

**Servizio Sanitario
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ATS - AREA SOCIO SANITARIA LOCALE OLBIA**

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

N.396 DEL 06/04/2017

**DISTRETTO SANITARIO TEMPIO
DOTT. MARCO MULAS**

(firma digitale apposta)

OGGETTO: Rimborso spesa € 400,00 per cure ortodontiche erogate al paziente minorenne S.M. di Calangianus affetto da labiopalatoschisi.

La presente Determinazione
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000

Si attesta che la presente determinazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASSL di Olbia	
Dal 06/04/2017	Al 21/04/2017
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO DEL DISTRETTO DI TEMPIO PAUSANIA

VISTA la L.R. n.17 del 27.07.2016 "Istituzione dell'Azienda per la Tutela della Salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale. - Modifiche alla L.R. n. 10/2016 e alla L.R. n. 23/2014 che all'art. 4 ha disposto l'istituzione delle ASSSL quali articolazioni organizzative della stessa coincidenti con le precedenti ASL incorporate;

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale n. 137 del 29.12.2016 di nomina del Dott. Pier Paolo Pani quale Direttore dell'Area Socio Sanitaria di Olbia;

VISTO il provvedimento n. 11 del 18.01.2017 di attribuzione delle funzioni dirigenziali ai Direttori delle Aree Socio Sanitarie e ai Dirigenti dell'ATS;

DATO ATTO che il soggetto che propone il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

RICHIAMATO il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013 n. 33 e s.m.i (Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni (G.U. n.80 del 05/04/2013), in materia di trattamento dei dati personali;

CONSIDERATO che il paziente minore S.M. di Calangianus, affetto da labiopalatoschisi monolaterale destra, è stato sottoposto ad intervento chirurgico presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma in data 30/05/2000 e successivamente inserito in un protocollo multidisciplinare, nella stessa Divisione, per la verifica e la valutazione di ulteriori terapie medico-chirurgiche in funzione dello sviluppo fisico e sensoriale del paziente;

VISTA la certificazione medica rilasciata dalla suddetta struttura in data 26/05/2016 in cui si attesta che il paziente sopra indicato, ha intrapreso un trattamento ortodontico presso tale centro per la correzione della malocclusione di Classe III scheletrica in seguito agli esiti di labiopalatoschisi monolaterale destra;

ACCERTATO che tale trattamento, basato su più fasi terapeutiche, prevede una prima terapia fissa multibracket (durata circa 30 mesi) prechirurgica con l'applicazione di un apparecchio fisso ortodontico, il cui costo è stato conteggiato in rate bimestrali di € 200.00 ciascuna sino all'esito del completo trattamento;

PRESO ATTO della domanda di rimborso inoltrata dal genitore (SVGMRA50P30B368S) del piccolo paziente citato, in data 15/02/2017 prot. n° PG/2017/59690;

VERIFICATA la regolare documentazione amministrativa attestante il pagamento delle prime due quote a fronte dell'apparecchio ortodontico erogato come indicato nelle seguenti fatture: n° 38244/SBA del 12/12/2016 di € 200,00 e n° 5458/SBA del 14/02/2017 di € 200,00;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 49/40 del 26/11/2013 e n. 48/33 del 02/12/2014 è stato approvato un programma sperimentale di interventi a favore di alcune categorie di pazienti affetti da malattie rare (con priorità ai pazienti in età pediatrica) che necessitano di prestazioni integrative, straordinarie e indispensabili per la cura e/o prevenzione di patologie che non sono erogate dal S.S.R. (es. gli apparecchi ortodontici per gravi malformazioni maxillo-facciali);

VISTA la nota A.R.I.S. n. 32999 del 15/07/2014 con la quale vengono precisate le procedure da seguire per ciascuna Azienda per tale tipologia di prestazioni, quale importo complessivo massimo erogabile annuale per ciascun assistito;

RITENUTO di dover provvedere al rimborso della spesa sostenuta dal genitore del paziente su indicato per un importo totale di € 400,00;

