

## DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

Determinazione n.ro	Data di Adozione
0014166	07/12/2020

Struttura Aziendale	Centro di Costo
DSS 4 - Uffici di staff e amministrativi - Costi comuni	141040199

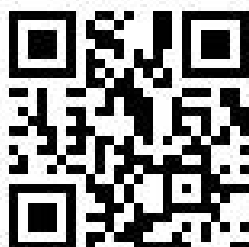
### OGGETTO:

D.S.S.4 -Trasporto Utenti Dializzati- Liquidazione e pagamento dell'importo complessivo di € 503,33# a titolo di rimborso spese sostenute nel mese di OTTOBRE 2020 dai cittadini in trattamento emodialitico che utilizzano l'autovettura ad uso privato per raggiungere il Centro Dialisi.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Estensore	De Felice Mariaraffaella	23/11/2020 13:39
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	Debernardis Lucia	01/12/2020 16:18
Dirigente SPTA	Lagreca Amalia	03/12/2020 08:58
Direttore/Responsabile di Struttura	Loverre Salvatore	04/12/2020 08:51

*Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.*

*I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, Legge 241/90 e art. 1, comma 9, lettera e), Legge 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, dal vigente PTPCT – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D. L.gs. 165/2001.*



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 4 – ALTAMURA -  
IL DIRETTORE**

**Vista**

- La deliberazione del Direttore Generale n. 2798 del 30/12/2009
- La deliberazione del Direttore Generale n. 504 del 29/04/2020

HA ADOTTATO

La seguente determinazione:

**Premesso che :**

- la legge della Regione Puglia n. 9 del 05/11/1991” Normative concernenti le nefropatie croniche” modificata ed integrata dalla L.R. n. 23 del 04.07.1994, all’art. 1 riconosce ai nefropatici sottoposti a trattamento di emodialisi il rimborso delle spese sostenute per il trasferimento dalla propria abitazione al Centro dialisi .

-con nota prot. 58741/5 del 23.03.2016 , la Direzione Generale di questa ASL ha trasmesso ai Direttori dei Distretti il nuovo protocollo operativo in tema di trasporto utenti in trattamento dialitico, fissando al 01.04.2016 la liberalizzazione del trasporto utenti dializzati, fino ad allora garantito solo dalle società incluse nell’Albo Aziendale di cui alla delibera 1355 del 24.07.2012.

- con successiva nota prot. n. 94146/1 del 13.05.2016, al fine di ridurre le lungaggini burocratiche derivanti dalla registrazione delle fatture e di accelerare l’iter amministrativo della liquidazione, e nelle more della piena operatività del nuovo sistema, la Direzione Strategica ha stabilito che i Distretti sono autorizzati ad effettuare la liquidazione secondo il sistema previgente sino al 30.05.2016.

- il nuovo protocollo operativo, corredato della relativa modulistica, prevede che il trasporto può avvenire in ambulanza o con mezzo ad uso pubblico, proprio o privato, a seconda delle condizioni cliniche del soggetto trasportato.

In caso di utilizzazione di mezzi pubblici è da corrispondere all’assistito l’importo pari al totale del costo del biglietto ( comma 1, art. 1 L.R. 9/1991)

In caso di utilizzazione di autovettura propria è da corrispondere all’assistito l’importo pari ad 1/5 del costo, vigente nel tempo, della benzina per ogni chilometro percorso , nonché l’importo delle spese sostenute per il pagamento de eventuali pedaggi autostradali ( comma 3, art. 1 L.R. 9/1991).

-In caso di utilizzazione di autovettura ad uso privato è da corrispondere all’assistito l’importo pari al rimborso integrale della spesa sostenuta previo accertamento della congruità della spesa ( comma 3 bis, art. 1 L.R. 9/1991).

All’uopo, sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Direzione Strategica con nota prot. 53981/1 del 15.03.2016, si ritengono congrui, quale limite massimo di rimborso, gli importi di seguito riportati:

**SERVIZIO TRASPORTO IN AMBULANZA**

**TARIFFA RETE URBANA**

- Servizio per trasporto A/R nei giorni feriali € . 50,00
- Servizio per trasporto A/R nei giorni festivi e notturni € . 60,00

**TARIFFA RETE EXTRA URBANA**

- Servizio per trasporto A/R nei giorni feriali € . 50,00+0,74 KM
- Servizio per trasporto A/R nei giorni festivi e notturni € . 70,00+0,74 Km

**SERVIZIO TRASPORTO CON AUTOVETTURA AD USO PRIVATO**

**TARIFFA RETE URBANA**

- Servizio per trasporto A/R nei giorni feriali € . 30,00
- Servizio per trasporto A/R nei giorni festivi e notturni € . 40,00

