

ORIGINALE

**Regione Siciliana**  
**Azienda Sanitaria Provinciale di**  
**AGRIGENTO**

**STRUTTURA DISTRETTO SANITARIO DI BIVONA**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 675 DEL 10 MAR 2026**

**OGGETTO: Liquidazione e pagamento Farmacia DOTT. MAURIZIO PACE & C S.A.S.-  
SCIACCA- per la fornitura di prodotti per il MORBO CELIACO anno 2025.**

**STRUTTURA PROPONENTE: DISTRETTO SANITARIO DI BIVONA**

PROPOSTA N 648 DEL 04.03.2026

IL RESPONSABILE del PROCEDIMENTO  
Assistente Amministrativo  
**DOTT. SSA MARIA BARTOLOMEO**

IL DIRIGENTE MEDICO  
UOS Distretto di Bivona  
**DOTT. SSA BENEDETTA VACCARO**

**VISTO CONTABILE**

Si attesta la copertura finanziaria:

( ) come da prospetto allegato ( ALL. N. \_\_\_\_\_ ) che è parte integrante della presente determina.

( ) Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ **FATTURE REGISTRATE**  C.E. /  C.P. 0502010504  
**COSTO RILEVATO**

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 10 MAR 2026

**STRUTTURA DISTRETTO SANITARIO DI BIVONA**

L'anno duemilaventisei il giorno DIECI del mese di MARZO nella sede della  
suindicata Struttura

**IL DIRIGENTE DELEGATO**

Giusta atto di delega del Direttore Generale, Dott. Giuseppe Capodiecì, prot. n.88 del 25/06/2024,  
Registro Deleghe.

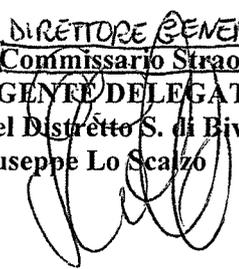
VISTO l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con delibera n.880 del 10/06/2020;  
CONSIDERATO che il Ministero della Sanità con decreto 1° Luglio 1982 stabilisce, tra l'altro, il diritto dei soggetti affetti da malattia celiaca ad ottenere gratuitamente, con spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale, i prodotti dietetici senza glutine, necessari per il trattamento della patologia;  
VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 10/08/2018 che fissa i limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'articolo 4, commi 1 e 2, della legge 4 Luglio 2005, n. 123, recante: norme per la protezione dei soggetti malati di Celiachia;  
VISTA la fattura elettronica presentata dalla Farmacia **DOTT. MAURIZIO PACE & C S.A.S.-SCIACCA-** per i mesi da Gennaio a Settembre / 2026, per complessive €.2.230,00;  
VISTE le relative pratiche presentate dalla Farmacia a questo Distretto, relative ai mesi da Gennaio a Settembre / 2026, per complessive €.2.230,00 il cui cartaceo è custodito agli atti e disponibile alla visione di chi vi abbia interesse;  
RILEVATA la congruità tra quanto autorizzato e quanto pagato;  
VISTA la lista di liquidazione allegata sotto la lettera "A";  
VISTA la regolarità dei DURC, in corso di validità, allegati sotto la lettera "B";  
Ritenuto e considerato quanto sopra;  
DATO atto che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Dirigente Responsabile della Struttura Distretto Sanitario di Bivona proponente, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne attesta la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

### DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui integralmente trascritte:

1. Liquidare e pagare, secondo quanto previsto dall'art. 1 comma 629 lettera b, della legge 23 Dicembre 2014 N. 190, alla farmacia la complessiva somma di €.2.230,00 come da lista di liquidazione N.887 del 13/02/2026, per la fornitura di prodotti dietetici resa agli utenti affetti da **Morbo Celiaco** nei mesi da Gennaio a Settembre / 2026, in virtù' del decreto assessoriale in atto vigente;
2. L'onere del presente provvedimento, deve essere imputato sul Conto Economico Patrimoniale N. C502010504- Centro di Costo N. 300175602 del 2025.
3. Stabilire che il presente atto sarà portato in esecuzione dal Settore Economico Finanziario.

