

 **REGIONE  
PIEMONTE**

# GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 320

Adunanza 5 aprile 2019

L'anno duemiladiciannove il giorno 5 del mese di aprile alle ore 10:00 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di ~~Sergio CHIAMPARINO~~ Presidente, Aldo RESCHIGNA Vicepresidente e degli Assessori Francesco BALOCCO, Monica CERUTTI, Augusto FERRARI, Giorgio FERRERO, Antonella PARIGI, Giovanna PENTENERO, Antonino SAITTA, Alberto VALMAGGIA, ~~Giuseppina DE SANTIS, Giovanni Maria FERRARIS,~~ con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti il Presidente CHIAMPARINO e gli Assessori: DE SANTIS, FERRARIS

(Omissis)

**D.G.R. n. 22 - 8704**

OGGETTO:

Modifiche e integrazioni alla DGR n. 25-5079 del 18.12.2012 con riferimento ai requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori.

A relazione degli Assessori FERRARI, SAITTA:

Premesso che:

- la D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009, riguardo ai presupposti del convenzionamento del sistema sanitario pubblico con strutture socio-sanitarie per disabili e minori, stabilisce *“Il riconoscimento dell'idoneità delle singole strutture facenti parte della rete a fornire risposte efficaci ed efficienti in ordine alle prestazioni individuate e definite nei progetti assistenziali da parte delle competenti Unità valutative e della conseguente spesa stabilita nell'ambito dei criteri tariffari individuati attraverso la normativa regionale di riferimento”*.
- relativamente all'area dei minori, si è provveduto nel corso degli anni a definire i requisiti strutturali e gestionali con specifici provvedimenti amministrativi regionali secondo le varie tipologie di strutture destinate ad accogliere i minori stessi a fronte dell'esigenza di avviare un processo di riqualificazione della rete delle strutture residenziali, per garantire requisiti di qualità nei percorsi di accoglienza residenziale dei minori con bisogni particolari e specifici, dei nuclei genitore bambino, dei minori stranieri non accompagnati, nei percorsi di autonomia e nell'accoglienza in emergenza, attraverso progettualità diversificate, mirate ad evitare il collocamento fuori dalla famiglia per un tempo non determinato e volte a garantire, nel più breve tempo possibile, il reperimento di un'accoglienza familiare;
- con D.G.R. n. 25-5079 del 18.12.2012 sono stati approvati i requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semi-residenziali per minori ed è stata revocata la D.G.R. n. 41-12003 del 15/03/2004. La revisione complessiva dei requisiti strutturali e gestionali oggetto della D.G.R. n. 25-5079/2012 appare, inoltre, improntata ad una prospettiva di maggiore flessibilità e di sostenibilità nel tempo della gestione delle strutture; con la

suddetta D.G.R. n. 25-5079/2012 sono stati ridefiniti anche i requisiti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie per la tutela della salute mentale dei minori, denominate Comunità Terapeutiche per minori (di seguito CTM) e Comunità Riabilitative Psico-sociali per minori (di seguito CRP) e l'introduzione della tipologia sperimentale del Centro Diurno Socio-Riabilitativo (di seguito CDSR).

- Con D.G.R. n. 49-5480 del 03/08/2017, in seguito rettificata con D.G.R. n. 35-5849 del 27/10/2017, si è ridefinito il fabbisogno di posti letto delle CTM e delle CRP, definito in fase transitoria dalla revocata D.G.R. n. 41-12003/2004 e adeguato con la D.G.R. n. 31-12866 del 21/12/2009, al fine di riequilibrare sul territorio regionale il numero di posti letto delle strutture stesse e consentire una più efficace capacità di risposta rispetto ai bisogni dei minori.

Rilevato che, a seguito dell'esperienza maturata dall'approvazione della D.G.R. n. 25-5079/2012, sono emerse delle criticità che hanno evidenziato che ci troviamo di fronte, sul nostro territorio, ad una emergenza epidemiologica che riguarda i minori in età evolutiva ed adolescenziale che impone, per essere fronteggiata, una priorità nell'allocazione di risorse per interventi curativi e riabilitativi a favore di tali minori.

Rilevato altresì che, a seguito di una ricognizione inerente il numero di minori effettivamente accolti nelle CTM e CRP del territorio piemontese, è emerso che un numero sempre maggiore di minori ospiti di tali strutture sono in realtà inseriti da enti/servizi extraregionali.

Considerato che le criticità suddette-impongono una riflessione legata all'importanza del lavoro di rete che deve prevedere il lavoro congiunto e sistematico di tutti i servizi del territorio (NPI, psicologia, Sert, DSM, Servizio Sociale) coinvolti nella presa in carico del caso, nel sostegno della famiglia di origine, nella predisposizione di un progetto di rientro, qualora praticabile, presso la famiglia di origine e quindi nella conseguente attivazione delle risorse della rete, in linea con gli orientamenti delle politiche regionali in materia di sostegno alle responsabilità genitoriali e di prevenzione del disagio minorile.

Evidenziato che la Regione Piemonte dispone di una strutturata rete di presidi per minori ma che risulta necessario che gli stessi accolgano, in prevalenza, utenti del territorio regionale, considerata la crescente difficoltà, per i servizi piemontesi, ad individuare, anche in caso di emergenza, la collocazione più adeguata per i minori residenti nel territorio stesso.

Rilevato, altresì, che i minori, nella maggior parte dei casi, non possono essere sradicati dal contesto di vita familiare e sociale di provenienza ed, inoltre non è assicurata la costante presenza dei servizi invianti che valutino l'andamento, nel tempo, dei progetti individuali che sono efficaci solo se orientati al rientro in famiglia o nel territorio di appartenenza, con la conseguenza -che gli inserimenti di minori provenienti da territori extraregionali hanno prodotto, nel corso degli anni, limitati risultati anche a causa degli scarsi rapporti con il territorio di provenienza.

Considerato, inoltre, che i minori, inseriti da servizi extra regionali, durante la fase di acuzie pongono ulteriori problemi legati ai seguenti fattori:

- Elevati costi per il sistema sanitario regionale;
- Insufficiente monitoraggio durante la fase acuta;
- Tendenza delle comunità ospitanti a ricorrere all'accesso al DEA/pronto soccorso, con contestuale dichiarazione di dimissione dalla struttura e conseguente difficoltà di inserimento negli SPDC territoriali e mancata riaccoglienza del minore, dopo la dimissione dall'ospedale.

