

Allegato n° 1 alla deliberazione
N° _____ del _____
Composto di n° 1 fogli.



SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - E Dipendenze - ASLORISTANO
Piazzale "San Martino" Oristano - Vecchio-Ospedale
tel. 0783/317927
fax. 0783/70072
Direttore Dottor Gianfranco Pitzalis

Prot. n. _____
Oggetto: Comunicazione.
Oristano: 26/01/2016.



Al Commissario Straordinario
Dott.ssa Maria Giovanna Porcu
SEDE

In riferimento all'affido etero familiare predisposto dall'equipe del Servizio Area Residenze e Inclusione Sociale del Dipartimento di Salute Mentale, di un utente in carico al Centro di Salute Mentale di Oristano, si chiede alla S.V. l'autorizzazione alla prosecuzione dello stato di affidamento per sei mesi.

Si precisa che l'inserimento della paziente nel nucleo familiare affidatario ha avuto esiti superiori alle aspettative. Sono stati effettuati regolarmente interventi multiprofessionali presso la famiglia e colloqui con l'utente riportando esiti positivi.

Si rimane a disposizione per ulteriori comunicazioni in merito e si porgono distinti saluti.

Il Direttore del Dipartimento
Dottor Gianfranco Pitzalis

ASL N. 5 - ORISTANO	
Resp. Proc. _____	_____
PERVENUTO IL	
12 MAG. 2016	
Prot. n. _____	del _____
Altri _____	_____

Visto
M. Antonino