

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

---

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**N.1157                      DEL 18/10/2017**

**DISTRETTO SANITARIO TEMPIO**  
**DOTT. MARCO MULAS**

---

(firma digitale apposta)

**OGGETTO:** Assistenza protesica indiretta - Rimborso spesa per cure ortodontiche al paziente S.M. 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 18/10/2017	Al 02/11/2017
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

## IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO DEL DISTRETTO DI TEMPIO

**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;

**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 d informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*, (G.U. n.80 del 05/04/2013), in materia di trattamento dei dati personali;

**PREMESSO** che al paziente minorenne S.M. di Calangianus, affetto da labiopalatoschisi monolaterale dx, è stato prescritto un trattamento ortodontico multidisciplinare, presso l'U.O. di odontostomatologia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, per la cura e la correzione della malocclusione scheletrica diagnosticatagli;

**PRESO ATTO** che tale tipo di trattamento è strutturato in più fasi terapeutiche che prevedono una prima terapia fissa multibracket pre-chirurgica e una seconda post chirurgica, con l'applicazione di un apparecchio fisso ortodontico, il cui costo è pari a € 200,00 ogni bimestre per la durata dell'intero trattamento

**VISTA** la domanda di rimborso presentata dal genitore del suddetto paziente con prot. G/1342752 del 04/10/2017 con la documentazione sanitaria allegata e le seguenti ricevute di pagamento rilasciate dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma: n° 26650/SBA del 08/08/2017/23/05/2017 di € 200,00 e n° 31429/SBA del 26/09/2017 di € 200,00, per un costo totale di € 400,00 Iva esente;

**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 15/07/201 che disciplina tale tipologia di prestazioni;

**RITENUTO** di dover provvedere al rimborso della spesa su indicata per un importo totale di € 400,00;

**Visti:**

la Legge 28 dicembre 1978 n° 833;

La L.R. 28 Luglio 2016 n.10;

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

**Per i motivi sopra indicati**

## DETERMINA

- **DI APPROVARE** il rimborso della spesa sostenuta dal genitore (S.M.) per le cure ortodontiche fornite dall'Ospedale Bambino Gesù di Roma al paziente citato in premessa, come attestato nei seguenti documenti fiscali: n° 26650/SBA del 08/08/201723/05/2017 di € 200,00 e n° 31429/SBA del 26/09/2017 di € 200,00, per un costo totale di € 400,00 Iva esente;
- **DI STABILIRE** che l'onere derivante dal presente atto quantificato in € 400,00 Iva esente, verrà registrato sul bilancio di esercizio 2017 e finanziato come di seguito rappresentato:

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

- **DI TRASMETTERE** copia del presente provvedimento al Servizio Contabilità e Bilancio per gli adempimenti di competenza e al Servizio AA.GG. per la pubblicazione nell'Albo Pretorio online dell' ASSSL di Olbia;

**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: 26650 / SBA**

RICEVUTA di PAGAMENTO

Documento emesso il 08/08/17

Modalità contrattuale: PP - Pagante in Proprio

ESTATARIO

**AVIGNI MAURIZIO**

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

Sigla operatore: RICCARDO.PISTO

Data ins. 08/08/2017 08:37:37

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**

14720 - APPARECCHIO FISSO (QUOTA BIMESTRALE)

Q.tà

1

Prezzo

200,00

Imponibile

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**

08/08/2017

OPBG S.Paolo - SP ODONTOSTOMATOLOGIA

**Dati sulle prestazioni fatturate dal documento**

APPARECCHIO FISSO (QUOTA BIMESTRALE)

 Funzione Spedallita  
Delega Coordinamento S.Paolo  
ROMA - Accettazione Ricoveri  
Bambino Gesù Tel. 0668592352  
OSPEDALE PEDIATRICO 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: 31429 / SBA**

RICEVUTA di PAGAMENTO

Documento emesso il 26/09/17

Modalità contrattuale: PP - Pagante in Proprio

ESTATARIO

**VIGNI MAURIZIO**

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

Sigla operatore: RICCARDO.PISTO

Data ins. 26/09/2017 09:27:52

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**

14720 - APPARECCHIO FISSO (QUOTA BIMESTRALE)

Q.tà

Prezzo

Imponibile

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**

26/09/2017

OPBG S.Paolo - SP ODONTOSTOMATOLOGIA

**Dati sulle prestazioni fatturate dal documento**

APPARECCHIO FISSO (QUOTA BIMESTRALE)



Funzione Specialità  
Delega Coordinamento S.Paolo  
ROMA - Accettazione Ricoveri  
Tel. 0668522352  
Fax 0668522309