



ASL Brindisi

PugliaSalute

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

Determinazione n. **_07/110/124 del 20/08/2024**

DT n. **_2658_ del 20/08/2024**

OGGETTO: Rimborso prestazioni eseguite dall'assistito M.G.

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 del 18.06.2024 presentata dall'assistito M.G. residente ad Ostuni, acquisita al protocollo aziendale n. 74936 del 05/08/2024, avente ad oggetto la richiesta di autorizzazione diretta ad ottenere il rimborso della prestazione sanitaria (RM GINOCCHIO SX ed RM PIEDE SX) non eseguita nei termini di legge;

Dato atto che in calce all'istanza di cui sopra, 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 ricetta elettronica n. 160A24519787277 del 17/06/2024 allegata alla stessa istanza, con la quale veniva prescritta la suddetta prestazione da effettuarsi entro 10 gg;

Visto il modulo di prenotazione del Servizio Sanitario Regionale ASL BR n. 395455 del 18.06.2024 allegato ai precedenti atti nel quale era stata prevista la prestazione sanitaria di cui sopra per la data del 27.08.2024;

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";

Visto il Regolamento Aziendale per la gestione delle liste d'attesa, approvato con deliberazione n. 3178 del 22.12.2023;

Vista la fattura n. 10126 del 30/07/2024 pari ad €. 262,00 emessa dallo Studio di Radiologia di Fasano, dove risulta eseguita e pagata la suddetta prestazione dalla sig.ra M.G.;

Ritenuto di dover provvedere al suddetto rimborso, mediante liquidazione e pagamento in favore dell'assistito M.G. dell'intero importo della prestazione, pari ad €. 262,00 trattandosi di assistita che risulta esente dalla partecipazione al costo della prestazione, con codice C03 e tenuto conto, altresì, che il costo della prestazione in argomento, come si evince dal modulo di prenotazione in allegato, risulta superiore (€ 266,56) a quella effettivamente pagata;

Ritenuto di imputare la somma di Euro € 262,00 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:

1. 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'assistita M.G. residente in Ostuni la somma di €. 262,00 mediante accredito sul conto IBAN n. IT 82 H 07601 03384 000042630563 ;
2. di imputare la somma di €. 262,00 al conto economico 70614000085 "Esami diagnostici da privato" - Centro di Costo "Costi Comuni P.O. Ostuni" del Bilancio 2024";
3. di trasmettere il presente atto alla Segreteria Atti deliberativi ed all'AGREF unitamente ai dati anagrafici dell'assistita per l'accredito della somma dovuta.

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

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