



Determinazione Dirigenziale del Distretto Sanitario di Carbonia n. **34** del

**OGGETTO: L.R. N. 26/91 – Rimborso spese per assistenza extra-regione – Prat. N. 147/2014 (DH del 18/12/2014)**

**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 dal familiare del paziente e registrata in data 01/12/2014 al n. 147;
- ACQUISITA** agli atti del Servizio la relativa autorizzazione del Funzionario medico rilasciata in data 02/12/2014;
- CONSTATATA** la regolarità della documentazione relativa alle spese di viaggio e della certificazione attestante che il paziente ha fruito di prestazioni sanitarie presso l'Ospedale Bambino Gesù di Roma in data 18/12/2014;
- RITENUTO** di dover rimborsare la somma di € 707,00 (euro settecentosette,00) al familiare del paziente, per le spese sostenute in data 18/12/2014, così determinata:

| DESCRIZIONE                          | AEREO/NAVE | TRAM/TRENO | GG | DIARIA | TOTALE        |
|--------------------------------------|------------|------------|----|--------|---------------|
|                                      |            |            |    |        | 302,00        |
| SPESE DI VIAGGIO                     | 302,00     |            |    |        |               |
| SPESE SOGGIORNO ASSISTITO (gestante) |            |            | 1  | 90,00  | 90,00         |
| SPESE SOGG. ASSISTITO (gestante) 50% |            |            | 1  | 45,00  | 45,00         |
| SPESE SOGGIORNO ASSISTITO (neonato)  |            |            | 1  | 90,00  | 90,00         |
| SPESE SOGG. ASSISTITO (neonato) 50%  |            |            | 1  | 45,00  | 45,00         |
| SPESE SOGGIORNO 2° ACCOMPAGNATORE    |            |            | 1  | 90,00  | 90,00         |
| SPESE SOGG. 2° ACCOMPAGNATORE 50%    |            |            | 1  | 45,00  | 45,00         |
| <b>IMPORTO DA LIQUIDARE</b>          |            |            |    |        | <b>707,00</b> |

**DETERMINA**

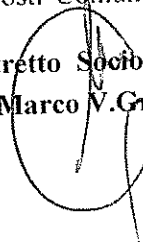
Per i motivi esposti in premessa

- di autorizzare il rimborso/liquidazione della somma di € 707,00 (euro settecentosette,00) al familiare del paziente, relativo alla pratica n. 147 del 01/12/2014;
- 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



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





Il Responsabile del Servizio Affari generali

attesta che la Determinazione

n. 34 del \_\_\_\_\_ - 8 GEN 2015

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7  
- 8 GEN 2015

a partire dal \_\_\_\_\_

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione  
Archivio Determinazioni del sito [www.aslcarbonia.it](http://www.aslcarbonia.it)

Servizio Affari Generali



*Flauto*

**SERVIZIO BILANCIO**

**VISTO**

Ai sensi del Regolamento di cui alle delibere  
n.265/2006, n. 189/2007, n. 414/2007,  
n. 1160/C/2010 e n. 753/2014

*[Signature]*