



# **AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO**

## **DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

(nominato con D.G.R. n. 594 del 11.04.2018)

|                       |
|-----------------------|
| Numero <u>766</u>     |
| del <u>20.07.2018</u> |

OGGETTO: Ricovero del/la paziente R.V. presso il Centro Socio-Sanitario Lega del Filo d'Oro di Molfetta (Ba) dal 07.03.2018 al 07.09.2018.

### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

con l'assistenza del Segretario e sulla base della seguente proposta predisposta dal Direttore f.f. del Dipartimento di Riabilitazione che ne attesta la regolarità dell'istruttoria e il rispetto della legalità:

#### **PREMESSO:**

- CHE il/la paziente, R.V., appartenente al Distretto n.7, necessita di trattamento riabilitativo, come risulta dalla documentazione agli atti di questo Dipartimento e del Dipartimento di Salute Mentale della ASL TA;
- CHE il/la paziente è pluriminorato/a sensoriale, è stato/a seguito/a in passato dalla "Lega del Filo d'Oro" di Molfetta (Ba), dapprima con trattamenti intensivi periodici e successivamente con ricovero stabile presso il suddetto Centro Socio-Sanitario;
- CHE, nella U.V.M. del 02/11/2017, la struttura socio-sanitaria della Lega del Filo d'Oro di Molfetta (Ba) è indicata come Struttura idonea al percorso riabilitativo del/la paziente, R.V.;

#### **DATO ATTO CHE:**

- la struttura rientra nell'ambito dei "Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali", sulla base del Regolamento Regionale del 13 maggio 2005, n. 3 "Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie";
- con DGR n. 438 del 25/03/2008 la Regione Puglia ha autorizzato la Lega del Filo d'Oro sede di Osimo, in qualità di struttura sanitaria accreditata, a gestire l'esercizio del "Centro Socio Sanitario Residenziale per sordociechi e pluriminorati psicosensoriali" sito in Molfetta (Ba);
- con delibera n. 837 del 23.07.2008, l'Azienda Sanitaria Locale di Bari approvava il regolamento di funzionamento del Centro Sanitario Residenziale della Lega del Filo d'Oro

sede Molfetta (Ba) per persone sordo-cieche e pluriminorate psicosensoriali e avviava la sperimentazione gestionale per l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie residenziali e a ciclo diurno;

➤ con delibera DGR n. 1882 del 30/11/2004 la Regione Puglia:

- fissava la retta giornaliera per le prestazioni residenziali in € 242,80, sulla base del modello organizzativo e della natura specialistica delle prestazioni svolte dal Centro;
- stabiliva, ai sensi del DPCM del 14/02/2001, che il 70% della tariffa giornaliera, pari a € 169,96 è a carico della ASL di residenza del paziente e il 30%, pari a € 72,84 è a carico del Sociale;

### **PRESO ATTO**

- della regolarità della procedura autorizzativa, come si evince dagli atti in possesso al DSM e al DART;

- del verbale UVM del D.S.S. n.7 del 02 novembre 2017 che autorizzava il ricovero in regime R.S.A. Residenziale del/la paziente R. V. presso la Lega del Filo d'Oro, sede Molfetta (Ba);

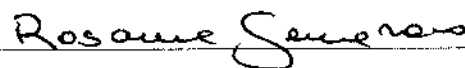
L'Assistente Sociale

Dott.ssa Paola Sebastio



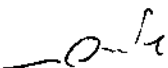
Il Dirigente Amministrativo

Dott.ssa Rosanna Semeraro



Io sottoscritto, dr. Pierguido Conte, Direttore f.f. del Dipartimento di Assistenza Riabilitativa Territoriale, attesto la regolarità della istruttoria della proposta ed il rispetto delle relative leggi e provvedimenti di riferimento;

Dr. Pierguido Conte



**VISTA** la registrazione contabile sottoscritta dal Dirigente dell'Area Gestione Risorse Finanziarie posta a tergo del presente provvedimento;

**RACCOLTO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo, posto a tergo del presente provvedimento;

**RACCOLTO** il parere favorevole del Direttore Sanitario, posto a tergo del presente provvedimento;

### **DELIBERA**

per i motivi di cui in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

- 1) **PRENDERE ATTO** del ricovero del/la Sig./Sig.ra R.V., presso il Centro Socio Sanitario Residenziale di Molfetta "Lega del Filo d'Oro" dal 07.03.2018 al 07.09.2018 (per un totale complessivo di 183 giorni), come comunicato per le vie brevi;
- 2) **CORRISPONDERE** alla precitata Struttura residenziale la retta giornaliera di soggiorno, così come previsto dalla Delibera di Giunta Regionale n.1882/2004, pari a € 169,96, suddivisa al 50% tra il DART e il DSM (pari a € 84,98 per ciascun Dipartimento) e la restante somma a carico del/la Sig./Sig.ra R. V. ovvero del Comune, se chiamato a partecipare in base alla normativa vigente;

- 3) **IMPUTARE** la spesa presunta derivante dal presente atto pari a € 31.102,68 da dividere al 50% tra il DART e il DSM per un importo di € 15.551,34 per ciascun Dipartimento sul conto 706.111.0004501 - “Assistenza riabilitativa residenziale per malati e disturbati mentali privato intraregionale” - a carico del Bilancio 2018;
- 4) **NOTIFICARE** il presente provvedimento al Centro Socio Sanitario Lega del Filo d'Oro di Molfetta (Ba) e al Direttore del D.S.M.;
- 5) **DI DICHIARARE** il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 3 comma 26 della L.R. n 40/2007, ad avvenuta pubblicazione nella sezione “Albo On-line” del sito web istituzionale dell'ASL TA.

Parere favorevole del Direttore Amministrativo

.....  
Dott. Andrea CHIARI

Parere favorevole del Direttore Sanitario

.....  
Dr. Vito Gregorio COLACICCO

Il Segretario

.....  
Dott.ssa Mina SPECCHIA  
Avv. Claudio Barberio

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

.....  
Avv. Stefano ROSSI

6083-E-18  
6084-E-18

**Area Gestione Risorse Finanziarie  
Esercizio 2018**

La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:

Conto economico n. 706.111.004.501 per € 15.551,34

Conto economico n. \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

Conto economico n. \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

.....  
(rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)

Il Funzionario

Il Dirigente dell'Area

**SERVIZIO ALBO PRETORIO**

| PER COPIA CONFORME AD USO<br>AMMINISTRATIVO | CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE                                            |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Taranto, _____                              | <b>AFFISSA E PUBBLICATA ALL'ALBO PRETORIO<br/>DI QUESTA AZIENDA ASL</b> |
| Il Direttore AA.GG. _____                   | Dal _____ al _____                                                      |
|                                             | —                                                                       |
|                                             | Data _____                                                              |
|                                             | L'addetto all'albo _____                                                |

Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. .... del .....  
è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.