

DISTRETTO SANITARIO N.41 DI PARTINICO

Elenco atti concessione di sovvenzioni, contributi e sussidi - periodo Gennaio/Giugno 2024

| N. | Nome impresa/Ente ed i rispettivi dati fiscali e o numero altri soggetti beneficiari. Anno 2022 | Codice Identificativo e Denominazione del Conto | Budget Assegnato al DS 41 di Partinico | Importo del vantaggio economico corrisposto | periodo di riferimento | Norma o titolo a base dell'attribuzione | Ufficio ed il Funzionario /Dirigente Responsabile del relativo procedimento amministrativo | Modalità eseguita per l'individuazione del beneficiario |
|----|---|---|--|---|------------------------|--|--|--|
| 1 | Contributo economico per dialisi domiciliare n° 2 soggetto beneficiario | 5.02.01.14.13 RIMBORSO ASSISTITI SPESE DIALITICHE | € 4.354,00 | € 2.520,00 | Gennaio/Giugno 2024 | D. A. 834/2011 e ss. mm. ii. Nonché ultimo D. A. 1832/2018 | Assistenza Sanitaria di Base / D.ssa Fabiola Di Piazza ed Assistente Amministrativo D.ssa Benedetta Sandra Mattina | 1) Istanza del paziente alla Commissione Nefrologica del Civico o Cervello di Palermo che valuta la gravità della patologia e dell'autonomia del paziente, in base al quale vengono identificati 3 livelli d'intensità: basso, medio o alto grado con tre differenti rimborsi economici mensili; 2) comunicazione al Distretto da parte della Commissione Nefrologica della valutazione del paziente e dell'importo mensile da rimborsare a quest'ultimo; 3) presentazione da parte del paziente alla U.O. Assistenza Sanitaria di Base del Distretto di copia del documento di riconoscimento, Tessera Sanitaria, IBAN e atto notorio con dichiarazione dell'effettiva prestazione effettuata; 4) elaborazione proposta di determina per la liquidazione; 5) invio proposta di determina per le verifiche di competenza al Bilancio; 6) restituzione della proposta verificata al Distretto che determina la proposta e la ritrasmette al Bilancio per la liquidazione. |
| 2 | Rimborso con mezzo proprio pazienti emodializzati n° 3 soggetti beneficiari | 5.02.01.14.09 RIMBORSO INDENNITA' CHILOMETRICA DIALIZZATI | € 4.860,10 | € 2.184,70 | Gennaio/Giugno 2024 | D. A. 1993/11 e ss. mm. ii. | Assistenza Sanitaria di Base / D.ssa Fabiola Di Piazza ed Assistente Amministrativo D.ssa Benedetta Sandra Mattina | 1) Presentazione da parte del paziente di istanza al Distretto corredata di copia del documento di riconoscimento, Tessera Sanitaria, certificato vistato dal Centro emodialitico attestante il numero totale delle sedute mensili effettuate, IBAN, libretto dell'auto, patente e documento di riconoscimento di eventuale accompagnatore; 2) elaborazione proposta di determina per la liquidazione; 3) invio proposta di determina per le verifiche di competenza al Bilancio; 4) restituzione della proposta verificata al Distretto che determina la proposta e la ritrasmette al Bilancio per la liquidazione. |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|------------------------------------|----------------|---------------------|---|---|---|
