

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

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

N.723 DEL 29/06/2017

**DISTRETTO SANITARIO TEMPIO
DOTT. MARCO MULAS**

(firma digitale apposta)

OGGETTO: Assistenza Integrativa straordinaria. Rimborso cure ortodontiche per un 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 29/06/2017	Al 14/07/2017
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 ASSL 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 al soggetto minorenne S.M. di Calangianus, affetto da labiopalatoschisi monolaterale dx, in conseguenza dell'intervento chirurgico praticatogli presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma in data 30/05/2000 è stato prescritto un trattamento ortodontico multidisciplinare, nella stessa Divisione, per la cura e la correzione della malocclusione di Classe III scheletrica in rapporto allo sviluppo fisico e sensoriale del paziente;

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;

VISTA la domanda di rimborso presentata dal genitore del suddetto paziente con note prot. PG/188885 del 26/05/2017 e PG/224545 del 23/03/2017 e l'allegata documentazione sanitaria attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni sanitarie prescritte in ambito e con le modalità stabilite dalla Regione Lazio in convenzione con il S.S.N;

VERIFICATA la regolare presentazione delle ricevute di pagamento rilasciate dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma per le prestazioni erogate contrassegnate con i seguenti dati: n° 18127/SBA del 23/05/2017 di € 400,00 e n° 21603/SBA del 20/06/2017 di € 200,00 per un importo totale di € 600,00;

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 € 600,00;

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 a favore del genitore (SVGMRA50P30B378S) del piccolo paziente S.M. di Calangianus per le cure ortodontiche fornite dall'Ospedale Bambino Gesù di Roma come attestato nei seguenti documenti fiscali riportati in presmessa per un importo totale di € 600,00 per l'anno in corso;
- di imputare la spesa totale di € 400,00 secondo la seguente tabella:

ANNO	UFF. AUTORIZZ.	N° CONTO	MACRO-SUB	IMPORTO (IVA INCL.)
2017	UA2_DISTRTEMP	A505010211	1 - 10	€ 600,00

- 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.



**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: 18127 / SBA

RICEVUTA di PAGAMENTO

Documento emesso il 23/05/17

Descrizione contrattuale: PP - Pagante in Proprio

TESTATARIO

MAVIGNI MAURIZIO

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

Sigla operatore: RICCARDO.PISTO

Data ins. 23/05/2017 08:35:37

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)	2	200,00	400,00
Totale per l'impegnativa			400,00
IMPORTO TOTALE			400,00

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

Dati sull'erogazione delle prestazioni fatturate dal documento

23/05/2017 OPBG S.Paolo - SP ODONTOSTOMATOLOGIA

Dati sulle prestazioni fatturate dal documento

APPARECCHIO FISSO (QUOTA BIMESTRALE)

 Funzione Spedante
Delega Coordinamento S.Paolo
ROMA - Accettazione Ricoveri
Tel. 0668522352
Fax 0668592209



**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: 21603 / SBA

RICEVUTA di PAGAMENTO

Documento emesso il 20/06/17

Modalità contrattuale: PP - Pagante in Proprio

STATUARIO

IGNI MAURIZIO

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

Sigla operatore: RICCARDO.CORA

Data ins. 20/06/2017 09:06:08

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 parato 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

Atti sull'erogazione delle prestazioni fatturate dal documento

20/06/2017 OPBG S.Paolo - SP ODONTOSTOMATOLOGIA

Atti sulle prestazioni fatturate dal documento

APPARECCHIO FISSO (QUOTA BIMESTRALE)

Direzione Spediente
 Destinatario Coordinamento S.Paolo
 ROMA - Accettazione Ricovero
 Bambino Gesù
 Tel. 0668592352
 Fax 0668592209