

| U.O.S. CSM 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | GIO(1) | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|----------------------------|-----------|---------------|---|-----------------------------------|---|---|---|---|---|------------------------|---|---|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Sede: Via marchese di Villabianca Orari di ricevimento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROCEDIMENTO | RIFERIMENTI NORMATIVI | UFFICIO CUI PRESENTARE L'EVENTUALE L'ISTANZA E/O CHIEDERE INFORMAZIONI (Indirizzo, Tel ed e-mail) | RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (L.241/90) e UFFICIO DEL PROCEDIMENTO (D.lgs 33/13 art. 35) Denominazione e recapiti Tel ed e-mail | TIPOLOGIA di DOCUMENTO PRODOTTO e TEMPI (da compilare nel caso in cui il procedimento si conclude) | SOGGETTO GIURIDICO COMPETENTE ALL'ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO FINALE (se diverso) Nominativo del Responsabile. Tel ed e-mail | TIPOLOGIA di PROVVEDIMENTO | | | | MODULISTICA (Link se disponibile) | DOCUMENTI DA ALLEGARE | POSSIBILITA' DI SOSTITUZIONE CON AUTOCERTIFICAZIONE | EVENTUALE LINK DI ACCESSO AL SERVIZIO ONLINE SE DISPONIBILE | MODALITA' ED INFORMAZIONI PER EVENTUALI PAGAMENTI | MODALITA' PER OTTENERE INFORMAZIONI DA PARTE DEGLI INTERESSATI (per i procedimenti che li riguardano) | TERMINI DI CONCLUSIONE | POSSIBILITA' CHE IL PROVVEDIMENTO SIA SOSTITUITO DA UNA AUTOCERTIFICAZIONE DELL'INTERESSATO | POSSIBILITA' CONCLUSIONE CON SILENZIO ASSENSO | STRUMENTI di TUTELA AMMINISTRATIVA E GIURISDIZIONALI | TITOLARE POTERE SOSTITUTIVO Nominativo e recapiti Tel ed e-mail | Numero di Procedimenti Trattati | Respetto del Termine Previsto Si/No | In caso negativo specificare i motivi | |
| | | | | | | DELIBERA | DETERMINA | ATTO IN FORMA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private | DPR 10/11/1999 Approvazione Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000" DPCM 29/11/2001 Definizione Livelli essenziali di assistenza DPR n.309 del 09/10/1990 Procedure dipartimentali | Centro Salute Mentale 4 - Via Marchese di Villabianca, 97/B e-mail mdsdm4@asppalermo.org | Direttore del MDSM 4 | | Responsabile del CSM | | | | X | AI CSM 4 | PTI, fotocopia documento d'identità, consenso informato, Tessera Sanitaria, autorizzazione del DSM. | NO | NO | Operatori del CSM 4 | Operatori del CSM 4 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 4 | Direttore Modulo 4 | 22*** di cui | | | |
| Accesso agli atti | L. 7 agosto 1990 n. 241 DPR 12 aprile 2006 n. 184 | Centro Salute Mentale 4 - Via Marchese di Villabianca, 97/B e-mail mdsdm4@asppalermo.org | Responsabile del CSM | | Responsabile del CSM | | | | X | AI CSM 4 | | NO | NO | Operatori del CSM 4 | Operatori del CSM 4 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 4 | Direttore Modulo 4 | 4 | | | |
| Richiesta copia fascicolo e/o relazioni sanitarie | L. 7 agosto 1990 n. 241 DPR 12 aprile 2006 n. 184 | Centro Salute Mentale 4 - Via Marchese di Villabianca, 97/B e-mail mdsdm4@asppalermo.org | Responsabile del CSM | | Responsabile del CSM | | | | X | AI CSM 4 | fotocopia documento d'identità, pagamento ticket | NO | NO | Operatori del CSM 4 | Operatori del CSM 4 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 4 | Direttore Modulo 4 | 77 | | | |
| Rilascio certificazione ai fini del porto d'armi | DM 28 aprile 1998 | Centro Salute Mentale 4 - Via Marchese di Villabianca, 97/B e-mail mdsdm4@asppalermo.org | Responsabile del CSM | | Responsabile del CSM | | | | X | AI CSM 4 | certificato anamnestico del mmg, fotocopia documento d'identità, tessera sanitaria, richiesta della medicina legale, pagamento ticket | NO | NO | Operatori del CSM 4 | Operatori del CSM 4 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 4 | Direttore Modulo 4 | 71 | | | |
| Rilascio certificazione per patenti speciali | DPR 495/92 D.L. 59 del 18.04.2011 | Centro Salute Mentale 4 - Via Marchese di Villabianca, 97/B e-mail mdsdm4@asppalermo.org | Responsabile del CSM | | Responsabile del CSM | | | | X | AI CSM 4 | certificato anamnestico del mmg, fotocopia documento d'identità, tessera sanitaria, richiesta della Commissione Medico Locale, pagamento ticket | NO | NO | Operatori del CSM 4 | Operatori del CSM 4 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 4 | Direttore Modulo 4 | 50 | | | |
| Rilascio certificazioni per adozioni | Legge 4 maggio 1983 n. 184 e successive modifiche (Legge numero 149 del 2001) | Centro Salute Mentale 4 - Via Marchese di Villabianca, 97/B e-mail mdsdm4@asppalermo.org | Responsabile del CSM | | Responsabile del CSM | | | | X | AI CSM 4 | certificato anamnestico del mmg, fotocopia documento d'identità, tessera sanitaria, richiesta della medicina legale, pagamento ticket | NO | NO | Operatori del CSM 4 | Operatori del CSM 4 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 4 | Direttore Modulo 4 | 0 | | | |
| Riconoscimento della condizione del portatore di handicap ai fini dell'inserimento scolastico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Liquidazione prestazioni servizi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provvedimenti autorizzativi attività extra officium per i dipendenti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestione attività intramoenia (ALPI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI PALERMO -
SCHEDE PROCEDIMENTI E**

