

# **ACCORDO FRA LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E I CENTRI RIABILITATIVI LUCE SUL MARE E FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI IN MATERIA DI PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO – PERIODO 2011-2014**

La Regione Emilia Romagna e i Centri riabilitativi Luce sul Mare di Bellaria Igea Marina e Fondazione Don Carlo Gnocchi di Parma, di seguito individuate anche solo come "le parti", proseguono in una ottica di collaborazione al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati ai cittadini.

## **CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE**

Le parti concordano nel ritenere la presente intesa, con riferimento anche alle disposizioni di cui al comma 8 art. 32 della L. n. 449/97 e della L. n. 448/98, quale presupposto, come avvenuto nei precedenti accordi stipulati tra le stesse, per la dichiarazione di funzionalità alle scelte della programmazione regionale dei centri riabilitativi firmatari dell'intesa, salvo quanto diversamente stabilito dall'atto di indirizzo di cui all'art. 8-quater, comma 3, lettera b, del D.Lgs n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

## **PREMESSE**

La Regione Emilia-Romagna ribadisce la propria valutazione positiva dei risultati ottenuti attraverso gli accordi raggiunti; l'assetto negoziale ha consentito una sostanziale certezza del budget di riferimento per il settore ed ha consentito la stipula di contratti di fornitura aziendali al fine di definire tipologie e volumi di attività.

Tutto ciò considerato e premesso

## **SI CONVIENE**

Di regolamentare i rapporti ex art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e succ. mod. e int. intercorrenti tra le parti in materia di prestazioni erogate dai Centri riabilitativi Luce sul Mare di Bellaria Igea Marina e Fondazione Don Carlo Gnocchi di Parma sulla base delle intese negoziali di cui al presente accordo.

La validità del presente accordo è stabilita in anni 4 a decorrere dall'1.1.2011 mentre per la parte economica la validità è riferita al biennio 2011/2012.

Per gli aspetti normativi e le previsioni contrattuali non espressamente richiamate nel presente Accordo, si ritengono applicabili le disposizioni generali di cui all'Accordo A.I.O.P. –Regione Emilia-Romagna per il periodo 2011/2014 secondo quanto previsto dalla DGR 1920/2011.

## **1.) PRODUTTORI E PRESTAZIONI INTERESSATI AL PRESENTE ACCORDO**

Il presente accordo riguarda i Centri riabilitativi Luce sul Mare di Bellaria Igea Marina e Fondazione Don Carlo Gnocchi di Parma (produttori) ai quali vengono correlati i relativi budget per le prestazioni di carattere ospedaliero, come di seguito specificato.

I produttori interessati al presente accordo forniscono anche prestazioni di ricovero sanitario ai sensi ex art. 26 L. 833/1978, in regime di residenzialità o di semi-residenzialità, per soggetti affetti da minorazioni fisiche e psichiche, per le quali è prevista specifica autorizzazione della Azienda USL di residenza e che vengono remunerate con tariffa specifica non rientrante nelle tariffe ospedaliere. Tali prestazioni non rientrano nel budget di cui al presente accordo.

## **2.) LA CONTRATTAZIONE LOCALE**

Per l'erogazione di prestazioni, all'interno del budget fissato dall'accordo regionale, al fine di conseguire gli obiettivi di salute fissati dalla programmazione nazionale, regionale e locale, le Aziende USL definiscono i contratti aziendali con le strutture firmatarie del presente accordo presenti nell'ambito territoriale di propria competenza. Per la definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni comportanti volumi rilevanti di attività (superiori o pari a 250.000 euro

di spesa storica anno 2010), o comunque qualora le parti interessate ritengano che la definizione di tali accordi sia di reciproco interesse dovranno essere perfezionati accordi anche con le AUSL al di fuori dell'ambito territoriale. Le strutture produttrici si impegnano a garantire il rispetto della pattuizione contrattuale in termini di volumi e tipologie di attività attesi, di garanzie per gli utenti e di responsabilità sui risultati produttivi attesi.

