

Servizio Sanitario

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2

Olbia

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N°1256 DEL 26.05.2011

OGGETTO: inserimento Comunità Ippocrate per l'esercizio di attività terapeutico – riabilitative in regime residenziale di 1 p.z identificato con il codice T 86/07

L'anno duemilaundici il giorno Ventise del mese di maggio in Olbia, nella sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale n°2.

IL DIRETTORE GENERALE
Dottor Giovanni Antonio Fadda

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Avv. Mario Giovanni Altana

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Maria Serena Fenu

PREMESSO che il paziente identificato con il codice T 86/07 è in carico al Servizio di Salute Mentale di Tempio dal 2007

INDIVIDUATA come struttura idonea al caso la Comunità Residenziale Ippocrate, specializzata nella cura e riabilitazione di persone con disturbi psichici, situata a Uta (CA)

ACCERTATA la disponibilità all'accoglienza del paziente da parte della suindicata Struttura previa valutazione dello stesso e del Programma Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, steso a cura del Servizio inviante;

ACCERTATO che tutte le suddette pratiche sono state regolarmente espletate;

VERIFICATO che la struttura risulta regolarmente autorizzata al funzionamento, ai sensi delle Leggi e Normative vigenti.

ACCERTATA la conformità del presente provvedimento alle disposizioni di legge vigenti in materia;

Tutto ciò premesso;

Visti: il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii.
la L. R. 28 luglio 2006, n. 10;
la L.R. 23/05;
l'Atto Aziendale;

Su proposta della Dr.ssa Luisa Budroni e del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze;

DELIBERA

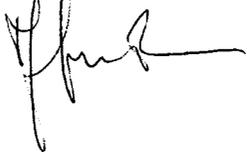
Per le motivazioni esposte in premessa e qui integralmente richiamate,

- **DI AUTORIZZARE** l'inserimento presso la Comunità Terapeutica Ippocrate, sita a Uta (CA), il paziente identificato con il cod. T 86/07, per lo svolgimento di un programma terapeutico – riabilitativo in regime residenziale;

DI DARE ATTO CHE: la spesa giornaliera di € 140,00 per un periodo di 12 mesi per l'inserimento del paziente è a totale carico dell'azienda.

Letto, confermato e sottoscritto

DIRETTORE SANITARIO
Dr.ssa Maria Serena Fenu



DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Avv. Mario Giovanni Altana



IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giovanni Antonio Fadda




Il Direttore del D.S.M.D.
Dr. Ing. Roberto Carai

da compilarsi a cura del Servizio / Struttura proponente/estensore

(luogo e data) _____ / ____ / _____

La presente deliberazione:

è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettere a), b), c), della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

oppure

deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi dell'articolo 29, comma 2, della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10

Il Responsabile del Servizio/Struttura _____ Dott. Salvatore Carai _____ (proponente estensore)

(firma) _____

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

dal 26.05.2011, e che:

è esecutiva dal giorno della pubblicazione ai sensi della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

con lettera in data ____/____/_____, protocollo n. _____, è stata inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale per il controllo di cui all'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, 26.05.2011.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali _____

La presente deliberazione:

è divenuta esecutiva, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____/____/_____.

è stata annullata, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____/____/_____.

è divenuta esecutiva per decorrenza dei termini per il controllo, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, ____/____/_____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali _____

Per copia conforme all'originale esistente agli atti della Azienda Sanitaria Locale n. 2, per uso _____

Olbia, ____/____/_____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali _____