



ASL Brindisi

PugliaSalute

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PUGLIA AZIENDA SANITARIA  
LOCALE DELLA  
PROVINCIA DI BRINDISI

Determinazione n. **\_07/53/124 del 29/04/2024**

DT n. **\_1377 del 29/04/2024**

**OGGETTO:** Rimborso prestazioni eseguite dall'assistito A.M.

#### I DIRETTORI

Amministrativo, Dr. Andrea CHIARI e Medico Dr. Francesco Paolo LISENA, in virtù della delega conferita dal Direttore Generale con deliberazione 1503 del 09.05.2005 e del successivo provvedimento n. 2381 del 06.08.2009, vista l'attività istruttoria condotta dal Dott. Dario CARELLI e la relazione formulata dal Dirigente Amministrativo Dr.ssa Ada PUTIGNANO:

**Vista** l'istanza presentata dall'assistito A.M. residente ad Ostuni, acquisita al protocollo aziendale n. 35663 del 15/04/2024 diretta ad ottenere il rimborso della prestazione sanitaria (agoaspirato della tiroide ecoguidato) non eseguita nei termini di legge;

**Vista** la ricetta elettronica n. 160A24478995727 del 22/11/2023 allegata alla stessa istanza, con la quale veniva prescritta la suddetta prestazione da effettuarsi entro 10 gg;

**Vista** la nota D.G. Prot. n. 65736 del 04/09/2020, recante indicazioni sui percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche la quale precisa che "qualora un assistito non riesca ad ottenere una prenotazione nei tempi previsti dalla priorità riportata sulla ricetta, e l'utente non accetti la prima data disponibile in quanto pretende il rispetto dei tempi previsti dalla prescrizione, gli operatori degli sportelli CUP indirizzeranno lo stesso presso i Responsabili sanitari delle Strutture in cui sono ubicati (Direttori di P.O. o di Distretto). Quest'ultimi valutata la situazione e verificata l'urgenza della prestazione da erogare, provvedono a contattare i servizi/strutture interessati per verificare la possibilità di erogare la prestazione in deroga alle disponibilità in agenda. Laddove non fosse possibile in alcun caso, garantire l'erogazione della prestazione nei tempi stabiliti, le suddette Direzioni rilasceranno all'utente la dichiarazione di " *impossibilità a garantire la prestazione entro i termini previsti*". Tale dichiarazione è utilizzabile dall'utente per ottenere il rimborso delle prestazioni erogate/fatturate da eventuali strutture sanitarie private a cui lo stesso abbia ritenuto opportuno rivolgersi e ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione, l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza corrisponde l'intero costo della prestazione come da nomenclatore tariffario";

**Dato atto** che con annotazione inviata via mail del 10.04.2024, la Direzione Medica del P.O. di Ostuni, ha attestato l'impossibilità a "garantire la prestazione entro i termini previsti" dall'attuale normativa";

**Vista** la fattura n. 133 del 09/01/2024 pari ad €. 152,00, acquisita via mail in data 11.04.2024 e registrata al protocollo aziendale in data 16/04/2024 con il prot n. 36062, emessa dallo Studio Medico Endocrinologo Dr. Caretto Antonio di Brindisi per l'esecuzione della suddetta prestazione;

**Ritenuto** di dover provvedere al rimborso, per l'effettuazione della prestazione non erogata entro i termini previsti dalle vigenti disposizioni normative, mediante liquidazione e pagamento in favore dell'assistito A.M. dell'intero importo rilevato dal nomenclatore tariffario pari ad € 86,10 trattandosi di assistito che risulta esente dalla partecipazione al costo della prestazione;

**Ritenuto** di imputare la somma di Euro € 86,10 al conto economico 70614000085 "Esami diagnostici da privato" - Centro di Costo "Costi Comuni P.O. Ostuni" del Bilancio 2024

### **DETERMINANO**

**Per i motivi in premessa indicati che qui si intendono richiamati e riportati:**

- di liquidare e pagare a titolo di rimborso per l'effettuazione della prestazione non erogabile entro i termini previsti dalle vigenti disposizioni normative, in favore dell'assistito A.M. residente in Ostuni la somma di €. 86,10 mediante accredito sul conto IBAN n. IT 20 M 03069 79234 100000002230;
- di imputare la somma di Euro 86,10 al conto economico 70614000085 "Esami diagnostici da privato" - Centro di Costo "Costi Comuni P.O. Ostuni" del Bilancio 2024";
- di trasmettere il presente atto alla Segreteria Atti deliberativi, all'AGREF tramite procedura openwork.

Il Funzionario Istruttore (Dr. Dario CARELLI) \_\_\_\_\_ (f.to)\_\_\_\_\_

Il Dirigente Amministrativo (Dr.ssa Ada PUTIGNANO) \_\_\_\_\_ (f.to)\_\_\_\_\_

Il Direttore Amministrativo ( Dr. Andra CHIARI) \_\_\_\_\_ (f.to)\_\_\_\_\_

Il Direttore Medico (Dr. Francesco Paolo LISENA) \_\_\_\_\_ (f.to)\_\_\_\_\_



## AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BRINDISI

<b>PER COPIA CONFORME AD USO AMMINISTRATIVO</b>	<b>CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE</b>
Brindisi _____  Il Responsabile _____	<b>PUBBLICATA ALL'ALBO PRETORIO ON LINE DI QUESTA AZIENDA SANITARIA</b>  Dal _____ al _____  Data _____  Il Responsabile _____