Alla luce di quanto sopra esposto si rende, pertanto, necessario prevedere la possibilità per le ASL di richiedere alle strutture, in fase di sottoscrizione dei singoli contratti, un impegno di riserva temporanea di posti letto, nella misura da concordare sulla base di una programmazione

inerente i futuri ricoveri. Le comunità, di conseguenza, devono impegnarsi a comunicare la disponibilità dei posti alle ASL con cui hanno sottoscritto i contratti che prevedono la riserva temporanea di posti e l'impegno a tenerli liberi per un periodo non superiore a sette giorni (trascorso il quale senza che siano stati effettuati inserimenti, le comunità possono accogliere minori provenienti da altri territori e da fuori Regione).

Dato atto, inoltre, che a poco più di cinque anni dall'entrata in vigore della D.G.R. n. 25-5079/2012, e a seguito di un confronto con i servizi competenti (NPI, enti gestori) e su loro sollecitazione, è emersa l'esigenza di una parziale modifica dei requisiti strutturali e gestionali suddetti, di cui alla stessa D.G.R. n. 25-5079/2012, coniugando la flessibilità gestionale con l'esigenza di garantire una presenza di personale adeguata e congruente rispetto alle necessità ed alla tutela degli ospiti delle strutture medesime ed all'effettiva presenza degli stessi, nelle fasce orarie e nei giorni della settimana in cui tali esigenze e circostanze si manifestano.

Ritenuto, pertanto, di modificare e integrare, parzialmente, i requisiti strutturali e gestionali delle strutture per la tutela della salute mentale dei minori, previsti dalla D.G.R. n. 25-5079 del 18.12.2012, come dettagliato nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, denominato "10. Requisiti strutturali e gestionali delle strutture della Tutela della Salute Mentale dei Minori" che sostituisce quanto previsto nel medesimo capitolo 10 dell'allegato 1 alla D.G.R. n. 25-5079 del 18.12.2012 e s.m.i.

Ritenuto, altresì, di modificare e integrare la D.G.R. n. 25-5079/2012 prevedendo che:

- le Comunità Educative Residenziali (CER) accolgano minori nella fascia di età 6-11 anni oppure 11-17 anni;
- i minori di età inferiore ai 6 anni possono essere accolti solo in pronta accoglienza nelle CER che accolgono minori nella fascia di età 6-11, e la permanenza in pronta accoglienza di tali minori non può superare un periodo di 30 giorni.
- tutti gli operatori in servizio presso tutte le tipologie di strutture per minori siano in possesso dei titoli professionali e delle competenze necessarie: qualora la Commissione di Vigilanza, in sede di prima verifica della pianta organica della struttura e/o delle successive visite ispettive, rilevi delle criticità in merito al possesso dei requisiti di cui sopra, dovrà inviare adeguata segnalazione alle autorità competenti.

Ritenuto, inoltre, di prevedere che:

- i nuovi requisiti, gestionali e strutturali, stabiliti dalla presente deliberazione, trovano immediata applicazione per le strutture di nuova istituzione (comprese le ipotesi di trasferimento di sede o trasformazione di strutture già esistenti), mentre l'adeguamento delle strutture attualmente esistenti dovrà avvenire nei tempi di seguito specificati:
  - Requisiti gestionali: 12 (dodici) mesi dall'approvazione del presente provvedimento.
  - Requisiti strutturali così come specificati nell'allegato A per le strutture esistenti: 12 mesi dall'approvazione del presente provvedimento.
- le strutture che non si adeguano nei modi e nei termini previsti dal presente provvedimento non possono proseguire l'attività. In tali casi le Commissioni di Vigilanza competenti per territorio attiveranno le procedure per far cessare l'attività ai sensi dell'art. 28 della L.R. 1/2004 e s.m.i. Le strutture, in questo caso, dovranno tempestivamente definire un piano di dimissione degli ospiti di concerto con i servizi invianti.

Ritenuto, altresì, di precisare che presso le CTM possono operare soltanto educatori professionali socio-sanitari, mentre nelle CRP, oltre agli educatori professionali socio-sanitari, possono prestare servizio, nei limiti stabiliti dal comma 517 della L. 30.12.18 n. 145, anche gli educatori professionali socio-pedagogici di cui alla L. 27.12.17 n. 205.

Rilevato che risulta opportuno altresì prevedere e ampliare interventi territoriali di sostegno educativo, anche a carattere domiciliare, per minori inseriti nelle strutture CTM o CRP, con le seguenti finalità:

-accompagnamento della fare pre-inserimento;  
-in fase post- dimissione, per un periodo massimo di tre mesi;  
-per progetti di autonomia fino alla maggiore età;  
secondo modalità collegate al Progetto Individualizzato e al Progetto di Salute del minore stesso.  
Tali progetti di intervento devono essere validati in UMVD.

Si ritiene, infine, necessario prevedere la tempestiva attivazione del gruppo di lavoro regionale, costituito con D.G.R. n. 24-6736 del 25.11.2013, per il monitoraggio dell'applicazione della D.G.R. n. 25-5079 del 18.12.2012, così come parzialmente modificata e integrata dalle disposizioni della presente deliberazione, integrandone la composizione di cui alla stessa D.G.R. n. 24-6736/2013, con le seguenti figure:

-Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni del Piemonte e della Valle d'Aosta o suo delegato;  
-Presidente del Tribunale per i Minorenni o suo delegato;  
-Garante Regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza o suo delegato;  
-n. 5 rappresentanti degli Enti Gestori dei Servizi Sociali, individuati dal Coordinamento regionale Enti gestori.

