

**DETERMINA DEL DIRIGENTE DELLA
AREA VASTA N. 4
N. 930/AV4 DEL 27/12/2016**

Oggetto: [Proseguimento progetto terapeutico sig.ra C.G. presso l'Istituto O.P. Bergalucci -Offida-anno 2016]

**IL DIRIGENTE DELLA
AREA VASTA N. 4**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA l'attestazione del Dirigente / Responsabile della Ragioneria / Bilancio in riferimento al bilancio annuale di previsione;

- D E T E R M I N A -

1. Di autorizzare l per il 2016 la prosecuzione dl progetto terapeutico dell'assistita sig. ra **C.G.**.. presso l' istituto O.P. Bergalucci -Offida--
2. Di dare atto che le generalità dell'assistita **C.G.** di cui, al punto che precede, sono riportate nella scheda personale allegata rimessa agli atti che, per ragioni di riservatezza si sottrae alla pubblicazione che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. Di corrispondere una retta mensile di € 1.782.00 -iva esente-
4. Di registrare il costo di € 21.384,00 oggetto del presente provvedimento nel conto n.0505100105 della contabilità generale esercizio 2016
5. Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo, ai sensi dell'ari 4 della Legge 412/91 e dell'ari. 28 della LR 26/96 e smi;
6. Di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'alt. 17 della LR. 26/96 e s.m.i.;

**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
UOC Area Territoriale
Direttore f.f.
Dott.ssa Mara Palmieri**

La presente determina consta di n. 3 pagine di cui n. __0__ pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

(Dipartimento Salute Mentale)

- . Normativa di riferimento

D.P.C.M. del 14/2/2001 " Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" D.G.R.M. n° **2569**
del 13-10-1997 "Linee guida per l'assistenza integrata sociale e sanitaria in soggetti malati mentali"

Con il presente atto si autorizza il proseguimento del progetto terapeutico in struttura comunitaria riabilitativa della Sig.ra **C.G.**, le cui generalità, per motivi di privacy, si sottrae alla pubblicazione.

L'equipe socio sanitaria del DSM che ha in carico l'assistito ha ritenuto opportuno proseguire, a decorrere dall'1/01/2016, il percorso di riabilitazione presso l'Istituto O.P. Bergalucci -Offida—

L'Istituto è accreditato dalla regione marche con Decreto del Dirigente del Servizio Accreditamento Strutture Sanitarie n302/air del 14.11.2011 trattandosi di erogazione di prestazioni socio sanitarie e di ricovero tali postazioni non sono soggette agli obblighi di tracciabilità giusta determina AVPC n° 4 del 7/7/2°11 punto 4.5-Servizi Sanitari-

G.G. è stata inserita nell'Istituto nel 2008, progetto terapeutico successivamente prorogato in quanto proveniente dagli ex O.P.

La retta mensile individuata dalla Comunità è pari a € 1 782.00 iva esente risulta congrua in quanto richiesta risulta in linea con i parametri regionali. Come da normativa di riferimento la quota a totale carico della Asur Area Vasta 4

Come trasmesso con nota del presidente dell'O.P. Bergalucci la retta di degenza per l'anno 2016 rimane invariata rispetto a quella valevole per l'anno 2015. L'adeguamento delle tariffe ai sensi del DGR 1331/2014 sarà praticato a partire dal 2017 in quanto si completerà il piano di trasformazione della RP Disabili e il relativo inquadramento del livello assistenziale così come previsto dall'allegato A al punto 2 della DGRM1331/2014.

Tanto sopra premesso, si ritiene di accogliere il programma assistenziale individualizzato predisposto dal DSM, conservato agli atti, e conseguentemente disporre la presa in carico del paziente presso la struttura Istituto O.P. Bergalucci -Offida--

Per quanto sopra premesso, si sottopone al Direttore f.f UOC Area Territoriale , per l'approvazione, il seguente schema di determina:

1. Di autorizzare la prosecuzione di progetto terapeutico dall'1/1/2015 al 31/12/2015 dell'assistita sig.ra **C.G.** presso l' istituto O.P. Bergalucci -Offida—
2. Di dare atto che le generalità dell'assistita **C.G.** di cui, al punto che precede, sono riportate nella scheda personale allegata rimessa agli atti che per ragioni di riservatezza si sottrae alla pubblicazione che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

3. Di corrispondere una retta mensile di € 1 782.00 iva esente-
4. Di registrare il costo di € 21 384,00 oggetto del presente provvedimento nel conto n.0505100105 della contabilità generale esercizio 2016 "
5. Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo, ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della LR 26/96 e smi;
6. Di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della LR. 26/96 e s.m.i.;

Il Responsabile del Procedimento
Dott. Serafino Fedeli

Ragioneria Bilancio e Controllo Gestione

Si attesta, vista la dichiarazione del responsabile del procedimento, che i costi di cui al presente atto rientrano nella disponibilità economica del budget per l'esercizio 2016 provvisorio (autorizzazione 102/30)

Il Direttore U.O.C. Bilancio
Dott. Luigi Stortini

Il Dirigente Controllo Gestione
Dott. Daniele Rocchi

- ALLEGATI -



REGIONE MARCHE

Numero 930/AV4

Data 27/12/2016

DETERMINA N. 930/AV4 DEL 27/12/2016

**[Proseguimento progetto terapeutico sig.ra C.G. presso l'Istituto O.P. Bergalucci
-Offida-anno 2016]**

PUBBLICAZIONE:

dal 27/12/2016 al 10/01/2017

ESECUTIVITA':

- La Determina è stata dichiarata immediatamente esecutiva il 27/12/2016
- La Determina è esecutiva il _____ (dopo il 10° giorno della pubblicazione)

Determina pubblicata sulla Extranet SI ☒ NO ☐

Certificato di pubblicazione

Si attesta che del presente atto è stata disposta la pubblicazione all'Albo Pretorio in data odierna, per quindici giorni consecutivi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Stefania Pazzi

27/12/2016

Collegio Sindacale: inviata con nota del _____

Atto soggetto al controllo della Regione: SI ☐ NO ☒

Inviato con nota n. _____ del _____