Gli accordi contrattuali stipulati in sede locale dovranno inoltre essere formulati secondo le indicazioni di cui all'allegato 1 della deliberazione di Giunta regionale 426/2000, tenendo conto dei seguenti fattori ed eventualmente adattando le intese già intercorse ai contenuti minimi esplicitamente richiamati in detto allegato:

- l'accordo regionale vigente al momento della sottoscrizione dell'accordo contrattuale in sede locale funge da intesa-quadro da cui dipendono principi e linee guida utili per orientare la contrattazione locale e la cui deroga, ove se ne ravvisi la necessità, deve essere esplicitamente motivata ed espressamente accettata dalle parti;
- in sede di accordi locali non potranno essere previste penalità specifiche rispetto al sistema regionale; fatte salve le situazioni in cui consensualmente si prevedano forme di penalità che intervengono a fronte della non adozione di comportamenti produttivi concordati;
- sulla base di eventuali necessità aziendali la contrattazione locale potrà prevedere l'assegnazione di risorse aggiuntive rispetto ai budget previsti nella presente intesa, per lo sviluppo di specifici programmi aziendali compatibili con le indicazioni programmatiche della regione.

I suddetti accordi definiscono la quantità e la tipologia di prestazioni da fornire in via prioritaria e in conformità ai piani di attività locali, restando impregiudicato il quadro del livello tecnologico – professionale e la diversificazione specialistica propri di ogni struttura, che resta accreditata ed abilitata ad erogare prestazioni intra ed extra – AUSL, nonché fuori regione, per tutte le funzioni accreditate.

Nel caso in cui, trascorsi 30 giorni dalla definizione degli obiettivi della programmazione aziendale, si riscontri il mancato raggiungimento degli accordi a livello locale e persista incongruenza tra gli obiettivi citati e l'attività esercitata dalle strutture private la contrattazione verrà condotta a livello regionale con la partecipazione delle parti interessate.

Considerato che l'attività delle strutture aderenti al presente accordo è in larga parte determinata dagli invii diretti delle strutture pubbliche, gli accordi locali devono prevedere i volumi massimi di attività congrui con i budget concordati e con le tariffe in vigore.

L'eventuale esubero di attività, solamente nel caso in cui sia indotta da invii da strutture pubbliche e, essendo attività remunerata a giornata di degenza, venga valutata appropriata la durata della degenza, può dare luogo ad integrazione del budget, da concordare adeguatamente a livello locale, da considerarsi extra budget. Qualora fra le parti non si giunga ad un accordo in merito al riconoscimento della eventuale attività extra budget, la risoluzione della controversia viene demandata alla Commissione Paritetica di cui al punto 6 del presente accordo.

### **3.) ACCESSO**

L'accesso alle strutture private accreditate firmatarie del presente accordo avviene sulla base delle modalità definite dalle linee guida regionali per le funzioni di riabilitazione di cui alla DGR 1455/1997 e dalla normativa, per quanto concerne le prestazioni di carattere ospedaliero; necessita di specifica autorizzazione della Azienda USL di residenza del paziente per quanto riguarda gli accessi in regime ex art.26.

Le strutture accreditate potranno accogliere anche pazienti paganti in proprio o ristornati dalle compagnie di assicurazione, senza pregiudizio per l'attività assistenziale riferita al SSN. Tale quota di fatturato non potrà generare limitazioni di sorta, né riversarsi sul budget pubblico di competenza anche ai soli fini statistici.

Il limite di budget concordato non può essere utilizzato quale strumento per discriminare il ricovero dei pazienti e tanto meno per effettuare pressioni al ricovero verso le Aziende USL di residenza. I meccanismi legati alla remunerazione ed alle penalità non devono in nessun caso essere oggetto di trattativa con i pazienti stessi al fine di facilitarne o meno l'accesso. I meccanismi di applicazione economica degli accordi regionali e locali sono conosciuti dalle strutture al momento dell'adesione agli accordi stessi e pertanto non possono essere utilizzati quale sistema di "blocco" dei ricoveri. Le

strutture, conoscendo il budget, con l'eccezione degli invii diretti da parte di struttura pubblica che comunque vengono salvaguardati, devono gestire una programmazione dei ricoveri che non può e non deve prevedere la chiusura di una attività in riferimento alla carenza di budget. L'eventuale verificarsi di tali comportamenti che vengano segnalati e comprovati da cittadini o da Aziende USL, può essere sanzionato, su decisione della Commissione paritetica, anche prevedendo meccanismi penalizzanti individuali.

Qualora la programmazione dei ricoveri, effettuata in coerenza con le risorse assegnate, dovesse determinare l'insorgenza di liste di attesa, occorrerà definire criteri di gestione delle stesse rispettosi della disciplina disposta a livello regionale e dei correlati criteri di priorità nella soddisfazione della domanda.

### **3.1) Differenza per conforto alberghiero**

La remunerazione per differenze di conforto alberghiero di ogni tipo pagata direttamente dal ricoverato resta completamente liberalizzata e riservata alla insindacabile decisione dell'amministrazione di ogni struttura privata, con obblighi di trasparenza, pubblicità delle tariffe e corretta comunicazione. **L'opzione per il trattamento alberghiero non ha alcuna incidenza sui tempi e sulle possibilità di ricovero.**

## **4.) FATTURAZIONE e PAGAMENTI**

### **4.1) Fatturazione**

Le prestazioni effettuate sono fatturate alle AUSL di provenienza del paziente, in base al dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica al ricovero e dalla documentazione sanitaria (tesserino sanitario).

Per quanto riguarda i pazienti provenienti da altre regioni, seguiranno le modalità proprie della mobilità interregionale per quanto concerne le prestazioni di carattere ospedaliero, mentre vanno a fatturazione diretta tutte le prestazioni erogate in regime ex art.26.

Le prestazioni a cittadini non residenti e non iscritti al SSN, né coperti dalle disposizioni internazionali in materia di reciprocità, verranno comunque erogate secondo la disciplina ministeriale vigente e non saranno comunque conteggiate nel budget.

Il volume di fatturato relativo ai residenti fuori regione non viene conteggiato nel budget, né l'accesso è sottoposto a condizionamenti o limitazioni da parte delle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna, fatto salvo quanto definito da eventuali accordi fra regioni in merito alla mobilità sanitaria.

### **4.2) Pagamenti**

Le prestazioni fatturate, verranno pagate dalla stessa AUSL entro 90 giorni dal ricevimento della relativa fattura.

Le prestazioni a cittadini residenti in altre AUSL della Regione Emilia-Romagna, fatturate separatamente alle stesse AUSL di provenienza, e inviate in copia conforme anche alla AUSL di competenza territoriale della casa di cura, saranno pagate dalla AUSL di provenienza del cittadino nello stesso termine sopra stabilito.

### **4.3) Factoring**

E' in facoltà delle strutture sanitarie interessate, che comunque intrattengono rapporti con le Aziende USL o Ospedaliere (*accreditamento, convenzioni, appalti per fornitura di servizi, contratti sperimentali, prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, ecc.*) attivare nei confronti delle Aziende le normali formule di finanziamento e anticipo commerciale (factoring, cessione di credito, delega all'incasso, cessione in monte dei crediti futuri ecc.) esclusivamente per fatture relative a cittadini della Regione Emilia Romagna e per fronteggiare gli eventuali ritardi nel pagamento delle partite scadute o da scadere.