**ASP
PALERMO**

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze
Patologiche e NPIA

DIRETTORE MAURIZIO
MONTALBANO
DOTT.SSA ROSALIA MARIA
LETO

MODULO 5 - U.O.S. CSM5

TEL. 917037240

Sede:

VIA
VILLAGRAZIA

Orari di ricevimento

**MONITORA
GGIO(1)**

| PROCEDIMENTO | RIFERIMENTI NORMATIVI | UFFICIO CUI PRESENTARE L'EVENTUALE L'ISTANZA E/O CHIEDERE INFORMAZIONI (Indirizzo, Tel ed e-mail) | RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (L.241/90) e UFFICIO DEL PROCEDIMENTO (D.lgs 29/11/2001 art. 25) | TIPOLOGIA di DOCUMENTO PRODOTTO e TEMPI | SOGGETTO GIURIDICO COMPETENTE ALL'ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO FINALE (se diverso) Nominativo del Responsabile, Tel ed e-mail | TIPOLOGIA DI PROVVEDIMENTO | | | MODULISTICA (Link se disponibile) | DOCUMENTI DA ALLEGARE | POSSIBILITA' DI SOSTITUZIONE CON AUTOCERTIFICAZIONE | EVENTUALE LINK DI ACCESSO AL SERVIZIO | MODALITA' ED INFORMAZIONI PER EVENTUALI RECLAMI | MODALITA' PER OTTENERE INFORMAZIONI DA PARTE DEGLI INTERESSATI (per i procedimenti che li riguardano) | TERMINE DI CONCLUSIONE | POSSIBILITA' CHE IL PROVVEDIMENTO SIA SOSTITUITO DA UNA AUTOCERTIFICAZIONE DELL'INTERESSATO | POSSIBILITA' A CONCLUSIONE CON CHIESTA | STRUMENTI DI TUTELA AMMINISTRATIVA E GIURISDIZIONALE | TITOLARE POTERE Nominativo e Cognome, Tel ed e-mail | Numero di Procedimenti Trattati | Rispetto del Termine Previsto Sì/No | In caso negativo specificare i motivi | |
|--|---|---|--|---|---|----------------------------|-----------|------------------------|-----------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|---|------------------------|---|--|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| | | | | | | DELIBERA | DETERMINA | ATTO IN FORMA SEMPLICE | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private | DPR 10/11/1999 Approvazione Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000" DPCM 29/11/2001 Definizione Livelli essenziali di assistenza | Centro Salute Mentale 5 - Via Villagrazia, 46 c/o ex P.O. Guadagna e-mail mds5@asppalermo.org | Direttore del MDSM 5 | | Responsabile del CSM | | | X | Al CSM 5 | PTI, fotocopia documento d'identità, consenso informato, Tessera Sanitaria, autorizzazione del DSM. | NO | NO | Operatori del CSM 5 | Operatori del CSM 5 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 5 | Direttore Modulo 5 | 18 | si | | |
| Accesso agli atti | L. 7 agosto 1990 n. 241 DPR 12 aprile 2006 n. 184 | Centro Salute Mentale 5 - Via Villagrazia, 46 c/o ex P.O. Guadagna e-mail mds5@asppalermo.org | Responsabile del CSM | | Responsabile del CSM | | | X | Al CSM 5 | | NO | NO | Operatori del CSM 5 | Operatori del CSM 5 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 5 | Direttore Modulo 5 | 28 | si | | |
| Richiesta copia fascicolo e/o relazioni sanitarie | L. 7 agosto 1990 n. 241 DPR 12 aprile 2006 n. 184 | Centro Salute Mentale 5 - Via Villagrazia, 46 c/o ex P.O. Guadagna e-mail mds5@asppalermo.org | Responsabile del CSM | | Responsabile del CSM | | | X | Al CSM 5 | fotocopia documento d'identità, pagamento ticket | NO | NO | Operatori del CSM 5 | Operatori del CSM 5 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 5 | Direttore Modulo 5 | 390 | si | | |
| Rilascio certificazione ai fini del porto d'armi | DM 28 aprile 1998 | Centro Salute Mentale 5 - Via Villagrazia, 46 c/o ex P.O. Guadagna e-mail mds5@asppalermo.org | Responsabile del CSM | | Responsabile del CSM | | | X | Al CSM 5 | certificato anamnestico del mmg, fotocopia documento d'identità, tessera sanitaria, richiesta della medicina legale, pagamento ticket | NO | NO | Operatori del CSM 5 | Operatori del CSM 5 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 5 | Direttore Modulo 5 | 64 | si | | |
| Rilascio certificazione per patenti speciali | DPR 495/92 D.L. 59 del 18.04.2011 | Centro Salute Mentale 5 - Via Villagrazia, 46 c/o ex P.O. Guadagna e-mail mds5@asppalermo.org | Responsabile del CSM | | Responsabile del CSM | | | X | Al CSM 5 | certificato anamnestico del mmg, fotocopia documento d'identità, tessera sanitaria, richiesta della Commissione Medico Locale, pagamento ticket | NO | NO | Operatori del CSM 5 | Operatori del CSM 5 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 5 | Direttore Modulo 5 | 57 | si | | |
| Rilascio certificazioni per adozioni | Legge 4 maggio 1983 n. 184 e successive modifiche (Legge numero 149 del 2001 | Centro Salute Mentale 5 - Via Villagrazia, 46 c/o ex P.O. Guadagna e-mail mds5@asppalermo.org | Responsabile del CSM | | Responsabile del CSM | | | X | Al CSM 5 | certificato anamnestico del mmg, fotocopia documento d'identità, tessera sanitaria, richiesta della medicina legale, pagamento ticket | NO | NO | Operatori del CSM 5 | Operatori del CSM 5 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 5 | Direttore Modulo 5 | 0 | | | |
| Riconoscimento della condizione del portatore di handicap ai fini dell'inserimento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | |
| Liquidazione prestazioni servizi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21 | si | |
| Provvedimenti autorizzativi attività extra officium per i dipendenti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| Gestione attività intramoenia (ALPI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e NPJA

