

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE ff. N. 2014 DEL 07 NOV. 2019

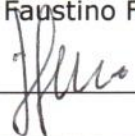
OGGETTO: LIFE s.r.l. con sede in Isola di Capo Rizzuto. Liquidazione prestazioni di assistenza riabilitativa estensiva extra-ospedaliera ambulatoriale e domiciliare mese di SETTEMBRE anno 2019. Quota a carico Fondo Sanitario Regionale.

Il Direttore Generale ff Dr.ssa Maria Pompea Bernardi, nominato con D.L. n. 35 del 30 Aprile 2019, adotta la seguente deliberazione in merito all'argomento indicato in oggetto, assistito dal Direttore del Dipartimento Programmazione Sanitaria

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e Sistemi Informatici.

Il Direttore dell'U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e Sistemi Informatici propone al Direttore Generale ff l'adozione del presente atto del quale ha accertato la regolarità tecnico-procedurale.

Il Responsabile del Procedimento
Dott. Faustino Ferro



Il Direttore U.O.C.
Dr.ssa Angelina Rizzuti



Visto del Direttore del Dipartimento Programmazione e Controllo

Il Direttore del Dipartimento
Dott. Giuseppe Fratto



PREMESSO

che con provvedimento protocollo n. 14069 del 12/03/2019 a firma del Commissario Dr. Antonio Graziano e del Direttore Sanitario Dr.ssa Maria Pompea Bernardi, in attuazione di quanto stabilito al punto 27 secondo comma dell'atto aziendale adottato da questa ASP con deliberazione n. 253/2016, si è proceduto al riordino e centralizzazione delle procedure, attività e controlli delle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza territoriale riabilitativa sociosanitaria residenziale e di riabilitazione estensiva;

che, con D.C.A. n. 35 del 22 febbraio 2019 è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 per le strutture erogatrici di prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria con oneri a carico del SSR;

che in data 26/02/2019 è stato stipulato il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici tra questa ASP ed il centro "LIFE s.r.l." per l'acquisto di prestazioni di assistenza riabilitativa extra-ospedaliera per l'anno 2019 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 assegnate a questa ASP con il citato DCA n. 35/2019 e pari a € 314.424,00 per trattamenti ambulatoriali ed € 793.452,00 per trattamenti domiciliari;

Considerato

che la Struttura sanitaria di cui trattasi, per le prestazioni erogate nel mese di SETTEMBRE dell'anno 2019, ha trasmesso a questa ASP la fattura elettronica n. 20 del 17 Ottobre 2019 di € 35.016,00 per accessi ambulatoriali e la fattura elettronica n. 21 del 17 Ottobre 2019 di € 64.942,00 per accessi domiciliari quale quota a carico del Fondo Sanitario Regionale;

che le fatture allegate alla presente delibera, ne costituiscono 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;

che la struttura ha documentato, con specifici allegati alle fatture di cui sopra, le prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale residenziale sanitaria e sociosanitaria con oneri a carico del SSR, che costituisce il riferimento per la definizione dei rapporti economici in conformità alle disposizioni della vigente normativa, per come stabilito all'art. 5 del contratto;

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;

Dato atto

che l'ASP sulla base della valutazione svolta dalla competente UVM ha proceduto ad autorizzare i ricoveri presso la struttura di cui trattasi e che lo stesso UVM ha proceduto entro i termini di scadenza alle verifiche ed eventuale proroga dei ricoveri già autorizzati.

PROPONE

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

- 1 Liquidare alla struttura LIFE s.r.l. di Isola di Capo Rizzuto per prestazioni di assistenza riabilitativa extra-ospedaliera ambulatoriale e domiciliare con oneri a carico del FSR la fattura n. 20 del 17 Ottobre 2019 di € 35.016,00 e la fattura n. 21 del 17 Ottobre 2019 di € 64.942,00 relative al mese di SETTEMBRE dell'anno 2019 per un importo complessivo di euro 99.958,00.
- 2 Disporre che il competente Ufficio Ragioneria provveda all'emissione del relativo mandato di pagamento.
- 3 Trasmettere copia della presente deliberazione alla Segreteria Generale dell'Azienda per la relativa pubblicazione.

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Referente Sanitario

IL Direttore Generale ff

Vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Referente Sanitario.

Ritenuto di condividerne il contenuto.

DELIBERA

di approvare la superiore proposta che qui s'intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata dal Direttore della struttura proponente.

