



ASL Oristano

Azienda socio-sanitaria locale

**SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N° 5 DI ORISTANO**

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° 616 DEL 20/12/2023

Proposta n. 675 del 18/12/2023

STRUTTURA PROPONENTE: DISTRETTO SANITARIO DI ORISTANO
Dott. Peppinetto Figus

OGGETTO: Rimborso spese per terapia ipo-sensibilizzante veleno imenotteri a diversi pazienti anno 2023.

Con la presente sottoscrizione i soggetti coinvolti nell'attività istruttoria, ciascuno per le attività e le responsabilità di competenza dichiarano che la stessa è corretta, completa nonché conforme alle risultanze degli atti d'ufficio, per l'utilità e l'opportunità degli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico

Ruolo	Soggetto	Firma Digitale
L'Istruttore	Dott. Giuliano Uras	
Il Responsabile del Procedimento	Dott. Peppinetto Figus	Firma apposta in calce
Il Responsabile della Struttura Proponente		

La presente Determinazione prevede un impegno di spesa a carico della Azienda Socio Sanitaria Locale n.5 di Oristano

SI NO DA ASSUMERE CON SUCCESSIVO PROVVEDIMENTO

La presente Determinazione è soggetta al controllo preventivo di cui all'Art. 41 della L.R. 24/2020

SI NO

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI ORISTANO

VISTO il decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria” e ss.mm.ii.;

VISTA la legge regionale n. 24/2020 “Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore” e ss.mm.ii.;

VISTA la Delega di funzioni di gestione prot. 0000204 del 08/02/2022 attribuita al Direttore del Distretto Socio Sanitario di Oristano

ATTESO che con propria Deliberazione n. 26 del 24/01/2023 è stato adottato l'Atto Aziendale definitivo, dichiarato conforme, ai sensi dell'art. 16, comma 2, della legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, con DGR n. 3/41 del 27/01/2023;

ACQUISITE le seguenti note dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale – Direzione Generale della Sanità:

- Prot. 32318 del 24/12/2021, avente ad oggetto “*L.R. 11/09/2020, n. 24 Vigenza della articolazioni organizzative.*” dove si conferma come, nelle more dell'adozione dell'Atto Aziendale delle nuove Aziende Sanitarie, al fine di garantire la continuità assistenziale ed amministrativa, la vigenza delle articolazioni aziendali presenti al 31/12/2021 in ATS Sardegna;

- Prot. n. 277 del 05/01/2022, avente ad oggetto: “*L.R. 11/09/2020 e ss.mm.ii. Costituzione delle Aziende. Fase di prima applicazione. Continuità assistenziale e amministrativa*”, dove si ribadisce la necessità di garantire la continuità di tutti i servizi sanitari ed amministrativi da parte delle Aziende Socio sanitarie Locali (ASL) e dell'Azienda regionale della Salute (ARES), appena costituite;

DATO ATTO che il soggetto che adotta il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge n. 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

RICHIAMATO il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.ii. di (*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*, (G.U. n.80 del 05/04/2013), in materia di trattamento dei dati personali;

PREMESSO che con nota NP/2018/34878 del 15/05/2018 indirizzata ai Direttori delle Farmacie Territoriali e ai Direttori di Distretto a firma del direttore Sanitario dell'ATS Dott. Francesco Enrichens avente per oggetto: “rimborso spesa per vaccini contro il veleno degli imenotteri”, si indicano le procedure cui le strutture in indirizzo devono attenersi per il rimborso di cui all'oggetto.

