

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

---

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**N.1220                      DEL 21/10/2016**

**DISTRETTO SANITARIO TEMPIO  
CANNAS LUIGI**

---

(firma digitale apposta)

**OGGETTO:** Rimborso spesa per cure ortodontiche erogate al paziente minorenni S.M. di Calangianus.

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 21/10/2016	Al 05/11/2016
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

**IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO DEL DISTRETTO DI TEMPIO PAUSANIA**

- Premesso** che il paziente minorenne 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 di cui sopra;
- Preso atto** che tale trattamento essendo basato su più fasi terapeutiche, prevede una prima fase di 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 inoltrata dal genitore del piccolo paziente citato, in data 19/09/2016 prot. n° PG/2016/38141;
- Verificata** la regolare documentazione amministrativa attestante il pagamento delle prime due quote a fronte dell'apparecchio ortodontico erogato come indicato nelle seguenti fatture: n° 15872/SBA del 26/05/2016 di € 200,00 e n° 26666/SBA del 15/09/2016 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 tali cure, da intendersi come importo complessivo massimo erogabile per anno, a ciascun assistito;
- Ritenuto** di dover provvedere al rimborso della spesa sostenuta dal genitore del paziente su indicato per un totale di € 400,00;
- Vista** la deliberazione n. 3013/2013 "Deleghe ed Atti dei Dirigenti aziendali" con la quale sono stati stabiliti gli atti delegabili ed adottabili dai Dirigenti delle diverse strutture dell'ente.  
la Legge 28 dicembre 1978 n° 833;  
il D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni;  
la Legge Regionale 28 luglio 2006 n° 10;

per i motivi sopra indicati

## DETERMINA

- autorizzare il rimborso della spesa per cure ortodontiche (due quote bimestrali di € 200,00 ciascuna) erogate dall'Ospedale Bambino Gesù di Roma al piccolo paziente S.M. di Calangianus come attestato nei seguenti documenti fiscali: n° 15872/SBA del 26/05/2016 e n° 26666/SBA del 15/09/2016 presentati dal genitore del suddetto assistito;
- di imputare la spesa totale di € 400,00 secondo la tabella di seguito specificata:

<b>ANNO</b>	<b>UFF. AUTORIZZ.</b>	<b>N° CONTO</b>	<b>MACRO-SUB</b>	<b>IMPORTO (IVA INCL.)</b>
<b>20165</b>	<b>UA2_DISTRTEMP</b>	<b>A505010211</b>	<b>1 - 36</b>	<b>€ 400,00</b>

- 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. Luigi Cannas**

Distretto di Tempio  
Istruttore: fd.