Direttore Dr. Maurizio Montalbano

U.O.C. MDSM
9 Partinico-
Carini

Direttore Dr.ssa Francesca Picone
Referente CSM9 Partinico Dr.Giuseppe
Calagna/ UOT Carini Dr. Ssa Francesca
Picone

Partinico:0917031618
Carini:0917036099

TEL.

Sede: Largo Casa Santa Partinico/ Piazza
Mons. Badalamenti Carini

Orari di ricevimento: dal lunedì al venerdì ore 08:30/13:30 lunedì e mercoledì 15:00/17:30
(Partinico) martedì e giovedì 15:00/17:30 (Carini)

| PROCEDIMENTO | RIFERIMENTI NORMATIVI | UFFICIO CUI PRESENTARE L'EVENTUALE L'ISTANZA E/O CHIEDERE INFORMAZIONI (Indirizzo, Tel ed e-mail) | RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (L.241/90) e UFFICIO DEL PROCEDIMENTO (D.lgs 33/13 art. 35) | TIPOLOGIA di DOCUMENTO PRODOTTO e TEMPI | SOGGETTO GIURIDICO COMPETENTE ALL'ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO FINALE (sa diverso) Nominativo del Responsabile, Tel ed e-mail | TIPOLOGIA DI PROVVEDIMENTO | | | MODULISTICA (Link se disponibile) | DOCUMENTI DA ALLEGARE | POSSIBILITA' DI SOSTITUZIONE CON AUTOCERTIFICAZIONE | EVENTUALE LINK DI ACCESSO AL SERVIZIO | MODALITA' ED INFORMAZIONI PER EVENTUALI | MODALITA' PER OTTENERE INFORMAZIONI DA PARTE DEGLI INTERESSATI (per i procedimenti che li riguardano) | TERMINE DI CONCLUSIONE | POSSIBILITA' CHE IL PROVVEDIMENTO SIA SOSTITUITO DA UNA AUTOCERTIFICAZIONE DELL'INTERESSATO | POSSIBILITA' A' CONCLUSIONE CON SERVIZIO | STRUMENTI DI TUTELA AMMINISTRATIVA E GIURISDIZIONALE | TITOLARE POTERE SOSTITUTIVO Nominativo e Indirizzo Tel ed e-mail | MONITORA | | | |
|--|---|---|---|---|---|----------------------------|-----------|----------------------|-----------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|---|------------------------|---|--|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| | | | | | | DELIBERA | DETERMINA | ATTO IN FORMA LEGALE | | | | | | | | | | | | Numero di Procedimenti Trattati | Rispetto del Termine Previsto Si/No | In caso negativo specificare i motivi | |
| Inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private | DPR 10/11/1999 Approvazione Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000" DPCM 29/11/2001 Definizione Livelli essenziali di assistenza DPR n.309 del 09/10/1990 Procedure dipartimentali | Centro Salute Mentale 9 Partinico/Carini - Partinico Largo Casa Santa 0917031618/ Carini Piazza Mons. Badalamenti - 0917036099 e-mail mdsms9@asppalermo.org | Direttore del MDSM 9 Dr. Maurizio Montalbano e-mail mdsms9@asppalermo.org | | CSM 9 Partinico/Carini | | | X | AI CSM 9 | PTI, fotocopia documento d'identità, consenso informato, Tessera Sanitaria, autorizzazione del DSM. | NO | NO | Operatori del CSM 9 | Operatori del CSM 9 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 9 | Direttore Modulo 9 | 18 | si | | |
| Accesso agli atti | L. 7 agosto 1990 n. 241 DPR 12 aprile 2006 n. 184 | Centro Salute Mentale 9 Partinico/Carini - Partinico Largo Casa Santa 0917031618/ Carini Piazza Mons. Badalamenti - 0917036099 e-mail mdsms9@asppalermo.org | Responsabile del CSM9 Partinico Referente Dr. G. Calagna Tel. 0917031618 - UOT Carini Dr.ssa Francesca Picone Tel.0917036099 e-mail mdsms9@asppalermo.org | | CSM 9 Partinico/Carini | | | X | AI CSM 9 | Richiesta istanza, documento di riconoscimento | NO | NO | Operatori del CSM 9 | Operatori del CSM 9 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 9 | Direttore Modulo 9 | 2 | si | | |
