

DISTRETTO UNICO AZIENDALE

DETERMINA N. 142

Oggetto: Struttura Sanitaria Casa Protetta per Anziani Villa del Rosario con sede in Cotronei. Liquidazione prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria mese di NOVEMBRE anno 2020 - Quota a carico Fondo Sociale Regionale.

In data 25.01.2021 nella sede del Distretto Unico Aziendale sito in Crotone, via M. Nicoletta Centro Direzionale "Il Granaio";  
Su conforme proposta del Responsabile del Procedimento nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal medesimo Responsabile;

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE

PREMESSO

che con provvedimento protocollo n. 17943 del 30/04/2020 a firma congiunta del Commissario Straordinario Dr. Gilberto Gentili, del Direttore Sanitario Dr. Massimo D'Angelo e del Direttore Amministrativo Avv. Francesco Masciari, è stata revocata la nota n. 14069 del 12 marzo 2019 che assegnava le competenze relative alle prestazioni di Assistenza Territoriale Riabilitativa Socio Sanitaria e Residenziale e di Riabilitazione Estensiva alla UOC Controllo di Gestione e Sistema Informativo, riassegnando le stesse al coordinamento del DISTRETTO UNICO AZIENDALE al fine di assicurare una più efficace e funzionale organizzazione;

che, con D.C.A. n. 04 del 07 gennaio 2020 è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'anno 2020 per le strutture erogatrici di prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria con oneri a carico del SSR;

che in data 21/01/2020 è stato stipulato il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici tra questa ASP e la Struttura Sanitaria Casa Protetta per Anziani Villa del Rosario, con sede in Cotronei, per l'acquisto di prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria, per l'anno 2020, che definisce, tra l'altro, le modalità di controllo, verifica e liquidazione delle prestazioni erogate;

che per come espressamente convenuto e stipulato all'art. 1 del citato contratto, l'erogatore accetta di erogare le prestazioni sanitarie per le quali è stato accreditato, nei limiti delle risorse finanziarie trasferite a questa ASP quale quota a carico del fondo sociale regionale di cui all'articolo 5 della legge regionale n. 11/2015 e in relazione alle tariffe per tipologia di struttura determinate con DCA n.118 del 14/09/2017;

Considerato

che la Struttura sanitaria di cui trattasi, per le prestazioni erogate nel mese di NOVEMBRE dell'anno 2020, ha trasmesso a questa ASP la fattura elettronica n. 5/53 del 02 dicembre 2020 di € 17.115,79 quale quota a carico del Fondo Sociale Regionale;

che la fattura allegata alla presente determina, ne costituisce parte integrante;

Dato atto

che l'istruttoria amministrativo-contabile per la liquidazione della fattura di cui sopra è stata eseguita secondo i relativi provvedimenti regionali per come indicato all'art. 8 del contratto dal Sig. Mario Pellizzi, Ass/te Amm/vo c/o il competente ufficio;

che la struttura ha documentato, con specifico allegato alla fattura di cui sopra, le prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria con oneri a carico del Fondo sociale regionale;

che il competente ufficio dell'ASP ha effettuato i controlli amministrativo-contabili sulle prestazioni di assistenza di riabilitazione territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria di cui trattasi;

Vista

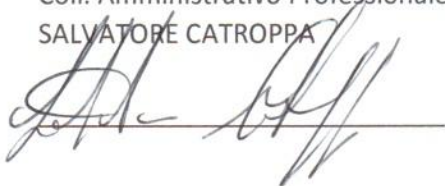
la nota del Dipartimento Tutela della Salute protocollo n. 344791 del 18/11/2015 che ha definito le modalità di pagamento della quota sociale alle strutture sopra indicate e ha stabilito che il pagamento dovrà avvenire dopo opportuno trasferimento economico da parte del Dipartimento Tutela della Salute alle ASP competenti.

#### DETERMINA

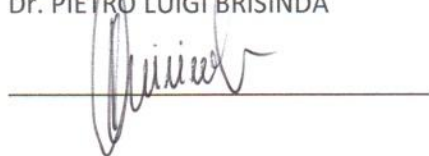
Per quanto in premessa specificato e descritto, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato:

1. Liquidare alla Struttura Sanitaria Casa Protetta per Anziani Villa del Rosario, con sede in Cotronei, per prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria, con oneri a carico del Fondo Sociale Regionale, la fattura n. 5/53 del 02 dicembre 2020 di € 17.115,79 relativa al mese di NOVEMBRE dell'anno 2020.
2. Disporre che il competente Ufficio Ragioneria provveda all'emissione del relativo mandato di pagamento.
3. Trasmettere copia della presente determina alla Segreteria Generale dell'Azienda per la relativa pubblicazione.

