



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA**  
**Policlinico G.Martino**  
**MESSINA**

**Determina del Direttore dell'U.O.C. nr.4 del 12/01/2021**

Proposta nr.10 in data 11/01/2021

**U.O.C. Affari Generali**

<b>Il Direttore U.O.C</b> F.F. Dott. Massimo FIUMARA	<b>Il Responsabile U.O.S</b>	<b>Il Responsabile del Procedimento</b> Sig.ra Laura CAPRI'
---	------------------------------	--

Il Direttore dell'U.O.C delegato con delibera nr. 469 del 2 aprile 2019 ha adottato il presente provvedimento

**OGGETTO:**

**Pagamento fattura FACONV\_FE/2020/254 del 16/09/2020 Nota di credito FACONV\_FE/2020/326 del 11/12/2020**

*Settore Economico, Finanziario e Patrimoniale*

Anno: 2021

Conto: .Non comporta impegno di spesa

Budget assegnato Euro 0,00

Budget utilizzato Euro 0,00

Importo impegnato Euro 0,00

Budget residuo Euro 0,00

*Note:*

**RICHIAMATA** la deliberazione n.469 del 2 aprile 2019, con la quale il Commissario Straordinario ha autorizzato il provvedimento di delega atti ai Dirigenti Amministrativi, adottato nel pieno rispetto delle disposizioni contenute nell'art.3 comma 1 bis del D. Lgs 502/92 e s.m.i. secondo quanto previsto e disposto nell' Atto Aziendale;

**RICHIAMATO ALTRESI'** il D.D.G. n. 51/2019 dell'Assessorato della Salute DASOE – Servizio 6 “Trasfusionale” – Centro Regionale Sangue, il quale indica le modalità di compensazione intra ed interregionali dei Servizi trasfusionali carenti da parte dei Servizi trasfusionali eccedentari.;

**PRESO ATTO** che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, ha emesso fattura elettronica FACONV\_FE/2020/254 di euro 82.294,00 (II trim.2019 SIMT P. Armerina), (**All.A**) che a seguito di riesame della lista degli emocomponenti forniti, il SIMT P.Armerina ha emesso nota di credito FACONV\_FE/2020/326 in data 18/12/2020 per euro 181,00; (**All. A1**)

**VISTO** l'elenco con il dettaglio della fornitura concessa (**All.B e B1**) e la relativa correzione;

**PRESO ATTO** che il dott. Paolo Sciarrone, Direttore dell'U.O.C. di Medicina Trasfusionale dell'A.O.U., ha confermato e sottoscritto per congruità quanto riportato nei summenzionati elenchi;

**RITENUTO** di dover procedere al pagamento delle fatture sopracitate per un importo complessivo di euro 82.113,00

### **DISPONE**

Per le motivazioni esposte in premessa che qui si intendono integralmente trascritte;

- di autorizzare la liquidazione ed il pagamento della somma complessiva di €. 82.113,00, con la correzione apportata, della fattura emessa dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna sopra richiamata ed allegata;
- di notificare il presente atto all'U.O.S. Ciclo Passivo per gli adempimenti consequenziali;
- di disporre la pubblicazione del presente atto, nei modi e nei termini di legge, nella sezione “Pubblicità legale” del sito web istituzionale di questa A.O.U.

DIRETTORE UNITA'  
OPERATIVA  
F.to F.F. Dott.  
Massimo  
FIUMARA



*Determina nr.4 del 12/01/2021 - Allegato nr.1*

(all A)

**FATTURA ELETTRONICA**

All "A"

Versione FPA12

**Dati relativi alla trasmissione**

Identificativo del trasmittente: **IT00967720285**  
 Progressivo di invio: **68621**  
 Formato Trasmissione: **FPA12**  
 Codice Amministrazione destinataria: **UFIBFL**  
 Telefono del trasmittente: **00000**  
 E-mail del trasmittente: **digidoc-support@eng.it**

**Dati del cedente / prestatore****Dati anagrafici**

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01151150867**  
 Codice fiscale: **01151150867**  
 Denominazione: **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA**  
 Regime fiscale: **RF01 (ordinario)**

Prot. elettronico: **0000UFIBFL0000055180**  
 Data registrazione: **12/12/2018**  
 N.Prot.Registrazione: **11705**  
 N.Prot.IVA: **107/374**  
 P.N.: **2018042951**  
 Fornitore: **9475 AZIENDA SANITARIA  
 PROVINCIALE DI EN NA**  
 Tot.Fattura: **101862,00**