**DIRETTORE GENERALE**  
Per delega del **Commissario Straordinario**  
**IL DIRIGENTE DELEGATO** **DELEGATO**  
Direttore del Distretto S. di Bivona  
Dr. Giuseppe Lo Scalzo



**LISTA DI LIQUIDAZIONE**  
N.° Liq.: 887 Del 13/02/2026

**ASSEGNATARIO: 204 - TERRITORIO**

**PRG. SPESA: 2025 / 1040 - ACQUISTI SERVIZI SANITARI PER ASSISTENZA INTEGRATI**

**CONTO: C502010504 ASSISTENZA INTEGRATIVA DA PRIVATO**

**Fornitore: (250077512) FARMACIA DEL DOTT.  
MAURIZIO PACE & C. S.A.S.**

VIA CAPPUCCINI, 58  
90129 SCIACCA ()  
C.F. - P.IVA: 02993730841

<u>Protocollo</u>	<u>Data Prot.</u>	<u>Cont.</u>	<u>Num. Documento</u>	<u>Data Doc.</u>	<u>Importo</u>	<u>Codice CIG</u>	<u>Codice CUP</u>
0 / 2025 / 51855	19/12/2025	IS GE	149/25/PA	24/11/2025	€ 2.230,00		

**Totale Fornitore - 250077512 € 2.230,00**

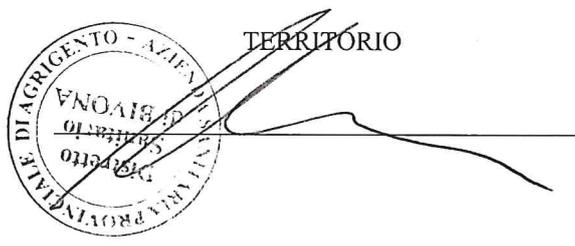
**TOTALE CONTO - C502010504 € 2.230,00**

**TOTALE PRG. SPESA - 2025 / 1040 € 2.230,00**

**TOTALE ASSEGNATARIO - 204 € 2.230,00**

STAMPATO E AUTOMATICAMENTE RESO  
VALIDO PER LA LIQUIDAZIONE  
Funzionario incaricato  
Centro di Costo  
N. 300175609  
Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento  
Distretto Sanitario di Bivona  
POLIAMBULATORIO  
Servizio Medicina di Base  
Il Dirigente Medico  
**Dott.ssa Benedetta Vaccaro**

TERRITORIO



## Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_52760527	Data richiesta	09/02/2026	Scadenza validità	09/06/2026
-------------------	----------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	FARMACIA DEL DOTT. MAURIZIO PACE & C. S.A.S.
Codice fiscale	02993730841
Sede legale	VIA DEI CAPPUCCINI, 107/109 92019 SCIACCA (AG)

Con il presente Documento si dichiara che il soggetto sopra identificato **RISULTA REGOLARE** nei confronti di

I.N.P.S.
I.N.A.I.L.

Il Documento ha validità di 120 giorni dalla data della richiesta e si riferisce alla risultanza, alla stessa data, dell'interrogazione degli archivi dell'INPS, dell'INAIL e della CNCE per le imprese che svolgono attività dell'edilizia.



## PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente determina, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

L'Incaricato

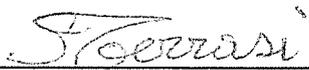
Il Funzionario Delegato  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_ con nota prot. n. \_\_\_\_\_

## ESECUTIVITA' DETERMINA

- Immediatamente esecutiva dal 10 MAR 2026  
Agrigento, li 10 MAR 2026

Il Referente Ufficio Atti deliberativi  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi



## REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Agrigento, li

Il Referente Ufficio Atti deliberativi  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi