



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE ff N. 908 DEL 31 LUG. 2019

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  
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. 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 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 2019, che definisce, tra l'altro, il limite massimo di spesa di euro 1.004.522,49 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 Sadel di Salvatore Baffa, 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. 0036301 del 15/07/2019, agli atti d'ufficio, ha comunicato alla Casa di Cura Sadel di Salvatore Baffa la valorizzazione economica delle prestazioni di assistenza ospedaliera di Riabilitazione post-acuzie rese nel mese in oggetto, il cui importo complessivo ammonta ad euro 143.344,10;

Accertato,

che la stessa Casa di Cura Sadel di Salvatore Baffa, ai fini della liquidazione delle prestazioni di che trattasi, ha fatto pervenire la fattura n. 1/15/179 del 16/07/2019 di euro 143.344,10, che allegata alla presente deliberazione ne costituisce parte integrante;

Esperiti i controlli tecnico-sanitari ed amministrativi sulle prestazioni erogate dalla Casa di Cura Sadel di Salvatore Baffa 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 Sadel di Salvatore Baffa s.p.a, per le prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie rese nel mese di Giugno 2019, la fattura n. 1/15/179 del 16/07/2019 di euro 143.344,10.
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.

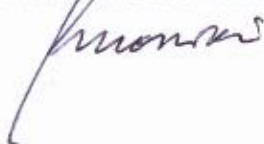
Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Referente Sanitario.

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.

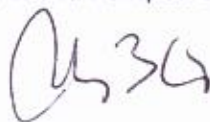
Il Direttore Amministrativo  
Avv. Francesco Masciari



Il Referente Sanitario  
Dr. Pietro L. Brisinda



Il Direttore Generale ff  
Dr.ssa Maria Pompea Bernardi



UFFICIO AFFARI GENERALI  
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

**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

*Am 35503*

Versione FPA12

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **SM03473**  
Progressivo di invio: **15/179**  
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

Soggetto emittente: **TZ** (terzo)

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2019-07-16** (16 Luglio 2019)  
Numero documento: **1/15/179**  
Importo totale documento: **143344.10**  
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: **487.000000**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **246.890000**  
Valore totale: **120235.43**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esente)

### Nr. linea: 2

#### Codifica articolo

Tipo: **PROPRIETARIO**  
Valore: **INT-DHP**  
Descrizione bene/servizio: **PRESTAZIONI RIABILITATIVE RICOVERI DAY HOSPITAL**  
Quantità: **117.000000**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **197.510000**  
Valore totale: **23108.67**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esente)

#### Altri dati gestionali

Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **RICOVERI PER PRESTAZIONI RIABILITATIVE**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **(COD 56) CASA DI CURA MESE DI GIUGNO**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **2019**  
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 DELLA IFITALIA SPA**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **VIA VITTOR PISANI, 15 - MILANO**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **CESSIONARIA DEL RELATIVO CREDITO A**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **BNL SPA AG.12**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **IBAN IT2210100501612000000002000**

## Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**  
Natura operazioni: **N4** (esenti)  
Totale imponibile/importo: **143344.10**  
Totale imposta: **0.00**  
Riferimento normativo: **Esente art.10**

## Dati relativi al pagamento

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

### *Dettaglio pagamento*

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2019-09-16** (16 Settembre 2019)  
Importo: **143344.10**  
Istituto finanziario: **IFITALIA -BANCA BNL**  
Codice IBAN: **IT2210100501612000000002000**  
Codice ABI: **01005**  
Codice CAB: **01612**

Versione prodotta con foglio di stile SdI [www.fatturapa.gov.it](http://www.fatturapa.gov.it)