Responsabile del Procedimento  
Coll. Amministrativo Professionale  
SALVATORE CATROPPIA



Il Direttore F. F. del Distretto Unico Aziendale  
Dr. PIETRO LUIGI BRISINDA



# CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente determina è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 27 GEN. 2021 con protocollo n. 271

Il Responsabile del procedimento  
COLL. ANILVO PROF.  
Rag. Francesco SORVILLO

Il Direttore U.O.C.  
Affari Generali e Legali  
Dr.ssa Anna Giordano



# FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **SM03473**  
Progressivo di invio: **5/53**  
Formato Trasmissione: **FPA12**  
Codice Amministrazione destinataria: **HL48K0**

## Dati del cedente / prestatore

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02695170791**  
Codice fiscale: **02695170791**  
Denominazione: **VILLA DEL ROSARIO S.r.l.**  
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

### Dati della sede

Indirizzo: **LOC.TREPIDO'SOTTANO**  
CAP: **88836**  
Comune: **COTRONEI**  
Provincia: **KR**  
Nazione: **IT**

### Recapiti

Telefono: **0962492993**  
E-mail: **garofalo@sadelnet.it**

## Dati del cessionario / committente

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01997410798**  
Denominazione: **A.S.P. DI CROTONE RICOVERI RSA-RA (QUOTA SOCIALE)**

### Dati della sede

Indirizzo: **VIA MARIO NICOLETTA C/O CENTRO DIREZ GRANAIO**  
CAP: **88900**  
Comune: **CROTONE**  
Provincia: **KR**  
Nazione: **IT**

## Dati del terzo intermediario soggetto emittente

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **SM03473**  
Denominazione: **Passepartout S.p.A**

## Soggetto emittente la fattura

Soggetto emittente: **TZ** (terzo)

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2020-12-02** (02 Dicembre 2020)  
Numero documento: **5/53**  
Importo totale documento: **17115.79**  
Causale: **CP V.DEL ROSARIO**

## Bollo

Bollo virtuale: **SI**  
Importo bollo: **2.00**

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

### Nr. linea: 1

#### Codifica articolo

Tipo: **PROPRIETARIO**  
Valore: **RA 02**  
Descrizione bene/servizio: **RICOVERO ANZIANI CASA PROTETTA "VILLA DEL ROSARIO"**  
Quantità: **441.000000**  
Unità di misura: **GG**  
Valore unitario: **121.420000**

#### Sconto/Maggiorazione

Tipo: **SC** (sconto)  
Percentuale (%): **50.00**  
Valore totale: **26773.11**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esente)

### Nr. linea: 2

#### Codifica articolo

Tipo: **PROPRIETARIO**  
Valore: **QUOTA UT**  
Descrizione bene/servizio: **QUOTA A CARICO UTENTE**  
Quantità: **1.000000**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **-9657.320000**  
Valore totale: **-9657.32**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esente)

#### Altri dati gestionali

Tipo dato: **NOTA**

Valore testo: **QUOTA SOCIALE**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **RICOVERI ANZIANI CASA PROTETTA**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **"VILLA DEL ROSARIO" MESE DI NOVEMBRE**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **2020 GG 441**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **IL PAGAMENTO DELLA FATTURA DOVRA'**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **ESSERE EFFETTUATO SU ASTREA QUATTRO SPV**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **CESSIONARIA DEL CREDITO**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **IBAN IT41E0503401647000000007926**

## Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**  
Natura operazioni: **N4** (esenti)  
Totale imponibile/importo: **17115.79**  
Totale imposta: **0.00**  
Riferimento normativo: **Operazione Esente art.10-DPR 633/72**

## Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

### *Dettaglio pagamento*

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2021-02-02** (02 Febbraio 2021)  
Importo: **17115.79**  
Istituto finanziario: **BPM SPA ASTREA QUATTRO SPV**  
Codice IBAN: **IT41E0503401647000000007926**  
Codice ABI: **05034**  
Codice CAB: **01647**

## Dati relativi agli allegati

Nome dell'allegato: **PROSPETTO CONT NOV 20 CP.pdf**  
Formato: **pdf**

Versione prodotta con foglio di stile SdI [www.fatturapa.gov.it](http://www.fatturapa.gov.it)