**Dati della sede**

Indirizzo: **Viale Diaz, 7**  
 CAP: **94100**  
 Comune: **ENNA**  
 Provincia: **EN**  
 Nazione: **IT**

**Recapiti**

Telefono: **0935520111**  
 Fax: **0935516727**

**Dati del cessionario / committente****Dati anagrafici**

Codice Fiscale: **03051890832**  
 Denominazione: **A.O.U. Policlinico 'G. Martino' di Messina**

**Dati della sede**

Indirizzo: **VIA CONSOLARE VALERIA**  
 Numero civico: **1**  
 CAP: **98124**  
 Comune: **MESSINA**  
 Provincia: **ME**  
 Nazione: **IT**

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

Versione FPA12

**Dati generali del documento**

Tipologia documento: **TD01 (fattura)**  
 Valuta importi: **EUR**  
 Data documento: **2018-07-11+02:00 (11 Luglio 2018 02:00:)**  
 Numero documento: **FACONV\_FE/2018/242**  
 Importo totale documento: **101862.00**  
 Causale: **CESSIONE EMOCOMPONENTI SIMT P. ARMERINA ??? TRIM. 2018**

**Bollo**

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

**Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura****Nr. linea: 1**

Descrizione bene/servizio: **CONCENTRATO ERITROCITARIO FILTRATO CESSIONE EMOCOMPONENTI SIMT P. ARMERINA ??? TRIM. 2018**  
 Quantità: **535.00**  
 Valore unitario: **181.00**  
 Valore totale: **96835.00**  
 IVA (%): **0.00**  
 Natura operazione: **N4 (esenti)**

**Nr. linea: 2**

Descrizione bene/servizio: **CONCENTRATO ERITROCITARIO FILTRATO Gr. 0 Rh neg. CESSIONE EMOCOMPONENTI SIMT P. ARMERINA ??? TRIM. 2018**  
 Quantità: **25.00**  
 Valore unitario: **201.00**

Valore totale: **5025.00**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esenti)

**Nr. linea: 3**

Descrizione bene/servizio: **BOLLO**  
Quantità: **1.00**  
Valore unitario: **2.00**  
Valore totale: **2.00**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N1** (esclusa ex art.15)

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

Aliquota IVA (%): **0.00**  
Natura operazioni: **N4** (esenti)  
Totale imponibile/importo: **101860.00**  
Totale imposta: **0.00**  
Esigibilità IVA: **I** (esigibilità immediata)  
Riferimento normativo: **ESENTE ART.10**  
  
Aliquota IVA (%): **0.00**  
Natura operazioni: **N2** (non soggette)  
Totale imponibile/importo: **2.00**  
Totale imposta: **0.00**  
Esigibilità IVA: **I** (esigibilità immediata)  
Riferimento normativo: **FUORI CAMPO IVA**

**Dati relativi al pagamento**

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

**Dettaglio pagamento**

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2018-10-09+02:00** (09 Ottobre 2018 02:00:)  
Importo: **101860.00**  
Codice IBAN: **IT53S010051680000000218000**  
Codice ABI: **01005**  
Codice CAB: **16800**  
  
Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2018-10-09+02:00** (09 Ottobre 2018 02:00:)  
Importo: **2.00**  
Codice IBAN: **IT53S010051680000000218000**  
Codice ABI: **01005**  
Codice CAB: **16800**

**Dati relativi agli allegati**

Nome dell'allegato: **FT.242.pdf**  
Formato: **PDF**

**FATTURA ELETTRONICA**All'Al<sup>h</sup>

Versione FPA12

**Dati relativi alla trasmissione**

Identificativo del trasmittente: **IT00967720285**  
Progressivo di invio: **5914V**  
Formato Trasmissione: **FPA12**  
Codice Amministrazione destinataria: **UFIBFL**  
Telefono del trasmittente: **00000**  
E-mail del trasmittente: **digidoc-support@eng.it**

**Dati del cedente / prestatore****Dati anagrafici**

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01151150867**  
Codice fiscale: **01151150867**  
Denominazione: **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA**  
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Prot. elettronico: **0000UFIBFL0000088667**  
Data registrazione: **15/11/2019**  
N.Prot.Registrazione: **11430**  
N.Prot.IVA: **101/10441**  
P.N.: **2019039808**  
Fornitore: **9475 AZIENDA SANITARIA  
PROVINCIALE DI EN NA**  
Tot.Fattura: **59162,00**

