



Determinazione Dirigenziale del Distretto Sanitario di Carbonia n. *160* del

- 3 FEB. 2014

OGGETTO: L.R. N. 26/91 – Rimborso spese per assistenza extra-regione – Ass.ta B.V.M. e N.F.(Ricovero dal 21/09/2013 al 27/09/2013-Ricov. Dal 30/09/2013 al 04/10/2013-Ricov. Dal 30/09/2013 al 23/10/2013-DH dal 24/10/2013 al 15/11/2013)

Il Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera Intra-Extra Regione con sede in Carbonia

VISTA la deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda, n. 265 del 9.02.2006 e successive deliberazioni d'integrazione n.189 del 28.02.07 e n. 414/2007 con le quali viene conferita la delega per l'adozione del presente atto;

VISTA la Legge Regionale n. 26/91, disciplinante l'assistenza sanitaria extra - regione;

VISTE altresì le linee guida della Regione Autonoma della Sardegna datate 07/04/11 prot. n. 0008746 con le quali si stabiliscono alcuni criteri di rimborso;

ACQUISITA agli atti del Servizio di Assistenza Ospedaliera Intra-Extra Regione la richiesta presentata dalla Sig.ra B.V.M. per se stessa e per il familiare N.F. in data 05/12/2013, Prot. n. PG/2013/31727;

ACQUISITA agli atti del Servizio la relativa autorizzazione del Funzionario medico rilasciata in data 06/12/2013;

CONSTATATA la regolarità della documentazione relativa alle spese di viaggio e della certificazione attestante il trasferimento dall'ospedale Brotzu di Cagliari all'Istituto G. Gaslini di Genova, luogo in cui la paziente B.V.M. ha fruito di prestazioni sanitarie in regime di ricovero dal 21/09/2013 al 27/09/2013 e dal 30/09/2013 al 04/10/2013, e il paziente N.F. ha fruito di prestazioni sanitarie in regime di ricovero dal 30/09/2013 al 23/10/2013 e in regime di DH (dimissione protetta) dal 24/10/2013 al 15/11/2013;

RITENUTO di dover rimborsare la somma di € 10.050,69 (euro diecimilacinquanta/69), alla Sig.ra B.V.M. per sé e il familiare N.F., per le spese sostenute dal 21/09/2013 al 15/11/2013 così determinata:

DESCRIZIONE	AEREO/NAVE	TRAM/TRENO	GG	DIARIA	TOTALE
SPESE DI VIAGGIO	150,69				150,69
SPESE SOGGIORNO ASSISTITO (gestante)			45	90,00	4.050,00
SPESE SOGG. ASSISTITO (gestante) 50%			1	45,00	45,00
SPESE SOGGIORNO ASSISTITO (neonato)			22	90,00	1.980,00
SPESE SOGG. ASSISTITO (neonato) 50%			1	45,00	45,00
SPESE SOGGIORNO 2° ACCOMPAGNATORE			40	90,00	3.600,00
SPESE SOGG. 2° ACCOMPAGNATORE 50%			4	45,00	180,00
IMPORTO DA LIQUIDARE					10.050,69

DETERMINA

Per i motivi esposti in premessa

- di autorizzare il rimborso/liquidazione della somma di € 10.050,69 (euro diecimilacinquanta/69), alla Sig.ra B.V.M. per sé e il familiare N.F. pratica Prot. n. PG/2013/31727 del 05/12/2013;
- di demandare al Capo servizio bilancio/contabilità il provvedimento di pagamento dell'importo autorizzato tramite Conto Corrente Bancario tratto sul tesoriere aziendale;
- di movimentare la spesa sopra indicata al codice n. 0505010101 "Rimborsi per Ricoveri in Italia" del vigente piano dei conti aziendale per il Centro di Rilevazione "Costi Comuni Distretto di Carbonia" n. 10310102.

Amm.vo: M. Porcedda



Il Direttore del Distretto Socio-Sanitario Carbonia
Dr. Marco V. Grusso



