Regione Piemonte - Azienda Sanitaria Locale CN2 *"Alba – Bra"*

D e t e r m i n a z i o n e D i r e t t o r i a l e

NUMERO GENERALE	CODICE PROPOSTA				DATA
	BUDGET	ADOTT.	ANNO	PROGR.	
1155	000	AFG	11	0086	**21 SETTEMBRE 2011**

O G G E T T O :

CONVENZIONI PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI RESIDENZA RIVOLTA AD ADULTI ED ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – TRASFERIMENTO UTENTE F.C., SCELTA DELL'ENTE DI DESTINAZIONE E DECORRENZA DEI TERMINI DI PRESA IN CARICO.

I L D I R E T T O R E D E L L A S . O . C .
A F F A R I G E N E R A L I

In virtù della delega conferitale dal Commissario di cui al provvedimento n. 1/000/COM/11/0001 del 10 gennaio 2011;

Vista la determinazione n. 1086/000/DIG/009/0001 del 30 giugno 2009 ad oggetto: "Approvazione dell'accordo convenzionale con gli Enti Gestori dei Servizi Socio-Assistenziali nell'ambito territoriale dell'ASL CN2 Alba – Bra in materia di livelli essenziali di assistenza nell'area dell'integrazione socio-sanitaria (dal 1/1/2009 al 31/12/2011)";

Atteso che:

- *"è possibile la richiesta di trasferimento da una struttura convenzionata ad un'altra equivalente. Le relative domande dovranno essere motivate e corredate da una relazione del Servizio Socio Assistenziale competente per zona e valutate dall'U.V.G."* (comma 6 dell'art. 6 del Regolamento Operativo U.V.G. vigente approvato con D.D. n. 1320 del 29/07/2004);
- il Presidente dell'Unità di Valutazione Geriatrica, vista la situazione socio-sanitaria dell'utente, ha autorizzato il trasferimento dello stesso nel presidio prescelto dall'interessato e di cui al prospetto che segue:

ENTE GESTORE SERVIZI SOCIALI	*Nominativo*	*Anno di. NASC.*	*RAF= Media Intensità RSA = Alta Intensità*	*Presidio convenzionato di provenienza*	*Presidio convenzionato prescelto*	*Data autorizzazione al Trasferimento*	*CONTO BUDGET ASL CN2*
Consorzio Socio Assistenziale Alba Langhe e Roero	**F.C.**	**1924**	RAF	"M.A. di Castellero" CORNELIANO (RAF)	"Ottolenghi" ALBA (RAF)	Data effettivo ingresso	310.463

Preso atto che la struttura prescelta rientra nell'elenco di quelle convenzionate con questa Azienda per la prestazione dei servizi in argomento, come da determinazione n. 1851/000/AFG/10/104 del 17/12/2010 avente ad oggetto: "*STRUTTURE RESIDENZIALI PER ADULTI ED ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ACCREDITATE. APPROVAZIONE CONTRATTI EX DGR 44-12758 DEL 07.12.2009. PERIODO 2011 – 2013*";

Atteso che con determinazione n. 68/CPD/AFG/11/0004 del 26 gennaio 2011 si è registrata la relativa spesa;

Su proposta conforme del Direttore della S.O.C. Cure Primarie e Domiciliari (Dott.ssa Patrizia CORRADINI);

D E T E R M I N A

- di autorizzare il trasferimento dell'utente F.C. (n. 04/10/1924), per i motivi e nel presidio indicato in premessa, con oneri (quota sanitaria della retta di degenza) parzialmente a carico dell'A.S.L. CN2 non appena si renderà libero il posto nell'Ente di destinazione compatibilmente con i posti letto convenzionati ed accreditati;
- di trasmettere copia del presente provvedimento:
  * al Presidente dell'Unità di Valutazione Geriatrica
  * al Consorzio Socio-Assistenziale "Alba-Langhe-Roero", Via Diaz n. 8 - 12051 ALBA - sesaler@pec.it;
- di dichiarare la presente determinazione, vista l'urgenza di provvedere in merito, immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 28, comma 2 della Legge Regionale 24 gennaio 1995, n. 10.

Letto, approvato e sottoscritto.

IL DIRETTORE DELLA S.O.C.
AFFARI GENERALI
Tiziana ROSSINI
F.TO ROSSINI

Sottoscrizione del proponente:

IL DIRETTORE DELLA S.O.C.
CURE PRIMARIE E DOMICILIARI
Patrizia CORRADINI
F.TO CORRADINI

Archivio: VII.1.12.1 F.P. 6/2006 – 13/2006
Cod. delega: AFG/CPD/7
TR/sg

Invio al controllo della **Giunta della Regione,** ex art. 2, c. 1, L.R. 30 giugno 1992, n. 31

prot. n. _____ del _____,

ricevuta dalla Regione in data _____

Richiesta chiarimenti da parte della Regione

prot. n. _____ del _____

Risposta chiarimenti da parte della Regione con nota

prot. n. _____ del _____,

ricevuta dalla Regione in data _____

Provvedimento conclusivo del procedimento

n. _____ del _____

❒ declaratorio di nullità o decadenza
❒ di annullamento o non approvazione
❒ di approvazione

Invio al **Collegio Sindacale**

Prot. n. _____ del _____

Invio alla **Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci:**

Prot. n. _____ del _____

CERTIFICATO DI REGISTRAZIONE CONTABILE

Si dichiara l'avvenuta registrazione contabile da parte della S.O.C. Gestione Economico-Finanziaria

Alba, lì _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO

_____

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente determinazione è stata posta in pubblicazione presso l'Albo dell'A.S.L. CN2, il _____ per quindici giorni consecutivi

IL FUNZIONARIO INCARICATO
S.O.C. AFFARI GENERALI
Silvia BARACCO
F.TO BARACCO

CERTIFICATO DI ESECUTIVITA'

Provvedimenti soggetti al controllo della Giunta della Regione

Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____

❒ per decorrenza dei termini

❒ per approvazione da parte della Giunta della Regione

Provvedimenti **non** soggetti al Controllo della Giunta della Regione

Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il **21 SETTEMBRE 2011**

☒ essendo immediatamente eseguibile

❒ essendo trascorsi dieci giorni dalla pubblicazione (art. 3, L.R. 30/06/92, n. 31)

IL FUNZIONARIO INCARICATO
S.O.C. AFFARI GENERALI
Silvia BARACCO
F.TO BARACCO