

INDICE

5064/13

1

1) Nota deposito;

2) relazione del 6.5.2014 prot. N. 2167/C del Commissario ad acta Piano Rientro
Settore Sanitario Regione Campania, con relativa documentazione ivi richiamata

Napoli, 12.5.2014

Adriana Cuoccio
Avvocato dello Stato

MN

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO
REGIONALE DELLA CAMPANIA
13 MAG. 2014
N. R.G.

CT.10034/09 CUO

r.g. 5064/2013

AVVOCATURA DISTRETTUALE DELLO STATO DI NAPOLI

ECC.MO TRIBUNALE AMM.VO REGIONALE PER LA CAMPANIA - NAPOLI

I SEZIONE – UD. 16.7.2014

NOTA DI DEPOSITO

per il Commissario ad acta Piano Rientro Settore Sanitario Regione Campania, in persona del legale rappresentante p.t., rappresentato e difeso ex lege dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli presso cui ope legis domicilia alla via Diaz n.11 (T.U. approvato con R.D. 30 ottobre 1933 n. 1611),

CONTRO

ASPAT ed altri

Si deposita relazione del 6.5.2014 prot. N. 2167/C del Commissario ad acta Piano Rientro Settore Sanitario Regione Campania, con relativa documentazione ivi richiamata, al cui contenuto integralmente ci si riporta e si insiste nella richiesta di rigetto del ricorso.

Napoli, 12.5.2014

Avvocato dello Stato

Adriana Cioccio

MN

Giunta Regionale della Campania



Il Commissario ad Acta

Per l'attuazione del Piano di Rientro del Settore Sanitario

Prot. 2167/c
del 6/5/2014

AL TAR CAMPANIA

Sezione I

Oggetto: Ottemperanza Ordinanza Collegiale TAR CAMPANIA n. 866/2014. Ricorso n. 5064/2013 ASPAT-ANPRIC/REGIONE CAMPANIA. Relazione di chiarimenti.

Con l'Ordinanza di cui all'oggetto Codesto Spett.le TAR ha chiesto chiarimenti in merito alle determinazioni che verranno adottate in relazione al parere dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze n. 476 del 24/12/2013 espresso sul Decreto del Commissario ad Acta n. 81 del 5 luglio 2013.

Con il parere citato i Ministeri affiancanti hanno espresso parere non favorevole al predetto decreto, evidenziando "...*prioritariamente che non è possibile prevedere una differenziazione delle stesse tariffe per le varie strutture territoriali determinate in relazione al tipo di contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria applicato da ogni singola struttura. Ai sensi dell'art. 8-sexies del d.lgs. 502/92 e s.m.i. le tariffe devono essere definite in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate. Le stesse tariffe devono quindi essere considerate come omnicomprensive dei costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni e, in nessun caso, esse possono remunerare singolarmente i fattori produttivi impiegati*

Si evidenzia altresì che l'art. 8-sexies del d.lgs. 502/92 e s.m.i. non prevede alcun "margine di retribuzione" nella determinazione delle tariffe.

Inoltre, si chiede alla regione di specificare su quali basi, oltre alla perizia di parte dello studio De Crescenzo-Gattei, ha determinato i costi di produzione diversi dal personale e, in particolare, i costi di Direzione sanitaria, dei materiali, di struttura, alberghieri per le diverse tipologie di prestazioni previste, i costi generali nella misura del



Il Commissario ad Acta
per l'attuazione del Piano di Rientro del Settore
Sanitario

7%, il margine di retribuzione nella misura del 5% degli altri costi, l'incremento dello 0,5% per la tariffa domiciliare per gli oneri per trasporto e parcheggio.

In particolare si rileva che:

- ❑ *la previsione di inserire nella definizione delle tariffe il margine del 5% appare in contrasto con quanto previsto dall'art 8 sexies, Dlgs 502/92;*
- ❑ *ai sensi dell'art. 8 sexies, comma 5, del D.Lgs. 502/92 i risultati della Commissione Tariffe regionale, istituita con Decreto assessorile 467/2006, in termini di costi delle prestazioni dovrebbero essere confrontati con i costi standard delle stesse prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;*
- ❑ *le scelte metodologiche dovrebbero essere maggiormente esplicitate ed eventualmente dettagliate;*
- ❑ *nel testo non è riportato se la rilevazione dei costi sia coerente con l'art. 8 sexies, comma 5 del D.Lgs. 502/92, che prevede che le tariffe siano determinate in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate e che tale campione dovrebbe essere individuato nell'ambito di "strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza ...";*
- ❑ *per quanto riguarda il contesto normativo relativo ai CCNL, costituito dalla DGRC 6757/1996 si rileva che la previsione di tariffe differenziate in relazione a ciascun contratto è in contrasto con la normativa nazionale e con il Piano di rientro.*