VISTE – le richieste di rimborso di cinque pazienti che presentano a corredo delle stesse oltre le fatture anche l'attestazione di avvenuta somministrazione, conservate agli atti da questo ufficio;

VISTE - le sotto-elencate richieste di rimborso per la fornitura di un preparato per immunoterapia specifica presentate da vari pazienti per fatture emesse dalle ditte produttrici e nello specifico:

- Sig. C. A. fattura n° **183124706** del 28/04/2023 per un importo di **€. 305,80** iva compresa emessa dalla ditta Alk Abello spa;
- Sig. C. A. fattura n° **4057** per un importo di **€ 278,10** iva compresa, emessa dalla ditta Anallergo srl;
- Sig. M.M. fattura n° **2781** del 26/06/2023 dell'importo di **€. 264,30** iva compresa, emessa dalla ditta Allergy Therapeutics s.r.l.;
- Sig. I.P.A. fattura n° **2915** del 10/07/2023 dell'importo di **€. 298,40** iva compresa, emessa dalla ditta Allergy Therapeutics s.r.l.;
- Signora. S.A. fattura n° **2916** del 10/07/2023 dell'importo di **€. 264,30** iva compresa, emessa dalla ditta Allergy Therapeutics s.r.l.;
- Sig. C.D. fattura n° **5318** del 25/10/2023 dell'importo di **€. 283,80** iva compresa, emessa dalla ditta Anallergo srl;
- Sig. C.D. fattura n° **2720** del 08/06/2022 dell'importo di **€. 283,80** iva compresa, emessa dalla ditta Anallergo srl;
- Sig. C.D. fattura n° **850** del 10/02/2021 dell'importo di **€. 290,40** iva compresa, emessa dalla ditta Anallergo srl;

ATTESTATO che la somma delle diverse richieste di rimborso pari a €. 2.042,01 più iva al 10% ammonta ad un importo complessivo di **€. 2.268,90** iva compresa;

RITENUTO per quanto sopra di dover accogliere l'istanza dell'assistito;

VISTO il D. Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii..

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente:

DETERMINA

1) DI RIMBORSARE per i motivi esposti in premessa, in favore del sig.ri C.A., M.M., I.P.A., S.A., C.D. le spese sostenute per l'acquisto di immuno terapie specifiche, per un importo pari a **€ 2.268,90** come da fatture emesse dalla ditta Alk abello e Allergy Therapeutics e Anallergo;

2) DI STABILIRE che l'onere derivante dal presente provvedimento quantificato in **€. 2.268,90** IVA inclusa, verrà registrato sul bilancio dell'esercizio 2023 sub 9 e verrà finanziato come di seguito rappresentato:

UFFICIO AUTORIZZATIVO	MACRO AUTORIZZAZIONE	CONTO	CENTRO DI COSTO	IMPORTO IVA INCLUSA
ASSL5DOR	1	A505010211	A5TOR9902	€. 2.268,90

3) DI INCARICARE il Servizio Gestione Risorse Economico-Finanziarie di emettere un mandato di pagamento dell'importo complessivo di

€. 583,90 a fronte delle fattura sopra indicate, a favore del Sig. C.A. le cui coordinate bancarie presso UNICREDIT filiale di Oristano sono: **IT36Q0200817401000005425052;**

€. **298,40** a fronte delle fattura sopra indicate, a favore del Sig. I.P.A. le cui coordinate bancarie presso POSTE ITALIANE Banco posta sono: **IT18B07601100001022292120**;

€. **264,30** a fronte delle fattura sopra indicate, a favore del Sig. M.M. le cui coordinate bancarie presso Banco di Credito cooperativo Arborea filiale di Marrubiu-Terralba sono: **IT14W083628562000000015159**;

€. **264,30** a fronte delle fattura sopra indicate, a favore della Signora S.A. le cui coordinate bancarie presso Monte dei Paschi di Siena sono: **IT16F0103017400000000250606**;

€. **858** a fronte delle fattura sopra indicate, a favore del Sig. C.D. le cui coordinate bancarie presso Banco di Sardegna sono: **IT20D0101517400000070105995**;

4) DI TRASMETTERE copia della presente Deliberazione alla S.C. Servizio Affari Generali e Area delle funzioni legali per la pubblicazione all'Albo Pretorio on-line.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO DI ORISTANO

Dott. :Peppinetto Figus

ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE

NESSUN ALLEGATO PRESENTE

ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE

NESSUN ALLEGATO PRESENTE

Si attesta che la presente determinazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL 5 di Oristano dal 20/12/2023 al 04/01/2024

Il Direttore della Struttura Complessa Servizio Affari Generali della ASL 5 di Oristano (o suo delegato)

Il Delegato

Dott./Dott.ssa _____