

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

N.786 DEL 06/11/2014

DISTRETTO SANITARIO OLBIA-LA

MADDALENA

DOTT. PIERPAOLO PISU

(firma digitale apposta)

OGGETTO: Assistenza Protesica- Rimborso spese trattamenti ortodontici per gravi malformazioni maxillo-facciali

| |
|--|
| 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 ASL n. 2 di Olbia | |
| Dal 06/11/2014 | Al 21/11/2014 |
| Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione | |

IL DIRIGENTE DEL DISTRETTO DI OLBIA

Vista la delibera di Giunta della R.A.S. n. 49/40 del 27/11/2013, con la quale è stato approvato un programma sperimentale di interventi a favore di alcune categorie di pazienti affetti da malattia rara (dando priorità ai pazienti in età pediatrica), finalizzato a venire incontro alle esigenze di coloro che necessitano di prestazioni sanitarie aggiuntive che, pur essendo indispensabili per il trattamento della patologia, ad oggi non sono erogate dal Servizio sanitario regionale come gli apparecchi ortognatodontici per gravi malformazioni maxillo-facciali ;

Vista la nota RAS dell' Assessorato dell'Igiene e Sanità protocollo n. 32999 del 15/07/2014 con la quale vengono chiarite le procedure da seguire da parte di ciascuna AA.SS.LL, che stabilisce inoltre un contributo annuo pari a € 3000 a paziente ;

Vista la fattura n. FCA/00014071/14 del 22/10/2014 pari a € 402,00 emessa dall' AOU di Cagliari , relativa all'acconto per le prestazioni od odontoiatriche e check-up completo di ortodonzia per il paziente CF N. FRRFRZ07P031452R ;

Vista la nota protocollo n. 42054 del 12/09/2014 emessa dal Servizio Assistenza Protesica e Riabilitativa , con la quale si autorizza il rimborso delle spese previste nel Piano Terapeutico per il paziente F.F. , validato dal Centro di Riferimento Regionale Malattie Rare in data 19/08/2014;

Vista la richiesta protocollo n. 48588 del 24/10/2014 presentata dalla sig.ra M.I.R. madre del minore F.F. , finalizzata ad ottenere il rimborso delle spese sostenute per il trattamento in questione ;

Accertata la regolarità della documentazione contabile presentata;

Ritenuto pertanto provvedere alla liquidazione della suddetta fattura per un importo complessivo pari a € 402,00 ;

Vista la deliberazione n. 3013/2013 “Deleghe ed Atti dei Dirigenti aziendali” con la quale sono stati stabiliti gli atti delegati ed adottabili dai Dirigenti delle diverse strutture dell’ente.

Visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la L.R. 28 luglio 2006 n. 10 e successive modificazioni ed integrazioni;

DETERMINA

- di liquidare alla sig.ra M.I.R. codice fiscale MRNGZR70M49B246E madre del minore F.F. la somma complessiva di € 402,00 quale rimborso per le spese sostenute per il trattamento ortodontico relativa all'anno 2014;
- di imputare la spesa secondo la tabella di seguito specificata

| ANNO | UFF AUTORIZZ. | MACRO | NUMERO CONTO | IMPORTO(IVA INCL.) |
|-------------|----------------------|--------------|---------------------|---------------------------|
| 2014 | UA2_DISTROLB | 1 | 0505010203 | 402,00 |
| | | | | |
| | | | | |

- di trasmettere copia del presente atto del presente atto al Servizio Bilancio e Contabilità per l'adozione dei provvedimenti di pagamento;
- di trasmettere il presente atto al Servizio Programmazione Controllo e Commitenza per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

IL DIRIGENTE DEL DIPARTIMENTO DEL DISTRETTO DI OLBIA

Dr. Pier Paolo Pisu

Allegati: n.

Il Responsabile dell'Istruttoria: Sig. T. M.