Lo stesso DCA n. 81/13 già conteneva la condizione sospensiva dell'efficacia del parere favorevole dei Ministeri affiancanti, e le tariffe con esso fissate venivano utilizzate a titolo provvisorio.

Già precedentemente al parere in questione con nota commissariale n. 6527/C dell'11/12/2013 a seguito alla ricezione del parere non favorevole sul DCA 92/13 riguardante le tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali sociosanitarie in Residenze Sanitarie Assistite, si esprimeva la necessità di procedere ad una rideterminazione delle tariffe attraverso una metodologia nuova e coerente con le indicazioni ministeriali. Successivamente con nota commissariale n. 225/C del 15/1/2014 tempestivamente si prendeva atto del parere ministeriale n. 476 del 24/12/2013 e si dichiarava la necessità di procedere alla rideterminazione delle tariffe per le prestazioni



Il Commissario ad Acta

*Per l'attuazione del Piano di Rientro del Settore
Sanitario*

sanitarie di riabilitazione attraverso l'avvio di un nuovo percorso metodologico. Con le medesime note (all. n. 1), in via provvisoria e soltanto per evitare disagi agli utenti e agli operatori, e il rischio di discontinuità assistenziale, si confermava l'applicazione delle tariffe di cui al DCA 81/13, salvo conguagli in attivo o in passivo.

Con nota del Sub Commissario ad Acta prot. 841/C del 18 febbraio 2014 (all. n. 2), è stato individuato un gruppo di lavoro, al fine di predisporre proposta di provvedimenti di definizione provvisoria e definitiva delle tariffe regionali di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 e tariffe sociosanitarie in RSA e Centri Diurni, in seguito e in coerenza con le indicazioni dei pareri ministeriali citati, senza intendimento di disapplicare le determinazioni del Giudice Amministrativo.

Il Gruppo, formato da Dirigenti e Funzionari regionali, con il supporto tecnico metodologico dell'AgeNaS, ha immediatamente avviato le attività e definito un programma di lavoro. Il processo di definizione delle nuove tariffe si prevede debba essere ultimato entro il mese di giugno 2014. Tale obiettivo è previsto anche nel DCA 18 del 21 marzo 2014 "Adeguamento Programmi Operativi 2013-2015 agli indirizzi ministeriali", programmi operativi che costituiscono appendice esecutiva del Piano di rientro ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009, n. 191 (legge finanziaria 2010) approvati dai Ministeri dell'Economia e finanze e della Salute, e vincolanti per la Regione.

Il primo prodotto elaborato dal Gruppo di lavoro ha consentito l'adozione del Decreto Commissariale n. 22 del 5/5/2014 di determinazione provvisoria delle tariffe di riabilitazione estensiva ex art. 26 legge n. 833/1978 per il periodo dal 1.1.2014 (all. n. 3).

In sintesi il DCA adotta, provvisoriamente, un unico sistema di tariffazione e abbandona, in osservanza dei pareri ministeriali già citati, quanto decretato ai punti 8 e 9 del DCA 81/2013 in merito alla riduzione percentuale del 15% della tariffa determinata in relazione al tipo di contratto di lavoro applicato.

La tariffa fissata con il DCA n. 22 del 5/5/2014 si basa essenzialmente sullo studio condotto dal gruppo di lavoro sui dati di n. 101 bilanci relativi all'anno 2012 corrispondenti ad altrettanti titolari di strutture convenzionate con il SSR per le prestazioni di riabilitazione in questione, e a n. 119 punti fisici, incrociati con i dati organizzativi e di attività per l'anno 2012 dei medesimi titolari (fonte ARSAN e SORESA). I bilanci esaminati, acquisiti dal Registro Imprese della CCIAA, si riferiscono - a fronte delle 166 strutture private facenti capo a 134 soggetti titolari convenzionate con il sistema sanitario pubblico per l'erogazione di prestazioni sanitarie (ex art. 26 L.833/78) e socio sanitarie (L.R. 8/03, RSA e Centri

*Il Commissario ad Acta**Per l'attuazione del Piano di Rientro del Settore
Sanitario*

Diurni) - a tutti i titolari di strutture tenuti alla pubblicazione dei bilanci e che abbiano ottemperato all'obbligo. Pertanto il campione sul quale è stata condotta l'analisi può dirsi ampiamente rappresentativo almeno quantitativamente dell'intera popolazione delle strutture accreditate.