| Richiesta copia fascicolo e/o relazioni sanitarie | L. 7 agosto 1990 n. 241 DPR 12 aprile 2006 n. 184 | Centro Salute Mentale 9 Partinico/Carini - Partinico Largo Casa Santa 0917031618/ Carini Piazza Mons. Badalamenti - 0917036099 e-mail mdsms9@asppalermo.org | Responsabile del CSM9 Partinico Referente Dr. G. Calagna Tel. 0917031618 - UOT Carini Dr.ssa Francesca Picone Tel.0917036099 e-mail mdsms9@asppalermo.org | | CSM 9 Partinico/Carini | | | X | AI CSM 9 | fotocopia documento d'identità, pagamento ticket | NO | NO | Operatori del CSM 9 | Operatori del CSM 9 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 9 | Direttore Modulo 9 | 1027 | si | | |
| Rilascio certificazione ai fini del porto d'armi | DM 28 aprile 1998 | Centro Salute Mentale 9 Partinico/Carini - Partinico Largo Casa Santa 0917031618/ Carini Piazza Mons. Badalamenti - 0917036099 e-mail mdsms9@asppalermo.org | Responsabile del CSM9 Partinico Referente Dr. G. Calagna Tel. 0917031618 - UOT Carini Dr.ssa Francesca Picone Tel.0917036099 e-mail mdsms9@asppalermo.org | | CSM 9 Partinico/Carini | | | X | AI CSM 9 | certificato anamnestico del mmg, fotocopia documento d'identità, tessera sanitaria, richiesta della medicina legale, pagamento ticket | NO | NO | Operatori del CSM 9 | Operatori del CSM 9 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 9 | Direttore Modulo 9 | 67 | si | | |
| Rilascio certificazione per patenti speciali | DPR 495/92 D.L. 59 del 18.04.2011 | Centro Salute Mentale 9 Partinico/Carini - Partinico Largo Casa Santa 0917031618/ Carini Piazza Mons. Badalamenti - 0917036099 e-mail mdsms9@asppalermo.org | Responsabile del CSM9 Partinico Referente Dr. G. Calagna Tel. 0917031618 - UOT Carini Dr.ssa Francesca Picone Tel.0917036099 e-mail mdsms9@asppalermo.org | | CSM 9 Partinico/Carini | | | X | AI CSM 9 | certificato anamnestico del mmg, fotocopia documento d'identità, tessera sanitaria, richiesta della Commissione Medico Locale, pagamento ticket | NO | NO | Operatori del CSM 9 | Operatori del CSM 9 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 9 | Direttore Modulo 9 | 40 | si | | |
| Rilascio certificazioni per adozioni | Legge 4 maggio 1983 n. 184 e successive modifiche (Legge numero 149 del 2001 | Centro Salute Mentale 9 Partinico/Carini - Partinico Largo Casa Santa 0917031618/ Carini Piazza Mons. Badalamenti - 0917036099 e-mail mdsms9@asppalermo.org | Responsabile del CSM9 Partinico Referente Dr. G. Calagna Tel. 0917031618 - UOT Carini Dr.ssa Francesca Picone Tel.0917036099 e-mail mdsms9@asppalermo.org | | CSM 9 Partinico/Carini | | | X | AI CSM 9 | certificato anamnestico del mmg, fotocopia documento d'identità, tessera sanitaria, richiesta della medicina legale, pagamento ticket | NO | NO | Operatori del CSM 9 | Operatori del CSM 9 | 30 gg | NO | NO | Reclamo al Direttore del Modulo 9 | Direttore Modulo 9 | 4 | si | | |
| Riconoscimento della condizione del portatore di | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | si | | |
| Liquidazione prestazioni servizi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| Provvedimenti autorizzativi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 32 | si | |
| Gestione attività intramoenia (ALPI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO - SCHEDA PROCEDIMENTI E MONITORAGGIO DIPARTIMENTO-
DISTRETTO-PO**

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze patologiche e NPIA

Direttore Dott. Maurizio
Montalbano
Dott. F. Vitrano

TEL.

7035460

NPIA

| PROCEDIMENTO | RIFERIMENTI NORMATIVI | UFFICIO CUI PRESENTARE L'EVENTUALE L'ISTANZA E/O CHIEDERE INFORMAZIONI (indirizzo, Tel ed e-mail) | RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (L.241/90) e UFFICIO DEL PROCEDIMENTO (D.lgs 33/13 art. 35) Denominazione e recapiti Tel ed e-mail | TIPOLOGIA di DOCUMENTO PRODOTTO e TEMPI (da compilare nel caso in cui il procedimento si concluda fuori dalla struttura) | SOGGETTO GIURIDICO COMPETENTE ALL'ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO FINALE (se diverso) Nominativo del Responsabile, Tel ed e-mail | TIPOLOGIA DI PROVVEDIMENTO | | MODULISTICA (Link se disponibile) | DOCUMENTI DA ALLEGARE | POSSIBILITA' DI SOSTITUZIONE E CON AUTOCERTIFICAZIONE | EVENTUALE LINK DI ACCESSO AL SERVIZIO ONLINE SE DISPONIBILE | MODALITA' ED INFORMAZIONI PER EVENTUALI PAGAMENTI | MODALITA' PER OTTENERE INFORMAZIONI DA PARTE DEGLI INTERESSATI (per i procedimenti che li riguardano) | TERMINE DI CONCLUSIONE | POSSIBILITA' CHE IL PROVVEDIMENTO SIA SOSTITUITO DA UNA AUTOCERTIFICAZIONE DELL'INTERESSATO | POSSIBILITA' CONCLUSIONE E CON SILENZIO ASSENSO | STRUMENTI DI TUTELA AMMINISTRATIVA E GIURISDIZIONALE | TITOLARE POTERE SOSTITUTIVO Normativo e recapiti Tel ed e-mail | Numero di Procedimenti Trattati | Respetto del Termine Previsto S/No | In caso negativo specificare i motivi |
|---|--|--|--|--|---|----------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------------------|---|---|---|---|------------------------|---|---|--|--|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| | | | | | | DELIBERA | DETERMINA | ATTO IN FORMA | | | | | contattare segreteria o recarsi personalmente | | | | | | | | |
| Accesso agli atti | L.7.agosto1990 n.241.DPR12.aprile2006n.184 | U.O.C.di NPIA tel.7032344 via L. Di Brolo10,npiadirezione@asppalermo.org.UU.OO.SS. Pa1 tel 7013 Pa2 te I5442 | non è diverso da quelli precedenti | | U.O.C. di NPIA tel 7032344 ,npiadirezione@asppalermo.org | | | X | no | richiesta in carta semplice,doc. d'identità, | no | no | Segreteria UOC di NPIA | 30 giorni | no | no | reclamo presso la Direzione della UOC di NPIA o ricorso alle vie legali. | nessuno | 11 | si | |
| Richiesta copia fascicolo/relazioni sanitarie | L.7.agosto1990 n.241.DPR12.aprile2006n.184 | U.O.C.di NPIA tel.7032344 via L. Di Brolo10,npiadirezione@asppalermo.org.UU.OO.SS. Pa1 tel 7013 Pa2 te I5442 | non è diverso da quelli precedenti | | U.O.C. di NPIA tel 7032344 ,npiadirezione@asppalermo.org | | | X | no | richiesta in carta semplice,doc. d'identità,pag am.c. corrente | no | no | Segreteria UOC di NPIA | 30 giorni | no | no | reclamo presso la Direzione della UOC di NPIA o ricorso alle vie legali. | nessuno | 54 | si | |
| Riconoscimento della condizione dei portatori di handicap ai fini dell'inserimento scolastico | L. 104 /92 eDPR247. 02.94/L.285 DPCM n.185 del 23.2. 06/DDAS n.87 /07.2017 | UU.OO.SS. Di NPIA territorialmente competenti. NPIA Pa1 tel. 7013,NPIA Pa2 te5442I | Segreterie UU.OO.SS. Competenti. Pa1 tel. 7013;Pa2 tel. 5442 | | U.O.C. di NPIA tel 7032344 ,npiadirezione@asppalermo.org | | | | no | Verbale collegio tecnico rilasciato dall'ASP;documenti sanitari/certificato medico della NPIA | no | no | Segreteria dell'UOS competente. | 30 giorni | no | no | reclamo presso la Direzione della UOC di NPIA o ricorso alle vie legali. | nessuno | 1675 | si | |

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e NPIA _____

| PROCEDIMENTO | RIFERIMENTI NORMATIVI | UFFICIO CUI PRESENTARE L'EVENTUALE L'ISTANZA E/O CHIEDERE INFORMAZIONI (Indirizzo, Tel ed e-mail) | RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (L.241/90) e UFFICIO DEL PROCEDIMENTO (D.lgs 33/13 art. 35) Denominazione e recapiti Tel ed e-mail | TIPOLOGIA di DOCUMENTO PRODOTTO e TEMPI (da compilare nel caso in cui il procedimento si concluda fuori dalla struttura) | SOGGETTO GIURIDICO COMPETENTE ALL'ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO FINALE (se diverso) | TIPOLOGIA DI PROVVEDIMENTO | | | MODULISTICA (Link se disponibile) | DOCUMENTI DA ALLEGARE | POSSIBILITA' DI SOSTITUZIONE E CON AUTOCERTIFICAZIONE | EVENTUALE LINK DI ACCESSO AL SERVIZIO ONLINE SE DISPONIBILE | MODALITA' ED INFORMAZIONI PER EVENTUALI PAGAMENTI | MODALITA' PER OTTENERE INFORMAZIONI DA PARTE DEGLI INTERESSATI (per i | TERMINE DI CONCLUSIONE | POSSIBILITA' CHE IL PROVVEDIMENTO SIA SOSTITUITO DA UNA AUTOCERTIFICAZIONE | POSSIBILITA' CONCLUSIONE CON SILENZIO ASSENSO | STRUMENTI DI TUTELA AMMINISTRATIVA E GIURISDIZIONALE | TITOLARE POTERE SOSTITUTIVO Nominativo e recapiti Tel ed e-mail | MONITORAGGIO | | | |
|---|---|---|--|--|--|----------------------------|-----------|---------------|-----------------------------------|-----------------------|---|---|---|---|------------------------|--|---|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Numero di Procedimenti Trattati | Rispetto del Termine Previsto Si/No | In caso negativo specificare i motivi | |
| Inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private | | | | | | DELIBERA | DETERMINA | ATTO IN FORMA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accesso agli atti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Richiesta copia fascicolo e/o relazioni sanitarie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rilascio certificazione ai fini del porto d'armi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rilascio certificazione per patenti speciali | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rilascio certificazioni per adozioni | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Riconoscimento della condizione del portatore di handicap ai fini dell'inserimento scolastico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Liquidazione prestazioni servizi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provvedimenti autorizzativi attività extra officium per i dipendenti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestione attività intramoenia (ALPI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DLGS 502/92 - DELIBERA 208/2014 E REGOLAMENTO IN ALLEGATO | DIRETTORE DEL DSM TEL 0917034251 - ALPISALUTEMENTALE@ASPPALE.RMO.ORG | DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO | | | | X | | SITO AZIENDALE | NO | NO | NO | PRESSO IL DSM | PRESSO IL DSM | 30GG. | NO | NO | | DIRETTORE DEL DSM | N.4 (determine di pagamento) | SI (trimestrale) | | |

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e NPIA

Direttore DOTT. M. MONTALBANO

U.O.C. Dipendenze Patologiche

RESPONSABILE Dott. Giampaolo Spinnato - TEL. 0917034029 - FAX 0917033164

Sede: Via Pindemonte 88

Orari di ricevimento 9.00-13.00 dal lunedì al venerdì: martedì e giovedì anche 15.00-17.00

| PROCEDIMENTO | RIFERIMENTI NORMATIVI | UFFICIO CUI PRESENTARE L'EVENTUALE L'ISTANZA ED CHIEDERE INFORMAZIONI (Indirizzo, Tel ed e-mail) | RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (L.241/90) e UFFICIO DEL PROCEDIMENTO (D.lgs 33/10 art. 35) Denominazione e recapiti Tel ed e-mail | TIPOLOGIA di DOCUMENTO PRODOTTO e TEMPI (da compilare nel caso in cui il procedimento si concluda fuori dalla struttura) | SOGGETTO GIURIDICO COMPETENTE ALL'ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO FINALE (se diverso) Nominativo del Responsabile, Tel ed e-mail | TIPOLOGIA DI PROVVEDIMENTO | | | MODULISTICA (Link se disponibile) | DOCUMENTI DA ALLEGARE | POSSIBILITA' DI SOSTITUZIONE CON AUTOCERTIFICAZIONE | EVENTUALE LINK DI ACCESSO AL SERVIZIO ONLINE SE DISPONIBILE | MODALITA' ED INFORMAZIONI PER EVENTUALI PAGAMENTI | MODALITA' PER OTTENERE INFORMAZIONI DA PARTE DEGLI INTERESSATI (per i procedimenti che li riguardano) | TERMINE DI CONCLUSIONE | POSSIBILITA' CHE IL PROVVEDIMENTO SIA SOSTITUITO DA UNA AUTOCERTIFICAZIONE DELL'INTERESSATO | POSSIBILITA' CONCLUSIONE E CON SILENZIO ASSENSO | STRUMENTI DI TUTELA AMMINISTRATIVA E GIURISDIZIONALE | TITOLARE POTERE SOSTITUITIVO Nominativo e recapiti Tel ed e-mail | MONITORAGGIO(1) | | |
|---|---|--|--|--|---|----------------------------|-----------|----------------------|--|-----------------------|---|---|---|---|------------------------|---|---|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| | | | | | | DELIBERA | DETERMINA | ATTO IN FORMA LIBERA | | | | | | | | | | | | Numero di Procedimenti Trattati | Rispetto del Termine Previsto Sì/No | In caso negativo specificare i motivi |
| Inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private | DPCM 12/01/2017 Definizione Livelli essenziali di assistenza DPR n.309 del 09/10/1990 Legge di stabilità 2015. Circolari Aziendali n.4557/17 e 10723/17. Procedure dipartimentali di liquidazione delle competenze. | Tutte le UOOSS SerD | Responsabile/Coordinatore UOOSS SerD | | Direttore DSM | NO | SI | NO | Modulistica prevista da procedure aziendali | NO | NO | NO | NO | Richiesta al Responsabile/Coordinatore UOS SerD | 15 giorni | NO | NO | Reclamo scritto al Direttore UOC Dipendenze Patologiche dipendenzepatologiche@asppalermo.org | Direttore UOC Dipendenze Patologiche 091/7034029 dipendenzepatologiche@asppalermo.org | 297 | SI | |
| Accesso agli atti | L. 7 agosto 1990 n. 241 DPR 12 aprile 2006 n. 184 | Tutte le UOOSS SerD, Cediss e Telemaco | Responsabile/Coordinatore | | Direttore UOC | NO | NO | NO | SI http://www.asppalermo.org/modulistica.asp | NO | NO | NO | NO | Richiesta al Responsabile/Coordinatore | 30 giorni | NO | NO | Reclamo scritto al Direttore UOC Dipendenze Patologiche dipendenzepatologiche@asppalermo.org | Direttore UOC Dipendenze Patologiche 091/7034029 dipendenzepatologiche@asppalermo.org | 2 | SI | |
| Richiesta copia fascicolo e/o relazioni sanitarie | L. 7 agosto 1990 n. 241 DPR 12 aprile 2006 n. 184 | Tutte le UOOSS SerD, Cediss e Telemaco | Responsabile/Coordinatore | | Direttore UOC | NO | NO | NO | SI http://www.asppalermo.org/modulistica.asp | NO | NO | NO | NO | Richiesta al Responsabile/Coordinatore | 7 giorni | NO | NO | Reclamo scritto al Direttore UOC Dipendenze Patologiche dipendenzepatologiche@asppalermo.org | Direttore UOC Dipendenze Patologiche 091/7034029 dipendenzepatologiche@asppalermo.org | 8178 | SI | |
| Rilascio certificazione ai fini del porto d'armi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | SI | |
| Rilascio certificazione per patenti speciali | DM 186/1990 153/2008 DPR | UOOSS SerD | Responsabile/Coordinatore | | Responsabile/Coordinatore | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | Richiesta al Responsabile/Coordinatore | 60 giorni | NO | NO | Reclamo scritto al Direttore UOC Dipendenze Patologiche dipendenzepatologiche@asppalermo.org | Direttore UOC Dipendenze Patologiche 091/7034029 dipendenzepatologiche@asppalermo.org | 319 | SI | |
| Rilascio certificazioni per adozioni | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | SI | |
| Riconoscimento della condizione dei portatori di handicap ai fini dell'inserimento scolastico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | SI | |
| Liquidazione prestazioni servizi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | SI | |
| Provvedimenti autorizzativi attività extra officium per i dipendenti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | SI | |
| Gestione attività intramoenia (ALPI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | SI | |

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO - SCHEDA
PROCEDIMENTI E MONITORAGGIO DIPARTIMENTO-DISTRETTO-PO**

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze patologiche e NPIA

U.O.C. DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

D.SSA GIOVANNA
GAMBINO

TEL.

