

DETERMINA N. 372

**DISTRETTO AZIENDALE UNICO**

Oggetto: Struttura Sanitaria ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE s.r.l. con sede in Torre Melissa. Liquidazione prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale branca di Odontoiatria mese di MARZO 2020

In data 06/07/2020 nella sede del Distretto Aziendale Unico sito in Crotone, Via M. Nicoletta Centro Direzionale "Il Granaio";

Su conforme proposta del Responsabile del Procedimento nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità resa dal medesimo

**IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE**

**PREMESSO**

che con provvedimento protocollo n. 19792 del 13/05/2020 a firma congiunta del Commissario Straordinario Dr. Gilberto Gentili, del Direttore Sanitario Dr. Massimo D'Angelo e del Direttore Amministrativo Avv. Francesco Masciari, è stata revocata la nota n. 14064 del 12 marzo 2019 che assegnava le competenze relative alle prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale alla UOC Controllo di Gestione e Sistema Informativo e gestione centralizzata strutture private accreditate, riassegnando le stesse al coordinamento del DISTRETTO UNICO AZIENDALE al fine di assicurare una più efficace e funzionale organizzazione;

che con D.C.A. n. 179 del 12 dicembre 2019 è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'anno 2020 per le strutture erogatrici di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con oneri a carico del SSR;

che in data 20/01/2020 è stato stipulato il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici tra questa ASP e la struttura sanitaria ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE s.r.l. per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di Odontoiatria, che definisce, tra l'altro, il limite massimo di spesa di euro 71.221,00 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, nei limiti delle risorse finanziarie assegnate all'azienda e in attuazione dello specifico piano di acquisto aziendale di cui al punto b) del dispositivo del DCA n. 179/2019 e più precisamente per come indicato all'articolo 4 del contratto sopra richiamato;

che la struttura è tenuta a garantire l'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto, modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno;

**Considerato**

che la Struttura sanitaria di cui trattasi, per le prestazioni erogate nel mese di MARZO dell'anno 2020, ha trasmesso a questa ASP la fattura elettronica n. 3 del 12 giugno 2020 di euro 313,96 e al netto delle quote di compartecipazione a carico del cittadino pari complessivamente ad euro 0;

che la fattura allegata alla presente determina, ne costituisce parte integrante;

Dato atto

che l'istruttoria amministrativo-contabile per la liquidazione della fattura di cui sopra è stata eseguita secondo i relativi provvedimenti regionali per come indicato agli art. 7 e 8 del contratto;  
che la struttura ha documentato l'attività sanitaria erogata a mezzo del flusso informativo - FILE C - che costituisce il riferimento per la definizione dei rapporti economici in conformità alle disposizioni della vigente normativa;  
che l'ASP ha effettuato i controlli informatici sul FILE C e i controlli sulle singole impegnative secondo le specifiche previste dal citato;

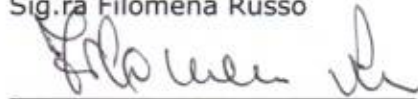
#### DETERMINA

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

1. Liquidare alla Struttura Sanitaria ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE s.r.l., per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della branca di Odontoiatria relative al mese di MARZO dell'anno 2020, la fattura n. 3 del 12 giugno 2020 di euro 313,96 al netto delle quote di compartecipazione a carico del cittadino, già trattenute ed incassate dalla struttura, per complessivi euro 0.
2. Disporre che il competente Ufficio Ragioneria provveda all'emissione del relativo mandato di pagamento.
3. Trasmettere copia della presente determina alla Segreteria Generale dell'Azienda per la relativa pubblicazione.

Il Responsabile del Procedimento

Sig.ra Filomena Russo



Il Direttore FF del Distretto Unico Aziendale

Dott.ssa Maria Pompea Bernardi



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 06 LUG. 2020 con protocollo n. 1268

Il Responsabile del procedimento

*[Signature]*  
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

COLL. AMM. VO PROF.

Rag. Francesco SORVILLO

Il Direttore U.O.C.

Affari Generali e Legali

Dr.ssa Anna Giordano  
*[Signature]*

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **ITFZZRLA42H45A3140**  
Progressivo di invio: **18**  
Formato Trasmissione: **FPA12**  
Codice Amministrazione destinataria: **5S1QSV**

## Dati del cedente / prestatore

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT00380800797**  
Codice fiscale: **00380800797**  
Denominazione: **ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE S.R.L**  
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

### Dati della sede

Indirizzo: **VIA PROVINCIALE**  
CAP: **88814**  
Comune: **MELISSA**  
Provincia: **KR**  
Nazione: **IT**

## Dati del cessionario / committente

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01997410798**  
Denominazione: **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE**

### Dati della sede

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

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2020-06-12** (12 Giugno 2020)  
Numero documento: **3**  
Importo totale documento: **313.96**

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

**Nr. linea: 1**

Descrizione bene/servizio: **branca odontoiatria mese marzo 2020 impegnative 4 quantita 11 totale tickets 0 totale netto 313,96**

Quantità: **1.00**

Valore unitario: **313.96**

Valore totale: **313.96**

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: **313.96**

Totale imposta: **0.00**

## Dati relativi al pagamento

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

### **Dettaglio pagamento**

Beneficiario del pagamento: **ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE**

Modalità: **MP05** (bonifico)

Data scadenza pagamento: **2020-06-12** (12 Giugno 2020)

Importo: **313.96**

Codice IBAN: **IT58N0311142530000000051300**