Sulla base delle informazioni disponibili sono stati calcolati indicatori di efficienza per individuare le strutture sulle quali effettuare analisi per il calcolo dei costi di produzione in condizioni di media efficienza nel contesto regionale. Le analisi sono state realizzate su gruppi distinti di strutture a seconda della tipologia di prestazione erogata partendo dal presupposto che ciascuna di esse ha un diverso grado di assorbimento delle risorse.

Come già riportato nel Decreto n. 22/14, dall'esito delle analisi e salvo ulteriori approfondimenti, i costi standard di produzione della singola prestazione, ponderati in base al tipo (ambulatoriali, domiciliari, ecc.) ed al numero di prestazioni erogate e inclusivi di tutti i costi sostenuti, si attestano ad un valore pari al 91,3% delle tariffe determinate con decreto commissariale n. 81/13 per quanto riguarda le prestazioni domiciliari e ambulatoriali, e ad un valore pari al 93,7 % per quanto riguarda quelle residenziali e semiresidenziali.

Pertanto le risultanze delle analisi fin qui condotte, dimostrano che, nella costruzione del sistema tariffario del Decreto n. 81/13, la quantificazione degli oneri per il personale non dipendente solo per il 50% del numero massimo consentito, e di 7 giorni di assenza per malattia retribuita, ha determinato un incremento di valore tariffario che non trova riscontro nelle spese effettivamente sostenute come si rilevano dai bilanci analizzati. Infatti è noto che le assenze per maternità e infortunio sono solo parzialmente a carico del datore di lavoro, come di seguito riportato:

Maternità: la misura dell'indennità è pari all' 80% della retribuzione giornaliera per le giornate indennizzabili comprese nel periodo di astensione obbligatoria.

Infortunio: In linea generale l'infortunio è così indennizzato:

1° giorno, pagato interamente dall'azienda

dal 2° al 4° giorno (carenza), pagato al 60% dall'azienda

dal 5° al 90° giorno, retribuzione al 100% di cui il 60% a carico dell'INAIL ed il 40% a carico dell'azienda

dal 91° giorno e fino a guarigione, retribuzione al 100% di cui il 75% a carico dell'INAIL ed il 25% a carico dell'azienda.

*Il Commissario ad Acta**per l'attuazione del Piano di Rientro del Settore
Sanitario*

Ma nel processo concertativo adottato di costruzione del sistema tariffario di cui al DCA n. 81/13, tutto quanto sopra esposto era stato recepito insieme alla determinazione della riduzione del 15% per le strutture che applicavano i contratti più economici, per rendere equa la tariffa e assicurare un macroequilibrio di costi, remunerazione e di sistema.

Le strutture sanitarie per le quali è stato possibile analizzare i dati, presentano schemi di bilancio omogenei. I dati, aggregati in macro voci di costo, contemplano tutti i costi di produzione (per materie prime, sussidiarie, di consumo, per servizi, godimento di beni di terzi, ammortamenti, svalutazioni di beni immobili e mobili, altre svalutazioni delle immobilizzazioni, variazione delle rimanenze, accantonamento per rischio, oneri diversi di gestione ecc.) nonché tutti i costi della produzione per il personale che, pertanto, sono stati **tutti** inclusi nel sistema di calcolo per la determinazione delle tariffe provvisorie. In tal modo, con i dati fin qui a disposizione, si è sicuramente adottato un metodo rispettoso del dettato del D. lgs 502/92 art. 8 sexies e dei conseguenti rilievi mossi dal parere ministeriale, utilizzando ai fini della determinazione dei costi standard generali, dei macroaggregati di costi di produzione, sicuramente inclusivi di tali costi generali.

