

DISTRETTO AZIENDALE UNICO

DETERMINA N. 1451

Oggetto: Struttura Sanitaria CASA DI CURA PRIVATA SANTA RITA DOTT. CAPARRA s.r.l. con sede in Cirò Marina. Liquidazione prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale branca di Radiologia: TAC e RMN mese di AGOSTO 2021

In data 21.10.2021 nella sede del Distretto Aziendale Unico sito in Crotone, Via M. Nicoletta Centro Direzionale "Il Granaio";

Su conforme proposta del Responsabile del Procedimento designato nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal Direttore DUA

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE

PREMESSO

che con D.C.A. n. 50 del 19/03/2021 del Commissario Ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi dell'SSR calabrese, è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'anno 2021 per le strutture erogatrici di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con oneri a carico del SSR;

che in data 13/04/2021 è stato stipulato il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici tra questa ASP e la struttura sanitaria CASA DI CURA PRIVATA SANTA RITA DOTT. CAPARRA s.r.l. per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di Radiologia: TAC e RMN, che definisce, tra l'altro, il limite massimo di spesa di euro 69.599,00 di cui euro 36.497,00 per TAC ed euro 33.102,00 per RMN, 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 SSR, nei limiti delle risorse assegnate con D.C.A. n. 50 del 19/03/2021;

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;

Dato atto che la Struttura ha trasmesso a questa Azienda Sanitaria le ricette relative alle prestazioni ambulatoriali rese nel mese indicato in oggetto il cui valore economico ammonta ad euro 2537,52

Considerato

che la Struttura sanitaria di cui trattasi, per le prestazioni erogate nel mese di AGOSTO dell'anno 2021, ha trasmesso a questa ASP la fattura elettronica n. FATTPA 30\_21 del 19 ottobre 2021 di euro 2.537,52 riferita a prestazioni di RMN per euro 2.537,52 e a prestazioni di TAC per euro 0 e al netto delle quote di compartecipazione a carico del cittadino pari complessivamente ad euro 139,00;

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;

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 dalle disposizioni regionali;

#### DETERMINA

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

1. Liquidare alla Struttura Sanitaria CASA DI CURA PRIVATA SANTA RITA DOTT. CAPARRA s.r.l. , per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della branca di Radiologia: TAC e RMN relative al mese di AGOSTO dell'anno 2021, la fattura n. FATTPA 30\_21 del 19 ottobre 2021 di euro 2.537,52 riferita a prestazioni di RMN per euro 2.537,52 e a prestazioni di TAC per euro 0 al netto delle quote di compartecipazione a carico del cittadino, già trattenute ed incassate dalla struttura, per complessivi euro 139,00.
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

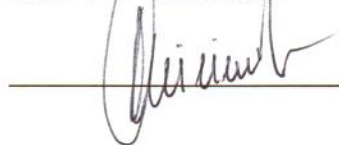
Sig.ra Filomena Russo



---

Il Direttore del Distretto Unico Aziendale

Dott. P.L. BRISINDA



---

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 21 OTT. 2021 con protocollo n. 03247

Il Responsabile del procedimento

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

88900 CROTONE - "Centro Direzionale il Granaio"  
Tel. 0962-924111 P.IVA 01997410798

COPIA FORNITORE

ORDINE DI FORNITURA SERVIZI / LAVORI		DATA
<b>2021/218 (GRC)</b>		20/10/2021
FORNITORE	FAX	TELEFONO
10005298		
CONTO DI ACQUISTO		
50213110 Prestazioni specialistiche di diagnostiche esterne		
BUDGET		
P: SPEC33		
CONTRATTO		
DELIBERA		
PROGETTO		
SPEC33 - S.RITA (TAC) E (RMN)		
CIG / CUP		
MOTIVONC19		
SERVIZIO		
CC2A53 - ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA STRUMENTAL		

SPETT.LE	CASA DI CURA PRIVATA "SANTA RITA" S.R.L. ( S )
VIA ROMA	
88811 CIRO' MARINA	
E-mail:	
ORDINATORE	29 SPECIALISTICA TER.EXTER.RES. ACCREDITATA
	KR
Fax:	

DESCRIZIONE FORNITURA  
AGOSTO 2021

NOTE

PR. RATA	COMPETENZA		SERVIZIO	IMPORTI			CIG / CUP
	DAL	AL		IMPONIBILE	IVA	TOTALE	
1	01/08/2021	31/08/2021	45254013 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PER IMMAGINE CDC: CC2A53 - ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE E P (CC2A53)	2.537,52		2.537,52	MOTIVONC19
IMPONIBILE 2.537,52				IVA 0,00	IMPORTO FORNITURA 2.537,52		

# FATTURA ELETTRONICA

Versioni

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**  
Progressivo di invio: **30**  
Formato Trasmissione: **FPA12**  
Codice Amministrazione destinataria: **5S1QSV**

## Dati del cedente / prestatore

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01496520790**  
Codice fiscale: **01496520790**  
Denominazione: **Casa di Cura Privata Santa Rita Dott. Caparra s.r.l.**  
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

### Dati della sede

Indirizzo: **Via Roma, 227**  
Numero civico: **227**  
CAP: **88811**  
Comune: **Cirò Marina**  
Provincia: **KR**  
Nazione: **IT**

### Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **KR**  
Numero di iscrizione: **KR-117206**  
Capitale sociale: **39000.00**  
Numero soci: **SM** (più soci)  
Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

### Recapiti

Telefono: **096231078**  
Fax: **096231110**  
E-mail: **santarita@casadicurasantarita.191.it**

## Dati del cessionario / committente

### Dati anagrafici

Codice Fiscale: **01997410798**  
Denominazione: **Azienda Sanitaria Provinciale Crotone - Ufficio Assistenza Specialistica Ambula**

### Dati della sede

Indirizzo: **Via M. Nicoletta c/o**  
CAP: **88900**  
Comune: **Crotone**  
Provincia: **KR**  
Nazione: **IT**

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

Versione

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2021-10-19** (19 Ottobre 2021)  
Numero documento: **FATTPA 30\_21**  
Importo totale documento: **2537.52**

## Bollo

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

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

### **Nr. linea: 1**

Descrizione bene/servizio: **Prestazioni Specialistica Ambulatoriale RMN mese di agosto 2021.**  
Quantità: **1.00**  
Unità di misura: **Tot.**  
Valore unitario: **2676.52**  
Valore totale: **2676.52**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esenti)

### **Nr. linea: 2**

Descrizione bene/servizio: **Ticket**  
Quantità: **1.00**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **-135.00**  
Valore totale: **-135.00**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esenti)

### **Nr. linea: 3**

Descrizione bene/servizio: **Quota Ricette**  
Quantità: **1.00**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **-4.00**  
Valore totale: **-4.00**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esenti)

### **Nr. linea: 4**

Descrizione bene/servizio: **Totale Nr. Ricette**  
Quantità: **1.00**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **0.00**  
Valore totale: **0.00**

IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esenti)

**Nr. linea: 5**

Descrizione bene/servizio: **Totale Nr. Prestazioni**  
Quantità: **21.00**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **0.00**  
Valore totale: **0.00**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esenti)

**Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura**

Aliquota IVA (%): **0.00**  
Natura operazioni: **N4** (esenti)  
Totale imponibile/importo: **2537.52**  
Totale imposta: **0.00**  
Riferimento normativo: **Esente Art. 10 DPR 633/72**

**Dati relativi al pagamento**

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

**Dettaglio pagamento**

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2021-12-19** (19 Dicembre 2021)  
Importo: **2537.52**  
Istituto finanziario: **Banco di Napoli**  
Codice IBAN: **IT09G0101042530000027000807**  
Codice BIC: **IBSPITNA**

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