



ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ Β΄**

**Αθήνα 31/07/2025  
Αριθμ. Πρωτ.: Γ3α,β/Γ.Π.οικ.34237**

**Ταχ. Δ/ση** : Αριστοτέλους 19  
**Τ.Κ.** : 104 33  
**Τηλέφωνο** : 2132161328  
**Πληροφορίες** : Γιαννοπούλου Ε.  
**E-Mail** : dipsy@moh.gov.gr

### **ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ**

**ΘΕΜΑ: Διαδικασία μετάβασης ψυχικά ασθενών σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Εθνικού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας**

**Σχετ:** 1. Ο ν. 5129/2024 «Ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης» (Α΄124)  
2. Ο ν. 2716/1999 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» (Α΄96)  
3. Η αριθμ. Α3α/οικ.876/16.5.2000 (Β΄661) κοινή Απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με θέμα «Καθορισμός του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων του άρθρου 9 του ν.2716/1999», όπως ισχύει.  
4. Η υπ΄ αριθμ. Γ3α,β/Γ.Π.οικ.131/ 04/01/2021 εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας - Δ/ση Ψυχικής Υγείας, Τμήμα Α, Β.

-----

#### **1. Υποβολή αιτήματος μετάβασης υποψήφιου ενοίκου σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και συντονισμός της διαδικασίας**

Τα αιτήματα μετάβασης (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π1) αφορούν είτε την ένταξη υποψήφιου ενοίκου σε Μ.Ψ.Α. για πρώτη φορά, είτε την έγκριση της παράτασης διαμονής σε Μ.Ψ.Α. ενοίκου που ήδη διαβιεί σε αυτή.

Τα αιτήματα αυτά, κατά τα οριζόμενα στην παρ. 2 του άρθρου 9 του ν. 2716/1999 (Α΄96):

Α] Υποβάλλονται από:

- τις Κοινωνικές Υπηρεσίες όλων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) κάθε Περιφερειακού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ.),
- τις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Πανεπιστημιακών και Γενικών Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας & Κέντρων Ψυχικής Υγείας
- τις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, των Κέντρων Κοινότητας και των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Β] Απευθύνονται και διαβιβάζονται αρμοδίως, από τις Υπηρεσίες της περ. Α], προς το Τμήμα Θεραπευτικών Διαδικασιών της Διεύθυνσης Ιατρικής Ψυχικής Υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε., το οποίο και εποπτεύει την διαδικασία μετάβασης σύμφωνα με τα αναφερόμενα στην περ. β) της παρ. 4β του άρθρου 4 του ν. 3329/2005 (Α' 81), όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 14 του ν. 5129/2024 (Α' 124) και

Γ] Συνοδεύονται από έντυπο συναίνεσής του/της υποψηφίου ενοίκου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π2), ή του δικαστικού συμπαραστάτη του/της, ή, κατά περίπτωση, του έχοντος την γονική μέριμνα ή του ασκούντος την αποκλειστική επιμέλεια ή την συνεπιμέλεια ή την επιτροπεία του/της υποψηφίου ενοίκου, εφόσον πρόκειται για ανήλικο.

Στα πλαίσια της συνεχούς διαδικασίας αποασυλοποίησης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) του Εθνικού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Ε.Δ.Υ.Ψ.Υ.), τα αιτήματα που υποβάλλονται από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες της παρ. 1 και αφορούν περιστατικά με χρόνια προβλήματα, προερχόμενα από Κλινικές και Τμήματα Ψυχικής Υγείας των Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ., καθώς και τα αιτήματα μετάβασης υποψήφιων παιδιών-εφήβων σε Μ.Ψ.Α., αξιολογούνται και διεκπεραιώνονται κατά απόλυτη προτεραιότητα. Όπως εξαιρετικώς και δεδομένου ότι χρόνια περιστατικά καταλαμβάνουν κλίνες οξέων περιστατικών των δημοσίων μονάδων Ψυχικής Υγείας των Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ., όλα τα αιτήματα μετάβασης, εκκρεμή και νέα που αφορούν σε μη χρόνιους ασθενείς, θα τελούν στο εξής υπό αναστολή διεκπεραίωσης από τις αρμόδιες Επιτροπές Διαχείρισης Μετάβασης (Ε.Δ.Μ) και έως την ολοκλήρωση της αποασυλοποίησης. Κατά το διάστημα αυτό, οι Ε.Δ.Μ. θα συνεχίσουν να παραλαμβάνουν αιτήματα μετάβασης, τα οποία θα ξεκινήσουν να διεκπεραιώνουν μετά το πέρας της αποασυλοποίησης των χρόνιων περιστατικών. Η διαδικασία αποασυλοποίησης θα εποπτεύεται από την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, η οποία θα ορίσει την άρση της αναστολής και την έναρξη της διεκπεραίωσης των λοιπών αιτημάτων ανά Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ.

## **2. Προϋποθέσεις για την υποβολή του αιτήματος μετάβασης ασθενή σε Μ.Ψ.Α.**

### **Προαπαιτούμενα για την υποβολή αιτήματος**

**α) Ψυχιατρική Γνωμάτευση** από το θεράποντα ιατρό (ψυχίατρο), ώστε να προκύπτει η διαγνωστική κατηγορία κατά ICD-10 και η αναγκαιότητα ένταξης σε περιβάλλον ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, βάσει των κριτηρίων που τίθενται ακολούθως (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π3).

**β) Κοινωνική Έκθεση / Βεβαίωση** από τον κοινωνικό λειτουργό των υπηρεσιών της παραγράφου 1 (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π4).

**γ) Νοσηλεία του ασθενή.** Για τη φιλοξενία υποψηφίου ενοίκου σε Μ.Ψ.Α. δεν απαιτείται τρέχουσα νοσηλεία αυτού. Ωστόσο, προηγούμενη ή τρέχουσα νοσηλεία θα λαμβάνεται σοβαρά υπόψη κατά την αξιολόγηση του αιτήματος.

## **3. Επιτροπή Διαχείρισης της Μετάβασης Ασθενών σε Μ.Ψ.Α.**

Με απόφαση του Διοικητή της Υ.Πε. συγκροτείται, στην έδρα κάθε Δ.Υ.Πε., Επιτροπή Διαχείρισης Μετάβασης (Ε.Δ.Μ.) σε Μ.Ψ.Α. για την κάλυψη των αναγκών του οικείου Περιφερειακού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ.), η οποία αποτελείται από:

- α) Τον Διευθυντή της Ιατρικής Ψυχικής Υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε., ως Πρόεδρο.
- β) Τον Προϊστάμενο του Τμήματος Διαχείρισης Θεραπευτικών Διαδικασιών της Δ/σης Ιατρικής Ψυχικής Υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε..
- γ) Τον Προϊστάμενο του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Δ/σης Ιατρικής Ψυχικής Υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε.. Το Τμήμα συντονίζει τη διαδικασία μετάβασης μέχρι την ολοκλήρωσή της.

δ) Τον Προϊστάμενο του Τμήματος Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης της Δ/σης Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε.

ε) Τον Προϊστάμενο του Τμήματος Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης & Ένταξης και Μονάδων Ψυχικής Υγείας Ν.Π.Ι.Δ. της Δ/σης Συντονισμού Ψυχικής Υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε.. Το Τμήμα έχει την εποπτεία και την παρακολούθηση της ένταξης των ωφελουμένων στις δομές και

στ) Τον Προϊστάμενο του Τμήματος Ψυχικής Υγείας Παιδιών & Εφήβων της Δ/σης Συντονισμού Ψυχικής Υγείας της οικείας ΔΥ.Πε., ο οποίος έχει την εποπτεία και την παρακολούθηση της ένταξης παιδιών και εφήβων στις δομές και θα παρίσταται, κατά περίπτωση, στην Επιτροπή, αντικαθιστώντας τον Προϊστάμενο του Τμήματος Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης & Ένταξης και Μονάδων Ψυχικής Υγείας Ν.Π.Ι.Δ. της Δ/σης Συντονισμού Ψυχικής Υγείας.

