 2 ogni 30 posti letto / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 3 ogni 30 posti letto (con possibilità di copertura 24h) Assistenti sociali 0,5 ogni 30 posti letto (18h con almeno 3 presenze settimanali)

Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari intensivi (per moduli da 20 pl) SRTR Int	Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari intensivi (per moduli da 20 pl) SRTR Int	Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari intensivi (per moduli da 20 pl) SRTR Int
<p>Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione, ferma restando la reperibilità notturna e festiva dello psichiatra ed eventualmente in ogni turno non coperto dallo psichiatra.</p>	<p>Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione, ferma restando la reperibilità notturna e festiva dello psichiatra ed eventualmente in ogni turno non coperto dallo psichiatra.</p>	<p>Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione, ferma restando la reperibilità notturna e festiva dello psichiatra ed eventualmente in ogni turno non coperto dallo psichiatra.</p>
<p>Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto  Medici psichiatri / Psicologi 3 ogni 20 posti letto (di cui almeno 2 psichiatri)  Infermieri 5 ogni 20 posti letto (per garantire copertura 24h e turni di notte)  Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia 2 ogni 20 posti letto  Operatori socio-sanitari 5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)  Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 2 presenze settimanali)  Le unità di personale sono considerate a tempo pieno ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.</p> <p>Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello terapeutico indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.</p> <p>Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione, ferma restando la reperibilità notturna e festiva dello psichiatra ed eventualmente in ogni turno non coperto dallo psichiatra.  I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.</p> <p>Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.</p>	<p>Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto  Medici psichiatri / Psicologi 3 ogni 20 posti letto (di cui almeno 2 psichiatri)  Infermieri 5 ogni 20 posti letto (per garantire copertura 24h e turni di notte)  Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia 2 ogni 20 posti letto  Operatori socio-sanitari 5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)  Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 2 presenze settimanali)  Le unità di personale sono considerate a tempo pieno ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.</p> <p>Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello terapeutico indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.</p> <p>Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione, ferma restando la reperibilità notturna e festiva dello psichiatra ed eventualmente in ogni turno non coperto dallo psichiatra.  I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.</p> <p>Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.</p>	<p>Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto  Medici psichiatri / Psicologi 3 ogni 20 posti letto (di cui almeno 2 psichiatri)  Infermieri 5 ogni 20 posti letto (per garantire copertura 24h e turni di notte)  Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia 2 ogni 20 posti letto  Operatori socio-sanitari 5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)  Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 2 presenze settimanali)  Le unità di personale sono considerate a tempo pieno ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.</p> <p>Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello terapeutico indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.</p> <p>Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione, ferma restando la reperibilità notturna e festiva dello psichiatra ed eventualmente in ogni turno non coperto dallo psichiatra.  I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.</p> <p>Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.</p>

<b>Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari estensivi (per moduli da 20 pl) : SRTR Est</b>	<b>Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari estensivi (per moduli da 20 pl) : SRTR Est</b>	<b>Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari estensivi (per moduli da 20 pl) : SRTR Est</b>
Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione. Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto	Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione. Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto	Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione. Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto
<p>Medici psichiatri / Psicologi 2 ogni 20 posti letto Infermieri 2 ogni 20 posti letto Terapisti / Educatori professionali 5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte) / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 6 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte) Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 3 presenze settimanali)</p> <p>Le unità di personale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente. Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa. Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.</p> <p>Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.</p>	<p>Medici psichiatri / Psicologi 2 ogni 20 posti letto Infermieri 2 ogni 20 posti letto Terapisti / Educatori professionali 5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte) / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 6 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte) Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 3 presenze settimanali)</p> <p>Le unità di personale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente. Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa. Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.</p> <p>Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.</p>	<p>Medici psichiatri / Psicologi 2 ogni 20 posti letto Infermieri 2 ogni 20 posti letto Terapisti / Educatori professionali 5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte) / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 6 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte) Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 3 presenze settimanali)</p> <p>Le unità di personale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente. Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa. Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.</p> <p>Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.</p>
<b>Strutture residenziali socio-riabilitative ad elevata intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 20 pl) SRSR 24h</b>	<b>Strutture residenziali socio-riabilitative ad elevata intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 20 pl) SRSR 24h</b>	<b>Strutture residenziali socio-riabilitative ad elevata intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 20 pl) SRSR 24h</b>
Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.	Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.	Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.
<p>Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto Medici psichiatri / Psicologi 1 ogni 20 posti letto Infermieri 1 ogni 20 posti letto (36h con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7g/sett.) Terapisti / Educatori professionali 5 ogni 20 posti letto ( per garantire anche turni di notte) / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 5 ogni 20 posti letto ( per garantire</p>	<p>Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto Medici psichiatri / Psicologi 1 ogni 20 posti letto Infermieri 1 ogni 20 posti letto (36h con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7g/sett.) Terapisti / Educatori professionali 5 ogni 20 posti letto ( per garantire anche turni di notte) / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 5 ogni 20 posti letto ( per garantire</p>	<p>Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto Medici psichiatri / Psicologi 1 ogni 20 posti letto Infermieri 1 ogni 20 posti letto (36h con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7g/sett.) Terapisti / Educatori professionali 5 ogni 20 posti letto ( per garantire anche turni di notte) / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 5 ogni 20 posti letto ( per garantire</p>

