



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE ff N. 907 DEL 31 LUG. 2019

Oggetto: Casa di Cura Istituto S. Anna con sede in Crotone.
Liquidazione prestazioni di assistenza ospedaliera post-acuzie relativa al mese di
Giugno 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. 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 Istituto S. Anna con sede in Crotona, per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie per l'anno 2019, che definisce, tra l'altro, il limite massimo di spesa di euro 14.140.057,80 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;

Considerato,

che la Casa di Cura Istituto S. Anna, in data 08/07/2019 ha trasmesso a questa Azienda Sanitaria le schede di dimissione ospedaliera relative alle prestazioni sanitarie rese nel mese di Giugno 2019;

che,

questo Dipartimento con nota protocollo n. 0036303 del 15/07/2019 ha comunicato alla stessa Casa di Cura, la valorizzazione delle prestazioni in oggetto, il cui importo complessivo ammonta ad euro 1.415.338,36, di cui:

- euro 965.765,69 per le prestazioni sanitarie eseguite nella struttura codice NSIS 180004 con sede operativa in Crotona Via Siris, 11

- euro 449.572,67 per le prestazioni sanitarie eseguite nella struttura codice NSIS 180005 con sede operativa in Crotona SS 106 Poggio Pudano;

Che,

in seguito alle contestazioni mosse dalla competente Struttura Aziendale deputata ai controlli, dalla valorizzazione della Struttura 180004, è stato detratto l'importo di euro 4.696,28 e dalla valorizzazione della Struttura 180005 l'importo di euro 272,70, pertanto la valorizzazione complessiva del mese di Giugno 2019, così rideterminata, ammonta complessivamente ad euro 1.410.369,38;

Accertato,

che la Casa di Cura Ist. S. Anna, ai fini della liquidazione delle prestazioni di cui all'oggetto, ha fatto pervenire la fattura elettronica n. FPA_7/2019 del 17/07/2019 di euro 1.410.369,38, che allegata alla presente deliberazione ne costituisce parte integrante;

Esperiti i controlli tecnico-sanitari ed amministrativi sulle prestazioni erogate dalla Casa di Cura Istituto S. Anna nel mese di Giugno 2019.

PROPONE

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

1. Liquidarsi alla Casa di Cura Istituto S. Anna, per le prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza specializzata post-acuzie rese nel mese di Giugno 2019, la fattura n. FPA_7/2019 del 17/07/2019 di euro 1.410.369,38, di cui Euro 961.069,41 per le prestazioni sanitarie eseguite nella struttura codice NSIS 180004, ed euro 449.299,97 per le prestazioni sanitarie eseguite nella struttura codice NSIS 180005.
2. Disporre che il competente Ufficio Ragioneria provveda all'emissione del relativo mandato di pagamento.
3. Trasmettere copia della presente deliberazione all'ufficio di Segreteria 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.

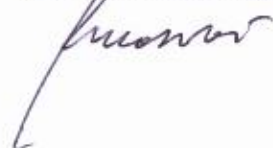
Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Referente Sanitario.

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.

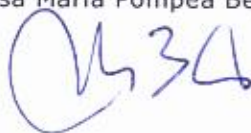
Il Direttore Amministrativo
Avv. Francesco Masciari



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 31 LUG. 2019 con protocollo n. 105

Il Responsabile del procedimento

~~L RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO~~

~~COLL. AMM.VO PROF.~~

~~Rag. Francesco SORVILLO~~

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

35580

FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**
Progressivo di invio: **7**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **UGT98Q**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01752670792**
Codice fiscale: **01752670792**
Denominazione: **ISTITUTO S.ANNA DI EZIO PUGLIESE S.R.L.**
Regime fiscale: **RF18** (altro)

Dati della sede

Indirizzo: **via Siris, 11**
Numero civico: **11**
CAP: **88900**
Comune: **Crotone**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Dati della stabile organizzazione

Indirizzo: **via Siris**
Numero civico: **11**
CAP: **88900**
Comune: **Crotone**
Provincia: **KR**
Nazione: **IT**

Recapiti

E-mail: **Info@isakr.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 Granalo**
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: **2019-07-17** (17 Luglio 2019)
Numero documento: **FPA_7/2019**
Importo totale documento: **1410369.38**

Bollo

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

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **emettiamo fattura relativa alle prestazioni erogate nel mese di Giugno 2019 codice NSIS 180 004 sede operativa Via Siris, 11 totale giornate validate 2685**
Quantità: **1.00**
Valore unitario: **961069.41**
Valore totale: **961069.41**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esente)

Nr. linea: 2

Descrizione bene/servizio: **emettiamo fattura relativa alle prestazioni erogate nel mese di Giugno 2019 codice NSIS 180 005 sede operativa SS 106 km 143 totale giornate validate 1718**
Quantità: **1.00**
Valore unitario: **449299.97**
Valore totale: **449299.97**
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: **1410369.38**
Totale imposta: **0.00**
Riferimento normativo: **Esente Art. 10 DPR 633/72**

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

Beneficiario del pagamento: **FACTORIT S.p.A.**
Modalità: **MP05** (bonifico)
Data scadenza pagamento: **2019-09-17** (17 Settembre 2019)
Importo: **1410369.38**
Istituto finanziario: **Banca Popolare di Sondrio**
Codice IBAN: **IT48Q0569601600000015957X82**