**TARIFFA RETE EXTRAURBANA**

- Servizio per trasporto A/R nei giorni feriali € . 25,00+0,74 Km
- Servizio per trasporto A/R nei giorni festivi e notturni € . 35,00+0,74 Km

- **Viste** le domande di rimborso presentate dagli assistiti in trattamento dialitico di questo DSS che utilizzano autovettura ad uso privato per raggiungere il centro dialisi, corredate della delega alla riscossione alla società C.V.M. MULTISERVICE s.r.l., e del certificato del centro dialisi attestante l’avvenuta prestazione delle dialisi, agli atti di questo Ufficio.

**Riscontrata** la conformità delle fatture emesse **alla società C.V.M. Multiservice s.r.l. nei confronti degli assistiti in trattamento emodialitico così come di seguito specificate:**

Mese di riferimento	Numero fattura	Data fattura	Dss di Appartenenza	Tipo di Prestazione	Assistito Trasportato	Importo
OTTOBRE	A 20	09/11/2020	DSS 4	Trasporto emodializzati	L. G.	€ 503,33
<b>TOTALE</b>						<b>€ 503,33</b>

**Verificata** la congruità delle fatture alle certificazioni rilasciate dal Centro Dialisi e alle tariffe così come determinate dalla citata nota n. 53981/1 del 15.03.2016

**Determinata** in **€ 503,33#** la spesa occorrente per far fronte ai rimborsi del presente provvedimento, relativa al mese di Ottobre 2020, questo ufficio ha predisposto apposito elenco nominativo, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con la specifica per ogni assistito, del rimborso erogato e sua modalità di pagamento.

**Preso** atto della verifica, da parte del Responsabile del Procedimento, sulla correttezza amministrativa della procedura in argomento.

**Ritenuto** pertanto, di dover liquidare agli assistiti richiedenti i rimborsi di che trattasi.

### **DETERMINA**

Per i motivi espressi in narrativa, che qui si intendono integralmente riportati:

1. Di liquidare in favore degli aventi diritto ovvero dei loro delegati, le somme loro spettanti così come riportato nel prospetto di liquidazione che in allegato è parte sostanziale del presente provvedimento.
2. Di fronteggiare, la spesa in esame pari a **€ 503,33#** sul numero di conto 706.130.00047 ascrivibile al DSS 4 Bilancio d'Esercizio 2020.
3. Trasmettere la presente determinazione all'Area Gestione Risorse Finanziarie, per le necessarie procedure di liquidazione, in favore degli assistiti o beneficiari della presente determina, secondo il prospetto allegato di cui al punto 1.

Il Direttore, nel sottoscrivere il presente atto, dichiara che la somma di **€ 503,33#** viene imputata sul seguente conto:

### **ESERCIZIO 2020**

Conto 706.130.00047 per **€ 503,33#**

La presente determina è pubblicata sul sito Web di questa Azienda ed è immediatamente eseguibile

## PROFILI CONTABILI

- NON rilevante  
 RILEVANTE, a valere su:

Conto Economico/Patrimoniale	Anno	Importo
70613000047 - Rimborso spese viaggio assistiti nefropatici	2020	503,33

- CONTIENE liquidazione  
 NON Contiene Liquidazione

## ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

- NON soggetta ad oneri di pubblicazione obbligatoria  
 SOGGETTA ad oneri di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente:

Sottosezione di Primo Livello	Sottosezione di Secondo Livello	Riferimento Normativo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013

## DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

Centro di Costo	Struttura Aziendale
112020101	Area Gestione Risorse Finanziarie

**IL PRESENTE PROVVEDIMENTO E' COMPOSTO DA 4 (quattro) PAGINE  
DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 1 (uno) PAGINE  
DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE**

### ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 31, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **07/12/2020**

Staff Direzione Amministrativa aziendale  
Ufficio Affari Generali  
*L'Addetto alla Pubblicazione*  
sig. Domenico Roveto

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DSS. N. 4 - ALTAMURA**

**ELENCO PAZIENTI CHE SI RECANO PRESSO IL CENTRO DIALISI CON AUTOVETTURA AD USO PRIVATO.**

**DSS N. 4**

**RIMBORSO OTTOBRE 2020**

<b>nr. ord.</b>	<b>ASSISTITO</b>	<b>CODICE FISCALE RESIDENZA</b>	<b>BENEFICIARIO</b>	<b>IMPORTO IN EURO</b>	<b>QUIETANZA</b>
1	L. G.			€ 503,33	
				<b>€ 503,33</b>	