Στις περιπτώσεις που εξετάζονται αιτήματα για παιδιά και εφήβους στην Επιτροπή Διαχείρισης Μετάβασης (Ε.Δ.Μ.) συμμετέχει Ψυχίατρος Παιδιού και Εφήβου, ο οποίος ορίζεται με απόφαση του Διοικητή της ΥΠΕ μεταξύ των υπηρετούντων στην οικεία ΥΠΕ με θητεία δύο(2) ετών.

Με απόφαση του Διοικητή της Υ.Π.Ε. ορίζεται γραμματέας της Επιτροπής από το προσωπικό της ΔΥ.ΠΕ.

#### **4. Παραλαβή και αξιολόγηση αιτήματος μετάβασης υποψηφίου ενοίκου σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης**

##### **4.α. Διαδικασία Μετάβασης υποψηφίων ενοίκων σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης**

**I.** Το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Δ/σης Ι.Ψ.Υ. της οικείας Δ.Υ.Πε. είναι αρμόδιο για τον συντονισμό και την συνεργασία των Κοινωνικών Υπηρεσιών της παρ. 1 Α], σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης των αιτημάτων.

**II.** Το Τμήμα Διαχείρισης Θεραπευτικών Διαδικασιών της Δ/σης Ι.Ψ.Υ. της οικείας Δ.Υ.Πε.:

(α) παραλαμβάνει τα αιτήματα για τη μετάβαση ψυχικά ασθενών σε Μ.Ψ.Α., τα οποία συνοδεύονται από τα σχετικά δικαιολογητικά της παρ. 2,

(β) υποβάλλει αυτά προς αξιολόγηση στην Επιτροπή Διαχείρισης Μετάβασης (Ε.Δ.Μ.), σε κλειστό φάκελο, συνοδευόμενα από διαβιβαστικό των υπηρεσιών της παρ. 1Α],

(γ) ενημερώνει τη Διεύθυνση Ιατρικής Ψυχικής Υγείας και τα αρμόδια Τμήματα των Διευθύνσεων Ιατρικής, Νοσηλευτικής και Συντονισμού Ψυχικής Υγείας στις περιπτώσεις που ανακύπτουν προβλήματα στη διασύνδεση και τη συνεργασία μεταξύ των Μ.Ψ.Υ. του οικείου Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ., προς επίλυσή τους.

**III.** Το Τμήμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης & Ένταξης και Μονάδων Ψυχικής Υγείας Ν.Π.Ι.Δ. της Δ/σης Συντονισμού Ψυχικής Υγείας:

(α) έχει την εποπτεία της διαδικασίας μετάβασης υποψηφίων ενοίκων σε Μ.Ψ.Α. και

(β) είναι διαρκώς ενήμερο για τις διαθέσιμες θέσεις Μ.Ψ.Α. εντός του οικείου Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ. Για τον σκοπό αυτό συνεργάζεται με τη Διεύθυνση Ιατρικής Ψ.Υ. για τη συλλογή στοιχείων και τον συντονισμό των απαιτούμενων διοικητικών ενεργειών. Τα στοιχεία που συλλέγονται αποστέλλονται μηνιαίως στην Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας εντός του πρώτου 10ημέρου του επόμενου μηνός.

Η Επιτροπή Διαχείρισης Μετάβασης (Ε.Δ.Μ.) αξιολογεί τα αιτήματα βάσει κριτηρίων (βλ. παρ. 4β) εντός 15 ημερών και αποφασίζει για τη μετάβαση των υποψηφίων ενοίκων σε κατάλληλη Μ.Ψ.Α., κοινοποιώντας τις αποφάσεις της στον αρμόδιο Υποδιοικητή της Υ.Πε.,

ενημερώνοντας ταυτόχρονα το φορέα παραπομπής και το φορέα υποδοχής του αιτήματος για τις ενέργειές τους.

Στην περίπτωση που δεν υπάρχουν κενές θέσεις στο Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ. στο οποίο υπάγεται ο φορέας ή στο οποίο διαβιεί ο υποψήφιος, η κατά τόπον αρμόδια Ε.Δ.Μ. φροντίζει ώστε το αίτημα να αξιολογηθεί εκ νέου στην επόμενη συνεδρίασή της και μέχρι την τελική ένταξή του. Στην περίπτωση που το προφίλ του υποψηφίου δεν ταιριάζει με το προφίλ καμίας από τις Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που λειτουργούν στην περιοχή ευθύνης της, τότε αποστέλλει το φάκελο του αιτήματος στην αντίστοιχη Επιτροπή Διαχείρισης Μετάβασης όμορου ή, σε περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό, άλλου Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ. προς ένταξη.

#### **4.β. Κριτήρια για τη μετάβαση των υποψηφίων ενοίκων σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης:**

Τα κριτήρια τα οποία λαμβάνονται υπόψη για τη μετάβαση των υποψηφίων σε Μ.Ψ.Α. είναι τα εξής:

- Η διασφάλιση της θεραπευτικής συνέχειας, όπου αυτό είναι εφικτό, εντός του ιδίου Περιφερειακού Δικτύου Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ.) και, ει δυνατόν, εντός της ίδιας Περιφερειακής Ενότητας και σύμφωνα με τις Υπουργικές Αποφάσεις που έχουν εκδοθεί για την λειτουργία κάθε Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ..
- Ο βαθμός λειτουργικότητας σύμφωνα με Κλίμακα Αξιολόγησης Λειτουργικότητας,
- Η μη ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος/οικείων προσώπων,
- Η μη ύπαρξη στέγης/διαμονής,
- Προηγούμενη νοσηλεία και χρόνος νοσηλείας σε ψυχιατρικό τμήμα/κλινική του οικείου ή άλλου Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ.,
- Η εντοπιότητα ή/και η ύπαρξη οικείων του υποψηφίου στον τόπο που εδρεύει η Μ.Ψ.Α.,
- Ο χρόνος που έχει μεσολαβήσει από την υποβολή του αιτήματος,
- Ο τύπος της Μονάδας Ψυχικής Υγείας. Τα αιτήματα που αφορούν σε υποψήφιο με απόλυτη έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος διεκπεραιώνονται κατά προτεραιότητα.

#### **Συνυπολογίζονται:**

- Η ύπαρξη Πιστοποιητικού ΚΕΠΑ με το ποσοστό αναπηρίας.
- Οικονομικά - εισοδηματικά κριτήρια (σύνταξη - επίδομα αναπηρίας, βιοποριστικό επάγγελμα, άλλα έσοδα).

#### **4.γ. Συλλογή και διαχείριση στοιχείων κενών θέσεων και εκκρεμών αιτημάτων**

Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα) καταχωρούν τα στοιχεία των υφιστάμενων κενών θέσεων ημερησίως στην ψηφιακή πλατφόρμα που λειτουργεί στις διοικήσεις των Υ.Πε. και τα οποία θα συγκεντρώνονται από το Τμήμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης & Ένταξης και Μονάδων Ψυχικής Υγείας ΝΠΙΔ της Δ/σης Συντονισμού Ψυχικής Υγείας της οικείας Δ.Υ.Πε., το οποίο έχει την υποχρέωση να τα διαβιβάζει μηνιαίως στην Δ.Ψ.Υ. του Υπουργείου Υγείας. Τα στοιχεία των κενών θέσεων των Μ.Ψ.Α. καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας των Επιστημονικά

Υπευθύνων τους (τηλ., email), καθώς και τα εκκρεμή αιτήματα θα διατίθενται παράλληλα στο Τμήμα Διαχείρισης Θεραπευτικών Διαδικασιών και στο Τμήμα Ψυχικής Υγείας Παιδιών & Εφήβων.

Τα στοιχεία των κενών θέσεων των Μ.Ψ.Α. (Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα) των Ν.Π.Δ.Δ. & Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ανά Υ.Πε. αναρτώνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας (<https://www.moh.gov.gr>), στην καρτέλα «Υγεία» στην ενότητα «Ψυχική Υγεία».