**Dati della sede**

Indirizzo: **Viale Diaz, 7**  
CAP: **94100**  
Comune: **ENNA**  
Provincia: **EN**  
Nazione: **IT**

**Recapiti**

Telefono: **0935520111**  
Fax: **0935516727**

**Dati del cessionario / committente****Dati anagrafici**

Codice Fiscale: **03051890832**  
Denominazione: **A.O.U. Policlinico 'G. Martino' di Messina**

**Dati della sede**

Indirizzo: **VIA CONSOLARE VALERIA**  
Numero civico: **1**  
CAP: **98124**  
Comune: **MESSINA**  
Provincia: **ME**  
Nazione: **IT**

Versione prodotta con foglio di stile SdI [www.fatturapa.gov.it](http://www.fatturapa.gov.it)**Dati generali del documento**

Versione FPA12

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2019-10-28+01:00** (28 Ottobre 2019 01:00:)  
Numero documento: **FACONV\_FE/2019/400**  
Importo totale documento: **59162.00**  
Causale: **CESSIONE EMOCOMPONENTI SIMT P. ARMERINA 3? TRIM. 2019**

**Bollo**

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

**Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura****Nr. linea: 1**

Descrizione bene/servizio: **CONCENTRATO ERITROCITARIO FILTRATO CESSIONE EMOCOMPONENTI SIMT P. ARMERINA 3? TRIM. 2019**  
Quantità: **311.00**  
Valore unitario: **181.00**  
Valore totale: **56291.00**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esenti)

**Nr. linea: 2**

Descrizione bene/servizio: **CONCENTRATO ERITROCITARIO FILTRATO Gr. 0 Rh neg. CESSIONE EMOCOMPONENTI SIMT P. ARMERINA 3? TRIM. 2019**  
Quantità: **13.00**  
Valore unitario: **201.00**

Valore totale: **2613.00**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esenti)

**Nr. linea: 3**

Descrizione bene/servizio: **PIASTRINE DA AFERESI MULTICOMPONENT CESSIONE EMOCOMPONENTI SIMT P. ARMERINA 3? TRIM. 2019**  
Quantità: **1.00**  
Valore unitario: **256.00**  
Valore totale: **256.00**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esenti)

**Nr. linea: 4**

Descrizione bene/servizio: **BOLLO**  
Quantità: **1.00**  
Valore unitario: **2.00**  
Valore totale: **2.00**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N1** (esclusa ex art.15)

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

Aliquota IVA (%): **0.00**  
Natura operazioni: **N4** (esenti)  
Totale imponibile/importo: **59160.00**  
Totale imposta: **0.00**  
Riferimento normativo: **ESENTE ART.10**  
Aliquota IVA (%): **0.00**  
Natura operazioni: **N2** (non soggette)  
Totale imponibile/importo: **2.00**  
Totale imposta: **0.00**  
Riferimento normativo: **FUORI CAMPO IVA**

**Dati relativi al pagamento**

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

**Dettaglio pagamento**

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2020-01-26+01:00** (26 Gennaio 2020 01:00:)  
Importo: **59160.00**  
Codice IBAN: **IT53S0100516800000000218000**  
Codice ABI: **01005**  
Codice CAB: **16800**  
Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2020-01-26+01:00** (26 Gennaio 2020 01:00:)  
Importo: **2.00**  
Codice IBAN: **IT53S0100516800000000218000**  
Codice ABI: **01005**  
Codice CAB: **16800**

**Dati relativi agli allegati**

Nome dell'allegato: **FT.400.pdf**  
Formato: **PDF**



*Determina nr.4 del 12/01/2021 - Allegato nr.2*

(All B)

Vol. 242  
11.07.2018

A.B. 3

Allegato 2

MODULO CESSIONE EMOCOMPONENTI E MAGGIORAZIONI

Azienda sanitaria cedente A.S.P. 4 ENNA  
 Presidio ospedaliero M. CHIELLO di PIAZZA ARMERINA  
 Anno di riferimento: 2° TRIM 2018

Emocomponente (codice)	Maggiorazione (codice)	Struttura sanitaria ricevente	Unità cedute	Euro
A	CC	ADUP G. MARTINO MESSINA 4/4	20	3620
A	CC+AA	" " " 4/4	1	201
A	CC	" " " 11/4	15	2715
A	CC+AA	" " " 11/4	1	201
A	CC	" " " 18/4	51	9231
A	CC	" " " 24/4	35	6335
A	CC+AA	" " " 24/4	2	402
A	CC	" " " 2/5	67	12127
A	CC+AA	" " " 2/5	5	1005
A	CC	" " " 9/5	69	12489
A	CC+AA	" " " 9/5	3	603
A	CC	" " " 16/5	38	6878
A	CC+AA	" " " 16/5	1	201
A	CC	ADUP G. MARTINO MESSINA 23/5	22	3982
A	CC+AA	" " " 23/5	1	201
A	CC	ADUP G. MARTINO MESSINA 30/5	39	7059
A	CC+AA	" " " 30/5	3	603
A	CC	ADUP G. MARTINO MESSINA 5/6	33	5973
A	CC+AA	" " " 5/6	2	402
A	CC	ADUP G. MARTINO MESSINA 13/6	40	7240
A	CC+AA	" " " 13/6	2	402
A	CC	ADUP G. MARTINO MESSINA 19/6	55	9955
A	CC+AA	" " " 19/6	3	603
A	CC	ADUP G. MARTINO MESSINA 27/6	51	9231
A	CC+AA	" " " 27/6	1	201
Tot			560	101860
			UNITÀ	€

Dott. VINCENZO BARBERA  
 U.O. di MEDICINA TRASFUSIONALE  
 AUSL n. 4 - PO PIAZZA ARMERINA  
 Cod. ENPAM 300211570 D

Dr. Vincenzo BARBERA  
 "G. MARTINO"  
 MEDICO  
 NA TRASFUSIONALE  
 Ind. n. RC 6218  
 62R24B516D

10034

Allegato 2

MODULO CESSIONE EMOCOMPONENTI E MAGGIORAZIONI

Azienda sanitaria cedente ASP 4 ENNA  
 Presidio ospedaliero M. CHIULO in Piazza Armerina  
 Anno di riferimento: III° Trim. 2009

Emocomponente (codice)	Maggiorazione (codice)	Struttura sanitaria ricevente	Unità cedute	Euro
EMAZIE	conc. prof.	AOUP G. MARTINO - MESSINA 2/7	32	5792
EMAZIE	QRh Neg	" " " " 2/7	1	201
EMAZIE	conc. prof.	AOUP G. MARTINO - MESSINA 8/7	38	6878
EMAZIE	conc. prof.	" " " " 16/7	34	6154
EMAZIE	conc. prof.	AOUP G. MARTINO MESSINA 23/7	18	3258
EMAZIE	QRh Neg	" " " " 23/7	2	402
EMAZIE	conc. Prof.	AOUP G. MARTINO MESSINA 5/8	41	7421
EMAZIE	QRh Neg	" " " " 5/8	1	201
EMAZIE	conc. Prof.	AOUP G. MARTINO MESSINA 12/8	29	5248
EMAZIE	QRh Neg	" " " " 12/8	1	201
EMAZIE	conc. Prof.	AOUP G. MARTINO MESSINA 20/8	11	1991
EMAZIE	QRh Neg	" " " " 20/8	1	201
EMAZIE	conc. Prof.	AOUP G. MARTINO MESSINA 22/8	19	3439
EMAZIE	QRh Neg	AOUP G. MARTINO MESSINA 27/8	1	201
EMAZIE	conc. Prof.	" " " " 30/8	25	4525
EMAZIE	QRh Neg	AOUP G. MARTINO MESSINA 30/8	2	402
EMAZIE	conc. Prof.	" " " " 10/9	18	3258
EMAZIE	QRh Neg	AOUP G. MARTINO MESSINA 10/9	2	402
EMAZIE	conc. Prof.	" " " " 17/9	33	5973
EMAZIE	QRh Neg	AOUP G. MARTINO MESSINA 17/9	1	201
Pixstade	multicomponent	" " " " 24/9	1	256
EMAZIE	conc. Prof.	AOUP G. MARTINO MESSINA 24/9	13	2353
EMAZIE	QRh Neg	" " " " 24/9	1	201
		Tot.	325	59160
			UNITA'	€

Il responsabile S.E.M. *[Signature]*

Il direttore generale

*[Signature]*  
 Dott. Paolo SCARRONE  
 AOU "G. MARTINO"  
 DIR. MEDICO  
 U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE  
 Iscriz. Ordine N° RC 6218  
 C.F. SCRPLA62R24B516D