In caso di ritardo nel pagamento superiore ai 30 gg rispetto alla scadenza dei 90 gg previsti, si stabilisce che le strutture interessate potranno attivare l'istituto del factoring "pro-soluto" (factoring senza rivalsa, anche secondo la tipologia della cessione in monte dei crediti futuri), mediante il

quale il credito verso l'AUSL viene irrevocabilmente ceduto ad un istituto finanziario in modo definitivo e con garanzia del pagamento a carico del debitore; le commissioni dovute all'istituto e gli interessi decorrenti dalla scadenza del termine di pagamento sono a carico del debitore (Azienda USL e Regione) e dovranno essere pagate al factor a maggiorazione del credito o separatamente, secondo le modalità contrattualmente stabilite.

L'istituto finanziario potrà essere prescelto dal debitore ed il nominativo dovrà essere comunicato almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento; in tal caso le condizioni contrattuali del rapporto di cessione del credito dovranno salvaguardare il principio della totale assenza di oneri finanziari e per commissioni a carico del cedente e rispettare le modalità concordate al presente paragrafo.

In mancanza della indicata designazione da parte del debitore, nonché in caso di sua inerzia, la casa di cura potrà scegliere un istituto di suo gradimento e le condizioni contrattuali praticate dovranno ritenersi accettate dalla controparte, impegnandosi al contempo il creditore a ricercare un assetto degli oneri addossabili al debitore vantaggioso e sostenibile, comunque non lontano dalla media dei prezzi di mercato per cessioni di credito "pro-soluto" verso la P.A.

Quanto concordato al presente paragrafo costituisce variazione, per quanto di ragione e rispetto alle parti firmatarie del presente Accordo, dell'intesa regionale stipulata nel 1992 ai sensi della L.R. n. 38 del 5.5.1990 e recepita con DGR n. 6189 del 15.12.1992.

## **5.) CONTROLLI**

I controlli devono essere effettuati secondo quanto previsto dalla DGR n. 354 del 26/3/2012 "Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie della R.E.R".

Qualora dovessero insorgere contestazioni a seguito dei controlli ispettivi sulle prestazioni erogate, l'esito degli stessi derivante dalla definizione della controversia formalizzata con le consuete modalità in sede locale (acquiescenza, transazione o devoluzione al collegio arbitrale) dovrà essere regolarizzato contabilmente con l'apposita nota di accredito (una per ognuna delle tre casistiche sopra descritte), inviata all'AUSL competente per effettuare i necessari conguagli.

I controlli per prestazioni dovranno essere effettuati con periodicità almeno trimestrale, onde permettere alle strutture una operatività contabile garantita da sufficienti margini di certezza a norma della DGR n. 354 del 26/3/2012.

Mentre per le prestazioni intra-AUSL i controlli sono svolti dalla Azienda di competenza territoriale, per le prestazioni extra-AUSL potranno essere svolti sia da questa che dalla Azienda USL destinataria della fattura, previo accordo tra le medesime, onde evitare un raddoppio delle attività e l'utilizzo di criteri ed indirizzi interpretativi differenti.

Si ritiene opportuno altresì che l'attività di controllo sia concentrata in momenti concordati con la Direzione della struttura controllata ed alla presenza di un contraddittorio medico idoneo.

Deve essere garantito il rispetto della normativa sulla privacy.

Sono applicati i criteri e le modalità stabilite dagli atti regionali in materia, secondo il principio dell'equità e della parità tra strutture pubbliche e private.

### **5.1.) Clausola arbitrale**

Il sistema di controllo organizzato dalle AUSL con il coordinamento della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e dell'Agenzia Sanitaria Regionale è finalizzato a prevenire e segnalare gli eventuali effetti distorsivi dell'applicazione del nuovo sistema tariffario e deve essere orientato, in primo luogo, a fornire un servizio di collaborazione e supporto alle strutture, al fine di garantire, al contempo, la prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici da parte degli operatori e la salvaguardia dei livelli di qualità assistenziale.