917035413

| PROCEDIMENTO | RIFERIMENTI NORMATIVI | UFFICIO CUI PRESENTARE L'EVENTUALE L'ISTANZA E/O CHIEDERE INFORMAZIONI (Indirizzo, Tel ed e-mail) | RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (L.241/90) e UFFICIO DEL PROCEDIMENTO (D.lgs 33/13 art. 35) Denominazione e recapiti Tel ed e-mail | TIPOLOGIA di DOCUMENTO PRODOTTO e TEMPI (da compilare nel caso in cui il procedimento si concluda fuori dalla struttura) | SOGGETTO GIURIDICO COMPETENTE ALL'ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO FINALE (se diverso) Nominativo del Responsabile, Tel ed e-mail | TIPOLOGIA DI PROVVEDIME NTO | | | MODULISTICA (Link se disponibile) | DOCUMENTI DA ALLEGARE | POSSIBILITA' DI SOSTITUZION E CON AUTOCERTIFI CAZIONE | EVENTUALE LINK DI ACCESSO AL SERVIZIO ON LINE SE DISPONIBILE | MODALITA' ED INFORMAZION I PER EVENTUALI PAGAMENTI | MODALITA' PER OTTENERE INFORMAZIONI DA PARTE DEGLI INTERESSATI (per i procedimenti che li riguardano) | TERMINE DI CONCLUSION E | POSSIBILITA' CHE IL PROVVEDIMENTO SIA SOSTITUITO DA UNA AUTOCERTIFICAZ IONE DELL'INTERESSATO | POSSIBILITA' CONCLUSIONE CON SILENZIO ASSENSO | STRUMENTI DI TUTELA AMMINISTRATIVA E GIURISDIZIONALE | TITOLARE POTERE SOSTITUTIVO Nominativo e recapiti Tel ed e-mail | Numero di Procedimenti Trattati | Rispetto del Termine Previsto Si/No | In caso negativo specificare i motivi |
|--|---|---|---|--|---|-----------------------------------|-----------|----------------------------|---|--|--|---|--|--|-------------------------------|---|--|--|--|---|---|---|
| | | | | | | DELIBERA | DETERMINA | ATTO IN FORMA LIBERA | | | | | | contattare segreteria o recarsi personalmente | | | | | | | | |
| Accesso agli atti | L.7.agosto1990 n.241;DPR12.april e2006n.184 | U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico tel.091/7035451 via L. Di Brolo10, uoc.autismo@asppalermo .org | Dott.ssa Giovanna Gambino tel. 091/7035451 uoc.autismo@asppalermo.org | | U.O.C.dei Disturbi dello Spettro Autistico tel.091/7035451 uoc.autismo@asppalermo.or g | | | X | SI (https://www.asppalermo.org/modulistica) | richiesta in carta semplice,doc.d'identità, | no | no | Segreteria U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico | Segreteria e Direzione U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico | 30 giorni | no | no | reclamo presso la Direzione della U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico o ricorso alle vie legali. | Dirigente Medico F.F. | 1 | Si | |
| Richiesta copia fascicolo/e relazioni sanitarie | L.7.agosto1990 n.241;DPR12.april e2006n.184 | U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico tel.091/7035451 via L. Di Brolo10, uoc.autismo@asppalermo .org | Dott.ssa Giovanna Gambino tel. 091/7035451 uoc.autismo@asppalermo.org | | U.O.C.dei Disturbi dello Spettro Autistico tel.091/7035451 uoc.autismo@asppalermo.or g | | | X | SI (https://www.asppalermo.org/modulistica) | richiesta in carta semplice,doc.d'identità, | no | no | Segreteria U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico | Segreteria e Direzione U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico | 30 giorni | no | no | reclamo presso la Direzione della U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico o ricorso alle vie legali. | Dirigente Medico F.F. | relazioni cliniche 1.972 (al 30/09/24) | Si | |
| Riconoscimento della condizione dei portatori di handicap ai fini dell'inserimento scolastico | L. 104 /92 eDPR247. 02.94:L. 285 DPCM n.185 del 23.2. 06;DDAS n.87. 07.2017 | U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico tel.091/7035451 via L. Di Brolo10, uoc.autismo@asppalermo .org | Dott.ssa Giovanna Gambino tel. 091/7035451 uoc.autismo@asppalermo.org | | U.O.C.dei Disturbi dello Spettro Autistico tel.091/7035451 uoc.autismo@asppalermo.or g | | | | no | Verbale collegio tecnico rilasciato dall'ASP;document.sanit aria;certificato medico della U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico | no | no | Segreteria U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico | Segreteria e Direzione U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico | 30 giorni | no | no | reclamo presso la Direzione della U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico o ricorso alle vie legali. | Dirigente Medico F.F. | 650 | Si | |

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO - SCHEDA
PROCEDIMENTI E MONITORAGGIO DIPARTIMENTO-DISTRETTO-PO ASP PALERMO

Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e NPIA

Referente Dott.ssa Anna Carreca

| PROCEDIMENTO | RIFERIMENTI NORMATIVI | MONITORAGGIO(1) | | |
|---|--|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | Numero di Procedimenti Trattati | Rispetto del Termine Previsto Si/No | In caso negativo specificare i motivi |
| Inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private | DPR 10/11/1999 Approvazione Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000" DPCM 29/11/2001 Definizione Livelli essenziali di assistenza DPR n.309 del 09/10/1990 Procedure dipartimentali | 587 | si | |
| Accesso agli atti | L. 7 agosto 1990 n. 241 DPR 12 aprile 2006 n. 184 | 67 | si | |
| Richiesta copia fascicolo e/o relazioni sanitarie | L. 7 agosto 1990 n. 241 DPR 12 aprile 2006 n. 184 | 9807 | si | 1 caso x tempistica psicodiagnosi 1 caso x tempistica rintracciare utente |
| Rilascio certificazione ai fini del porto d'armi | DM 28 aprile 1998 | 491 | si | |
| Rilascio certificazione per patenti speciali | DPR 495/92 D.L. 59 del 18.04.2011 | 718 | si | 1 caso utente fuori sede |
| Rilascio certificazioni per adozioni | Legge 4 maggio 1983 n. 184 e successive modifiche (Legge numero 149 del 2001) | 39 | si | |
| Riconoscimento della condizione del portatore di handicap ai fini dell'inserimento scolastico | | 1218 | si | |
| Liquidazione prestazioni servizi | | 326 | si | |
| Provvedimenti autorizzativi attività extra officium per i dipendenti | | 145 | si | |
| Gestione attività intramoenia (ALPI) | | 1 | si | |