



**REGIONE ABRUZZO**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**  
**Via Renato Paolini, 45 (65124) Pescara**

\*\*\*\*\*

**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

\*\*\*\*\*

N. \_\_\_\_\_ **Prot. D.S.M.**

**Pescara,**

Alla Direzione SRP

\_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

Al Direttore U.O.C. CSM \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

Al Coordinatore UVM

DSB \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**OGGETTO: INSERIMENTO in struttura residenziale psichiatrica**

- VISTA la Delibera di G.R.A. n° 877 del 03/10/2001 concernente: “Modificazioni alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 187 del 23/02/2000, avente ad oggetto: determinazione delle tariffe massime delle Strutture Residenziali Riabilitative Psichiatriche”;

- VISTO il P.S.R. 2008/2010;

- VISTO il Decreto N. 107/2013 del 20/12/2013 del Presidente della Regione Abruzzo in qualità di Commissario ad Acta avente ad oggetto: attività e procedure di competenza del punto unico di accesso e della unità di valutazione multidimensionale – Linee Guida Regionali,

VISTO l’esito di valutazione UVM, Prot. N. \_\_\_\_\_ DSB \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, a firma del Coordinatore UVM \_\_\_\_\_;

**SI AUTORIZZA**

**Dalla data di ingresso per mesi sei l’INSERIMENTO** presso la Comunità Terapeutica \_\_\_\_\_ **di** \_\_\_\_\_ **dell’utente Sig.** \_\_\_\_\_, **nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **e residente in Via** \_\_\_\_\_, per un programma a termine di riabilitazione psico-sociale.

Il Dirigente Medico che ha in carico il paziente è tenuto a verifiche periodiche, quantomeno semestrali, circa l’andamento del programma riabilitativo e comunque, prima ancora della scadenza del periodo autorizzato, è tenuto, a seguito di verifica dei risultati a proporre la chiusura del programma con conseguente dimissione della paziente, ovvero la prosecuzione del programma per un ulteriore periodo, nonché controlli nell’appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate.

Il Direttore del DSM