

DIPARTIMENTO AREA PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Determina n. 304

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 maggio 2020.

In data 29 GIU. 2020 nella sede del Dipartimento Area Programmazione e Controllo  
sita in Crotona, via M. Nicoletta Centro Direzionale "Il Granaio";

Su conforme proposta del Responsabile del Procedimento designato nonché della  
espresa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal Dirigente Responsabile  
del competente Ufficio;

IL DIRETTORE F.F. DEL DIPARTIMENTO  
AREA PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Premesso,

che con D.C.A. n. 178 del 12/12/2019 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 2020  
per le strutture erogatrici di prestazioni di assistenza ospedaliera 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 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 2020, che definisce, tra l'altro, il limite massimo di  
spesa di euro 994.764,00 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. 178 del 12/12/2019;

Considerato,

che la Casa di Cura Sadel di Salvatore Baffa, ha trasmesso a questa Azienda Sanitaria le  
schede di dimissione ospedaliera relative alle prestazioni sanitarie rese nel mese di  
maggio 2020;

che, questo Dipartimento con nota protocollo n. 0024454 del 18/06/2020, 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 di maggio 2020, il cui importo ammonta ad euro 169.415,10; che, a seguito delle contestazioni mosse dalla competente Struttura Aziendale deputata ai controlli, dalla valorizzazione di cui sopra sono strati detratti euro 2.686,15, pertanto la produzione relativa al mese in oggetto ammonta ad euro 166.728,95;

Accertato,

che la Casa di Cura Sadel di Salvatore Baffa, ai fini della liquidazione delle prestazioni di che trattasi, ha fatto pervenire la fattura n. 1/15/101 del 18/06/2020 di euro 166.728,95;

Esperiti i controlli tecnico-sanitari ed amministrativi sulle prestazioni erogate dalla Casa di Cura Sadel di Salvatore Baffa nel mese di maggio 2020;

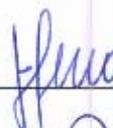
#### DETERMINA

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 maggio 2020, la fattura n. 1/15/101 del 18/06/2020 di euro 166.728,95.
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

Dr. Faustino Ferro



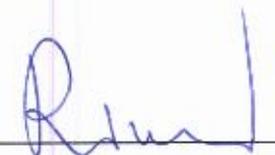
Il Direttore dell'Unità Operativa  
Programmazione e Controllo  
di Gestione e Sistemi Informatici

Dott.ssa Angelina Rizzuti



Il Direttore F.F. del Dipartimento  
Area Programmazione e Controllo

Dott.ssa Angelina Rizzuti



UFFICIO AFFARI GENERALI  
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

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

pretorio dell'Azienda in data 29 GIU. 2020 con protocollo n. 1175

Il Responsabile del procedimento

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

**COLL. AMM.VO PROF.**

**Rag. Francesco SORVILLO**

---

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

---

# FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **SM03473**  
Progressivo di invio: **15/101**  
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)

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

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2020-06-18** (18 Giugno 2020)  
Numero documento: **1/15/101**  
Importo totale documento: **166728.95**  
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: **467.000000**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **246.890000**  
Valore totale: **115297.63**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esente)

### Nr. linea: 2

#### Codifica articolo

Tipo: **PROPRIETARIO**  
Valore: **INT-ORP**  
Descrizione bene/servizio: **PRESTAZIONI RIABILITATIVE RICOVERI ORDINARI**  
Quantità: **128.000000**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **148.130000**  
Valore totale: **18960.64**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esente)

### Nr. linea: 3

#### Codifica articolo

Tipo: **PROPRIETARIO**  
Valore: **INT-DHP**  
Descrizione bene/servizio: **PRESTAZIONI RIABILITATIVE RICOVERI DAY HOSPITAL**  
Quantità: **159.000000**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **197.510000**  
Valore totale: **31404.09**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esente)

### Nr. linea: 4

#### Codifica articolo

Tipo: **PROPRIETARIO**  
Valore: **INT-DHP**  
Descrizione bene/servizio: **PRESTAZIONI RIABILITATIVE RICOVERI DAY HOSPITAL**  
Quantità: **9.000000**  
Unità di misura: **NR**

Valore unitario: **118.510000**  
Valore totale: **1066.59**  
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 MAGGIO**  
Tipo dato: **NOTA**  
Valore testo: **2020**  
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: **166728.95**  
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: **2020-08-18** (18 Agosto 2020)  
Importo: **166728.95**  
Istituto finanziario: **UNICREDIT SPA**  
Codice IBAN: **IT80Z0200805351000005079815**  
Codice ABI: **02008**  
Codice CAB: **05351**