

N. 500 /D.C.T.A.A.D.

**ORIGINALE**

**OGGETTO:** Liquidazione fatture per fornitura presidi per diabetici, materiale diagnostico e alimenti senza glutine a pazienti temporaneamente fuori Regione - D.S. di Crotone.

In data 06/07/2016 nella Sede del Dipartimento di Coordinamento Tecnico Area Assistenza Distrettuale dell'A.S.P. sita in Crotone, Via M. Nicoletta, presso il Centro Direzionale "Il Granaio";

Su conforme proposta del Responsabile del procedimento designato, nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal Direttore del Distretto Sanitario di Crotone;

**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI COORDINAMENTO TECNICO AREA  
ASSISTENZA DISTRETTUALE**

**PREMESSO** che i presidi per diabetici, materiale diagnostico, nonché la fornitura di alimenti senza glutine, somministrati da parte di Strutture pubbliche a cittadini residenti nella nostra ASP che si trovano temporaneamente domiciliati fuori Regione, non sono assoggettate a prestazioni di mobilità sanitaria extra regionale in quanto appartenenti alla spesa per l'assistenza integrativa farmaceutica;

**VISTE** le fatture ATS Milano Città Metropolitana: n. 413-534 del 27/05/2016 per un importo di € 307,00, n. 555-534 del 14/06/2016 per un importo di € 27,30, n. 556-534 del 14/06/2016 per un importo di € 27,30, n. 558-534 del 14/06/2016 per un importo di € 38,32, n. 588-534 del 14/06/2016 per un importo di € 27,30, tutte corredate da documentazione sanitaria ove si evince l'autorizzazione della nostra Azienda e la relativa fornitura di presidi per assistenza integrativa farmaceutica ai pazienti residenti nella nostra A.S.P. e domiciliati temporaneamente fuori Regione;

**CONSIDERATO** inoltre che l'ufficio di competenza ha effettuato i dovuti controlli amministrativo-contabili;

**VISTO** il D.M. 329/99 con modifiche apportate ai sensi del D.M. n. 279/01 e n. 296/01;

**VISTA** altresì, la circ. n. 13/2001;

**DETERMINA**

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

-LIQUIDARE l'importo complessivo di € 427,22 alla ATS Milano Città Metropolitana - C.so Italia, 19 - 20122 - Milano - C.F.: 09320520969 - IBAN: IT8700100003245139300319711, a titolo rimborso spese per prestazioni fornitura presidi farmaceutici a pazienti residenti in questa ASP;

-AUTORIZZARE l'Ufficio di Ragioneria ad emettere mandato di pagamento in favore dell' ATS Milano Città Metropolitana per come sopra specificato;

-Di far gravare la spesa di € 427,22 sul conto n. 5 02 01 13 06, del Bilancio corrente e sul Centro di costo n. KR 02.01.04.

Il Resp.del procedimento/Il Resp. U.O. Cure Primarie D.S. Crotonese: \_\_\_\_\_  
Dott. Giovanni Rossano

Il Direttore del D.S. di Crotonese ad interim: \_\_\_\_\_  
Dott. Sergio D'Ippolito

Il Direttore del D.C.T.A.A.D. ad interim: \_\_\_\_\_  
Dott. Agostino Talerico

**\*Ufficio Affari Generali\***  
**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

La presente determina, è pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'Azienda in data **06 LUG.2016**, con protocollo della U.O. Segreteria Generale n. **1831** ed ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Il Responsabile del Procedimento

**Valter Cosentino**



Il Direttore dell'Ufficio AAGG

**Il Direttore f.f. Ufficio**

**Affari Generali e Legali**

**Dr.ssa Anna GIORDANO**

