

**Regione Piemonte**

**SOC  
FARMACIA**

**Direttore Dr.ssa Laura POGGI**

<b>O G G E T T O</b>	<b>CONTRIBUTO ART. 17 D.P.R. 371/98 A FAVORE DI ENPAF E FARMACIE PUBBLICHE - ANNO 2015</b>
--	--

## DETERMINAZIONE N. 704 del 05.06.2015

AUTORIZZAZIONE BUDGET

al N. 2 conto 3100404

al N. \_\_\_\_\_conto \_\_\_\_\_

al N. \_\_\_\_\_conto \_\_\_\_\_

al N. \_\_\_\_\_conto \_\_\_\_\_

SUB 14 Spesa prevista 15.126,60

SUB \_\_\_\_\_ Spesa prevista \_\_\_\_\_

SUB \_\_\_\_\_ Spesa prevista \_\_\_\_\_

SUB \_\_\_\_\_ Spesa prevista \_\_\_\_\_

Si attesta che la spesa rientra nel budget attribuito alla SOC FARMACIA

Si attesta la regolarità contabile e le imputazioni a Bilancio derivanti dal provvedimento

data, .....

Il Direttore SOC  
Responsabile del Procedimento  
(Dr.ssa Laura POGGI)

## DETERMINAZIONE N. 704 del 05.06.2015

### IL DIRETTORE S.O.C. FARMACIA

**Visto** l'art. 20 del D.P.R. 94/89, il quale prevede la corresponsione all'ENPAF da parte delle U.S.L. di un contributo pari allo 0,15% della spesa sostenuta nell'anno 1986 dal S.S.N. per la erogazione delle prestazioni farmaceutiche in forma diretta;

**Visto** altresì l'art. 17 commi 4 e 5 del D.P.R. 371/98, il quale ha parzialmente modificato l'art. 20 del D.P.R. sopra citato come segue: "omissis le aziende U.S.L. verseranno all'ENPAF, a titolo di contributo a favore dei titolari di farmacia privata, un importo pari allo 0,15% della spesa sostenuta nell'anno 1986 S.S.N. per l'erogazione delle prestazioni farmaceutiche in forma diretta ai sensi del presente accordo. Detto importo è destinato ai titolari di farmacia in quota pro capite. Il suddetto contributo viene altresì corrisposto dalle aziende alle farmacie pubbliche omissis".

Il contributo di cui al comma 4 è versato all'ENPAF e alle farmacie pubbliche trimestralmente e comunque entro il mese successivo a ciascun trimestre solare."

**Preso atto** che, per effetto di quanto sopra esposto, gli importi da liquidare per l'anno 2015 risultano essere i seguenti:

FARMACIE PRIVATE	€ 14.504,96
A favore dei titolari di farmacie private da versare all'ENPAF – Banca Popolare di Sondrio – Roma sede IBAN IT30 F056 9603 2110 0005 3000 X42	
FARMACIE PUBBLICHE	€ 621,64
Da versare a: CARIM S.p.a. – Cassa di Risparmio di Rimini - Agenzia di Via Cavour 251 – c/c 3005.3 – INTESTATO AD ASSOFARM - CAB 03201 – ABI 06285	

*In virtù dell'autonomia gestionale ed economico finanziaria attribuita ed in conformità ai vigenti atti di programmazione ed indirizzo aziendali*

### DETERMINA

- 1) Di liquidare la spesa di € 15.126,60 come in premessa ripartita quale contributo dello 0,15% relativo all'anno 2015 da corrispondere trimestralmente, e comunque entro il mese successivo a ciascun trimestre solare, all'ENPAF ed alle farmacie pubbliche
- 2) Di imputare il suddetto importo sul conto economico 3.10.04.04 autorizzazione 2015 n. 2 sub 14 del Bilancio corrente
- 3) Di demandare alla S.O.C. R.E.F. i necessari e conseguenti adempimenti

**Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento proposto**

data, 05.06.2015

Il Direttore SOC Farmacia  
Responsabile del Procedimento  
(Dr.ssa Laura POGGI)

**ESECUTIVITA' CONTESTUALE ALLA PUBBLICAZIONE DELLA PRESENTE DETERMINA  
ALL'ALBO UFFICIALE ON LINE DELL'ASL VCO**

## DETERMINAZIONE N. 704 del 05.06.2015

La presente determinazione viene pubblicata all'Albo ufficiale on line della ASL VCO ([www.aslvco.it](http://www.aslvco.it)) il primo giorno lavorativo successivo all'assunzione del presente provvedimento e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Trasmissione informatica attraverso procedura aziendale ARCHIFLOW alle seguenti Strutture Aziendali:

<input type="checkbox"/>	DSO V	<input type="checkbox"/>	DSM	<input type="checkbox"/>	MED. COMP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SERT	<input type="checkbox"/>	DP	<input type="checkbox"/>	FL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIST. 0	<input type="checkbox"/>	F	<input checked="" type="checkbox"/>	REF	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIST. V	<input type="checkbox"/>	SD	<input type="checkbox"/>	ITB	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIST. D	<input type="checkbox"/>	LP	<input type="checkbox"/>	ICT	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ML	<input type="checkbox"/>	AG	<input type="checkbox"/>	DIP TECNICO AMMVO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MED URG	<input type="checkbox"/>	BC	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SITRPO	<input type="checkbox"/>	RU	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	PP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>