Tutto ciò considerato;

visto il D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i.;

vista la L.R. n. 23 del 23/07/2008;

vista la D.G.R. n. 25-12129 del 14/09/2009;

vista la D.G.R. n. 46-528 del 04/08/2010;

vista la D.G.R. n. 25-5079 del 18/12/2012 e s.m.i.;

vista la D.G.R. n. 31-12866 del 21/12/2009;

vista la D.G.R. n. 25-6992 del 30/12/2013;

visto il Piano socio sanitario regionale;

visto il DPCM del 12 gennaio 2017;

vista la D.G.R. n. 49-5480 del 03/08/2017;

vista la D.G.R. n. 35-5849 del 27/10/2017;

vista la D.G.R. n. 31-8596 del 22/3/2019;

visto il parere favorevole della Conferenza Permanente Regione/Autonomie Locali, espresso nella seduta del 25.3.2019;

la Giunta Regionale, a voti unanimi, espressi nelle forme di legge,

dato atto che l'adozione del presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;

attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016;

## d e l i b e r a

- di approvare i "Requisiti strutturali e gestionali delle strutture della Tutela della Salute Mentale dei Minori", che sostituisce quanto previsto nel capitolo 10 dell'allegato 1 alla D.G.R. n. 25-5079 del 18.12.2012 e s.m.i.; (allegato 1) che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- di integrare la D.G.R. n. 25-5079 del 18.12.2012 prevedendo che la verifica inerente i tempi di permanenza dei minori presso tutte le strutture per minori sia di competenza della Commissione di Vigilanza dell'ASL. In caso di mancato rispetto dei tempi previsti dalla D.G.R. n. 25-5079 del 18.12.2012, la Commissione di vigilanza dovrà segnalare la violazione ai servizi socio-sanitari competenti che sono tenuti ad attivarsi in merito;

- di modificare la D.G.R. n. 25-5079/2012 prevedendo che:

- le Comunità Educative Residenziali (CER) accolgano minori nella fascia di età 6-11 anni oppure 11-17 anni;

- i minori di età inferiore ai 6 anni possono essere accolti solo in pronta accoglienza nelle CER che accolgono minori nella fascia di età 6-11, e la permanenza in pronta accoglienza di tali minori non può superare un periodo di 30 giorni;

- tutti gli operatori in servizio presso tutte le tipologie di strutture per minori siano in possesso dei titoli professionali e delle competenze necessarie: qualora la Commissione di Vigilanza, in sede di prima verifica della pianta organica della struttura e/o delle successive visite ispettive, rilevi delle criticità in merito al possesso dei requisiti di cui sopra, dovrà inviare la segnalazione alle autorità competenti;

- di prevedere che:

- i nuovi requisiti, gestionali e strutturali, stabiliti dalla presente deliberazione, trovano immediata applicazione per le strutture di nuova istituzione (comprese le ipotesi di trasferimento di sede o trasformazione di strutture già esistenti), mentre l'adeguamento delle strutture attualmente esistenti dovrà avvenire nei tempi di seguito specificati:
  - Requisiti gestionali: 12 (dodici) mesi dall'approvazione del presente provvedimento;
  - Requisiti strutturali così come specificati nell'allegato A per le strutture esistenti: 12 mesi dall'approvazione del presente provvedimento.
- le strutture che non si adeguano nei modi e nei termini previsti dal presente provvedimento non possono proseguire l'attività. In tali casi le Commissioni di Vigilanza competenti per territorio attiveranno le procedure per far cessare l'attività ai sensi dell'art. 28 della L.R. 1/2004 e s.m.i. Le strutture, in questo caso, dovranno tempestivamente definire un piano di dimissione degli ospiti di concerto con i servizi invianti.

- di specificare che presso le CTM possono operare soltanto educatori professionali socio-sanitari, mentre nelle CRP, oltre agli educatori professionali socio-sanitari, possono prestare servizio, nei limiti stabiliti dal comma 517 della L. 30.12.18 n. 145, anche gli educatori professionali socio-pedagogici di cui alla L. 27.12.17 n. 205;

- di stabilire che alle CTM e le CRP autorizzate al funzionamento, accreditate ed operative sul territorio piemontese, le ASL possano richiedere, in fase di sottoscrizione dei singoli contratti, un impegno di riserva temporanea di posti letto, nella misura da concordare sulla base di una programmazione inerente i futuri ricoveri. Le comunità, di conseguenza, devono impegnarsi a comunicare la disponibilità dei posti alle ASL con cui hanno sottoscritto i contratti che prevedono la riserva temporanea di posti e l'impegno a tenerli liberi per un periodo non superiore a sette giorni (trascorso il quale senza che siano stati effettuati inserimenti, le comunità possono accogliere minori provenienti da altri territori e da fuori Regione);

- di stabilire l'attivazione del gruppo di lavoro regionale, costituito con D.G.R. n. 24-6736 del 25.11.2013, per il monitoraggio dell'applicazione della D.G.R. n. 25-5079 del 18.12.2012, così come parzialmente modificata e integrata dalle disposizioni della presente deliberazione, integrandone la composizione di cui alla stessa D.G.R. n. 24-6736/2013, con le seguenti figure:

- Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni del Piemonte e della Valle d'Aosta o suo delegato;
- Presidente del Tribunale per i Minorenni o suo delegato;
- Garante Regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza o suo delegato;
- n. 5 rappresentanti degli Enti Gestori dei Servizi Sociali, individuati dal Coordinamento regionale Enti gestori.

- di dare atto che l'adozione del presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010 nonché, ai sensi dell'art. 12 del D.Lgs. n. 33/2013, nel sito istituzionale dell'Ente nella sezione "Amministrazione trasparente".

(Omissis)

Il Vicepresidente  
della Giunta Regionale  
Aldo RESCHIGNA

Direzione Affari Istituzionali  
e Avvocatura  
Il funzionario verbalizzante  
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 5 aprile 2019.

cr/CA

22-8-04 5-4-2018  
*[Signature]*

**Allegato 1**

**Sostituzione del capitolo 10 dell'Allegato 1 alla D.G.R. n. 25-5079 del 18.12.2012**

**10. Strutture della Tutela della Salute Mentale di Minori**

**10.1. Epidemiologia e fabbisogno.**

Le strutture di cui al presente capitolo sono rivolte a minori con gravi patologie psichiatriche, quadri psicopatologici anche in comorbidità con patologie riferite al livello intellettivo o disturbo post-traumatico da stress, che a seconda dell'espressività del quadro clinico presentato, necessitano di specifiche risposte residenziali (comunità terapeutica, comunità riabilitativa psico-sociale) anche in rapporto alle condizioni del nucleo familiare e del contesto sociale di vita.

Queste strutture possono rappresentare una delle tappe del percorso riabilitativo e di cura dei minori e, pertanto, sono uno dei nodi della rete di assistenza regionale per la salute mentale. L'intervento terapeutico e riabilitativo svolto on modalità residenziale deve tuttavia rappresentare un intervento temporaneo fortemente orientato al proprio superamento e parte di un sistema complesso ed integrato di servizi.

