



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Determina N. 1691/D.S.U.A

Oggetto: Rimborsio spese sanitarie prestazioni PMA fuori regione alla Sig.ra ...omissis..... - Sub Distretto di Cirò Marina.

In data 06.12.2021 nella Sede del Distretto Sanitario Unico Aziendale, sito in Crotone, via M. Nicoletta, presso il Centro Direzionale "Il Granaio";
Su conforme proposta del Responsabile del procedimento amm.vo designato e del Responsabile dell'Area Sub Distrettuale di Cirò Marina, nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal Direttore del Distretto Unico Aziendale;

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE

VISTO il DCA della Regione Calabria n. 150 del 10/11/2017, con il quale è stato recepito il DPCM 12/01/2017, recante "definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7 del D.L.gs 30/12/1992, n. 502", e, in particolare, l'allegato B dello stesso DCA contenente "disposizioni transitorie in materia di Procreazione Medicalmente Assistita";

VISTE le successive Circolari regionali esplicative n. 7118 del 09/01/2018 e n. 62552 del 20/02/2018;

CONSIDERATO che le Regione Calabria, non essendo al momento in grado di erogare prestazioni di PMA di II e III livello, è tenuta ad autorizzare i propri residenti a fruire di dette prestazioni in strutture pubbliche o private accreditate extraregionali;

ACCERTATO che la Sig.ra. ..omissis..... è stata autorizzata dal Dirigente Medico dell'Ufficio Cure Primarie di Cirò Marina con prot. n. 48342 del 11/11/2021, a fruire di prestazioni di PMA di II livello presso una struttura extra regionale rientrante nell'elenco dei Centri Autorizzati alla PMA;

VISTA la richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dalla sig.ra ...omissis.... in data 25/11/2021 con prot.n. 50603, relativa alle prestazioni di PMA di II livello – Fecondazione in vitro da donazione di ovociti di cui alla fattura n. 4396 del 15/11/21;

CONSIDERATO che l'Ufficio di competenza ha effettuato i dovuti controlli amministrativo-contabili con riferimento alla PMA eterologa di cui all'allegato B del DCA n. 150/2017;

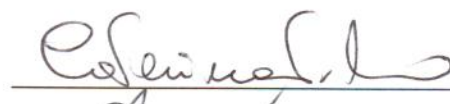
ATTESO che la somma di € 3.652,00 di cui la Sig.ra ...omissis...chiede il rimborso, è inferiore alla tariffa unica convenzionale transitoria prevista dal succitato allegato B del DCA n. 150/2017 per la PMA eterologa in vitro con ovociti da donatrice:

DETERMINA

Per quanto in premessa specificato e descritto, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato:

- Liquidare l'importo complessivo di € 3.652,00 alla Sig.raOmissis.... a titolo di rimborso spese sanitarie per prestazioni di PMA di II livello fruite fuori regione, non essendo la Regione Calabria al momento in grado di erogare tali prestazioni;
- Autorizzare l'ufficio Ragioneria a emettere mandato di pagamento di € 3.652,00 alla Sig.raomissis... per prestazioni rimborsabili di PMA di II livello, non essendo la Regione Calabria in grado di erogare tali prestazioni ed accreditare le suddette somme come da separato e non pubblicato foglio;
- Di far gravare la spesa di € 3.652,00 sul conto n. 502.1.1302 del bilancio corrente e sul Centro di Costo 2D12;
- Dare atto che il nominativo coperto da "Omissis" è esplicitato in apposito documento sottoscritto dal Responsabile del Procedimento, allegato alla presente determina, non soggetto a pubblicazione ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196/2003 e s.i.m.;
- Trasmettere all'Ufficio Ragioneria per i conseguenziali adempimenti.

Il Responsabile del Procedimento
Collaboratore Amm.vo Rag. Caterina Tridico



Il Respons. Area Sub Distr. di Cirò Marina
Dott. Angelo Salvatore Ferrari



Il Direttore del Distretto San. Unico Aziendale
Dr. Pietro L. Brisinda



UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente determina è stata pubblicata nelle forme di legge
all'Albo Pretorio dell'Azienda in data 07 DIC. 2021 con protocollo Generale

n. 03748