#### **4.δ. Διαδικασία μετάβασης υποψηφίων ενοίκων σε θέσεις μεταβατικής φιλοξενίας βραχείας διάρκειας:**

Η μετάβαση υποψηφίων στις θέσεις μεταβατικής φιλοξενίας βραχείας διάρκειας που προβλέπονται στην παρ. 1 του άρθρου 8 της ανωτέρω σχετ. (3) Κ.Υ.Α., διενεργείται με απόφαση του Διευθυντή του Ξενώνα ή της Κλινικής με την οποία διασυνδέεται ο εν λόγω ξενώνας.

Οι υποψήφιοι που μπορούν να φιλοξενηθούν στις εν λόγω θέσεις βραχείας διάρκειας είναι οι κάτωθι:

- ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές οι οποίοι διαβιούν στην κοινότητα, έχουν ιστορικό επανειλημμένων ψυχιατρικών νοσηλείων και χρήζουν βραχυπρόθεσμης υποστήριξης και φροντίδας σε προστατευμένο πλαίσιο προκειμένου να αποτραπεί ενδεχόμενη νοσηλεία τους και να επιστρέψουν στην κοινότητα.
- ασθενείς με άνοια ή ασθενείς στο φάσμα του αυτισμού οι οποίοι διαβιούν στην κοινότητα και χρήζουν βραχυπρόθεσμης υποστήριξης και φροντίδας σε προστατευμένο πλαίσιο, με σκοπό μεταξύ άλλων την ανακούφιση του οικογενειακού τους περιβάλλοντος και τη διαχείριση καταστάσεων κρίσης.

Οι Μονάδες διατηρούν την υποχρέωση αποστολής των στοιχείων κενών θέσεων μεταβατικής φιλοξενίας βραχείας διάρκειας, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρ. 4γ.

#### **4.ε. Περιπτώσεις έκτακτων αναγκών:**

Σε περίπτωση έκτακτης και εξαιρετικά επείγουσας ανάγκης εύρεσης θέσεων φιλοξενίας για ψυχικά ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων ασθενών που πάσχουν από άνοια/Alzheimer ή από διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, η οποία δύναται να προκύψει από τη διακοπή ή την αλλαγή της λειτουργίας υφιστάμενης Μονάδας του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα και συνεπάγεται την άμεση διακοπή της φιλοξενίας ατόμων των ανωτέρω κατηγοριών που χρήζουν προστατευμένου πλαισίου διαβίωσης, οι ανωτέρω ασθενείς μεταβαίνουν σε Μ.Ψ.Α., κατ' εξαίρεση της διαδικασίας που συντονίζουν οι Δ.Υ.Πε., σε όλες τις διαθέσιμες κενές θέσεις Μονάδων της επικράτειας και σε περίπτωση που αυτές δεν επαρκούν, σε διαθέσιμες κενές θέσεις μεταβατικής φιλοξενίας βραχείας διάρκειας.

Το Τμήμα Διαχείρισης Θεραπευτικών Διαδικασιών της Δ/σης Ι.Ψ.Υ. των οικείων Δ.Υ.Πε. εποπτεύει και συντονίζει τη διαδικασία μετάβασης των υποψηφίων αυτών στις κενές θέσεις. Η αξιολόγηση του προφίλ τους πραγματοποιείται από τις Επιτροπές Διαχείρισης Μετάβασης των εμπλεκόμενων Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ. σε συνεργασία με τους Επιστημονικά Υπευθύνους των Μονάδων Υποδοχής και τον Φορέα – μονάδα Προέλευσης.

#### **5. Ένταξη του υποψήφιου ενοίκου σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης**

Η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Μ.Ψ.Α.) στην οποία παραπέμπεται ο υποψήφιος ένοικος βάσει της απόφασης της Επιτροπής Διαχείρισης Μετάβασης (Ε.Δ.Μ.), υποχρεούται να επιλαμβάνεται άμεσα των αναγκαίων περαιτέρω ενεργειών σύμφωνα με τις διαδικασίες που προβλέπονται στην παράγραφο 6 της παρούσας (Θεραπευτικό Πρωτόκολλο μετάβασης

υποψήφιων ενοίκων σε Μ.Ψ.Α.), έτσι ώστε να ολοκληρωθεί με επιτυχία η μετακίνησή του. Στην περίπτωση που η Μ.Ψ.Α. διαπιστώσει ότι το προφίλ του υποψήφιου δεν ταιριάζει με το προφίλ της κενής θέσης και τα χαρακτηριστικά της Μ.Ψ.Α. υποδοχής, η Μ.Ψ.Α. έχει τη δυνατότητα υποβολής τεκμηριωμένης αντίρρησης. Η εν λόγω τεκμηριωμένη αντίρρηση θα εξεταστεί από το Τμήμα Διαχείρισης Θεραπευτικών Διαδικασιών της Δ/σης Ι.Ψ.Υ. των οικείων Δ.Υ.Πε., το οποίο και αποφασίζει δεσμευτικά. Κατά την εξέταση της αντίρρησης δύναται να παραβρίσκεται και ο Επιστημονικά Υπεύθυνος της Μ.Ψ.Α.. Εφόσον η τεκμηριωμένη αντίρρηση γίνει δεκτή τότε η μετακίνηση του υποψήφιου ενοίκου ακυρώνεται και η Μ.Ψ.Α. θεωρείται ότι διαθέτει μια κενή θέση. Αν η αντίρρηση απορριφθεί, τότε η Μ.Ψ.Α. οφείλει να ξεκινήσει άμεσα τις διαδικασίες προετοιμασίας του υποψήφιου προς ένταξη, σύμφωνα με το σχετικό θεραπευτικό πρωτόκολλο.

Σε περίπτωση αδυναμίας προσαρμογής του υποψηφίου στη δομή, ο φορέας υποδοχής υποβάλλει εκ νέου αίτημα επανεξέτασης για την εύρεση θέσης σε άλλη Μ.Ψ.Α. του οικείου Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ.. Ο ένοικος παραμένει προσωρινά στη δομή υπό καθεστώς φιλοξενίας, έως την ολοκλήρωση της διαδικασίας εντοπισμού κατάλληλης και διαθέσιμης θέσης. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες η κατάσταση της υγείας του δεν επιτρέπει τη συνέχιση της προσωρινής φιλοξενίας, ο Επιστημονικά Υπεύθυνος της δομής υποβάλλει σχετικό αίτημα προς το Τμήμα Διαχείρισης Θεραπευτικών Διαδικασιών της Δ/σης Ι.Ψ.Υ. των οικείων Δ.Υ.Πε., το οποίο λαμβάνει δεσμευτική απόφαση για τη μεταφορά του ωφελούμενου σε κατάλληλη δομή, είτε για εισαγωγή είτε για φιλοξενία. Κατόπιν αυτής της διαδικασίας, η θέση στη δομή θεωρείται εκ νέου διαθέσιμη.

Σε περίπτωση διακομίδης του υποψήφιου από τη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης στην οποία φιλοξενείται σε νοσηλευτική μονάδα, λόγω υποτροπής ή άλλου προβλήματος υγείας, η θέση φιλοξενίας του δεν λογίζεται ως κενή και διατηρείται για την επιστροφή του μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας.

Τέλος, σε περίπτωση που ο ένοικος χρήζει μετακίνησης από Μ.Ψ.Α. σε Μ.Ψ.Α. του ίδιου φορέα (Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του άρθρου 11 του ν. 2716/1999), εντός του οικείου Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ., δεν απαιτείται σχετική απόφαση της Επιτροπής Διαχείρισης Μετάβασης παρά μόνο διαβίβαση ενημερωτικού σημειώματος για την μετακίνηση.

## **6. Θεραπευτικό Πρωτόκολλο μετάβασης υποψήφιων ενοίκων σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης**

### **6.1. Δημιουργία Φακέλου Μετάβασης**

Υπό την επιμέλεια των Κοινωνικών Υπηρεσιών της παρ. 1 και υπό την εποπτεία του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Ιατρικής Ψυχικής Υγείας του Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ., συντάσσεται και παραδίδεται στον επιστημονικά υπεύθυνο της Μ.Ψ.Α. υποδοχής, πλήρες ψυχιατρικό και κοινωνικό ιστορικό του υποψήφιου ενοίκου στο οποίο καταχωρούνται πέρα από τα στοιχεία ταυτότητας, στοιχεία όπως:

- Ο χρόνος νοσηλείας σε Ψυχιατρικό Τμήμα / Κλινική.
- Στοιχεία δεξιότητας και λειτουργικότητας.
- Εκπαιδευτικό επίπεδο και συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες.
- Το κοινωνικό του δίκτυο (σχέσεις με τρίτους, συχνότητα και ένταση σχέσεων με οικογένεια, φίλους).
- Εργασιακό ιστορικό – ασφάλιση και στοιχεία αυτής.

- Ιστορικό παραβατικών συμπεριφορών.
- Ιστορικό αυτοκαταστροφικών και ετεροκαταστροφικών συμπεριφορών.
- Πλήρες ιατρικό ιστορικό (κατάσταση παθολογική, κατάσταση στοματικής υγιεινής κλπ.).
- Αξιολόγηση άλλων ειδικοτήτων (εργοθεραπείας, λογοθεραπείας κλπ.).
- Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα δύο διακριτών φάσεων (πρότερο και κατά την προετοιμασία).
- Στοιχεία προετοιμασίας μετάβασης σε στεγαστική δομή.
- Συνοδά τεκμηριωτικά στοιχεία (πχ. αντίγραφα διαγνώσεων απεικονιστικού και εργαστηριακού ελέγχου κ.α.).

Όλα τα ανωτέρω στοιχεία συγκροτούν τον φυσικό φάκελο του υποψηφίου, ο οποίος παραδίδεται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας υποδοχής με τη σύνταξη σχετικού εντύπου παραλαβής. (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π5).

## **6.2. Οργάνωση της Διαδικασίας Μετάβασης**

### **α) Καθορισμός Επισκέψεων**

Σε συνεργασία του φορέα προέλευσης και του φορέα υποδοχής καθορίζεται ο αριθμός των επισκέψεων του υποψηφίου ενοίκου από τους επαγγελματίες της Μ.Ψ.Α., προκειμένου αυτοί να τον γνωρίσουν και να αξιολογήσουν την κατάστασή του.

### **β) Ενημέρωση Οικογενειών & Στενών Συγγενών**

Η ενημέρωση των οικογενειών και στενών συγγενών του υποψηφίου ενοίκου γίνεται από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες της παρ. 1 ή τον Επιστημονικό Υπεύθυνο της Μονάδας προέλευσης του υποψηφίου, εφόσον υπάρχει.

### **γ) Ψυχολογική Προετοιμασία – Οργάνωση Επισκέψεων Ωφελουμένων**

Από την Π.Θ.Ο. του φορέα προέλευσης και του φορέα υποδοχής, σχεδιάζονται και οργανώνονται συγκεκριμένου χρονικού εύρους επισκέψεις ή βραχεία παραμονή του υποψηφίου ενοίκου με:

- Ημερήσιες επισκέψεις μικρής διάρκειας.
- Ημερήσιες επισκέψεις με προοδευτική επιμήκυνση του χρόνου.
- Επισκέψεις με διαμονή στη δομή υποδοχής. Η χρονική διάρκεια θα εκτιμάται διαρκώς με γνώμονα την διαδικασία προσαρμογής και τις ανάγκες του υπό ένταξη ενοίκου αλλά και των άλλων ενοίκων. Οι επισκέψεις είναι απαραίτητο να πραγματοποιούνται με τις έγγραφες υπογεγραμμένες άδειες εξόδου και διαμονής από τον φορέα προέλευσης.
- Στην περίπτωση που ο υποψήφιος ένοικος διαβιεί στην κοινότητα θα πρέπει, ο ίδιος ή ο δικαστικός του συμπαραστάτης του και στις περιπτώσεις που αφορούν αιτήματα ανηλίκων, παιδιών και εφήβων, κατά περίπτωση, αυτός που έχει την γονική μέριμνα ή ασκεί την αποκλειστική επιμέλεια ή την συνεπιμέλειά του ή την επιτροπεία αυτού, να υπογράφει έντυπο συναίνεσης βραχείας διαμονής συγκεκριμένου χρόνου, στην δομή (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π6).
- Ατομικές συναντήσεις με το Πρόσωπο Αναφοράς, τον Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας ή/και τον Επιστημονικό Υπεύθυνο.
- Συνεχής αξιολόγηση της λειτουργικής πορείας του και των σταδίων αυτονόμησής του σε όλες τις απαραίτητες δραστηριότητες.

- Συναντήσεις και συζήτηση για τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας (ατομικά και ομαδικά).
- Αξιολόγηση από τον θεράποντα ιατρό και από την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα (Π.Θ.Ο.) κατά το διάστημα επισκέψεων και μετά το πέρας αυτών, η οποία θα καταγράφεται σε Αξιολογική Έκθεση και θα ενσωματώνεται στον ατομικό φάκελο του υποψηφίου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π7).

#### **δ) Εξιτήριο – Αναγγελία Μετάβασης – Αναγγελία Εισόδου**

Κατά την φάση ολοκλήρωσης της διαδικασίας μετάβασης γνωστοποιείται στον υποψήφιο ένοικο και σε όλους τους εμπλεκόμενους από το φορέα υποδοχής, η έκδοση εξιτηρίου και η αναγγελία εισόδου στην δομή.

#### **ε) Λοιπές ρυθμίσεις**

- 1) Η παρούσα Εγκύκλιος αφορά στο σύνολο των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, που ιδρύονται και λειτουργούν εντός των ορίων εκάστης Υ.Πε. και συνιστούν το οικείο Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ..
- 2) Σε περίπτωση μετακίνησης ενοίκου από Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Μ.Ψ.Α.) σε άλλη Μ.Ψ.Α. άλλου Νομικού Προσώπου Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου, εντός του ίδιου Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ., κατόπιν αιτήματός του, απαιτείται απόφαση της οικείας Επιτροπής Διαχείρισης Μετάβασης.
- 3) Απαιτείται έγκριση από την Επιτροπή Διαχείρισης Μετάβασης για την παράταση ή τη συνέχιση του χρόνου φιλοξενίας των ωφελουμένων σε κάθε τύπο Μ.Ψ.Α., ανά έτος.
- 4) Η Επιτροπή Διαχείρισης Μετάβασης (Ε.Δ.Μ.) σε Μ.Ψ.Α. θα συνεδριάζει κάθε δεκαπέντε (15) ημέρες ή σε συντομότερο χρονικό διάστημα, εφόσον κριθεί απαραίτητο, κατόπιν πρόσκλησης του Προέδρου της.
- 4) Με την παρούσα εγκύκλιο καταργείται η υπ' αριθμ. Γ3α,β/Γ.Π.οικ.131/ 04/01/2021 Εγκύκλιος.

Παρακαλούμε για την πιστή τήρηση των ανωτέρω.

**Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΒΑΡΤΖΟΠΟΥΛΟΣ**



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ****ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π1****ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΔΟΜΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Στοιχεία Ασθενούς<br><br>Επώνυμο:<br>Όνομα:<br>Όνομα Πατέρα:<br>Όνομα Μητέρας:<br>Ημερομηνία Γέννησης:<br>Ταχ. Διεύθυνση:<br><br>.....<br>....../...../202..... | Παρακαλώ όπως εγκρίνεται την εισαγωγή<br><br>του/της<br>.....<br><br>Σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής<br>Αποκατάστασης:<br>Οικοτροφείο:<br>Κωδικός:<br>Ξενώνας:<br>Κωδικός:<br>Προστατευμένο Διαμέρισμα:<br>Υποβάλλονται συνημμένα:<br>1. Ιατρική Γνωμάτευση<br>2. Βεβαίωση Κοινωνικής Έρευνας<br>3. ....(άλλο)<br>Ο/Η Αιτών-ούσα<br>Ονοματεπώνυμο |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**ΔΙΑΒΙΒΑΣΤΙΚΟ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ**

|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Φορέας υποβολής αιτήματος:<br><br>Ταχ. Διεύθυνση: .....<br>Τηλ. Επικοινωνίας: .....<br>Email: .....<br>Υπ. Επικοινωνίας: | Ημερομηνία .....<br>Αρ. Εμπ. Πρωτοκόλλου .....<br><br>Προς:<br>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ<br>ΥΓΕΙΑΣ<br>ΤΜΗΜΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ<br>ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ<br>Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ. .... Υ.Πε. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π2

