

**SERVIZIO PROPONENTE: Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze**

Allegati:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Il Responsabile dell'Istruttoria

Dott. Antonello Mignano

Il sottoscritto Direttore della struttura proponente, DICHIARA la presente proposta di deliberazione legittima, regolare sotto il profilo tecnico e contabile.

**IL DIRETTORE DEL SERVIZIO**

Dott. Gianpaolo Minnai

---

**OGGETTO: Autorizzazione all'inserimento di D.F. Presso la Comunità Protetta "Approdo" di Nuoro.**

PROPOSTA N° \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

Servizio: Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO: Dott. Antonello Mignano

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DEL DSM: Dott Gianpaolo Minnai

**IL COMMISSARIO****PREMESSO**

che il Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale con nota n° 40 del 09 02 2010 ha chiesto l'inserimento del sunnominato utente presso la Comunità "Approdo" di Nuoro gestita dalla Associazione "A.P.PRO.DI.", a partire dal 10 02 2010, per un trattamento riabilitativo e per le motivazioni espresse nella summenzionata nota ;

che il presidente della suddetta Associazione ha comunicato la disponibilità ad accogliere il signor D.F. ;

**Dato atto**

- che l'importo della retta giornaliera presso la Comunità "Approdo" Nuoro, gestita dalla Associazione "A.P.PRO.DI.", è determinato in Euro 140,00;

**Ritenuto**

- Pertanto opportuno, in conformità alla comunicazione del Responsabile del Servizio di Tutela della Salute Mentale, autorizzare l'inserimento della paziente D.F. presso la suddetta comunità per un periodo di 12 mesi;

Per i motivi esposti in premessa;

**VISTA** la L.R. n. 10/06;

**VISTA** la L.R. n. 3 del 07.08.2009;

Con i pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

1. **Di autorizzare** l'inserimento del Sig. D.F. presso la Comunità "Approdo" di Nuoro, per i motivi espressi in permessa e nell'allegata nota del responsabile del D.S.M.D., per un periodo di 12 (dodici) mesi;
2. **Di imputare** la spesa che andrà a determinarsi, quantificata in via presunta in **Euro 51.100,00** sul codice di conto economico 451010003 "Assistenza residenziale pazienti psichiatrici" e sul Centro di Costo 5AAC02II3 "Distretto di Ghilarza - RSA o altre strutture accreditate: pazienti psichiatrici";
3. **Di allegare** alla presente per farne parte integrante e sostanziale, la nota del Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale;
4. **Di incaricare** dell'esecuzione della presente deliberazione il Centro di Salute Mentale del Distretto di Ghilarza e il Servizio Bilancio ciascuno per quanto di competenza;
5. **Di trasmettere** copia della presente Deliberazione al Servizio Affari Generali-Legali, al Dipartimento Salute Mentale, al Servizio Bilancio e al Collegio Sindacale per l'esecuzione degli atti correlati di rispettiva competenza.

Il sottoscritto Responsabile del Servizio Affari Generali Legali certifica che la presente deliberazione verrà pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Azienda dal 26/02/2010 al 12/03/2010

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI

Dr.ssa Antonina Daga

**IL COMMISSARIO**

**Dott. Giovanni Panichi**

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Pietro Attilio Manca

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Serafinangelo Ponti