

Regione Piemonte**DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE****Direttore Geda Dr. Giovanni**

O G G E T T O	Autorizzazione proseguimento progetto terapeutico-riabilitativo Sig.ra A. C., del CSM di Omegna, presso la struttura Residenza Orchidea di Alessandria.
--	---

DETERMINAZIONE N. 509 del 20.04.2015

AUTORIZZAZIONE BUDGET

al N. 17/2015 _____ conto 3.10.04.96 _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

SUB_15 _____ Spesa prevista € 1.162,50

SUB _____ Spesa prevista

SUB _____ Spesa prevista

Si attesta che la spesa rientra nel budget attribuito al Dipartimento di Salute Mentale

20.04.2015

Si attesta la regolarità contabile e le imputazioni
a Bilancio derivanti dal provvedimento

Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale
Responsabile del Procedimento
(Dr. Giovanni GEDA)

DETERMINAZIONE N. 509 del 20.04.2015

IL DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Richiamata la determinazione n. 1295 del 29.10.2014 mediante la quale è stato autorizzato per mesi tre a decorrere dal 20.10.2014 , e contestuale impegno di spesa per mesi sei per un probabile procrastinamento, l'ingresso della paziente A. C. presso Residenza Orchidea di Alessandria gestita dalla Società Orchidea s.r.l. di Alessandria;

Precisato che tale inserimento, idoneo a garantire le attuali difficoltà della paziente, riveste carattere provvisorio così come è stato confermato dalla competente commissione UVD in data 13.10.2014, in attesa che si possa elaborare un vero progetto riabilitativo preferibilmente in struttura specifica per DCA, dato il tipo di disagio che da anni affligge la paziente;

Dato atto che alla scadenza non si sono ancora verificate le condizioni che permettano la realizzazione di quanto sopra esposto;

Preso atto delle motivazioni cliniche a sostegno dell'inserimento presso la predetta struttura per un minimo di tre mesi, rinnovabili sulla base dei risultati raggiunti, espresse dallo Psichiatra di riferimento nella nota prot. n. 65223 del 16.10.2014;

Ritenuto di dover prorogare di mesi uno, dalla scadenza, il progetto terapeutico-riabilitativo della Sig.ra A.C. presso Residenza Orchidea;

Comunicato, tramite nota prot. 32163 del 17.04.2015, tale decisione alla Direzione Orchidea, che aveva già segnalato la imminente fine della presa in carico della paziente nella data del 20.04.2015;

DETERMINAZIONE N. 509 del 20.04.2015

Dato atto che l'ammontare della retta giornaliera, pari a € 75,00, deve così intendersi così suddiviso:

- € 37,50 quota alberghiera
- € 37,50 quota sanitaria;

Stabilito che la retta, in caso di ricovero ospedaliero, va corrisposta per intero fino ai primi 30 giorni e dal trentesimo giorno in poi diminuita del 50%;

Rilevato che, sulla base del provvedimento di volturazione del titolo autorizzativo n. 2012/150 del 14.02.2012, emesso dal Commissario ASL AL, la struttura di Alessandria è stata autorizzata al funzionamento in regime definitivo e accreditata per n. 100 posti letto RSA, 22 posti letto RAF, 20 posti letto RA;

Quantificato in € 1.162,50 l'onere di spesa presunto derivante dall'adozione del presente atto;

In virtù dell'autonomia gestionale ed economico finanziaria attribuita ed in conformità ai vigenti atti di programmazione ed indirizzo aziendali

DETERMINA

1) **Di autorizzare**, per tutte le motivazioni esposte nella parte narrativa del presente atto, la proroga di mesi uno a decorrere dal 20.04.2015 del progetto terapeutico-riabilitativo della paziente A. C. presso la Residenza Orchidea di Alessandria gestita dalla Società Orchidea s.r.l. di Alessandria;

2) **Di dare atto** che la retta giornaliera presso tale struttura è pari a € 75,00 così suddivisi:
quota alberghiera (50%) pari a € 37,50
quota sanitaria (50%) pari a € 37,50

DETERMINAZIONE N. 509 del 20.04.2015

3) Di precisare che l'onere di spesa presunto derivante dall'adozione del presente provvedimento, pari a € 1.162,50 viene imputato, nell'ambito di quanto assegnato come budget per l'esercizio 2015, al conto 3 10 04 96 del conto economico esercizio 2015;

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento proposto

20.04.2015

Il Responsabile del Procedimento
(Dott.ssa M. Pia Mondello)

Il Direttore del DSM
(Dr. Giovanni GEDA)

**ESECUTIVITA' CONTESTUALE ALLA PUBBLICAZIONE DELLA PRESENTE
DETERMINA ALL'ALBO UFFICIALE ON LINE DELL'ASL VCO**

DETERMINAZIONE N. 509 del 20.04.2015

La presente determinazione viene pubblicata all'Albo ufficiale on line della ASL VCO (www.aslvco.it) il primo giorno lavorativo successivo all'assunzione del presente provvedimento e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Trasmissione informatica attraverso procedura aziendale ARCHIFLOW alle seguenti Strutture Aziendali:

<input type="checkbox"/>	DSO V	<input checked="" type="checkbox"/>	DSM	<input type="checkbox"/>	MED. COMP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SERT	<input type="checkbox"/>	DP	<input type="checkbox"/>	FL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIST. 0	<input type="checkbox"/>	F	<input checked="" type="checkbox"/>	REF	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIST. V	<input type="checkbox"/>	SD	<input type="checkbox"/>	ITB	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIST. D	<input type="checkbox"/>	LP	<input type="checkbox"/>	ICT	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ML	<input type="checkbox"/>	AG	<input type="checkbox"/>	DIP TECNICO AMMVO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MED URG	<input type="checkbox"/>	BC	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SITRPO	<input type="checkbox"/>	RU	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	PP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>