Visti:

la Legge 28 dicembre 1978 n° 833;

il D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni;

per i motivi sopra indicati

DETERMINA

- autorizzare il rimborso della spesa per cure ortodontiche erogate dall'Ospedale Bambino Gesù di Roma al piccolo paziente S.M. di Calangianus come attestato nei seguenti documenti fiscali: n° 38244/SBA del 12/12/2016 di € 200,00 e n° 5458/SBA del 14/02/2017 di € 200,00 a favore del genitore (C.F. SVGMRA50P30B368S) del suddetto assistito;
- di imputare la spesa totale di € 400,00 secondo la tabella di seguito specificata:

ANNO	UFF. AUTORIZZ.	N° CONTO	MACRO-SUB	IMPORTO (IVA INCL.)
2017	UA2_DISTRTEMP	A505010211	1 - 10	€ 400,00

- di trasmettere copia del presente atto al Servizio Contabilità e Bilancio per i provvedimenti di pagamento previsti;

**IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
DEL DISTRETTO DI TEMPIO
Dott. Marco Mulas**

Distretto di Tempio
Istruttore: fd.



Documento: 38244 / SBA

RICEVUTA di PAGAMENTO

Documento emesso il 22/12/16

Fascia contrattuale: PP - Pagante in Proprio

INTESTATARIO

SAVIGNI MAURIZIO

Indirizzo: VIA SANTA GEMMA GALGANI, 8 CALANGIANUS (OT)

Sigla operatore: 22271

Data ins. 22/12/2016 13:48:21

Cod. Paziente: 00537190

C.F.: SVGMRZ00D28G203K

Data di nascita: 28/04/2000

Le presenti prestazioni ambulatoriali vengono erogate in regime istituzionale, in convenzione con il SSN e previsione di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini secondo le modalità stabilite dalla Regione Lazio, in ambito del tutto separato dalle attività libero-professionale intra ed extramurarie

Procedura amministrativa	Q.tà	Prezzo	Imponibile
14720 - APPARECCHIO FISSO (QUOTA BIMESTRALE)	1	200,00	200,00
Totale per l'impegnativa			200,00
Esente da Tributi Legge 27/5/1929 N° 810			
IMPORTO TOTALE			200,00

Dati sull'erogazione delle prestazioni fatturate dal documento

22/12/2016 OPBG S.Paolo - SP ODONTOSTOMATOLOGIA

Dati sulle prestazioni fatturate dal documento

APPARECCHIO FISSO (QUOTA BIMESTRALE)





**Ospedale Pediatrico
Bambino Gesù**

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA
A CARATTERE SCIENTIFICO

Centralino: 06/68591

Prenotazioni: 06/68181

Piazza S. Onofrio, 4 - ROMA 00165

Codice Fiscale: 80403930581

www.ospedalebambinogesu.it

Documento: 5458 / SBA

RICEVUTA di PAGAMENTO

Documento emesso il 14/02/17

Fascia contrattuale: PP - Pagante in Proprio

INTESTATARIO

SAVIGNI MAURIZIO

Indirizzo: VIA SANTA GEMMA GALGANI, 8 CALANGIANUS (OT)

Sigla operatore: RICCARDO.CORA

Data ins. 14/02/2017 08:33:19

Cod. Paziente: 00537190

C.F.: SVGMRZ00D28G203K

Data di nascita: 28/04/2000

Le presenti prestazioni ambulatoriali vengono erogate in regime istituzionale, in convenzione con il SSN e previsione di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini secondo le modalità stabilite dalla Regione Lazio, in ambito del tutto separato dalle attività libero-professionale intra ed extramurarie

Procedura amministrativa	Q.tà	Prezzo	Imponibile
14720 - APPARECCHIO FISSO (QUOTA BIMESTRALE)	1	200,00	200,00
Totale per l'impegnativa			200,00

Esente da Tributi Legge 27/5/1929 N° 810

IMPORTO TOTALE 200,00

Dati sull'erogazione delle prestazioni fatturate dal documento

14/02/2017 OPBG S.Paolo - SP ODONTOSTOMATOLOGIA

Dati sulle prestazioni fatturate dal documento

APPARECCHIO FISSO (QUOTA BIMESTRALE)

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
 Roma - Accettazione Ricoveri
 Tel. 0668592352 Fax 0668592209
 Delega Coordinamento S.Paolo
 Funzione Spedite