A tal proposito, occorre evidenziare ulteriormente l'importanza che le strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie si collochino ed operino all'interno di una filiera di interventi rivolti ai minori con problematiche di rilievo socio-sanitario, di seguito evidenziati in sintesi:

- interventi territoriali di sostegno educativo, anche a carattere domiciliare;
- inserimento in centri diurni socio riabilitativi, di cui alla DGR 25-5079 del 18.12.2012, per i quali è stata superata la sperimentazione con D.G.R. n. 25-7250 del 20/07/2018, ai fini del consolidamento dell'esperienza, che ha evidenziato buoni risultati;
- inserimento in comunità educative residenziali, qualora, per specifiche motivazioni, il Servizio sanitario competente valuti, congiuntamente con il Servizio Sociale, quale risposta più appropriata a favore di un minore con le caratteristiche di cui sopra, l'inserimento in una struttura socio-assistenziale, sulla base di un progetto predisposto congiuntamente con il servizio sociale competente, con eventuale incremento degli standard educativi e/o l'utilizzo di ulteriori risorse comprese quelle di personale (educativo e sanitario);
- progetti di autonomia, da definirsi con modalità adeguate rispetto all'utenza di cui trattasi.

L'esperienza ha messo in evidenza che minori prossimi al compimento della maggiore età necessitano di percorsi di continuità terapeutica nelle strutture in cui sono inseriti, anche nell'ambito di un percorso penale, rilevando la problematicità di un trasferimento presso accoglienze per adulti, che si caratterizzano per la presenza di ospiti di età più elevata.

A tal proposito, si sottolinea che la rivalutazione congiunta tra NPI e DSM deve essere effettuata almeno nel diciassettesimo anno di età e comunque non oltre i 6 mesi antecedenti il compimento della maggiore età, definendo il percorso terapeutico riabilitativo sanitario. La titolarità tecnica ed economica del caso passa al DSM al compimento del diciottesimo anno di età.

Per i percorsi sociosanitari viene coinvolto il servizio sociale competente territorialmente.

Vengono di seguito definite le tipologie di strutture che accolgono detti minori, offrendo prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative con differente livello di intensità.

**La comunità terapeutica per minori (CTM)** ha funzioni terapeutiche a carattere temporaneo e si colloca tra le strutture che hanno funzione di gestione delle situazioni di scompenso psichico e il rientro in famiglia, o l'inserimento in altre tipologie di comunità, pertanto la presa in carico è focalizzata sui bisogni emergenti del minore e limitata nel tempo.



Si caratterizza per l'alta intensità dell'impegno terapeutico-riabilitativo diretto a far evolvere comportamenti problematici e ha il compito di sviluppare all'interno di un ambiente privo di dinamiche patologiche, specifiche strategie di natura psicoterapeutica, riabilitativa e psicofarmacologica oltre che fornire sostegno di carattere educativo.

**La comunità riabilitativa psico-sociale per minori (CRP)** accoglie minori con patologie psichiatriche e patologie riferite al livello intellettivo, ed ha funzioni riabilitative, secondo un modello integrato bio-psico-socio-educativo nei confronti di minori che necessitano di un periodo in ambiente protetto come supporto al reinserimento sociale.

Considerato che la CRP è orientata al reinserimento sociale dei minori ospiti, le attività socio-riabilitative sono svolte prioritariamente all'esterno della Struttura.

Le CTM e le CRP possono orientarsi verso l'accoglienza di un solo genere (femminile o maschile) di ospiti. Tale preferenza deve essere indicata nei titoli autorizzativi.

#### 10.2. Requisiti organizzativi comuni a tutte le strutture.

L'attivazione è soggetta all'autorizzazione dell'ASL, previo parere della programmazione sanitaria regionale ai sensi dell'art 8/ ter e quater D.Lgs 502/92, così come modificato dal D.Lgs.229/99 e norme regionali vigenti.

Le modalità, i termini, i criteri e la modulistica per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione delle due tipologie di comunità sono indicate nella D.G.R. n. 31-8596 del 22.3.2019.

Per garantire una maggior tutela del minore occorre evitare la contiguità con luoghi a particolare rischio, ivi comprese altre strutture socio-sanitarie a dubbio di compatibilità con le suddette strutture per minori.

Successivamente all'autorizzazione al funzionamento occorre avviare le procedure finalizzate all'ottenimento dell'accreditamento ai sensi della D.G.R. n. 25-12129 del 14/09/2009.

Infine è necessario sottoscrivere il contratto tra il/i Servizi sanitari (CTM) o sociosanitari (CRP) e le Strutture residenziali secondo la normativa vigente che regola la materia, anche ai fini dell'individuazione del responsabile esterno del trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Europeo sulla privacy n. 679 del 27/04/2016.

La struttura è soggetta a vigilanza attraverso gli organi preposti, integrati da un rappresentante del Dipartimento Materno-Infantile (SOC Neuropsichiatria Infantile) e da un rappresentante del DSM per le CTM.

Le strutture sono tenute a trasmettere annualmente i dati individuali ed aggregati previsti dai flussi informativi a livello sia regionale che nazionale. In caso di mancato adempimento, tale circostanza sarà segnalata alla competente Commissione di Vigilanza ed alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni.

Per il minore inserito nella struttura deve essere predisposto un PEI in collaborazione dai servizi invianti e dalla struttura che lo accoglie e riporta la diagnosi codificata attraverso I.C.D. - 10 O.M.S. e/o DSM5 ed il percorso terapeutico-riabilitativo ed educativo. Qualora il paziente inserito non arrivasse con il suddetto PEI, in quanto non conosciuto dai servizi che hanno disposto l'inserimento, la comunità che lo accoglie necessita di un periodo di osservazione di almeno un mese per la stesura del PEI, che avrà validità di 4 mesi.

Gli operatori dell'ASL e dei servizi sociali invianti devono avere la possibilità di visitare gli ambienti di vita della comunità, al fine di meglio definire il progetto individualizzato.

La validità del PEI è legata alla permanenza in struttura: a tal proposito, si prevede un periodo di validità iniziale del PEI di 2 mesi per le CTM (in seguito di 3 mesi), e di 3 mesi per le CRP (in seguito di 4 mesi), con obbligo di aggiornamento in relazione all'evoluzione clinico assistenziale.





