

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

---

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**N.203 DEL 05/03/2015**

**DISTRETTO SANITARIO OLBIA-LA**

**MADDALENA**

**DOTT. PIERPAOLO PISU**

---

(firma digitale apposta)

**OGGETTO:** Rimborso cure maxillo-facciali validate dal Centro di Riferimento Regionale per le malattie rare anno 2015

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 05/03/2015	Al 20/03/2015
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. 268 del 18/02/2015 pari a € 672,00 emessa dallo Studio di odontoiatria della Dr.ssa Milena Pisano di Arzachena, relativa all'acconto per le prestazioni od odontoiatriche e check-up completo di ortodonzia per la minore I. D. ;

**Vista** la nota protocollo n. 42060 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 I. D , validato dal Centro di Riferimento Regionale Malattie Rare in data 11/03/2014 ;

**Vista** la richiesta protocollo n. 8337 del 23/02/2015 presentata dalla sig.ra C.A.C. madre della minore I.D. , 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 suddette fatture per un importo complessivo pari a € 672,00 ;

**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 C.A.C. codice fiscale CNACLR57S63I452K madre del minore I.D. la somma complessiva di € 672,00 sul conto corrente BNL IT40K0100584900000000001145 ;
- di imputare la spesa secondo la tabella di seguito specificata

<b>ANNO</b>	<b>UFF AUTORIZZ.</b>	<b>MACRO</b>	<b>NUMERO CONTO</b>	<b>IMPORTO(IVA INCL.)</b>
2015	UA2_DISTROLB	1	0505010203	672,00

- 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 DISTRETTO DI OLBIA**

**Dr. Pier Paolo Pisu**

Allegati: n. ....

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