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Ο/Η                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | κάτωθι     |
| υπογεγραμμένος/η.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | δηλώνω ότι |
| επιθυμώ να ενταχθώ στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφείο / Ξενώνας / Προστ. Διαμέρισμα) με την επωνυμία «.....»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| που λειτουργεί το ΝΠΔΔ – ΝΠΙΔ με την επωνυμία «.....»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |
| .....».                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |
| Γνωρίζω ότι η ΜΨΑ ....., στην οποία πρόκειται να μεταβώ ως ένοικος βρίσκεται στην οδό ..... αριθ. .... κλπ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| Έχω συζητήσει και έχω ενημερωθεί για τους βασικούς όρους του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Η παραμονή στο χώρο αυτό, συνεπάγεται διαμονή σε δίκλινο ή μονόκλινο δωμάτιο, ανάλογα με τις δυνατότητες. Στο δωμάτιο εξασφαλίζεται ατομικός χώρος για τα προσωπικά αντικείμενα μου και οφείλω να φροντίζω για την τακτοποίηση καθώς και την φύλαξη τους.</li> <li>• Κάθε ένοικος που διαβιεί στην ΜΨΑ πρέπει να φροντίζει την ατομική του/της υγιεινή και την εξωτερική του/της εμφάνιση. Επίσης πρέπει να φροντίζει για την καθαριότητα του ατομικού του χώρου αλλά και των κοινόχρηστων χώρων και την καθαριότητα των σκευών που χρησιμοποιεί.</li> <li>• Ο/Η ένοικος συνεργάζεται με τα μέλη της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας και με το πρόσωπο αναφοράς του και συμμετέχει ενεργά στις όποιες θεραπευτικές, κοινοτικές, αποκαταστασιακές ομάδες και δράσεις εντός και εκτός της δομής</li> <li>• Με συνέπεια κάθε ένοικος φροντίζει τη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής, τις αυτή ορίζεται από τον υπεύθυνο Ψυχίατρο και με συνέπεια συμμετέχει στην προγραμματισμένη ιατρική παρακολούθηση καθώς και τις λοιπές θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δράσεις.</li> <li>• Κάθε ένοικος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση των οικονομικών του με την παροχή υποστήριξης όποτε αυτό κριθεί αναγκαίο. Ωστόσο, προβλέπεται η συμμετοχή του στα προσωπικά έξοδα και σε ομαδικές δραστηριότητες, η εφαρμογή προγράμματος αποταμίευσης και διαχείρισης των χρημάτων σε συνεργασία με την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα</li> <li>• Για οποιαδήποτε μεγάλης διάρκειας έξοδο με ή χωρίς διαμονή (διανυκτέρευση), θα υπάρχει ειδική άδεια από τον επιστημονικά υπεύθυνο ή τον υπεύθυνο ψυχίατρο.</li> <li>• Στην περίπτωση πραγματοποίησης επισκέψεων από οικείους ή φιλικά πρόσωπα, οφείλει να έχει προηγηθεί σχετική ενημέρωση του προσωπικού, του Επιστημονικά Υπευθύνου και των ενοίκων.</li> <li>• Κάθε ένοικος συμμετέχει σε εξωτερικές δραστηριότητες, αθλητικές δραστηριότητες, επαφή με την κοινότητα, μετακινήσεις, επισκέψεις σε δημόσιους χώρους, σε χώρους αναψυχής όπως καφετερίες, πάρκα, ταβέρνες, εκδρομές κλπ.</li> <li>• Δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε μορφή βίας λεκτικής ή σωματικής προς το προσωπικό και τους άλλους ενοίκους καθώς και οποιαδήποτε ηθελημένη πράξη φθοράς οικοσκευής, εξοπλισμού και κτιριακών εγκαταστάσεων.</li> </ul> |            |

- Δεν επιτρέπεται η χρήση αλκοόλ και διαφόρων τοξικών ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών.
- Κάθε τρεις/έξι μήνες γίνεται επανεκτίμηση της πορείας κάθε ενοίκου σε συνεργασία με τον ίδιο.
- Η μη τήρηση του συμβολαίου από πλευρά μου εκτιμάται από την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα και μπορεί να οδηγήσει σε απομάκρυνση μου από τη δομή.

Η διάρκεια του παρόντος ορίζεται σε ..... μήνες/χρόνο

Αποδέχομαι τους όρους ανεπιφύλακτα.

Ημερομηνία: .....

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος

Ο Ένοικος

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π3

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ ΣΕ  
ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Στοιχεία Ασθενούς</p> <p>Επώνυμο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>Όνομα Πατέρα:</p> <p>Όνομα Μητέρας:</p> <p>Ημερομηνία Γέννησης:</p> <p>Ταχ. Διεύθυνση:</p> <p>A.M.K.A.:</p> <p>Ψυχιατρική Διάγνωση (κατά ICD:10)-</p> <p>Κύρια ψυχιατρική διάγνωση:</p> <p>Τυχόν δευτερεύουσες ψυχιατρικές διαγνώσεις:</p> <p>Συνυπάρχουσες παθήσεις σωματικής υγείας:</p> <p>Παρούσα κλινική κατάσταση (αδρή περιγραφή ψυχωτικών συμπτωμάτων, διαταραχών συναισθήματος, γνωστικών ελλειμμάτων, διαταραχών συμπεριφοράς, στοιχείων προσωπικότητας, ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή στο παρόν κλπ.):</p> <p>Ιστορικό ψυχιατρικών νοσηλείων (χρόνοι νοσηλείας):</p> <p>Ιστορικό βίαιης/αυτοκαταστροφικής ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς:</p> <p>Βαθμός λειτουργικότητας/αυτονομίας και κινητικότητα:</p> | <p>.....,</p> <p>..../..../202.....</p> <p>Ο/Η Δηλών-ούσα</p> <p>Ονοματεπώνυμο</p> <p>Ιδιότητα</p> <p>Σφραγίδα</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π4

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΒΑΣΕΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ  
ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Στοιχεία Ασθενούς</p> <p>Επώνυμο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>Όνομα Πατέρα:</p> <p>Όνομα Μητέρας:</p> <p>Ημερομηνία Γέννησης:</p> <p>Ταχ. Διεύθυνση:</p> <p>Α.Μ.Κ.Α.:</p> <p>Σύντομο οικογενειακό ιστορικό:</p> <p>.....</p> <p>..... Σύντομο<br/>αναπτυξιακό ιστορικό:</p> <p>.....</p> <p>..... Κοινωνικά<br/>κριτήρια (διαθέσιμο εισόδημα, ύπαρξη<br/>υποστηρικτικού οικογενειακού<br/>περιβάλλοντος/οικείων προσώπων):</p> <p>.....</p> <p>..... Ιστορικό<br/>υποστήριξης από κοινωνικές υπηρεσίες ή<br/>δομές ψυχικής υγείας:</p> <p>.....</p> <p>..... Ατομικές<br/>και κοινωνικές δεξιότητες, ενδιαφέροντα<br/>και ενασχολήσεις:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Προτεινόμενος τύπος στεγαστικής δομής<br/>(ΦΕΚ Β΄ 2044/04.06.2019)</p> | <p>.....,</p> <p>..../..../202.....</p> <p>Ο/Η Δηλών-ούσα</p> <p>Ονοματεπώνυμο</p> <p>Ιδιότητα</p> <p>(Σφραγίδα)</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π5

## ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΦΑΚΕΛΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

|                                                                                            |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Στοιχεία Ασθενούς<br>Επώνυμο:<br>Όνομα:<br>Α.Μ.Κ.Α.:<br>Υπηρεσία / Μονάδα Παραπομπής       | Υπηρεσία / Μονάδα Παραπομπής<br><br>Ημερομηνία Παραλαβής |
| <b>ΠΑΡΕΛΗΦΘΗΣΑΝ ΤΑ ΚΑΤΩΘΙ</b>                                                              |                                                          |
| Δικαιολογητικά Προσωπικών Στοιχείων / Ασφ. Φορέας                                          | NAI OXI                                                  |
| Ψυχιατρική Εκτίμηση / Γνωμάτευση                                                           | NAI OXI                                                  |
| Ψυχιατρικό Ιστορικό                                                                        | NAI OXI                                                  |
| Κοινωνικό Ιστορικό                                                                         | NAI OXI                                                  |
| Ψυχολογική Εκτίμηση                                                                        | NAI OXI                                                  |
| Εργοθεραπευτική Αξιολόγηση                                                                 | NAI OXI                                                  |
| Παθολογική Εκτίμηση                                                                        | NAI OXI                                                  |
| Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα δύο διακριτών φάσεων (πρότερο και κατά την προετοιμασία)     | NAI OXI                                                  |
| Συνοδά τεκμηριωμένα στοιχεία (π.χ. α/φα διαγνώσεων απεικονιστικού & εργαστηριακού ελέγχου) | NAI OXI                                                  |
| Ιστορικό Παραβατικών – αυτοκαταστροφικών – ετεροκαταστροφικών συμπεριφορών                 | NAI OXI                                                  |
| Εκτίμηση Ιατρού άλλης ειδικότητας                                                          | NAI OXI                                                  |
| Παρατηρήσεις σχετικά με τα παραληφθέντα δικαιολογητικά                                     | ελλιπή, ασαφή, εκκρεμούν                                 |
| Για τον φορέα προέλευσης (Ον/μο και υπογραφή)                                              | Για τον φορέα υποδοχής (Ον/μο και υπογραφή)              |

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π6

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η..... δηλώνω  
 ότι επιθυμώ να παραμείνω για μικρό χρονικό διάστημα, ως δοκιμαστική περίοδο προσαρμογής,  
 το οποίο ορίζεται από την ....., .../...../..... μέχρι την  
 ....., .../...../....., στη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης  
 (Οικοτροφείο / Ξενώνας /  
 Προστ. Διαμέρισμα) με την επωνυμία «.....» που  
 λειτουργεί το  
 ΝΠΔΔ – ΝΠΙΔ με την επωνυμία  
 «.....»  
 .....».

Γνωρίζω ότι η ΜΨΑ ....., στην οποία πρόκειται να ενταχθώ βρίσκεται στην  
 οδό ..... αριθ. .... κλπ.

Έχω συζητήσει και έχω ενημερωθεί για τους βασικούς όρους του Εσωτερικού Κανονισμού  
 Λειτουργίας:

- Η παραμονή στο χώρο αυτό, συνεπάγεται διαμονή σε δίκλινο ή μονόκλινο δωμάτιο, ανάλογα με τις δυνατότητες. Στο δωμάτιο εξασφαλίζεται ατομικός χώρος για τα προσωπικά αντικείμενα μου και οφείλω να φροντίζω για την τακτοποίηση καθώς και την φύλαξη τους. • Κάθε ένοικος που διαβιεί στην ΜΨΑ πρέπει να φροντίζει την ατομική του/της υγιεινή και την εξωτερική του/της εμφάνιση. Επίσης πρέπει να φροντίζει για την καθαριότητα του ατομικού του χώρου αλλά και των κοινόχρηστων χώρων και την καθαριότητα των σκευών που χρησιμοποιεί.
- Ο/Η ένοικος συνεργάζεται με τα μέλη της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας και με το πρόσωπο αναφοράς του και συμμετέχει ενεργά στις όποιες θεραπευτικές, κοινοτικές, αποκαταστασιακές ομάδες και δράσεις εντός και εκτός της δομής.
- Με συνέπεια κάθε ένοικος φροντίζει τη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής, τις αυτή ορίζεται από τον υπεύθυνο Ψυχίατρο
- Κάθε ένοικος συμμετέχει σε εξωτερικές δραστηριότητες, αθλητικές δραστηριότητες, επαφή με την κοινότητα, μετακινήσεις, επισκέψεις σε δημόσιους χώρους, σε χώρους αναψυχής όπως καφετερίες, πάρκα, ταβέρνες, εκδρομές κλπ.
- Δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε μορφή βίας λεκτικής ή σωματικής προς το προσωπικό και τους άλλους ενοίκους καθώς και οποιαδήποτε ηθελημένη πράξη φθοράς οικοσκευής, εξοπλισμού και κτιριακών εγκαταστάσεων.
- Δεν επιτρέπεται η χρήση αλκοόλ και διαφόρων τοξικών ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών.
- Η μη τήρηση του συμβολαίου από πλευρά μου εκτιμάται από την Πολυκλαδική Θεραπευτική Ομάδα και μπορεί να οδηγήσει σε απομάκρυνση μου από τη δομή.

Αποδέχομαι τους όρους ανεπιφύλακτα.

Ημερομηνία: .....

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος

Ο Ένοικος

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – Π7

## ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

|                                                                                      |                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Στοιχεία Ασθενούς<br>Επώνυμο:<br>Όνομα:<br>Α.Μ.Κ.Α.:<br>Υπηρεσία / Μονάδα Παραπομπής | Αξιολόγηση θεράποντος ιατρού:                                         |
| Αριθμός Επισκέψεων:<br><br>Ημέρες Βραχείας Διαμονής:                                 | Αξιολόγηση Π.Θ.Ο.                                                     |
| Αξιολόγηση Λειτουργικότητας: (στάδιο)<br>Αρχική:                                     |                                                                       |
| Εισαγωγής στην δομή:                                                                 |                                                                       |
| Για τον φορέα προέλευσης<br><br>Ονοματεπώνυμο<br>Ιδιότητα<br>(Σφραγίδα)              | Για τον φορέα υποδοχής<br><br>Ονοματεπώνυμο<br>Ιδιότητα<br>(Σφραγίδα) |



# ΔΗΛΩΣΗ ΚΕΝΗΣ ΘΕΣΗΣ ΑΠΟ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Φορέας: .....  
 ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (Μ.Ψ.Α.):  
 .....

α) Τύπος Μ.Ψ.Α.

[Με βάση την κωδικοποίηση της υπ' αριθμ. Α3α/οικ.876/16.5.2000 (Β' 661) Κοινής Απόφασης, όπως ισχύει]

β) Χαρακτηριστικά ΔΜ.Ψ.Α.

Π.χ. Οικοτροφείο ΒΝΥ (Α1) .....

Π.χ. μέσος όρος ηλικίας,

βαθμός λειτουργικότητας

κύριες διαγνωστικές κατηγορίες

γ) Στοιχεία Επικοινωνίας Μ.Ψ.Α

Διεύθυνση: .....

Τηλέφωνο: .....

Email: .....

Στοιχεία επικοινωνίας Επιστημονικά Υπευθύνου

Ονοματεπώνυμο: .....

Τηλέφωνο: .....

Email: .....

δ) Χαρακτηριστικά Κενής Θέσης

Φύλο: .....

Ηλικιακό εύρος: .....

Διάρκεια παραμονής: .....