In ogni caso, le CTM e le CRP sono tenute ad inviare una relazione periodica sull'andamento del PEI (ogni 4 mesi per le CTM e ogni 6 mesi per le CRP) ai servizi competenti (anche se extraregionali).

Tutti i progetti individuali devono essere vagliati dalla competente UMVD-minori competente per territorio di residenza del minore.

Si prevedono riunioni periodiche (ogni 2 mesi per le CTM e ogni 4 mesi per le CRP) tra gli operatori dei servizi invianti e gli operatori delle comunità ospitanti, da tenersi, preferibilmente, presso le comunità stesse.

I gestori delle CTM e le CRP non devono modificare la terapia farmacologica senza coinvolgere il servizio inviante che è titolare della presa in carico del minore.

Si rammenta che le eventuali modifiche e/o integrazioni della terapia farmacologica, compresa la somministrazione della terapia al bisogno, che necessita di prescrizione medica nel momento stesso in cui se ne manifesta l'esigenza, sono di esclusiva competenza medica e devono essere adeguatamente documentate. In assenza del medico la terapia al bisogno deve essere prescritta dalla Guardia Medica.

Il servizio inviante, inoltre, deve garantire la presenza di apposita documentazione che autorizzi la prescrizione di farmaci off label.

Gli inserimenti in queste strutture possono proseguire oltre il raggiungimento della maggiore età, fino e non oltre il completamento del progetto terapeutico-riabilitativo, ad esempio dell'anno scolastico o del corso professionale avviato, e comunque entro i 19 anni di età. L'onere sanitario a carico del DSM segue la normativa e la prassi vigente per le attività effettuate a favore delle persone adulte.

Le strutture sono tenute a definire il Progetto di Servizio per i pazienti in accordo con le Aziende Sanitarie, gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali competenti per territorio, e i Servizi Minorili della giustizia, quando coinvolti, secondo quanto di seguito specificato con riferimento alla CRP.

In caso di minori residenti al di fuori del territorio regionale il progetto individualizzato deve essere predisposto in accordo con i servizi invianti, che rimangono titolari della presa in carico.

A livello tecnico i servizi del territorio sede della comunità, assicurano la necessaria collaborazione con i servizi invianti, che rimangono titolari del caso, nello svolgimento delle attività socio-riabilitative.

Le ASL hanno la possibilità di richiedere alle strutture, in fase di sottoscrizione dei singoli contratti, un impegno di riserva temporanea di posti letto, nella misura da concordare sulla base di una programmazione inerente i futuri ricoveri. Le comunità, di conseguenza, devono impegnarsi a comunicare la disponibilità dei posti alle ASL con le quali hanno concluso i contratti con la previsione di cui sopra, e l'impegno a tenerli liberi per un periodo non superiore a sette giorni (trascorso il quale senza inserimenti possono accogliere minori provenienti da altri territori e da fuori Regione).

Le CTM e le CRP sono tenute a comunicare mensilmente, in un report sintetico, secondo apposito schema da approvarsi con successiva determinazione dirigenziale, alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, alle Commissioni di Vigilanza e ai servizi invianti le seguenti informazioni:

- variazioni del personale, al fine di consentire una verifica circa il possesso dei titoli professionali e il rispetto dei parametri previsti dalla normativa;
- n. di chiamate al 118;
- n. di chiamate al 112.



Le CTM e le CRP, inoltre, devono comunicare tempestivamente, agli stessi soggetti i seguenti eventi critici:

- infortuni del personale durante il servizio;
- fughe dei minori;
- n. di accessi al DEA;
- n. di ricoveri in SPDC;
- n. ricoveri in altre strutture ospedaliere;
- altri eventi significativi.

In applicazione degli artt.4 e 9 della L.184/83 i presidi a carattere residenziale che accolgono minori, comprese le C.T.M e C.R.P. sono tenuti alla trasmissione della relazione semestrale alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, secondo le scadenze previste del 31 gennaio e 31 luglio di ciascun anno, secondo le modalità oggetto di apposite indicazioni regionali. Nella stesura delle suddette relazioni, i soggetti titolari delle strutture sono tenuti ad illustrare in modo dettagliato le modalità di raccordo nonché la cadenza temporale dei rapporti con i servizi invianti e le famiglie dei minori accolti, comprese le visite effettuate dai curanti ai minori ospitati presso la struttura.

### 10.3 Accompagnamento protetto alla dimissione

La dimissione del minore dalla comunità deve essere finalizzata esclusivamente al rientro in famiglia o all'inserimento, in accordo con i servizi competenti, in altro presidio e, di conseguenza, si prevede il divieto di ricovero nei reparti ospedalieri senza obbligo di reinserimento successivo nella stessa struttura ospitante.

Qualora la comunità ospitante riscontri una incompatibilità con gli altri ospiti non riscontrabile dalle relazioni di invio o il paziente presentasse un quadro psicopatologico in peggioramento, l'ente o gli enti invianti, in quanto aventi la titolarità del caso, provvedono ad accompagnare il cambio di presidio fornendo alla comunità gli strumenti (ulteriori risorse di personale, modifiche del progetto). A tal fine, occorre attivare interventi che evitino tempi di permanenza superiori a quelli previsti dalla presente deliberazione, per es. attraverso un accompagnamento protetto alle dimissioni e sulla base di interventi personalizzati in continuità con l'intervento effettuato durante la permanenza in comunità.

Nell'ipotesi di dimissione volta al rientro in famiglia deve essere previsto un progetto di accompagnamento al rientro, con un progetto che coinvolga il sistema familiare nel corso della permanenza del minore in struttura, con rientri periodici al domicilio e un sostegno della famiglia da parte dei servizi invianti preferibilmente attraverso il coinvolgimento della struttura ospitante e dei servizi sociali e sanitari competenti per un periodo, di norma, di 6 mesi.

### 10.4 Minori ricoverati in SPDC e in altre strutture ospedaliere

Nell'ipotesi di minori ricoverati in reparti SPDC e in altre strutture ospedaliere, deve essere garantita un'adeguata assistenza, in base alle necessità dei minori stessi, indicativamente di 8 ore al giorno.