Qualora l'attività di controllo dovesse rilevare contestazioni agli operatori delle strutture interessate, con conseguenze sull'attività in accreditamento derivanti da una diversa valorizzazione dei casi trattati o incidenti, in termini di appropriatezza dei ricoveri e di congruità delle risorse sulla corretta osservanza delle regole di scambio, o, comunque, suscettibili di concretizzare un danno economico per l'una o l'altra parte, la controversia eventualmente insorta verrà devoluta su iniziativa di anche una sola delle parti, ad una commissione arbitrale insediata a livello di ogni Azienda USL composto da 5 membri, nominati, i primi quattro, due per ciascuno, dalle parti (strutture ex art. 26 e AUSL),

ed il quinto dai primi quattro all'unanimità; la nomina del 5° membro, in caso di disaccordo dei primi quattro, è effettuata dall'Assessore Regionale alla Sanità all'interno di una rosa di tre nominativi proposti dalla Commissione Paritetica e prescelti tra esperti non contigui per motivi professionali o di servizio alle parti in causa.

L'insediamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla decisione di voler attivare la commissione arbitrale, con proroga di 10 giorni per la nomina del quinto arbitro, e dovrà emettere la propria decisione entro due mesi dall'insediamento. Gli arbitri decideranno quali amichevoli compositori ispirandosi alle norme ed alle direttive regionali e nazionali in materia di accreditamento, di tariffe a DRG e di controlli e, ove non possibile, secondo equità; alla loro decisione le parti dovranno attenersi in modo vincolante.

Tale clausola è operativa anche in ordine a contestazioni già insorte o comunque relative a ricoveri precedenti. La Commissione opererà in coerenza con quanto stabilito dal livello regionale e nazionale in materia di controlli sulle attività di ricovero e compilazione della scheda nosologica e secondo criteri di parità e di equità tra pubblico e privato accreditato.

## **6) COMMISSIONE PARITETICA**

Viene confermata la Commissione Paritetica fra le strutture firmatarie la presente intesa e la Regione alla quale è attribuito il compito di monitorare l'andamento finanziario e progressivo del presente accordo, con particolare riferimento al budget extra Ausl, nonché le sue modalità applicative, e di formulare eventuali proposte di modifica e completamento dell'accordo stesso.

La Commissione è composta da n. 4 membri, 1 membro per ciascuna struttura e 2 nominati dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, di cui 1 è individuato nel responsabile del Servizio Presidi ospedalieri, il quale ha anche compito di coordinare la Commissione. Delle riunioni viene redatto verbale sottoscritto dai componenti e custodito agli atti della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

Le strutture si impegnano a fornire trimestralmente alla Commissione paritetica ed alla Regione i dati relativi al fatturato per Azienda USL. La Commissione paritetica, sulla base delle verifiche e del confronto con i dati risultanti dal sistema informativo regionale, che pertanto deve essere correttamente alimentato dai dati ricavati dalla scheda nosologica integrati dagli eventuali accordi locali, approva i rendiconti infrannuali e i consuntivi annuali. A seguito dell'approvazione la Regione trasmette i dati alle Aziende Sanitarie.

## **7.) INCOMPATIBILITÀ**

Si ribadisce l'incompatibilità assoluta del personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, nonché del restante personale, compreso quello universitario integrato, che comunque intrattiene rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale, a prestare la propria attività nei confronti delle strutture accreditate.

E' vietato pertanto per dette strutture avere nel proprio organico, o in qualità di consulente, personale medico e non in posizione di incompatibilità. Il principio dell'incompatibilità deve intendersi riferito all'attività professionale sanitaria e non a qualsiasi titolo espletata da personale medesimo presso la struttura accreditata, ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Per quanto concerne personale medico con il quale le Aziende sanitarie intrattengono rapporti con contratti libero professionali, le Aziende valutano in merito alla tipologia di attività e all'impegno temporale richiesto la necessità di definire all'interno del contratto la clausola della esclusività del rapporto con l'Azienda stessa, anche in considerazione dei possibili conflitti di interesse che possono determinarsi fra l'opera professionale richiesta e altre attività presso strutture private accreditate. È pertanto necessario prevedere all'interno dei contratti la caratteristica del medesimo (se deve intendersi esclusivo con l'Azienda pubblica o se sia compatibile con lo svolgimento di attività professionali presso altri soggetti).