| 3 | Associazioni: NUOVALUNA P.IVA 05504530824 AVES odv C.F. 97152900821 SO.RE.S odv P.IVA 06754400825 | 5.02.01.11.04 SERVIZIO DI TRASPORTO EMODIALIZZATI | € 271.660,90 | € 178.495,55 | Gennaio/Giugno 2024 | D. A. 1993/11 e ss. mm. ii. | Assistenza Sanitaria di Base - Dirigente Medico D.ssa Fabiola Di Piazza e Assistente Amministrativo D.ssa Benedetta Sandra Mattina | 1) Istanza del paziente per ottenere l'autorizzazione al trasporto con una delle ditte convenzionate, corredata di documento di riconoscimento, tessera sanitaria e certificazione nefrologica del centro dialisi; 2) assegnazione del paziente ad una delle ditte di trasporto convenzionate a rotazione; 3) consegna dell'autorizzazione al trasporto al paziente, al centro dialisi e alla ditta di trasporto, 4) consegna da parte della ditta di trasporto dei riepiloghi dei trasporti a firma del dializzato, del numero delle sedute dialitiche effettuate viste dal Centro dialitico; 5) verifica della correttezza dei riepiloghi da parte della U.O. Socio sanitaria e successiva creazione dell'ordine sull'applicativo AREAS; accettazione sempre sull'applicativo delle fatture emesse dall'Associazione con specifica della tipologia di trasporto e successiva liquidazione. |
| 4 | Rimborso spese viaggio Soggiorno e cure in Italia | 5.02.01.14.11 CONTRIBUTO/ASSEGNI/SU SSIDI AD ASSISTITI PER CURE FUORI REGIONE | € 672,00 | | Gennaio/Giugno 2024 | L. R le n. 202/79 e s. m. i. | Assistenza Sanitaria di Base / D.ssa Fabiola Di Piazza ed Assistente Amministrativo D.ssa Benedetta Sandra Mattina | 1) istanza utente corredata da documentazione sanitaria rilasciata da struttura pubblica, copia documento di riconoscimento e Tessera Sanitaria da inviare alla Regione per ottenere autorizzazione al rimborso 2) ottenuta autorizzazione dalla commissione regionale, l'utente consegna al Distretto Autocertificazione del reddito, copia ricevute di pagamento per spese di viaggio, trasporto e soggiorno e IBAN; 3) elaborazione proposta di determina per la liquidazione; 5) invio proposta di determina per le verifiche di competenza al Bilancio; 6) restituzione della proposta verificata al Distretto che determina la proposta e la ritrasmette al Bilancio per la liquidazione. |
| 5 | Rimborso spese sanitarie sostenute all'Estero durante un temporaneo soggiorno | 5.02.01.14.02 RIMBORSO ASSISTITI RICOVERO ALL'ESTERO | € 672,00 | | Gennaio/Giugno 2024 | L. R. le n. 202/79 e s. m. i. | Assistenza Sanitaria di Base / D.ssa Fabiola Di Piazza ed Assistente Amministrativo D.ssa Benedetta Sandra Mattina | ***** |
| 6 | Contributo Disabili Gravissimi | 5.02.01.14.18 CONTRIBUTO A DISABILI GRAVISSIMI | budget assegnato mensilmente | € 1.144.800,00 | Gennaio/Giugno 2024 | L. R. 8/2017 e ss. mm. ii. E del DPRS N. 545/2017 e DPRS 589/2018 | Assistenza Sanitaria di Base - Dirigente Medico D.ssa Fabiola Di Piazza e Assistente Amministrativo Sig. Claudio Calafiore | 1) Istanza 2) copia L. 104/92, art. 3, comma 3 3) copia indennità di accompagnamento 4) copia documento di riconoscimento e Tessera Sanitaria 5) copia nomina amministratore di sostegno o copia procura generale o tutela 5) IBAN |

| | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--------------|--------------|---------------------|--|---|---|
| 7 | ONLUS CASA FAMIGLIA ROSETTA P.IVA 01377430853 | 2.02.04.01.12 FONDO QUOTA AIDS | € 292.000,00 | € 121.040,00 | Gennaio/Giugno 2024 | Convenzione con ASP di Palermo di cui alla Deliberazione n. 1066 del 19/07/2022 | Assistenza Sanitaria di Base / D.ssa Fabiola Di Piazza ed Assistente Amministrativo D.ssa Benedetta Sandra Mattina | 1) Istanza dell'assistito 2) certificato Infettivologo 3) verifica della UOC Socio Sanitaria 4) Ricezione riepilogo presenze mensili; 5) Creazione ordine su applicativo AREAS, accettazione Fattura e successiva Liquidazione |
|---|---|-----------------------------------|--------------|--------------|---------------------|--|---|---|