

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 4
N. 286/AV4 DEL 30/04/2013**

Oggetto: [rimborso spese per trattamento ortodontico per minore affetto da labiopalatoschisi]

**IL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 4**

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA l'attestazione del Dirigente / Responsabile della Ragioneria / Bilancio in riferimento al bilancio annuale di previsione;

- D E T E R M I N A -

1. di accogliere le domande di rimborso presentata dalla signora T.T.T.T. madre dell'assistita S.L. (le generalità complete sono indicate agli atti);
2. di liquidare alla sig.ra T.T.T.T. la somma di € 800,00 a titolo di rimborso spese di cui al punto 1
3. di registrare la spesa sul conto 05.08.01.03.03 "Altri rimborsi e contributi agli assistiti" contabilità generale ASUR esercizio 2013 sottoarticolazione Area Vasta 4 , dando atto che il Direttore del Distretto Sanitario n. 2 con la sottoscrizione della scheda di budget di cui al presente provvedimento dichiara che la spesa di cui sopra è coerente con la programmazione del Budget Provvisorio 2013
4. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;

**IL DIRETTORE DI AREA VASTA
Dr. Gianni Genga**

La presente determina consta di n. 6 pagine di cui n. 0 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

(UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA AREA TERRITORIALE)

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- deliberazione 20 dicembre 2007 Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano – rep. n° 274
- Linee guida di pratica clinica e di standard di assistenza e cura per bambini affetti da LabioPalatoschisi: “condividere, diffondere ed implementare le Linee Guida prodotte nell’ambito del programma Eurocleft”
- Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008
- D.P.C.M. 29.11.2001 “livelli essenziali assistenza”

MOTIVAZIONE

L’assistita S.L. è affetta da “labiopalatoschisi di prima classe dento-scheletrica” ed è in cura dal 2001 presso l’Ospedale Pediatrico “Bambin Gesù” di Roma. Ha subito presso detto ospedale n° 2 interventi chirurgici di *cheilognatoschisi monolaterale sinistra* e nel mese di aprile 2008 ha iniziato un trattamento ortodontico.

Da tale data questa Area Vasta ha rimborsato, ai sensi della normativa in premessa indicata, quanto speso dalla madre dell’assistita per il trattamento ortodontico.

In data 17.09.2012 la sig.ra T.T.T.T. - madre dell’assistita - presenta domanda di rimborso delle spese sostenute per il periodo agosto/settembre 2012 per il trattamento ortodontico

In data 31.12.2012 la sig.ra T.T.T.T. - madre dell’assistita - presenta domanda di rimborso delle spese sostenute per il periodo ottobre/novembre 2012 per il trattamento ortodontico

In data 23.01.2013 la sig.ra T.T.T.T. - madre dell’assistita - presenta domanda di rimborso delle spese sostenute per il periodo dicembre 2012/gennaio 2013 per il trattamento ortodontico

In data 18.03.2013 la sig.ra T.T.T.T. - madre dell’assistita - presenta domanda di rimborso delle spese sostenute per il periodo febbraio/marzo 2013 per il trattamento ortodontico

La labiopalatoschisi è una malformazione che interessa il labbro superiore, il palato ed il mascellare caratterizzata dalla presenza di una fissurazione più o meno estesa.

I bambini affetti da questa patologia possono incontrare notevoli difficoltà ad alimentarsi se non correttamente assistiti e, se non operati nei modi e nei tempi corretti, possono andare incontro a sequele funzionali ed estetiche, sviluppando problemi nel linguaggio e manifestando alterazioni della morfologia e della mimica facciale. Attualmente si dispone di tecniche avanzate di chirurgia plastica che consentono di intervenire molto precocemente e di ridurre le conseguenze determinanti ostacoli alla vita di relazione e affettiva del bimbo.

Il trattamento, lungo e complesso, coinvolge numerosi specialisti e consente di ottenere risultati efficaci con una *restitutio ad integrum* sia funzionale che estetica migliorando sensibilmente la qualità di vita del malato. La diagnosi, la terapia e il monitoraggio dei pazienti affetti da questa malformazione sono estremamente complessi e prolungati e considerate le implicazioni sanitarie e psico-sociali, si rende necessario un approccio integrato al trattamento, con la partecipazione di numerosi specialisti quali il chirurgo, il neonatologo, l'ortodontista, il logopedista, lo psicologo, l'otorinolaringoiatra, l'audiologo, il pediatra ed il genetista.

Il progetto EUROCRAN EUROPEAN COLLABORATION ON CRANIOFACIAL ANOMALIES, supportato dalla Comunità Europea ha individuato degli standards di assistenza e prodotto il documento "EUROCLEFT CONSENSUS RECOMMENDATIONS" accolto anche dal documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Global strategies to reduce the Health-Care burden of Craniofacial Anomalies". Esso contiene raccomandazioni per il trattamento comprensive di indicazioni tecnico-organizzative e definisce gli standard minimi di cura.