turni di notte) Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 3 presenze settimanali)	anche turni di notte) Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 3 presenze settimanali)	anche turni di notte) Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 3 presenze settimanali)
Le unità di personale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.  Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria. Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione.  Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata i sensi della vigente normativa. I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.	Le unità di personale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.  Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria. Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione.  Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata i sensi della vigente normativa. I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.	Le unità di personale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.  Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria. Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione.  Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata i sensi della vigente normativa. I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.
<b>Strutture residenziali socio-riabilitative a media intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 20 pl)</b> SRSR 12 h	<b>Strutture residenziali socio-riabilitative a media intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 20 pl)</b> SRSR 12 h	<b>Strutture residenziali socio-riabilitative a media intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 20 pl)</b> SRSR 12 h
Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.	Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.	Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.
Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto Medici psichiatri / Psicologi 1 ogni 20 posti letto Infermieri 1 ogni 20 posti letto (36h con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7g/sett.) Terapisti / Educatori professionali 3 ogni 20 posti letto / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 3 ogni 20 posti letto Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 2 presenze settimanali) Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria. Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione. Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato, con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente	Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto Medici psichiatri / Psicologi 1 ogni 20 posti letto Infermieri 1 ogni 20 posti letto (36h con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7g/sett.) Terapisti / Educatori professionali 3 ogni 20 posti letto / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 3 ogni 20 posti letto Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 2 presenze settimanali) Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria. Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione. Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato, con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente	Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto Medici psichiatri / Psicologi 1 ogni 20 posti letto Infermieri 1 ogni 20 posti letto (36h con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7g/sett.) Terapisti / Educatori professionali 3 ogni 20 posti letto / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 3 ogni 20 posti letto Assistenti sociali 0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 2 presenze settimanali) Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria. Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione. Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato, con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente

<p>normativa. I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.</p>	<p>normativa. I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.</p>	<p>normativa. I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.</p>
<p><b>Strutture residenziali socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 10 pl) SRSR a fascia oraria</b></p>	<p><del>Strutture residenziali socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 10 pl) SRSR a fascia oraria</del></p>	
<p>Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione oraria.</p>	<p><del>Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione oraria.</del></p>	
<p>Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto Infermieri 1 ogni 10 posti letto ( a tempo parziale 18h/sett.) Terapisti / Educatori professionali 1 ogni 10 posti letto *** / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 1 ogni 10 posti letto</p>	<p><del>Medici psichiatri (responsabili) 1 a prescindere dal numero di posti letto Infermieri 1 ogni 10 posti letto ( a tempo parziale 18h/sett.) Terapisti / Educatori professionali 1 ogni 10 posti letto *** / Tecnici di Psicologia Operatori socio-sanitari 1 ogni 10 posti letto</del></p>	
<p>Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria. Per le strutture autorizzate per meno di 10 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione oraria.  (***) possono essere sostituiti con le seguenti figure professionali: tecnici dello sport, diplomati in corsi post secondari di musicoterapia, diplomati in maestro d'arte presso istituto superiore artistico, diplomati in accademia d'arte drammatica.</p>	<p><del>Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria. Per le strutture autorizzate per meno di 10 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione oraria.  (***) possono essere sostituiti con le seguenti figure professionali: tecnici dello sport, diplomati in corsi post secondari di musicoterapia, diplomati in maestro d'arte presso istituto superiore artistico, diplomati in accademia d'arte drammatica.</del></p>	
	<p><b>Gruppo appartamento (G.A.)- requisiti organizzativi</b></p>	<p><b>Gruppo appartamento (G.A.)- requisiti organizzativi</b></p>
	<p><b>I requisiti organizzativi del gruppo appartamento.</b> L'assistenza socio sanitaria agli utenti del Gruppo appartamento è assicurato da un'equipe professionale della quale possono fare parte, di norma, le seguenti figure professionali: a) psicologo, b) educatore professionale o tecnico della riabilitazione psichiatrica o tecnici di psicologia, c) operatore sociosanitario, d) assistente sociale del DSM e/o del Comune (DGR 395/2017 Compartecipazione). La presenza dei predetti operatori nel Gruppo appartamento varia a seconda delle necessità assistenziali indicate nel piano terapeutico individuale dell'utente (grado variabile di protezione) e comunque le figure suindicate possono essere, ove</p>	<p><b>I requisiti organizzativi del gruppo appartamento.</b> L'assistenza socio sanitaria agli utenti del Gruppo appartamento è assicurato da un'equipe professionale della quale possono fare parte, di norma, le seguenti figure professionali: a) psicologo, b) educatore professionale o tecnico della riabilitazione psichiatrica o tecnici di psicologia, c) operatore sociosanitario, d) assistente sociale del DSM e/o del Comune (DGR 395/2017 Compartecipazione). La presenza dei predetti operatori nel Gruppo appartamento varia a seconda delle necessità assistenziali indicate nel piano terapeutico individuale dell'utente (grado variabile di protezione) e comunque le figure suindicate possono essere, ove richiesto</p>

	<p>richiesto dalla situazione, integrate per il singolo utente.</p> <p>L'assistenza complessiva per ogni Gruppo appartamento è di norma quantificabile in massimo 10 ore settimanali per ogni gruppo appartamento, salvo un maggiore bisogno individuale dell'ospite.</p> <p>L'équipe del Centro di Salute Mentale, di cui fa parte un medico psichiatra referente dell'ospite del Gruppo appartamento, rimane sempre responsabile del Progetto Terapeutico Individuale di ogni utente, anche quando egli vive in un Gruppo appartamento. È quindi necessario che l'équipe del Gruppo appartamento e l'équipe del CSM collaborino strettamente al fine di portare avanti il Progetto Terapeutico Individuale che deve essere quanto più possibile condiviso.</p> <p>Il gruppo appartamento non ha personale presente durante le ore notturne, dalle 20.00 alle 7.00.</p>	<p>dalla situazione, integrate per il singolo utente.</p> <p>L'assistenza complessiva per ogni Gruppo appartamento è di norma quantificabile in massimo 10 ore settimanali per ogni gruppo appartamento, salvo un maggiore bisogno individuale dell'ospite.</p> <p>L'équipe del Centro di Salute Mentale, di cui fa parte un medico psichiatra referente dell'ospite del Gruppo appartamento, rimane sempre responsabile del Progetto Terapeutico Individuale di ogni utente, anche quando egli vive in un Gruppo appartamento. È quindi necessario che l'équipe del Gruppo appartamento e l'équipe del CSM collaborino strettamente al fine di portare avanti il Progetto Terapeutico Individuale che deve essere quanto più possibile condiviso.</p> <p>Il gruppo appartamento non ha personale presente durante le ore notturne, dalle 20.00 alle 7.00.</p>
<b>7. SERVIZI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE</b>		
<b>7.5. SERVIZI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI MENTALI (assistenza domiciliare)</b>		
	7.5.1 Percorsi di supporto abitare	