Il genitore deve essere tempestivamente informato del ricovero e deve essergli data la possibilità di garantire l'assistenza in ospedale. In caso di impossibilità del genitore, tale assistenza deve essere garantita dalle Comunità (che ospitano i minori prima del ricovero) e dai servizi sanitari competenti, nella misura di 4 ore ciascuno.

L'assistenza può essere garantita dal care giver.

Il coordinamento dell'attività del care giver è affidato alla comunità ospitante alla quale il minore è stato affidato.

Le Comunità, in ogni caso, non possono dimettere i minori ricoverati in SPDC e nei reparti ospedalieri o in fase di dimissione dagli stessi, se non in attuazione di un progetto condiviso con i servizi competenti.



## **10.A - COMUNITA' TERAPEUTICA PER MINORI (C.T.M.)**

### 10.A.1. Definizione analitica

È una struttura residenziale per pre-adolescenti e adolescenti, con disturbo psico-patologico grave in fase sub - acuta, prevalentemente in assenza di ritardo mentale medio o grave, che richiedono interventi ad alta intensità e che non possono essere trattati a livello domiciliare o ambulatoriale.

### 10.A.2. Modalità e requisiti di accesso

La C.T.M. accoglie fino a 10 minori secondo la suddivisione per fasce di età progettuali specifiche. Ciascuna comunità, pertanto, sceglie di accogliere minori della fascia 10/14 oppure 14/17 (fermo restando eventuali deroghe legate alle caratteristiche dell'ospite, degli aspetti psicopatologici e degli aspetti progettuali fondanti il percorso stesso, potendo garantire il proseguimento di percorsi scolastici permanendo nella comunità dove si è inseriti inizialmente) da indicare nel provvedimento di autorizzazione al funzionamento, con gravità del quadro clinico individuato attraverso l'asse 1 dell'ICD10 OMS e/o DSM5, residenti, in via prioritaria, nel territorio della Regione Piemonte e inseriti dai servizi di N.P.I., oppure dalle strutture ospedaliere, previa condivisione del progetto ed autorizzazione alla spesa della S.O.C. N.P.I. competente territorialmente.

Pertanto l'accesso può essere successivo al ricovero ospedaliero presso strutture complesse di Neuropsichiatria Infantile ovvero in SPDC o altre strutture di ricovero, oppure alternativo al ricovero con modalità preventive dello stesso. Si specifica che, nel caso di ricovero in SPDC lo stesso deve essere definito su progetto congiunto dei servizi di NPI e di Salute Mentale ed esclusivamente per minori 14-17 anni, che presentano manifestazioni psico-patologiche caratterizzate da disturbi gravi del comportamento che mettono a rischio l'incolumità psico-fisica.

L'ingresso di ogni singolo minore deve tener conto della progettualità della struttura e della compatibilità con gli altri ospiti presenti, in particolare relativamente all'età, nonché dell'opportunità di accogliere assieme fratelli.

La durata della permanenza dei minori in CTM è di norma non superiore a 4 mesi, prorogabile per un periodo massimo complessivo di 8 mesi. L'eventuale proroga va debitamente motivata, concordata ed autorizzata dal competente servizio di NPI.

Ulteriori proroghe sono consentite sulla base di una valutazione puntuale del percorso precedente, degli interventi in atto, compresi quelli a favore della famiglia, e sono previste sulla base di una progettualità che deve essere condivisa tra tutti i servizi coinvolti.

Dell'avvenuto inserimento verrà data comunicazione all'Ente Gestore dei servizi socio-assistenziali di riferimento territoriale, ai fini del coinvolgimento in un progetto di rientro sul proprio territorio. Si prevede che il progetto di inserimento in Comunità sia validato dalle Commissioni UVMD-Minori, ai fini di una tracciabilità complessiva degli interventi che possono prevedere una diversa modularità temporale e sequenziale tra sanitario, socio-sanitario o sociale. Il trasferimento ad altra struttura può avvenire solo nell'ambito di una modifica del PEI condivisa dai servizi competenti.

In casi eccezionali per situazioni gravissime per un limitato periodo iniziale (primi mesi) possono essere ipotizzabili prestazioni aggiuntive individualizzate, indicativamente nell'ambito del 25% della retta complessiva mensile.

Il reinserimento del minore in domicilio può essere preceduto da un periodo di ospitalità presso una Comunità riabilitativa psicosociale o Comunità educativa oppure in un Centro Diurno Socio Riabilitativo.



Unitamente al sostegno di carattere educativo, anche rivolto al reinserimento sociale, le CTM devono fornire con continuità e documentare:

- visite mediche specialistiche;
- terapie farmacologiche;
- psicoterapie brevi individuali e/o di gruppo;
- competenze per la gestione del controllo emotivo;
- valutazioni e recupero delle autonomie, delle funzioni adattive e cognitive;
- attività psico-riabilitative.

La comunità deve adottare apposito protocollo per la gestione, conservazione e somministrazione dei farmaci, che preveda, inoltre, la responsabilità in capo all'infermiere nell'organizzazione delle modalità distributive e di somministrazione dei farmaci stessi.

Devono, altresì, definire specifiche procedure relative alla sicurezza degli ospiti e del personale (preparazione e consumazione dei pasti, gestione della quotidianità...).

Il trasferimento ad altra struttura può avvenire solo nell'ambito di una modifica del PEI condivisa dai servizi competenti.

### 10.A.3. Personale

All'interno della C.T.M. è assicurata la presenza programmata, o per fascia oraria, delle seguenti figure professionali:

* medico neuropsichiatra infantile con funzioni di coordinatore	22 ore settimanali
* psicologo/psicoterapeuta	38 ore settimanali
* infermiere professionale	38 ore settimanali

La presenza del medico NPI, dello psicologo e dell'infermiere professionale può essere definita su orario flessibile in base alle esigenze terapeutiche degli ospiti. In ogni caso, la presenza programmata delle figure professionali del neuropsichiatra infantile e dello psicologo deve essere distribuita su almeno 3 accessi settimanali evitando, in tal modo, la concentrazione dell'orario per es. nel fine settimana.

Sul totale delle ore settimanali previste per l'NPI e lo psicologo, almeno il 70% delle prestazioni devono essere dirette al lavoro clinico sui minori all'interno delle strutture.

Il neuropsichiatra infantile deve avere, preferibilmente, una competenza in psicofarmacologia comprovata da attestato di partecipazione a specifico corso accreditato.