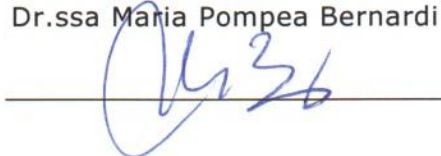
Il Direttore Amministrativo
Avv. Francesco Masciari



Il Referente Sanitario
Dott. Pietro L. Brisinda



Il Direttore Generale ff
Dr.ssa Maria Pompea Bernardi



UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio

dell'Azienda in data 07 NOV. 2019 con protocollo n. 162

Il Responsabile del procedimento
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
COLL. AMM.VO 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: **IT02313821007**
Progressivo di invio: **-179ljuLOn**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **FD57BJ**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT03439190798**
Codice fiscale: **03439190798**
Denominazione: **LIFE S.R.L.**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **Via Crotone**
Numero civico: **154**
CAP: **88841**
Comune: **ISOLA DI CAPO RIZZUTO**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **KR**
Numero di iscrizione: **179362**
Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

Recapiti

E-mail: **LIFESRL.ICR@PEC.IT**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale: **01997410798**
Denominazione: **Azienda Sanitaria Provinciale Crotone**

Dati della sede

Indirizzo: **Via M.Nicoletta c/o centro Direzionale Il Granaio**
CAP: **88900**
Comune: **Crotone**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Versione prodotta con foglio di stile Sdl www.fatturapa.gov.it

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2019-10-17** (17 Ottobre 2019)
Numero documento: **20**
Importo totale documento: **35016.00**
Causale: **Fattura ambulatorio Settembre 2019**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **Fattura ambulatorio settembre 2019 per prestazioni ambulatoriali**
Quantità: **600.00**
Unità di misura: **numero**
Valore unitario: **58.36**
Valore totale: **35016.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esente)

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**
Natura operazioni: **N4** (esenti)
Totale imponibile/importo: **35016.00**
Totale imposta: **0.00**

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)
Decorrenza termini di pagamento: **2019-10-17** (17 Ottobre 2019)
Termini di pagamento (in giorni): **180**
Data scadenza pagamento: **2020-04-17** (17 Aprile 2020)
Importo: **35016.00**
Istituto finanziario: **Banca Popolare dell'Emilia Romagna**
Codice IBAN: **IT35M0538722204000002429567**
Codice ABI: **05387**
Codice CAB: **22204**

Dati relativi agli allegati

Nome dell'allegato: **FATTURA AMBULATORIO 20 2019.pdf**

FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT02313821007**
Progressivo di invio: **3317q6WKO8**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **FD57BJ**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT03439190798**
Codice fiscale: **03439190798**
Denominazione: **LIFE S.R.L.**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **Via Crotone**
Numero civico: **154**
CAP: **88841**
Comune: **ISOLA DI CAPO RIZZUTO**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **KR**
Numero di iscrizione: **179362**
Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

Recapiti

E-mail: **LIFESRL.ICR@PEC.IT**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale: **01997410798**
Denominazione: **Azienda Sanitaria Provinciale Crotone**

Dati della sede

Indirizzo: **Via M.Nicoletta c/o centro Direzionale Il Granaio**
CAP: **88900**
Comune: **Crotone**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Versione prodotta con foglio di stile SdI www.fatturapa.gov.it

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2019-10-17** (17 Ottobre 2019)
Numero documento: **21**
Importo totale documento: **64942.00**
Causale: **Fattura domicilio Settembre 2019**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **Fattura domicilio Settembre 2019 per prestazioni domiciliari**
Quantità: **950.00**
Unità di misura: **numero**
Valore unitario: **68.36**
Valore totale: **64942.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esente)

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**
Natura operazioni: **N4** (esenti)
Totale imponibile/importo: **64942.00**
Totale imposta: **0.00**

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)
Decorrenza termini di pagamento: **2019-10-17** (17 Ottobre 2019)
Termini di pagamento (in giorni): **180**
Data scadenza pagamento: **2020-04-17** (17 Aprile 2020)
Importo: **64942.00**
Istituto finanziario: **Banca Popolare dell' Emilia Romagna**
Codice IBAN: **IT35M0538722204000002429567**
Codice ABI: **05387**
Codice CAB: **22204**

Dati relativi agli allegati

Nome dell'allegato: **FATTURA DOMICILIO 21 2019.pdf**