Sono fatti salvi eventuali specifici accordi intervenuti in merito tra gli enti pubblici preposti all'erogazione di prestazioni sanitarie (Aziende Sanitarie e Università, quest'ultima per la specifica funzione didattica e comunque nel rispetto del Protocollo d'intesa Regione - Università) e le strutture private accreditate interessate, per attività svolte nell'ambito di programmi aziendali, con

particolare riferimento agli aspetti di continuità assistenziale, e comunque nel rispetto della normativa vigente.

Al riguardo le strutture firmatarie la presente intesa si impegnano a corrispondere alla Regione Emilia-Romagna una somma pari a 10 volte il valore tariffario delle singole prestazioni effettuate per ciascuna violazione che, a seguito di accertamenti, dovessero essere rilevate in materia di incompatibilità per il personale medico, significando che in tutti i casi in cui si dovesse fare applicazione delle penalità sopra previste, è fatta salva la facoltà della Regione di esigere l'eventuale maggior danno, ai sensi dell'art. 1382 c.c., da liquidarsi di comune accordo, o, in difetto dal giudice civile, salva l'assunzione da parte della Regione di ogni altra iniziativa o provvedimento conforme alla legge.

Quanto sopra è legittimamente applicabile fatti salvi i casi in cui i sanitari interessati, con apposita autocertificazione rilasciata alle strutture, *a disposizione delle Aziende UUSSLL e della Regione*, ai sensi del D.Lgs.403/98 e successivi concernenti la semplificazione amministrativa, abbiano attestato regolarmente la sussistenza della propria compatibilità ad operare presso istituti accreditati.

## **8.) ACCORDI SPECIALI**

La Regione e/o le Aziende sanitarie pubbliche potranno avviare specifiche trattative, con le singole strutture firmatarie del presente accordo per regolare i reciproci rapporti per rispondere a specifiche esigenze. Qualora tali nuovi ed aggiuntivi accordi dovessero comportare un incremento del valore della produzione, il relativo carico finanziario potrà essere previsto con la dotazione di risorse aggiuntive rispetto al budget concordato; tali risorse non dovranno essere considerate al fine del calcolo delle penalità.

## **9.) ACCREDITAMENTO E DEBITI INFORMATIVI**

### **9.1) Accreditamento**

Le strutture firmatarie del presente accordo, sono in possesso dell'accREDITAMENTO **istituzionale** quali strutture riabilitative ex art.26 L.833/1978 e sono in possesso di specifica autorizzazione ospedaliera per i cod. 56 e 60 e per la sola struttura Luce sul Mare anche cod. 75.

### **9.2) Debiti informativi**

Le strutture firmatarie il presente accordo, per i PL ospedalieri, sono tenute ad assolvere i medesimi debiti informativi delle strutture ospedaliere per quanto riguarda i flussi ministeriali (Mod. HSP), mentre per la parte strutturale dedicata all'accoglienza dei pazienti in regime ex art.26 compilano i flussi dedicati alle strutture riabilitative (Mod. RIA).

La compilazione della scheda nosologica e l'invio del relativo flusso informativo alla banca dati regionale, essendo flusso informativo ospedaliero, con finalità anche di mobilità, avviene per i soli ricoveri effettuati sui PL accreditati di cui al punto precedente. Per i pazienti in regime ex art.26 viene mantenuta la compilazione della scheda nosologica con finalità informative interne, e pertanto non viene utilizzata a fini di mobilità in quanto per tale tipologia di prestazioni è prevista il pagamento a fatturazione diretta da parte delle AUSL di residenza degli assistiti. Al fine di mantenere la separazione in maniera chiara, in banca dati regionale, fra le attività in regime ospedaliero e quelle ex art. 26, queste ultime vengono codificate con reparto cod. 6002.

## **10.) TARIFFE**

Alla produzione ospedaliera riabilitativa si applicano le tariffe massime stabilite dai vigenti provvedimenti regionali, salvo diversi accordi fra le parti.

## **11.) BUDGET**

Le parti concordano di aggiornare a € 168,00 la tariffa giornaliera per l'attività di ricovero residenziale svolta dalle strutture firmatarie ai sensi dell'art. 26 L. n. 833/1978, con decorrenza **dal 01/01/2011. Tale tariffa potrà essere riconsiderata annualmente rapportandola alle variazioni delle tariffe ospedaliere.**

	<b>BUDGET ANNUALE</b>	
	<b>Intra ausl</b>	<b>Extra ausl</b>
<b>Luce sul Mare</b>	945.303*	2.762.170,62
<b>Don Gnocchi</b>	4.650.000*	987.513,28
<b>Totale</b>		

\* per quanto riguarda il Budget intra AUSL della struttura Don Gnocchi viene riportato il valore dell'accordo locale sottoscritto con l'AUSL di Parma che prevede un incremento del 2%, fatta salva una valutazione congiunta di impatto delle tariffe qualora queste incrementino in maniera superiore al 2%. In tale caso le parti possono, a fronte di attività considerata appropriata, determinare una rivalutazione budgetaria, comunque non superiore ad un 4% complessivo. Il budget comprende anche la valorizzazione legata all'attività di riabilitazione cardiologica per la quale la struttura è funzionalmente collegata al Dipartimento del Cuore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Il valore di tale attività, previsto pari a € 1.183.200,00, deve intendersi come sostitutivo dei costi che l'Azienda AUSL sosteneva per la mobilità passiva in tale ambito assistenziale.

Sono fatti salvi accordi specifici con le Aziende di riferimento, per attività innovative o integrative che, in quanto tali, non rientrano nei budget come sopra definiti, e pertanto non rientrano nei meccanismi di penalità di seguito concordati, ma che devono essere specificati in sede locale, sia dal punto di vista economico/tariffario che nella definizione dei meccanismi di controllo budgetario.

## **12.) MECCANISMI DI PENALIZZAZIONE**

Per il controllo dei tetti di spesa di cui ai budget intra e extra nonché delle due strutture sono previsti meccanismi di penalizzazione, fino al rientro con effetto retroattivo a tutta l'annualità interessata, mediante la riduzione proporzionale delle tariffe (meccanismo del budget fisso e tariffa variabile).

È compito della Commissione Paritetica di cui al punto 6) definire di volta in volta, a fronte di eventuali contenziosi e /o sforamenti, i meccanismi e le entità delle penalizzazioni applicabili.

Sono fatte salve eventuali integrazioni previste negli accordi locali a fronte di un incremento di attività dovuto ad invii da strutture pubbliche e da queste prorogati.

## **13.) RIQUALIFICAZIONE DELLE ATTIVITA'**

Le parti private si impegnano ad adeguare il proprio assetto produttivo alla pianificazione regionale, in virtù dell'inserimento delle strutture ospedaliere private a pieno titolo nella programmazione regionale di piano e della necessaria partecipazione, in qualità di produttori, ai processi di programmazione locale delle attività ospedaliere.

Le strutture si impegnano inoltre a rendere esplicito e ad informare conseguentemente il cittadino sui contenuti dell'episodio di cura, con particolare riferimento alle fasi di pre e post – ricovero (continuità assistenziale).

### **L'Assessore alle politiche per la Sanità e per le strutture riabilitative**

Dott. Carlo Lusenti

Cooperativa Luce sul Mare

Fondazione Don Carlo Gnocchi