Solo nel caso in cui non sia possibile reperire la figura del neuropsichiatra infantile, la figura può essere sostituita da uno psichiatra, con competenza in età evolutiva documentata da titoli specifici, per un massimo di 3 mesi, prorogabile una sola volta, per ulteriori 3 mesi.

Oltre alla presenza delle figure professionali di cui sopra, deve essere garantita un'assistenza media di 306 minuti/giorno per ospite, dei quali almeno 203 minuti erogati da personale in possesso del titolo di educatore professionale e, per la restante parte, da personale in possesso del titolo di OSS.

In alternativa alla figura dell'educatore professionale, può essere prevista la figura del terapeuta della riabilitazione psichiatrica, per un massimo di 100 minuti al giorno per ospite.



Tutti gli operatori in servizio presso tutte le tipologie di strutture per minori devono essere in possesso dei titoli professionali e delle competenze necessarie: qualora la Commissione di Vigilanza, in sede di prima verifica della pianta organica della struttura e/o delle successive visite ispettive, rilevi delle criticità in merito al possesso dei requisiti di cui sopra, dovrà inviare adeguata segnalazione alle autorità competenti.

#### 10.A.4. Requisiti strutturali e tecnologici

Oltre ai requisiti minimi descritti nel Capitolo 5 dell'allegato 1 alla D.G.R. n. 25-5079 del 18.12.2012, devono essere presenti:

- almeno una camera singola per meglio gestire le situazioni di crisi. Tale obbligo riguarda le CTM di nuova realizzazione mentre le CTM esistenti devono adeguarsi solo nel caso in cui le caratteristiche strutturali ne consentano l'adeguamento;
- un locale per gli operatori (superficie indicativa mq/utente 1,25) collocata sullo stesso piano delle camere dei minori ospiti. Tale obbligo è esteso alle CTM esistenti;
- servizi igienici per il personale;
- locale per colloqui terapeutici e per assistenza sanitaria di primo intervento (superficie indicativa mq/utente 1,50);
- locale per attività occupazionali (superficie indicativa mq/utente 2,00);
- spazi per lavanderia, stireria, dispensa ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio.

Possono essere presenti ulteriori locali in rapporto al progetto di struttura, quali la sala riunioni.

Le CTM non possono essere collocate oltre al primo piano (tale divieto si estende a tutti i lati dell'edificio) e gli ambienti della zona notte sono da dislocare tutti allo stesso livello.

Altresì, occorre prevedere delle caratteristiche strutturali di sicurezza aggiuntive in modo da limitare il più possibile i rischi derivanti da condotte pericolose (autolesionismo in particolare) messe in atto dai minori nei momenti di crisi: il responsabile della sicurezza della struttura individua idonee misure di protezione e di contenimento necessarie al fine di garantire la sicurezza e incolumità degli ospiti.

A fronte dell'esperienza finora maturata, che ha evidenziato che in realtà condominiali possono emergere situazioni di difficoltà conseguenti alla contiguità delle comunità con le altre abitazioni, non possono essere autorizzate CTM in appartamenti inseriti in condomini destinati alla civile abitazione.

Le CTM di nuova realizzazione (o in caso di trasferimento di sede di CTM esistenti) devono essere collocate in luoghi facilmente raggiungibili e collegati con i servizi territoriali. Le CTM esistenti hanno l'obbligo di assicurare, con mezzi propri, il collegamento con i servizi territoriali di riferimento, senza costi aggiuntivi a carico dei servizi invianti.

### **10.B. COMUNITA' RIABILITATIVA PSICOSOCIALE PER MINORI (C.R.P)**

#### 10.B.1. Definizione analitica

È una struttura residenziale che accoglie fino ad un massimo di 10 minori, secondo la suddivisione per fasce di età progettuali specifiche. Ciascuna comunità, pertanto, sceglie di accogliere minori della fascia 10/14 anni oppure 14/17 anni (fermo restando eventuali deroghe legate alle caratteristiche dell'ospite, degli aspetti psicopatologici e degli aspetti progettuali fondanti il percorso stesso potendo garantire il proseguimento di percorsi scolastici permanendo nella comunità dove



si è inseriti inizialmente) da indicare nel provvedimento di autorizzazione al funzionamento, affetti da patologie psichiatriche, che hanno superato favorevolmente la fase acuta del disturbo comportamentale ma che non sono in grado di rientrare in famiglia, oppure per prevenire la stessa fase acuta.

Le CRP che scelgono di accogliere minori della fascia 10/14 possono ospitare, in casi eccezionali, fino a 2 minori della fascia 8/10, compatibilmente con la fascia di età e le caratteristiche dei minori già accolti.

Nelle CRP, oltre ai posti autorizzati (fino ad un massimo di 10), è possibile attivare due ulteriori posti di pronto intervento, se le condizioni strutturali, organizzative e gestionali di personale lo consentono, destinati all'accoglienza di minori in situazione di emergenza di fascia di età compatibile con quella prescelta, con problematiche socio-sanitarie ed esigenze di tutela che richiedono un intervento urgente, in attesa di altra collocazione o del rientro in famiglia.

Nel caso di inserimento in pronta accoglienza, la permanenza non può superare i 90 giorni, rinnovabili per altri 90 giorni, fino ad un massimo di 180 giorni, sulla base del progetto educativo individualizzato.

Nell'ambito delle CRP possono essere individuate due principali vocazioni (per storia, competenze professionali, radicamento e rapporti con il territorio, tradizione del servizio ecc):

**A.** Strutture che possono accogliere prevalentemente minori affetti da gravi disturbi dello sviluppo e/o gravi patologie psichiatriche dell'età evolutiva, che hanno raggiunto un minimo di stabilità emotiva o un adeguato livello di controllo (anche attraverso terapia farmacologica) sul piano comportamentale rispetto agli impulsi auto o etero aggressivi, per i quali è ritenuto necessario un inserimento residenziale diverso dalle CTM o dalle CER, compresi i minori afferenti alla area penale, per i quali è possibile prevedere un breve periodo di osservazione (massimo 1 mese) per la definizione del progetto individualizzato, che potrà prevedere la permanenza presso la stessa struttura, oppure l'invio ad una comunità educativa.

**B.** Strutture che possono accogliere minori con problematiche psicopatologiche e soprattutto disturbi della Condotta e disturbi del Comportamento, con comorbidità in asse III (ritardo mentale) dello ICD 10 e in asse I e/o DSM5.

