

Determina n. 209

OGGETTO: Casa di Cura Sadel di Salvatore Baffa s.p.a con sede in Cotronei,
Liquidazione prestazioni di assistenza ospedaliera post-acuzie relativa al
mese di luglio 2021.

In data **24 SET. 2021** nella sede del Dipartimento Area Programmazione e Controllo sita in
Crotone, via M. Nicoletta Centro Direzionale "Il Granaio";
Vista la dichiarazione di regolarità tecnico-procedurale e legittimità dell'atto resa dal Responsabile
del procedimento designato nonché dal Dirigente Responsabile U.O.S./U.O.C. f.f. si propone al
Direttore del Dipartimento l'adozione del presente atto.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
AREA PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Premesso,

che con D.C.A. n. 49 del 19/03/2021 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 2021
per le strutture erogatrici di prestazioni di assistenza ospedaliera con oneri a carico del SSR;
che, in data 30/03/2021 è stato stipulato il contratto che regola i rapporti giuridici ed
economici tra questa Azienda Sanitaria e la Casa di Cura Sadel di Salvatore Baffa s.p.a con sede in
Cotronei, per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di Riabilitazione post-acuzie per
l'anno 2021, che definisce, tra l'altro, il limite massimo di spesa di euro 974.413,00 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. 49 del 19/03/2021;

Dato atto,

che la Casa di Cura Sadel di Salvatore Baffa, ha trasmesso a questa Azienda Sanitaria il "flusso
SDO" relativo al mese di luglio 2021, e che questo Dipartimento ha provveduto alla valorizzazione
dello stesso il cui importo ammonta ad euro 84.979,29;
che, questo Dipartimento, con ordine d'acquisto n. 2021/5 del 08/09/2021, trasmesso tramite
NSO, ha comunicato alla stessa Casa di Cura Sadel, l'emissione di fattura per il mese di luglio 2021
di euro 84.979,29;

Acquisita,

la fattura elettronica n. 1/15/150 del 09/09/2021 di euro 84.979,29, che allegata alla presente
determina ne costituisce parte integrante;

DETERMINA

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

1. Liquidarsi alla Casa di Cura Sadel di Salvatore Baffa s.p.a, la fattura elettronica n. 1/15/150 del 09/09/2021 di euro 84.979,29 relativa alle prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie rese nel mese di luglio 2021,.
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.

Responsabile del Procedimento

Sig. Domenico Bianco

Il Responsabile U.O.S.

Dr. Faustino Ferro

Il Direttore U.O.C. f.f.

Programmazione e Controllo

Dr. Alessandro Bisbano

Il Direttore del Dipartimento

Area Programmazione e Controllo

Dott.ssa Angelina Rizzuti

UFFICIO AFFARI GENERALI SEGRETARIA GENERALE CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

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

dell'Azienda in data **27 SET. 2021** con protocollo n. **02904**

Il Responsabile del procedimento

Il Direttore Ufficio Affari Generali
e Legali e delle Assicurazioni
Dott.ssa Anna Giordano

FATTURA ELETTRONICA

Versi

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **SM03473**
Progressivo di invio: **15/150**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **UGT98Q**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02178690794**
Codice fiscale: **02178690794**
Denominazione: **SADEL di Salvatore Baffa S.p.A.**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **VIA SALVATORE BAFFA,246**
CAP: **88836**
Comune: **COTRONEI**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Recapiti

E-mail: **vittoriacolosimo@sadelnet.it**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01997410798**
Codice Fiscale: **01997410798**
Denominazione: **A.S.P.di CROTONE INTENSIVA**

Dati della sede

Indirizzo: **Via M.Nicoletta,C/o Centro Direz.IL 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

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2021-09-09** (09 Settembre 2021)
Numero documento: **1/15/150**
Importo totale documento: **84979.29**
Causale: **INTENSIVA**

Bollo

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

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Codifica articolo

Tipo: **PROPRIETARIO**
Valore: **INT-ORP**
Descrizione bene/servizio: **PRESTAZIONI RIABILITATIVE RICOVERI ORDINARI**
Quantità: **257.000000**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **246.890000**
Valore totale: **63450.73**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Nr. linea: 2

Codifica articolo

Tipo: **PROPRIETARIO**
Valore: **INT-ORP**
Descrizione bene/servizio: **PRESTAZIONI RIABILITATIVE RICOVERI ORDINARI**
Quantità: **12.000000**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **148.130000**
Valore totale: **1777.56**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Nr. linea: 3

Codifica articolo

Tipo: **PROPRIETARIO**
Valore: **INT-DHP**
Descrizione bene/servizio: **PRESTAZIONI RIABILITATIVE RICOVERI DAY HOSPITAL**
Quantità: **100.000000**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **197.510000**
Valore totale: **19751.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Altri dati gestionali

Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **RICOVERI PER PRESTAZIONI RIABILITATIVE**
Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **(COD 56) CASA DI CURA MESE DI LUGLIO 21**
Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **ORDINE IDENTIFICATIVO DEL DOCUMENTO N 5**
Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **IL PAGAMENTO DELLA FATTURA PER ESSERE**
Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **VALIDO E LIBERATORIO DOVRA' ESSERE**
Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **EFFETTUATO A FAVORE DI: UNICREDIT**
Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **SPA,CESSIONARIA DEL CREDITO,**
Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **MEDIANTE BONIFICO DA CANALIZZARE PRESSO**
Tipo dato: **NOTA**
Valore testo: **IBAN IT80Z0200805351000005079815**

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**
Natura operazioni: **N4** (esenti)
Totale imponibile/importo: **84979.29**
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: **2021-11-09** (09 Novembre 2021)
Importo: **84979.29**
Istituto finanziario: **UNICREDIT SPA**
Codice IBAN: **IT80Z0200805351000005079815**
Codice ABI: **02008**
Codice CAB: **05351**