



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE IT N. 2087 DEL 11 NOV. 2019

Oggetto: Casa di Cura Santa Rita con sede in Cirò Marina.

Liquidazione prestazioni di assistenza ospedaliera post-acuzie relativa al mese di settembre 2019.

Il Direttore Generale ff Dr.ssa Maria Pompea Bernardi, nominata con D.L. n. 35 del 30 Aprile 2019, adotta la seguente deliberazione in merito all'argomento indicato in oggetto, assistita 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.
D.ssa Angelina Rizzuti

Visto del Direttore del Dipartimento Programmazione e Controllo

Il Direttore Dipartimento
Dr. Giuseppe Fratto

PREMESSO

che con D.C.A. n. 38 del 22/02/2019 del Commissario Ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 per le strutture erogatrici di prestazioni di assistenza ospedaliera con oneri a carico del SSR;

che,

in data 27/02/2019 è stato stipulato il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici tra questa Azienda Sanitaria e la Casa di Cura Santa Rita di Cirò Marina, per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione intensiva (cod. 56) e lungodegenza (cod. 60) per l'anno 2019, che definisce, tra l'altro, il limite massimo di spesa di euro 2.083.037,27 nonché 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 per conto del SSR, nei limiti delle risorse assegnate con D.C.A. n° 38 del 22/02/2019;

Considerato,

che la Casa di Cura Santa Rita, in data 11/10/2019 ha trasmesso a questa Azienda Sanitaria le schede di dimissione ospedaliera relative alle prestazioni sanitarie rese nel mese di settembre 2019;

che,

questo Dipartimento con nota protocollo n. 0049572 del 18/10/2019 agli atti d'ufficio, ha comunicato alla Casa di Cura Santa Rita la valorizzazione economica delle prestazioni di assistenza ospedaliera di Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie rese nel mese di settembre 2019, il cui importo complessivo ammonta ad euro 284.599,26;

Accertato,

che la Casa di Cura Santa Rita, ai fini della liquidazione delle prestazioni relative al mese in oggetto, ha fatto pervenire la fattura elettronica n. FATTPA 47_19 del 21/10/2019 di euro 284.599,26, che allegata alla presente proposta di deliberazione ne costituisce parte integrante;;

Esperiti i controlli tecnico-sanitari ed amministrativi sulle prestazioni erogate dalla Casa di Cura Santa Rita nel mese di settembre 2019;

PROPONE

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

1. Liquidarsi alla Casa di Cura Santa Rita, per le prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie rese nel mese di settembre 2019, la fattura elettronica n. FATTPA 47_19 del 21/10/2019 di euro 284.599,26.
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.

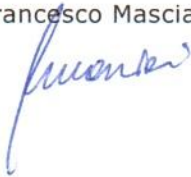
Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Referente Sanitario.

Ritenuto di condividerne il contenuto.

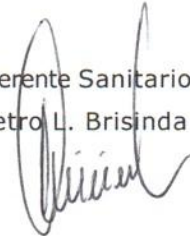
DELIBERA

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
Dr. Pietro L. Brisinda



Il Direttore Generale ff
Dr.ssa Maria Pompea Bernardi



UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETARIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

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

in data 11 NOV. 2019 con protocollo n. 164

Il Responsabile del procedimento

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

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

COLL. AMM.VO PROF.

Rag. Francesco SORVILLO

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2019-10-21** (21 Ottobre 2019)
Numero documento: **FATTPA 47_19**
Importo totale documento: **284599.26**

Bollo

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

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **Prest.di Assist.Osped.Post Acuzie Lungodegenza (cod.60)- e Riabilitazione Intensiva (Cod.56) mese di settembre 2019.**
Quantità: **1.00**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **284599.26**
Valore totale: **284599.26**
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: **284599.26**
Totale imposta: **0.00**
Riferimento normativo: **Esente Art. 10 DPR 633/72**

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)
Data scadenza pagamento: **2019-12-21** (21 Dicembre 2019)
Importo: **284599.26**
Istituto finanziario: **BNL Gruppo BNP Paribas**
Codice IBAN: **IT94X0100522200000000002524**

FATTURA ELETTRONICA

Am 50030

Versione FPA12

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**
Progressivo di invio: **47**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **UGT98Q**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01496520790**
Codice fiscale: **01496520790**
Denominazione: **Casa di Cura Privata Santa Rita Dott. Caparra s.r.l.**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **Via Roma, 227**
Numero civico: **227**
CAP: **88811**
Comune: **Cirò Marina**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **KR**
Numero di iscrizione: **KR-117206**
Capitale sociale: **39000.00**
Numero soci: **SM** (più soci)
Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

Recapiti

Telefono: **096231078**
Fax: **096231110**
E-mail: **santarita@casadicurasantarita.191.it**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale: **01997410798**
Denominazione: **Azienda Sanitaria Provinciale Crotone - Ufficio Controllo Case di Cura private A**

Dati della sede

Indirizzo: **Via Mario 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