

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

DECRETO n.

Oggetto: Rideterminazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie anni 2007-2011

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO IN QUALITA' DI
COMMISSARIO AD ACTA**

VISTA la Legge Costituzionale n. 3/2001;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni ed in particolare l'articolo 98;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss. mm. ed ii. concernente: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”*;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», che individua le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie poste a carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 7 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni;

VISTO, in particolare, l'art. 8 quinquies, comma 2 lettera e-bis del suddetto Decreto Legislativo;

CONSIDERATO che la Regione Lazio per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 Legge dello Stato n. 311 del 30 dicembre 2004 – legge finanziaria 2005 - è di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: *“Approvazione del “Piano di Rientro” per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”* e la deliberazione della Giunta Regionale n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Preso atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”*;



VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione, secondo i Programmi operativi di cui al richiamato articolo 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che con la citata delibera del 21 marzo 2013 sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale affidati al Presidente *pro tempore* della Regione Lazio con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, come riformulato con la successiva deliberazione del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati a decorrere dal corrente anno;

DATO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 (prot. n. ACG/23/SANIT/3103) il Dott. Giuseppe Antonino Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con delibera del 20 gennaio 2012 ha, tra l'altro, rimodulato le funzioni del Sub Commissario Giuseppe Antonino Spata ed ha nominato a Sub Commissario il dott. Gianni Giorgi a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTO l'articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e in particolare il comma 88, il quale prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 31 dicembre 2010, n. 113 recante “Programmi Operativi 2011-2012”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00314 del 5 luglio 2013, recante: “Adozione della Proposta di Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;



VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n.U00094 del 7 giugno 2012 recante: *“Remunerazione per l'anno 2012 delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post acuzie con onere a carico del SSR erogate da strutture pubbliche e private”* nella parte in cui, con riferimento alle prestazioni di riabilitazione post-acuzie, sono previste le relative tariffe e sono stati tra l'altro individuati i valori soglia relativi ai ricoveri ordinari e relativi abbattimenti tariffari;

VISTO il Decreto Legge 6 luglio 2012 n. 95, recante *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”*, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

PRESO ATTO, in particolare, dell'art. 15 comma 15 del citato decreto legge 95/12, come modificato dalla legge di conversione n. 135/2012 che - in deroga alla procedura prevista dall'art. 8 sexies, comma 5 del D. Lgs. n. 502/92- stabilisce che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle Finanze, sentita la Conferenza permanente Stato-Regioni, determina con proprio decreto le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del S.S.N.;

VISTO l'art. 2, comma 9 della L. 28 dicembre 1995, n. 549: *“In sede di prima applicazione del sistema di remunerazione delle prestazioni di cui all'articolo 8, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, le regioni fissano il livello massimo delle tariffe da corrispondere nel proprio territorio ai soggetti erogatori entro un intervallo di variazione compreso tra il valore delle tariffe individuate dal Ministro della sanità, con propri decreti, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ed una riduzione di tale valore non superiore al 20 per cento, fatti salvi i livelli inferiori individuati in base alla puntuale applicazione dei criteri di cui all'articolo 3 del decreto del Ministro della sanità 15 aprile 1994, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 1994;*

VISTO il Decreto ministeriale 30 giugno 1997, recante: *“Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994”*, pubblicato su G.U. Serie Generale, n. 209 dell'8 settembre 1997;

VISTA la Deliberazione di Giunta n. 436 del 19 giugno 2007, recante: *“Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere e di assistenza specialistica ambulatoriale dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2007. Attuazione del Piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art 1 comma*

180 L. 311/2004: obiettivi specifici 1.2 - 1.3, - 2.22", come integrata e rettificata dalla Deliberazione di Giunta regionale n. 1061 del 28 dicembre 2007;

VISTO il Decreto Ministero della salute 12 settembre 2006, avente ad oggetto la ricognizione e il primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 289 del 13 dicembre 2006, presupposto della Deliberazione di Giunta n. 436/2007;

VISTA la sentenza del TAR Lazio n. 12982/2007, confermata dal Consiglio di Stato con sentenza n. 1205 del 2 marzo 2010, nella parte in cui ha annullato il Decreto Ministero della Salute con riferimento alle tariffe per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica;

VISTE le sentenze 20 ottobre 2010, n. 32923 e 11 novembre 2010 n. 33374 con cui il TAR Lazio ha annullato la citata Deliberazione di Giunta regionale n. 436/2007 per difetto istruttorio e violazione art. 7 Legge n. 241/1990 anche con riferimento alle tariffe massime indicate per acuti;

CONSIDERATO, pertanto, che allo stato la deliberazione n. 436/2007 anzidetta risulta annullata nelle varie disposizioni generali e specifiche sulle tariffe delle prestazioni sanitarie post-acuzia (riabilitazione e lungodegenza), come pure delle prestazioni sanitarie per gli acuti e per la specialistica ambulatoriale;

