


Proposta N° 01 / Prot. Area : VI Data: 11/01/2015		
---	---	--

**COMUNE DI CAPACI**  
 PROVINCIA DI PALERMO

Originale di Ordinanza del Sindaco

N° <u>2</u> del Reg. Data <u>11.01.2016</u>	<b>OGGETTO</b>	Trattamento sanitario obbligatorio in degenza ospedaliera del sig. ....
<p style="text-align: center;"><b>Parte Riservata all'Area II</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Bilancio _____</b></p> <p>ATTO n. _____</p> <p>Titolo _____ Funzione _____</p> <p>Servizio _____ Intervento _____</p> <p>Capitolo _____</p>		<b>NOTE</b>

L'anno duemilasedici il giorno 11 del mese di Gennaio alle ore 12,00 presso il Comune di Capaci il Sindaco Avv. Napoli Sebastiano, analizza la seguente proposta ai fini dell'assunzione delle determinazioni di competenza:

**Il Responsabile del procedimento di cui all'art. 5 della l.r. 30/4/1991 n° 10, ai sensi dell'art. 2 della medesima legge, propone l'adozione della presente proposta di ordinanza avente ad oggetto " trattamento sanitario obbligatorio in degenza ospedaliera del sig. ...."**

**Letti** gli artt. 1, 2, 3 della Legge 13 Maggio 1978 n. 180;

**Visti** gli artt. 33, 34, 35 della Legge 23 Dicembre 1978 n. 833;

**Viste** le circolari del Ministero dell'Interno n° 5300 del 24/08/1993 e n° 3 del 20/07/2001;

**Esaminata** la certificazione medica datata 11/01/2016, con cui il Dott. Giovanni ALGA, medico di Capaci, attesta che il sig. .... dopo averlo sottoposto ad accurata visita, venga sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera in quanto il medico dichiara di averlo trovato affetto da stato di agitazione psicomotoria in schizofrenico paranoide per cui sono da ritenere necessari ed urgenti i trattamenti terapeutici meglio descritti nella certificazione medica;

**Inoltre**, di aver accertato che gli interventi terapeutici necessari non sono stati accettati dall'infermo e non vi sono le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere;

**Vista** la convalida resa in data 11/01/2016 prot.nr.10/2016 dalla dott.ssa Maria REALE del Dipartimento salute mentale dell'ASP di Palermo con la quale è indicato che il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Civico di Palermo è disponibile al ricovero;

*Verificato che la richiesta risponde ai requisiti di legge;*

**Visto** l'art 50/5° del D.L.vo 267/00;

**PROPONE DI ORDINARE**

che il sig....., sia sottoposto a **TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO** in regime di degenza ospedaliera presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura della struttura ospedaliera **OSPEDALE CIVICO REPARTO DI PSICHIATRIA di PALERMO** a mezzo servizio ambulanza e personale sanitario con l'assistenza di questa Polizia Municipale.

Il presente atto è privo dei dati sensibili per la tutela della privacy secondo la normativa vigente al fine della pubblicazione presso i competenti uffici comunali.

Capaci, li 11/01/2016

**Il Responsabile del Procedimento**  
(Isp. Capo Caterina DI MAGGIO)

**IL SINDACO**

**Vista** la superiore proposta di ordinanza

**ORDINA**

**Di approvare** la superiore proposta di ordinanza;

**DISPONE**

- che la Polizia Municipale e il personale sanitario incaricato diano esecuzione alla presente ordinanza ognuno per le proprie specifiche competenze;
  - che copia della presente provvedimento sia notificata entro 48 ore unitamente alla documentazione medica al Giudice tutelare del Tribunale di PALERMO.
  - Chiunque può rivolgere al Sindaco richiesta di modifica o revoca della presente ordinanza ai sensi dell'art. 33 L. 833/78; dopo la convalida del Giudice Tutelare è altresì proponibile ricorso da parte del destinatario o di chiunque vi abbia interesse al Tribunale competente per territorio.
- Capaci, li 11/01/2016

*vice*  
**IL SINDACO**  
(AVV. Sebastiano NAPOLI)

**Il Vice Sindaco**  
*Roberto Tarallo*

---

---

Copia conforme all'originale, in carta libera, per uso amministrativo

Dal Municipio \_\_\_\_\_

**IL SEGRETARIO GENERALE**  
(dott.ssa Antonella Spataro)

---

---

---

**REFERTO DI PUBBLICAZIONE**

N. Reg. Pubbl. \_\_\_\_\_

Certifico io sottoscritto Segretario Generale su conforme dichiarazione del Responsabile Albo Pretorio, che copia del presente verbale viene pubblicato il giorno \_\_\_\_\_ all'Albo Pretorio ove rimarrà esposta per 15 giorni consecutivi.

**Il Responsabile Albo  
Pretorio**

**IL SEGRETARIO GENERALE**  
(dott.ssa Antonella Spataro)

---

Il sottoscritto Segretario Generale, visti gli atti d'ufficio

**ATTESTA**

**CHE** la presente determinazione è divenuta esecutiva il \_\_\_\_\_

Dal Municipio \_\_\_\_\_

**IL SEGRETARIO GENERALE**  
(dott.ssa Antonella Spataro)