



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE ff N. **2095** DEL **13 NOV. 2019**

Oggetto: Casa di Cura Romolo Hospital s.r.l. con sede in Rocca di Neto.
Liquidazione prestazioni di assistenza ospedaliera mese di settembre 2019
Disciplina di Urologia e Disciplina di Riabilitazione Intensiva.

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 Romolo Hospital con sede in Rocca di Neto, per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera per le discipline di Urologia (cod.43) e Riabilitazione Intensiva (cod. 56) per l'anno 2019, che definisce, tra l'altro, il limite massimo di spesa di euro 7.238.714,79 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 S.S.R., nei limiti delle risorse assegnate con D.C.A. n. 38 del 22/02/2019, e più precisamente:

- Disciplina di Urologia euro 6.754.668,89;
- Disciplina di Riabilitazione Intensiva euro 484.045,91;

Considerato,

che la Casa di Cura Romolo Hospital, in data 15/10/2019 ha trasmesso a questa Azienda Sanitaria le schede di dimissione ospedaliera relative alle prestazioni sanitarie rese nelle discipline di Urologia e di Riabilitazione Intensiva nel mese di settembre 2019;

che,

questo Dipartimento con nota prot. n. 0049568 del 18/10/2019 ha comunicato alla stessa Casa di Cura Romolo Hospital la valorizzazione economica delle prestazioni in oggetto, il cui importo complessivo ammonta ad euro 888.741,00 così distinta:

- Disciplina di Urologia euro 848.341,00;
- Disciplina di Riabilitazione Intensiva euro 40.400,00;

che, a seguito delle contestazioni mosse dalla competente Struttura Aziendale deputata ai controlli, dalla valorizzazione della Disciplina di Urologia è stato detratto l'importo di euro 567.200,00, e pertanto tale valorizzazione, così rideterminata, ammonta ad euro 281.141,00, per un totale complessivo pari ad euro 321.541,00;

Accertato,

che la Casa di Cura Romolo Hospital, ai fini della liquidazione delle prestazioni di cui all'oggetto, ha fatto pervenire la fattura n. 2019F3020000030/A del 18/10/2019 di euro 321.541,00 di cui euro 281.141,00 riferiti alla Disciplina di Urologia, ed euro 40.400,00 riferiti alla Disciplina di Riabilitazione Intensiva, e 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 Romolo Hospital 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 Romolo Hospital per le prestazioni sanitarie eseguite nel mese di settembre 2019, la fattura n. 2019F3020000030/A del 18/10/2019 di euro 321.541,00\.
2. Disporre che il competente Ufficio Ragioneria provveda all'emissione del relativo mandato di pagamento.
3. Trasmettere copia della presente determinazione 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.

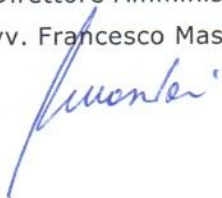
Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Referente Sanitario.

Ritenuto di condividerne il contenuto.

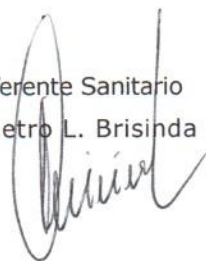
DELIBERA

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

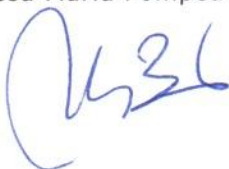
Il Direttore Amministrativo
Avv. Francesco Masciari



Il Referente Sanitario
Dr. Pietro L. Brisinda



Il Direttore Generale ff
Dr.ssa Maria Pompea Bernardi



UFFICIO AFFARI GENERALI
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 13 NOV. 2019 con protocollo n. 165

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

All 50023

Versione FPA12

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT02056980796**
Progressivo di invio: **FA00V**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **UGT98Q**
Telefono del trasmittente: **096280322**
E-mail del trasmittente: **info@romolohospital.com**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02056980796**
Codice fiscale: **02056980796**
Denominazione: **ROMOLO HOSPITAL S.R.L.**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **VIA SANDRO PERTINI**
Numero civico: **SNC**
CAP: **88821**
Comune: **ROCCA DI NETO**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **KR**
Numero di iscrizione: **149850**
Capitale sociale: **115000.00**
Numero soci: **SM** (più soci)
Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

Recapiti

Telefono: **096280322**
Fax: **096280024**
E-mail: **info@romolohospital.com**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01997410798**
Codice Fiscale: **01997410798**
Denominazione: **AZ. SAN. PROV. DI CROTONE**

Dati della sede

Indirizzo: **VIA M. NICOLETTA**
CAP: **88900**
Comune: **CROTONE**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

FATTURA ELETTRONICA

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2019-10-18** (18 Ottobre 2019)
Numero documento: **2019F3020000030/A**
Importo totale documento: **321541.00**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 001

Descrizione bene/servizio: **Prestaz. Sanit. Acuti Set/19**
Valore unitario: **281141.00**
Valore totale: **281141.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esente)

Nr. linea: 002

Descrizione bene/servizio: **Prestaz. Sanit. Riabilit. Set/19**
Valore unitario: **40400.00**
Valore totale: **40400.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esente)

Nr. linea: 003

Descrizione bene/servizio: **Detratti eventuali importi già liquidati in acconto prima della data di scadenza. Imposta di bollo assolta virtualmente ai sensi del D.M. 17/06/2014**
Valore unitario: **0.00**
Valore totale: **0.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N2** (non soggetta)

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**
Natura operazioni: **N4** (esenti)
Totale imponibile/importo: **321541.00**
Totale imposta: **0.00**
Esigibilità IVA: **I** (esigibilità immediata)
Riferimento normativo: **ES. ART.10/18**

Aliquota IVA (%): **0.00**
Natura operazioni: **N2** (non soggette)
Totale imponibile/importo: **0.00**
Totale imposta: **0.00**
Esigibilità IVA: **I** (esigibilità immediata)
Riferimento normativo: **Non soggette**

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)
Decorrenza termini di pagamento: **2019-10-18** (18 Ottobre 2019)
Termini di pagamento (in giorni): **0061**
Data scadenza pagamento: **2019-12-18** (18 Dicembre 2019)
Importo: **321541.00**
Codice IBAN: **IT6510538702400000000646000**
Codice ABI: **05387**
Codice CAB: **02400**

Dati relativi agli allegati

Nome dell'allegato: **Prot.53.zip**
Algoritmo di compressione: **ZIP**
Formato: **ZIP**
Descrizione: **LETT.ASP**

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