VISTA la sentenza del TAR Lazio n. 4640 del 20 aprile 2011;

CONSIDERATO che il Ministero della Salute, anche alla luce dell'ulteriore termine di due mesi concesso dal Consiglio di Stato con l'ordinanza n. 5186 del 25 novembre 2011, ha adottato il DM recante: "*Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post- acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*" soltanto in data 18 ottobre 2012, pubblicato su G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento ordinario n. 8;

CONSIDERATO che il citato Decreto del Ministero della salute del 18 ottobre 2012, in attuazione alle disposizioni di cui al citato decreto legge n. 95 del 2012, ha fissato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post acuzie, precisando che: "*Gli importi tariffati, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico – finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto*

specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004 n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono limite invalicabile”;

RILEVATO che per la Regione Lazio, che ha sottoscritto l'accordo ai sensi della L. n. 311/2004, art. 1, comma 180 su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione e di potenziamento del servizio Sanitario regionale, le tariffe massime stabilite con il D.M. 19 ottobre 2012 (rectius 18 ottobre 2012) costituiscono limite invalicabile;

DATO ATTO che la Regione Lazio ha già provveduto ad adottare il proprio sistema tariffario delle prestazioni di assistenza ospedaliera ed il Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale, rispettivamente con i Decreti del commissario *ad acta* nn. 310 e 313 del 4 luglio 2013, in applicazione dei criteri fissati dall'art. 4 del D.M. 18 ottobre 2012;

PRESO ATTO dell'allegato 2 del sopracitato D.M. 18.10.2012 che riporta le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, e i valori soglia dei ricoveri ordinari, per classi di categorie diagnostiche maggiori (MDC), oltre i quali si applica la specifica tariffa giornaliera ridotta indicata nel medesimo allegato. Per i ricoveri diurni la tariffa giornaliera ridotta indicata nel suddetto allegato è applicata agli accessi erogati oltre i valori soglia, per MDC, stabiliti a livello regionale.

PRESO ATTO che il sopracitato allegato 2 D.M. 18.10.2012 riporta, altresì, le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di lungodegenza post acuzie e la tariffa giornaliera ridotta per la remunerazione delle giornate erogate oltre il valore soglia della degenza, parimenti indicato;

CONDIDERATO che la Relazione tecnica al citato decreto ministeriale ha evidenziato che *“Una valutazione puntuale dell'impatto finanziario complessivo dell'applicazione delle nuove tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera definite dal presente decreto sui livelli di spesa per l'acquisto delle prestazioni dagli erogatori privati accreditati risulta ostacolata dalla eterogeneità dei valori e dei contesti locali di riferimento”* e che comunque *“la presenza di budget predeterminati, che stabiliscano preventivamente i livelli e la composizione appropriati delle attività ospedaliere da acquistare presso gli erogatori privati accreditati ed i corrispondenti livelli di spesa, si ritiene garantita la neutralità dell'impatto finanziario delle nuove tariffe ospedaliere”;*

CONSIDERATO, infatti, che il citato Decreto ministeriale ha determinato le tariffe massime, valide per gli anni 2012-2014, ai sensi del citato decreto-legge 95 del 2012, tenuto conto, anche in via alternativa, dei criteri di cui al citato articolo 8-sexies, comma 5, lettere a), b) e c) del citato decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, provvedendo così ad aggiornare, le vigenti tariffe nazionali delle attività assistenziali diverse dalle funzioni assistenziali, di cui all'articolo 8-sexies, comma 2, del citato decreto legislativo 502 del 1992: Assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza; Assistenza specialistica ambulatoriale;

CONSIDERATO, pertanto, che la riedizione delle tariffe da applicare all'anno 2007, rappresentando atto di natura generale, è idoneo a determinare, conseguentemente, la rideterminazione dei budget annullati in quanto derivanti dall'applicazione di atto illegittimo;

CONSIDERATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 che ha, tra l'altro, delineato i poteri del Commissario *ad acta* che agisce quale "*organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali*" (pag. 11 della sentenza); qualificato i provvedimenti del Commissario *ad acta* quali "*ordinanze emergenziali statali in deroga*", ossia "*misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro*" (pag. 11 della sentenza); interpretato l'art. 2, comma 83, della L. n. 191/2009 e l'art. 1, comma 796, lett. b) della L. n. 296/2006, quali norme che "*fonda(no) potestà tanto ampie, quanto vincolate per l'esatta esecuzione, da parte dei Commissari statali, dei piani di rientro, le cui determinazioni implicano effetti di variazione di atti già a suo tempo adottati dalle regioni commissariate. Da ciò discende, per un verso, che l'esercizio di siffatte potestà commissariali configura l'ipotesi delle ordinanze libere extra ordinem e, per altro e correlato verso, esse non soggiacciono, affinché sia garantita la loro efficace immediatezza ed urgenza, alle regole di contraddittorio procedimentale, come d'altronde accade per ogni ordinanza contingibile*" (pag. 11-12 della sentenza); affermato, infine, che "*i poteri commissariali possono in ogni momento disapplicare anche regole pattizie, quando, come nella specie, siano accessive o integrative di provvedimenti illegittimi o inopportuni per il raggiungimento degli obiettivi di tutela di interessi primari dell'ordinamento non altrimenti tutelabili*";

CONSIDERATO che l'applicazione *tout court* delle tariffe ministeriali, come recepite con i provvedimenti regionali di cui ai Decreti del commissario-*ad acta* nn. 310 e 313 del 4 luglio 2013, per il periodo di lacuna normativa (2007-2011) equivarrebbe a generare un incremento del disavanzo;

RITENUTO che proprio questo effetto indesiderato mira ad evitare il disposto normativo di cui al D. Lgs. n. 502/1992 e, segnatamente, l'articolo 8 quinquies comma 2, lettera e-bis come introdotto dall'art. 8, comma 1, lettera b), del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n. 3, il quale disciplina - in sede di definizione degli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e dei contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, sono indicati, tra l'altro, il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dall'applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo - la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, prevedendo, che *“in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato”*;

CONSIDERATO, infatti, che la neutralità dell'impatto finanziario di un sistema tariffario può essere garantita solo attraverso l'invarianza del budget inteso come livello massimo di finanziamento erogato;

CONSIDERATO, peraltro, che l'applicazione delle tariffe di cui al DM 30 giugno 1997 determina uno scostamento pari allo zero rispetto all'applicazione delle previgenti tariffe;

RITENUTO, quindi, fare salvi i livelli massimi di finanziamento in precedenza determinati;

RILEVATO che una manovra che fosse solo parzialmente difforme da quella che, necessariamente, la Regione Lazio si trova costretta ad adottare allo scopo di salvaguardare la tenuta dei conti, riducendo al minimo - preventivato - l'esposizione dei costi, sarebbe causativa di un certo, inevitabile e cospicuo aumento dell'imposta sui redditi delle persone fisiche, invero già tra le più alte in Italia;

CONSIDERATO, peraltro, il ruolo del budget nel sistema di programmazione regionale, riconosciuto dalla costante giurisprudenza e riportato dalla recente pronuncia del TAR Lazio, sez. III *quater* del 5 novembre 2013: *“Il valore vincolante delle determinazioni in tema di limiti di spesa esprime la necessità che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. In ultima analisi, nell'evoluzione della legislazione sanitaria si è*

progressivamente imposto il principio della programmazione, allo scopo di realizzare il contenimento della spesa pubblica e la razionalizzazione del sistema sanitario. [...]Le citate disposizioni si configurano alla stregua di norme di principio della legislazione statale tese a garantire ad ogni persona il diritto alla salute come "un diritto costituzionale condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti", tenuto conto dei limiti oggettivi, che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento (Corte Cost., 20 novembre 2000, n. 509). Il Piano preventivo è stato esteso dall'art. 2, comma 8 della L. 28 dicembre 1995, n. 549 a tutti i soggetti, pubblici e privati, accreditati. Il principio della pianificazione preventiva è stato poi confermato, con significative modifiche, dall'articolo 1, comma 32, della L. 23 dicembre 1996, n. 662 e dall'articolo 32, comma 8, della L. 27 dicembre 1997, n. 449. Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di carattere autoritativo e vincolante in tema di limite alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Si è in tal chiave ritenuto che ai sensi dell'art. 32, comma 8, L. 27 dicembre 1997, n. 449, spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale e non già ad una fase concordata e convenzionale la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni. (Consiglio Stato, sez. V, 19.11.2009, n. 7236)";

DATO ATTO che con nota prot. n. 130730/DB.07.09 del giorno 11 luglio 2011 la struttura regionale competente ha richiesto ai Ministeri vigilanti quale fosse il sistema tariffario da applicare all'esito della decisione del Consiglio di Stato n. 1205/2010 sopra richiamata;

RILEVATO che con nota prot. N. 354/P del 28 settembre 2011 i Ministeri vigilanti hanno chiarito che il sistema tariffario vigente, essendo stato annullato il DM 12.09.2006, non poteva che essere quello di cui al DM 30 giugno 1997;

VISTO e CONSIDERATO, infatti, che la previgente DGR 143/2006, recante: *"Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale"* prevedeva meccanismi premianti di fatto incompatibili con le logiche del Piano di Rientro sottoscritto nell'anno 2007;

TENUTO CONTO, peraltro, che l'effetto ripristinatorio, all'esito dell'annullamento della DGR 436/2007, delle tariffe di cui alla DGR 143/2006 non è in alcun modo previsto né contemplato dalle pronunce di annullamento della citata deliberazione 436/2007;