Le linee guida del Ministero della Salute citate in premessa:

- implementano le indicazioni e gli standard di cui sopra;
- in applicazione del punto 3.3. del PSN 2006/08, prevedono l'identificazione di Centri di Riferimento ove siano presenti le risorse tecnologiche e professionali più idonee a produrre i migliori risultati: a tal fine si dà atto che l'ospedale "Bambin Gesù" di Roma è uno di questi Centri di Riferimento.

IN DIRITTO

Il diritto alla salute ed il diritto alla equità nell'accesso alle prestazioni sono enunciati quali principi fondamentali nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che devono essere assicurati a tutti i cittadini.

Le linee guida Ministero Salute espressamente prevedono che:

- l'accesso al trattamento di cui trattasi non dovrebbe dipendere dalla capacità economica del paziente;

- a tutti i pazienti affetti da labiopalatoschisi **deve essere garantita dal SSN il trattamento ortodontico/ortopedico**, nel rispetto del protocollo terapeutico assistenziale personalizzato.

ESITO DELL'ISTRUTTORIA

Preso atto:

- della necessità del trattamento ortodontico in atto per minori affetti da labiopalatoschisi;
- che le prestazioni di cui si chiede il rimborso sono state erogate da un Centro di Riferimento riconosciuto dal programma europeo EUROCLEFT;
- che tali cure devono essere garantite dal S.S.N.;
- della regolarità della documentazione, sanitaria e di spesa, presentata in originale dalla madre dell'assistita, unitamente alla domanda di rimborso;

con il presente provvedimento in accoglimento della domanda di rimborso si intende liquidare la somma di **€ 800,00** per il trattamento ortodontico in atto.

Dal piano di trattamento redatto dalla struttura ospedaliera in data 20.04.2012 risulta che l'assistita dovrà sottoporsi a trattamento ortodontico per ulteriori 2 anni.

Si deve pertanto dare atto che le domande di rimborso che verranno presentate in futuro dalla madre dell'assistita, fermo restando la verifica dei requisiti di fatto e di diritto, verranno liquidate con successivi provvedimenti.

Si dà infine atto che il Direttore del Distretto Sanitario n. 2 con la sottoscrizione della scheda di budget di cui al presente provvedimento dichiara che la spesa di cui sopra è coerente con la programmazione del Budget Provvisorio 2013.

Stante quanto sopra premesso si propone al Direttore della Area Vasta 4, per l'adozione, il seguente schema di determina:

1. di accogliere le domande di rimborso presentata dalla signora T.T.T.T. madre dell'assistita S.L. (le generalità complete sono indicate agli atti);
2. di liquidare alla sig.ra T.T.T.T. la somma di € 800,00 a titolo di rimborso spese di cui al punto 1
3. di registrare la spesa sul conto 05.08.01.03.03 "Altri rimborsi e contributi agli assistiti" contabilità generale ASUR esercizio 2013 sottoarticolazione Area Vasta 4, dando atto che il Direttore del Distretto Sanitario n. 2 con la sottoscrizione della scheda di budget di cui al presente provvedimento dichiara che la spesa di cui sopra è coerente con la programmazione del Budget Provvisorio 2013
4. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;

Il Dirigente Responsabile del Procedimento
Dott. Michele Gagliani

Il Direttore UOC DAAT
Dott. Fabio Barboni

IL Dirigente del Bilancio

Il sottoscritto, vista la dichiarazione del responsabile del procedimento, attesta che i costi di cui al presente atto rientrano nella disponibilità economica di cui al conto di riferimento del budget provvisorio 2013 (AUT 34 SUB 2)

Il Direttore UOC Bilancio
Dott. Luigi Stortini

PROPOSTA DI SPESA – BUDGET 2013

U.O.: DISTRETTO SANITARIO n: 2

CONTO n. 0508010303

DESCRIZIONE CONTO: ALTRI RIMBORSI E CONTRIBUTI AGLI ASSISTITI

A	BUDGET ANNO 2013	Euro: _____
B	IMPEGNATO/ORDINATO PROGRESSIVO ANNO 2012	Euro: _____
C= A-B	BUDGET RESIDUO	Euro: _____
D	SPESA OGGETTO DI DETERMINA	Euro: 800,00
E=C-D	BUDGET RESIDUO	Euro: _____

In caso di non disponibilità di budget, indicare le motivazioni della richiesta ed i conti di propria competenza dai quali reperire le risorse necessarie:

PRECISAZIONI PER SPESE PLURIENNALI

(Le spese pluriennali vanno indicate anche con riferimento agli esercizi successivi che con separati atti saranno assunte).

Spesa complessiva di Euro: per il periodo:

Anno: Spesa registrata Euro: _____

Anno: Spesa da registrare Euro: _____

Anno: _____ Spesa da registrare Euro: _____

con successivi e separati atti.

Data

II DIRETTORE DISTRETTO 2

- ALLEGATI -