Επιθυμητά κριτήρια ένταξης:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

ε) Αφορά σε θέση μεταβατικής φιλοξενίας:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Ο/Η Δηλών-ούσα

Ονοματεπώνυμο

Ιδιότητα

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΛΕΚΤΩΝ**

**I. Κοινοποίηση με την παράκληση να ενημερώσουν τα Νοσοκομεία ευθύνης τους και αυτά με τη σειρά τους να την κοινοποιήσουν στην Κοινωνική Υπηρεσία τους.**

1. ΥΠΕ Αττικής, Ζαχάρωφ 3, ΤΚ 11521, Αθήνα ([διοikisi@1ypatt.gr](mailto:διοikisi@1ypatt.gr))
2. ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου, Θηβών 40-42. ΤΚ 18543, Πειραιάς ([proedros@2dype.gr](mailto:proedros@2dype.gr)).
3. ΥΠΕ Μακεδονίας, Αριστοτέλους 16, ΤΚ 54623, Θεσσαλονίκη ([3ype@3ype.gr](mailto:3ype@3ype.gr)).
4. 4η ΥΠΕ Μακεδονίας & Θράκης, Αριστοτέλους 16, ΤΚ 54623, Θεσσαλονίκη([director@4ype.gr](mailto:director@4ype.gr)).
5. 5η ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας, Νικηταρά 18, ΤΚ 41221, Λάρισα ([info@dypethessaly.gr](mailto:info@dypethessaly.gr)
6. 6ηΥΠΕ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας, Υπάτης 1 & ΝΕΟ Πατρών – Αθηνών, ΤΚ 26441, Πάτρα ([6ype@dypede.gr](mailto:6ype@dypede.gr))
7. 7η ΥΠΕ Κρήτης, 3ο χιλ. Εθν. Οδού Ηρακλείου-Μοιρών, Εσταυρωμένος Τ.Κ. 71500, Τ.Θ. 1285, Ηράκλειο Κρήτης ([info@hc-crete.gr](mailto:info@hc-crete.gr))

**II. Κοινοποίηση με την παράκληση να ενημερώσουν τους εποπτευόμενους φορείς τους που περιλαμβάνονται στην παράγραφο 1.α της παρούσας, καθώς και τις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων και τα Κέντρα Κοινότητας.**

- Κεντρική Ένωση Δήμων Ελλάδας.

**III. Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλειας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γενική Δ/ση Κοινωνικής Αλληλεγγύης , Σταδίου 29, Τ.Κ. 10559, Αθήνα.**

**IV. Πίνακας ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που λειτουργούν Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.**

1. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ Π. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ (ΕΚΨΨΥ)Μελετίου Πηγά 22, Τ.Κ. 116 36, Μετς
2. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (ΕΨΥΚΑ) Γιαννιτσών 31 & Π. Κυρίλλου Τ.Κ.546 27 Θεσ/νίκη
3. ΘΕΣΣΑΛΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΘΕΨΥΠΑ) Αγίου Όρους 6<sup>α</sup>, Τ.Κ. 413 35 Λάρισα
4. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ & ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΠΑΨΥ),Σαλαμίνας 36 Τ.Κ. 15124 Μαρούσι
5. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΗΠΕΙΡΟΥ (ΕΠΡΟΨΥΗ)Θωμά Πασχίδη 78, Τ.Κ. 454 45 Ιωάννινα
6. ΑΜΚΕ «ΚΛΙΜΑΚΑ», Ευμολπίδων 30-32, Κεραμεικός, Αθήνα Τ.Κ. 118 54
7. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ (Ε.Ε.Π.Α.Α.),Αθηνάς 2, Τ.Κ. 105 51 Αθήνα
8. Ελληνικό Κέντρο για τη Ψυχική Υγεία & Θεραπεία του Παιδιού & της Οικογένειας «ΤΟ ΠΕΡΙΒΟΛΑΚΙ», Αναπαύσεως 37, Παιανία, 19002
9. ΑΜΚΕ «ΑΝΟΛΟΣ» Λεωφ .Αγ. Δημητρίου 54, Αγ. Δημήτριος Τ.Κ. 173 41
10. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ «ΚΩΣΤΗΣ ΜΠΑΛΛΑΣ» Λ. Αθηνών 13, Τ.Κ. 104 41, Μεταξουργείο

11. ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ «ΖΩΟΔΟΧΟΣ ΠΗΓΗ», Σταθμός ΑΤ ΟΤΕ, Νέα Αλικαρνασσός, 71601, Ηράκλειο Κρήτης
12. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ & ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ «ΣΥΝΘΕΣΗ» Μαρασλή 51 & Ζουμετίκου 9 Τ.Κ. 542 49 Θεσ/νίκη
13. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ (ΠΕΨΑΕΕ), Ηπείρου 41, Αθήνα Τ.Κ. 104 39
14. ΠΡΩΤΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (ΠΕΣΟΨΥ) Νεαπόλεως 9-11, Τ.Κ. 16232, Βύρωνας 19
15. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΛΕΜΟΝΩΝ ΦΙΛΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ Μανδηλαρά 57 & 28ης Οκτωβρίου 4, Τ.Κ. 412 22 Λάρισα
16. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (ΕΠΙΨΥ), Σωρανού του Εφεσίου 2, Τ.Κ. 115 27, Παπάγου Τ.Θ. 66517 15601
17. ΜΟΝΑΔΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ «ΕΔΡΑ» Δήλου 14, Τ.Κ. 12134 Περιστέρι.
18. Κοινωφελές Σωματείο Αρωγής και Φροντίδας Ηλικιωμένων και Ατόμων με Αναπηρία «ΦΡΟΝΤΙΖΩ» Π.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ-ΠΥΡΓΟΥ 115 Τ.Κ. 25002 ΠΑΤΡΑ
19. ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ «Ο ΝΕΣΤΩΡ» Κάνιγγος 23, Αθήνα Τ.Κ. 10677
20. ΑΜΚΕ «ΞΕΝΙΟΣ ΖΕΥΣ», Ηλία Ηλιού 34 & Δεινοστράτους 95-97, Τ.Κ. 117 43, Αθήνα
21. ΔΙΕΘΝΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΕΥΨΥ), Μελισσοχώρι Θεσσαλονίκης. Τ.Θ. 7 ΤΚ 57018, Θεσσαλονίκη
22. ΑΜΚΕ «ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ» Ελικώνος 27 Τ.Κ. 113 64 Κυψέλη
23. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ & ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ «ΠΟΡΕΙΑ» Ζαν Μωρεάς 20 Τ.Κ. 152 32 Χαλάνδρι
24. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ – ΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Ψ.Α.Μ.Υ.) Μάρνης 5, Τ.Κ. 10433 Αθήνα
25. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ & ΕΦΗΒΟΥ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ (ΕΨΥΠΕΑ) Κ. Τζαβέλα 12 και Ε. Δεληγιώργη 302 00 Μεσολόγγι
26. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (ΕΨΕΠ), Καλούδη 8Β, Τ.Κ. 452 21, Ιωάννινα
27. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΕΝΗΛΙΚΩΝ «ΠΑΝΑΚΕΙΑ» Στ. Καζούλη 18, Τ.Κ. 851 00 Ρόδος
28. ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ & ΠΑΙΔΙΟΥ «Κ.Μ.Ο.Π.» Σκουφά 75, Τ.Κ. 106 80, Αθήνα
29. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER & ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΒΟΛΟΥ Τοπάλη 7, Τ.Κ. 382 21, Βόλος
30. ΑΜΚΕ «ΘΑΛΠΟΣ – ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ», Αγαθονπόλεως 5, Τ.Κ. 112 57, Κυψέλη
31. Α.μ.Κ.Ε. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ "Η ΑΡΩΓΗ", Μουρέλου 5, Τ.Κ. 712 02, Ηράκλειο Κρήτης
32. ΑΜΚΕ «ΠΡΟΤΥΠΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΡΩΓΗΣ», Λεωφ. Δημοκρατίας 52, Τ.Κ. 351 00, Λαμία
33. ΑΜΚΕ «ΑΝΙΜΑ» Μιαούλη 24, ΤΚ 18120 Κορυδαλλός
34. ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Π. Σοφικίτη 1, Άσος Κορινθίας Τ.Κ. 20006
35. ΑΜΚΕ «ΑΛΘΑΙΑ» Παναγίτσας Πλατάνας 6-8 Τ.Κ. 17778 Ταύρος

36. ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ «ΛΟΓΟΣ – ΝΟΥΣ»Επανεένταξη Παιδιών με Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα, Δράκοντος 6 Τ.Κ. 16121 Καισαριανή
37. ΑΜΚΕ «ΗΠΙΟΝΗ» Σαλαμινομάχων 23, Τ.Κ. 151 25, Μαρούσι
38. ΑΜΚΕ «ΠΥΞΙΔΑ» Φωκαίας 3 και Σαρανταπόρου, Πειραιάς, Τ.Κ. 18547
39. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Ν. ΕΒΡΟΥ «ΨΥΧΑΣΠΙΣ»3°, χιλιόμετρο Ορεστιάδας Πύργου, Ταχυδρ.Θυρίδα. 42, Ορεστιάδα Έβρου, Τ.Κ. 68200
40. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ Μάρκου Μουσούρου 89 και Στίλπωνος 33, Τ.Κ. 116 36, Αθήνα
41. ΑΜΚΕ «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ, ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ & ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ, Πατησίων 334, Τ.Κ. 111 41, Αθήνα
42. ΑΜΚΕ «ΙΑΣΙΣ» Ζυμπρακάκη 45, Τ.Κ. 104 45, Αγ. Νικόλαος, Πατήσια
43. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΝΟΪΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ALZHEIMER Χρυσοπηγής 58, Τ.Κ. 731 32, Χανιά
44. ΑΜΚΕ "ΙΑΣΙΣ" Γεωργίου Γεννηματά 56, ΤΚ165 62, Ανω Γλυφάδα
45. ΑΜΚΕ «ΔΙΟΔΟΣ» Κασαβέτη 9, Βόλος Τ.Κ. 38221
46. ΤΑΣΤ HELLAS, Καπετάν Βάρδα 26, Τ.Κ.117 44, Ν. Κόσμος
47. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ (Ε.Ψ.Υ.ΜΕ.) Μ. Μπότσαρη 33 - 18648 - Δραπετσώνα20
48. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΛΕΜΟΝΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ «ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ» Ανθηρού & Ιτιάς, Παιανία, Αττική
49. ΜΚΟ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ «ΑΠΟΣΤΟΛΗ»Ηρας 8 & Δέσπως Σέχου, Τ.Κ. 117 43 , Νέος Κόσμος, Αθήνα
50. ΑΜΚΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ «ΣΥΝ-ΕΙΡΜΟΣ» Ι.Δροσοπούλου 72, Τ.Κ. 112 57, Αθήνα
51. ΦΙΛΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ/ΙΑΤΡΙΚΗΣ «ΑΝΟΙΧΤΗ ΑΓΚΑΛΙΑ» Κολοκοτρώνη 181, Τ.Κ. 18 400, Κορωπί
52. «ΜΕΤΑΒΑΣΗ» ΑΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ Βούρβαχη 6, Τ.Κ. 281 00, Αργοστόλι-Κεφαλονιά
53. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER & ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ Πέτρου Συνδίκου. 13, Θεσ/νίκη Τ.Κ. 546 43
54. «ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΙΔΙΟΥ & ΕΦΗΒΟΥ» Εγκρεμού 30, Τ.Κ. 82100, Χίος
55. ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ «ΑΝΑΣΑ»,Ακάμαντος 6 Θησείο, Αθήνα, Τ.Κ. 118 51
56. ΑΜΚΕ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ «ΑΝΑΣΑ» Λ.Συγγρού 36-38 Τ.Κ. 117 42
57. ΑΜΚΕ «ΦΑΙΝΑΡΕΤΗ» Γορδίου 1 και 2ας Μαΐου 14 Τ.Κ. 17123 Ν. Σμύρνη
58. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ «ΑΛΜΑ», Μίλωνος 2 Πλ. Φιλικής Εταιρείας Τ.Κ. 17563 Παλαιό Φάληρο
59. ΑΜΚΕ «ΑΜΑΛΘΕΙΑ» Χατζηχρήστου 36, Τ.Κ. 221 00 Τρίπολη.
60. Σωματείο Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα «ΑΣΠΙΔΑ ΤΟΥ ΔΑΥΙΔ», Ελευθερωτών 27,17237, Υμηττός .
61. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ, ΚΗΛΕΜΟΝΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ Εργατικές κατοικίες ασύλου, Καλαμάτα Τ.Κ. 24100
62. ΑΜΚΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ «ΗΡΕΜΙΑ» Δροσοπούλου 112 & Καλλιφρονά Τ.Κ. 112 56 Αθήνα

63. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ Ν. ΕΒΡΟΥ «ΑΓΙΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ» Τ.Θ. 620, ΔΩΡΙΚΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
64. ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ - Δ.Α.Δ. ΝΟΜΟΥ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ, Φιλίππου και 28ης Οκτωβρίου, Μανιάκοι, Καστοριά
65. Α.μ.Κ.Ε. «ΙΑΣΩΝ» Ιπποκράτους 9, Τ.Κ. 10679, Αθήνα
66. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ «ΣΟΨΥ ΠΑΤΡΑΣ» Κανάρη 74, Τ.Κ. 26222, Πάτρα
67. ΙΚΕΛΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, Κορίνθου 270-272, Τ.Κ. 262 21, Πάτρα
68. ΑΜΚΕ «ΣΥΜΒΑΛΛΕΙΝ» Μενίππου 17, Τ.Κ. 155 62, Χολαργός
69. ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ, Σπύρου Λούη 1, Μαρούσι, Τ.Κ. 15124
70. Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε.) Μετσόβου 33, Τ.Κ. 106 83, Αθήνα
71. ΑΜΚΕ Ψυχοκοινωνικών Παρεμβάσεων Αγκαλιά, Κύπρου 9 και Λάμπρου Ιωάννη, Κορωπί, τ.κ. 19441.
72. Εταιρεία Νευροεπιστημών και Αποκατάστασης «Ε.Ν.Α.» Οδυσσέως 6, Θεσσαλονίκη, ΤΚ 555 3
73. Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία, Νόσο Alzheimer και Συγγενείς Διαταραχές Ν. Σερρών «ΣΟΦΨΥ Ν. Σερρών» Ορφέως 12, Σέρρες ΤΚ 62122
74. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΧΑΛΚΙΔΑΣ , Μεσσαπίων 4, Χαλκίδα
75. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ – ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΙΗ ΓΗΡΑΝΣΗ, Νταλιάνη 22, Τ.Κ. 71306, Ηράκλειο Κρήτης
76. ΤΑΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (THERAPY EXPRESS) Δαιδάλου 3, Λιβαδειά, Βοιωτία,τ.κ. 32100
77. ΔΙΕΘΝΕΣ ΚΕΝΤΡΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΙΩΣΙΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ,28ης Οκτωβρίου 9 (Στοά Ορφέα) – 1ος Όροφος Ιωάννινα - 45332 -Υποκατάστημα: Σοφοκλέους 5 - 4ος Όροφος Αθήνα - 105 59
78. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, Αναστασίου Τσόχα 18-20, ΤΚ 11521
79. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, Μακεδόνων 8-Αθήνα Τ.Κ.11521
80. ΜΙΤΟΣ - ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΣ Δημ. Σούτσου 13, 11521, Αθήνα, Αττική
81. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ, Νοσοκομείο Παίδων η «Αγία Σοφία»(κτίριο Δοξιάδη, 1<sup>ος</sup> Όροφος), Θηβών 1 και Παπαδιαμαντοπούλου , Γουδί, τ.κ.11527.
82. ΑΜΚΕ «ΕΡΕΙΣΜΑ, ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΟΛΙΚΑΣΤΙΚΗ», Ανδρούτσου,147, Πειραιάς, Τ.Κ. 18535.
83. ΕΚΠΕΘΕ - ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ, ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ, ΘΕΣΜΟΙ, Ομήρου 54, τ.κ. 10672, Αθήνα
84. Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Ανάπτυξης & Συνεργασίας ΟΙΩΝΟΣ « ΙΟΝΟΣ ΝGΟ», Αγίου Χριστοφόρου 6, Κοζάνη, ΤΚ 50100

Υ. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΠΥ)  
Γραφείο Διοικητή/Διοικήτριας του ΕΟΠΥΥ.

**Αποστόλου Παύλου 12, Μαρούσι 151 23**

**VI.Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών.**

**Εσωτερική Διανομή**

- 1. Γρ. Υπουργού**
- 2.Γρ.Υφυπουργού**
- 2. Γρ. Γενικού Γραμματέα**
- 3. Αναπ.Προϊστ. Γεν. Δ/σης Υπηρεσιών Υγείας**
- 4.Δ/ση Οργάνωσης και Λειτουργίας Νοσοκομειακών Μονάδων και Εποπτευόμενων Φορέων.**
- 5. Δ/ση Ψυχικής Υγείας**