RILEVATO che il mero decorso del tempo non è di per sé indice di inidoneità del sistema tariffario, anche in termini di utile e che l'evoluzione tecnologica è comunque idonea a contribuire all'efficientamento dei costi, se non alla riduzione degli stessi rispetto al decennio precedente;

RITENUTO che la congruità costi, trova dimostrazione nel fatto che, per l'anno 2012, secondo quanto riportato nel richiamato Decreto del Commissario ad acta n. U0094/2012, le strutture erogatrici private, a mezzo delle Associazioni rappresentative di categoria (AIOP, ARIS, Federlazio Salute, Confsalute, Don Gnocchi), hanno sottoscritto, e quindi, condiviso un accordo nel quale le tariffe sono esattamente corrispondenti a quelle in questa sede adottate, mentre il sistema di abbattimento tariffario è stato addirittura più penalizzante di quello previsto dal DM 30 giugno 1997:

Riabilitazione Post-Acuzie:

MDC1 € 261,84

MDC4 € 230,86

MDC5 € 251,00

MDC8 € 237,05

Altri € 201,42

Lungodegenza: € 137,89;

DATO ATTO che con nota prot. n. 44562 DB/07/09 del giorno 8 marzo 2013 recante *"sistema tariffario per le prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie degli anni 2007-2011"* è stato comunicato ai soggetti privati erogatori di prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e alle Associazioni rappresentative di categoria, il recepimento delle tariffe di cui al D.M. 30 giugno 1997;

DATO ATTO che, con la predetta nota si riteneva di confermare, per ciascuna annualità le rimodulazioni tariffarie, così come disciplinate nei corrispondenti provvedimenti di fissazione dei tetti di spesa (es. distinzione in classi dei soggetti

erogatori, prestazioni erogate in regime di day hospital, soglie di degenza e corrispondenti abbattimenti);

RITENUTO, pertanto, che le tariffe massime applicabili per gli anni 2007-2011 non possano che corrispondere a quelle di fatto coincidenti con quelle di cui al DM 30 giugno 1997, di seguito ricognite:

Riabilitazione Post-Acuzie:

MDC1 € 261,84

MDC4 € 230,86

MDC5 € 251,00

MDC8 € 237,05

Altri € 201,42

Lungodegenza: €137,89

CHE, pertanto, i livelli economici relativi alla riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica esposti nei provvedimenti di riferimento non subiscono variazioni;

RIBADITO che i budgets rappresentano il livello massimo di costo sostenibile dalla Regione al cui interno vanno riconosciute esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente;

VISTA la Determinazione D2804 del 10 agosto 2007, recante: "*Directive in attuazione della DGR 436 del 19 giugno 2007. Flussi informativi e fatturazione delle prestazioni sanitarie*" nella parte in cui disciplina la decorrenza del sistema tariffario annullato;

DATO ATTO che il presente provvedimento sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

CONSIDERATO, altresì, che la Regione si riserva espressamente la facoltà di rettificare il presente decreto in esito al parere espresso dai ministeri affiancanti riguardo il medesimo atto commissariale;

RITENUTO di fare salvo quanto previsto nei precedenti e richiamati provvedimenti, non espressamente annullato e per tutto quanto non espressamente qui disciplinato;

DECRETA

Le premesse sono parti integranti del presente provvedimento.

1. che le tariffe massime applicabili per gli anni 2007-2011 non possano che corrispondere a quelle di fatto coincidenti con quelle di cui al DM 30 giugno 1997, di seguito ricognite:

Riabilitazione Post-Acuzie:

MDC1 € 261,84

MDC4 € 230,86

MDC5 € 251,00

MDC8 € 237,05

Altri € 201,42

Lungodegenza: €137,89

2. di confermare, per ciascuna annualità le rimodulazioni tariffarie, così come disciplinate nei corrispondenti provvedimenti di fissazione dei tetti di spesa (es. distinzione in classi dei soggetti erogatori, prestazioni erogate in regime di day hospital, soglie di degenza e corrispondenti abbattimenti);
3. che i livelli economici relativi alla riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica esposti nei provvedimenti di riferimento non subiscono variazioni;
4. che i budgets rappresentano il livello massimo di costo sostenibile dalla Regione al cui interno vanno riconosciute esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente
5. di fare salvo quanto previsto nei precedenti e richiamati provvedimenti, non espressamente annullato e per tutto quanto non espressamente qui disciplinato;
6. di trasmettere il presente decreto ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

Segue Decreto n.

del

7. che la Regione si riserva espressamente la facoltà di rettificare il presente decreto in esito al parere espresso dai ministeri affiancanti riguardo il medesimo atto commissariale.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Nicola Zingaretti