#### 10.B.2. Requisiti di accesso

Le comunità riabilitative psicosociali inseriscono minori per i quali si prevede una permanenza di durata non superiore ai due anni.

Il PEI deve definire gli specifici interventi terapeutici e socio-riabilitativi estensivi che si intendono attuare durante la permanenza in struttura residenziale.

Le CRP in particolare devono garantire e documentare, in relazione all'età e al progetto:

- visite mediche specialistiche;
- terapie farmacologiche (se necessarie);
- psicoterapie brevi individuali e/o di gruppo;
- valutazioni e recupero delle autonomie, delle funzioni adattive e cognitive;
- attività di reinserimento sociale;
- gestione del controllo emotivo;
- attività scolastiche, formative, espressive, culturali e sportive;
- tirocini e borse-lavoro (in collaborazione con l'ente inviante)

La comunità deve adottare apposito protocollo per la gestione, conservazione e somministrazione dei farmaci, che preveda, inoltre, la responsabilità in capo all'infermiere nell'organizzazione delle modalità distributive e di somministrazione dei farmaci stessi.



Devono, altresì, definire specifiche procedure relative alla sicurezza degli ospiti e del personale (preparazione e consumazione dei pasti, gestione della quotidianità...).

A parità di importo complessivo di spesa per l'assistenza residenziale a minori, eventuali prestazioni aggiuntive, a carico della Sanità, ritenute necessarie per le eccezionali condizioni cliniche, non devono superare il 25% dell'importo della retta mensile sanitaria.

Il trasferimento ad altra struttura può avvenire solo nell'ambito di una modifica del PEI condivisa dai servizi competenti.

### 10.B.3. Personale

All'interno della C.R.P. è assicurata la presenza programmata o per fascia oraria delle seguenti figure professionali:

- medico neuropsichiatria infantile      18 ore settimanali
- psicologo-psicoterapeuta                20 ore settimanali
- infermiere professionale                 18 ore settimanali

La presenza del medico NPI, dello psicologo e dell'infermiere professionale può essere definita su orario flessibile in base alle esigenze terapeutiche degli ospiti. In ogni caso, la presenza programmata delle figure professionali del Neuropsichiatra infantile e dello psicologo deve essere distribuita su almeno 3 accessi settimanali evitando, in tal modo, la concentrazione dell'orario per es. nel fine settimana.

Sul totale delle ore settimanali previste per l'NPI e lo psicologo, almeno il 70% delle prestazioni devono essere dirette al lavoro clinico sui minori all'interno delle strutture.

Il neuropsichiatra infantile deve avere, preferibilmente, una competenza in psicofarmacologia comprovata da attestato di partecipazione a specifico corso accreditato.

Solo nel caso in cui non sia possibile reperire la figura del neuropsichiatra infantile, la figura può essere sostituita da uno psichiatra, con competenza in età evolutiva documentata da titoli specifici, per un massimo di 3 mesi, prorogabile una sola volta, per ulteriori 3 mesi.

Oltre alla presenza delle figure professionali di cui sopra, deve essere garantita un'assistenza media di 255 minuti/giorno per ospite, dei quali almeno 178 minuti erogati da personale in possesso del titolo di educatore professionale e, per la restante parte, da personale in possesso del titolo di OSS.

Solo nel caso in cui non sia possibile reperire la figura dell'educatore professionale, può essere prevista la figura del terapeuta della riabilitazione psichiatrica, per un massimo di 90 minuti al giorno per ospite.

Uno degli educatori professionali, in possesso di almeno 3 anni di esperienza, assume funzioni di coordinatore.

Possono inoltre essere presenti ulteriori figure professionali in relazione alle attività individuate dal progetto del servizio.

Tutti gli operatori in servizio presso tutte le tipologie di strutture per minori devono essere in possesso dei titoli professionali e delle competenze necessarie: qualora la Commissione di Vigilanza, in sede di prima verifica della pianta organica della struttura e/o delle successive visite



ispettive, rilevati delle criticità in merito al possesso dei requisiti di cui sopra, dovrà inviare adeguata segnalazione alle autorità competenti.

#### 10.B.4. Requisiti strutturali

Oltre ai requisiti minimi descritti nel Capitolo 5 dell'allegato 1 alla D.G.R. n. 25-5079 del 18.12.2012, devono essere presenti:

- almeno una camera singola per meglio gestire le situazioni di crisi. Tale obbligo riguarda le CRP di nuova realizzazione mentre le CRP esistenti devono adeguarsi solo nel caso in cui le caratteristiche strutturali ne consentano l'adeguamento;
- un locale per l'operatore in servizio notturno (superficie indicativa mq/utente 1,25) collocata sullo stesso piano delle camere dei minori ospiti. Tale obbligo è esteso alle CRP esistenti;
- un servizio igienico per il personale;
- un ambulatorio medico /un locale per colloqui terapeutici (superficie indicativa q/utente 1,50)
- spazi per lavanderia, stireria, dispensa ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio.

Inoltre possono essere presenti i seguenti locali:

- una sala riunioni;
- un locale per attività occupazionali/laboratori.

Le CRP non possono essere collocate oltre al primo piano (tale divieto si estende a tutti i lati dell'edificio) e gli ambienti della zona notte sono da dislocare tutti allo stesso livello.

Altresì, occorre prevedere delle caratteristiche strutturali di sicurezza aggiuntive in modo da limitare il più possibile i rischi derivanti da condotte pericolose (autolesionismo in particolare) messe in atto dai minori nei momenti di crisi: il responsabile della sicurezza della struttura individua idonee misure di protezione e di contenimento necessarie al fine di garantire la sicurezza e incolumità degli ospiti.

A fronte dell'esperienza finora maturata, che ha evidenziato che in realtà condominiali possono emergere situazioni di difficoltà conseguenti alla contiguità delle comunità con le altre abitazioni, non possono essere autorizzate CRP in appartamenti inseriti in condomini destinati alla civile abitazione.

Le CRP di nuova realizzazione (o in caso di trasferimento di sede di CRP esistenti) devono essere collocate in luoghi facilmente raggiungibili e collegati con i servizi territoriali. Le CRP esistenti hanno l'obbligo di assicurare, con mezzi propri, il collegamento con i servizi territoriali di riferimento, senza costi aggiuntivi a carico dei servizi invianti.