La determinazione provvisoria delle tariffe per il 2014, nell'attesa della conclusione dei lavori per la determinazione definitiva per tutto il periodo, è un primo e necessario passaggio verso un sistema tariffario definitivo e pienamente coerente con la normativa in materia, per diverse ragioni: è costruita con dati e metodo coerente con le indicazioni ministeriali e normative e a partire da costi certi; ha consentito di rimuovere la applicazione, sia pure in via provvisoria, di tariffe fissate ai sensi di un provvedimento - DCA 81/13 - che non ha ricevuto parere ministeriale favorevole; sopperisce all'impossibilità di ricorrere all'applicazione dei sistemi tariffari determinati con i precedenti atti regionali, in quanto nessuno costruito in piena coerenza con le indicazioni dei pareri ministeriali; soddisfa la necessità di avere la base di calcolo per la determinazione per l'anno 2014 dei tetti di spesa e dei volumi prestazionali erogabili per le prestazioni in questione.

Il provvedimento, tra l'altro, non incide sulle annualità per le quali pende il contenzioso e la Regione può e anzi deve definire le tariffe per le prestazioni, al fine di evitare disagi agli utenti e consentire la continuità assistenziale da parte delle strutture erogatrici, nonché certezza dei parametri su cui fondare la programmazione e il controllo della spesa sanitaria, nel rispetto di quanto la normativa nazionale (d.lgs. 502/92, DM salute 18 ottobre 2012) in materia di determinazione dei sistemi tariffari regionali prescrive e consente.



Foglio n. 6....

Il Commissario ad Acta
per l'attuazione del Piano di Rientro del Settore
Sanitario

Considerato che i pareri ministeriali segnalavano la necessità di specificare la modalità di determinazione di tutti i costi di produzione diversi dal personale, si sta proseguendo il lavoro per la fissazione delle tariffe definitive, preparando la rilevazione diretta dei dati di contabilità analitica utili alla individuazione puntuale dei costi standard di produzione e di quote standard di costi generali.

In merito alla voce di costo relativa "al personale direttamente impiegato nella prestazione", si terrà conto certamente di quanto emerso dalla verifica del Ministero del Lavoro, richiesta da codesto TAR, per la quantificazione delle ore non lavorate e, tra queste, di quelle retribuite dal datore di lavoro e di quelle retribuite da altri enti assistenziali (INPS, INAIL) i cui costi pertanto non gravano sui costi di produzione a carico dell'impresa, come già sopra riportato; si terrà conto altresì degli esiti della rilevazione diretta in itinere. In relazione a tale quadro generale, ferma restando l'osservanza delle determinazioni di Codesto ecc.mo TAR e sussistendone le condizioni nel rispetto delle stesse, la Regione non può non riservarsi successive determinazioni con riferimento anche ai periodi precedenti al 2014, al fine di mantenere un equilibrio generale tra le diverse componenti del sistema tariffario che andrà a determinarsi, e tra il sistema tariffario e il sistema regionale di erogazione delle prestazioni.

D'ordine del Commissario ad Acta
- Caldoro -

Il Sub Commissario
- Dr. Mario Moliterno -

Il Direttore Generale Tutela della Salute
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente UOD Interventi Sociosanitari
Dott.ssa Marina Rinaldi

M. Rinaldi



Il Sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 03.03.2011)

Prot. n° 6577 del 14.12.2013

Ai Direttori Generali delle Aziende
Sanitarie Locali

e.p.c.: Al Direttore Generale delle Politiche Sociali

Loro sedi

Oggetto: tariffe riabilitazione territoriale e tariffe RSA.

Alcune strutture esercenti attività di riabilitazione territoriale hanno notificato ricorsi al TAR per vedersi riconosciuto il risarcimento del danno a causa del ritardo nell'adozione delle tariffe di cui al DC 81/2013.

In relazione a tale pretesa si rappresenta quanto segue.

Con decreto commissariale n. 81 del 5.7.2013 sono state adottate le tariffe per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978, in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato n. 740/2013.

Le tariffe così determinate **non possono ritenersi definitive** in quanto il dispositivo di detto DCA prevede "Di dare atto che il presente provvedimento sarà adeguato alle eventuali prescrizioni che dovessero intervenire da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, in sede di approvazione del provvedimento". Analoga riserva è contenuta nel DCA 92/2013 riguardante le tariffe per le prestazioni in RSA.

Ad oggi i Ministeri non si sono pronunciati sul decreto 81/2013, mentre, in ordine alla metodologia adottata per la determinazione delle tariffe per le RSA, sono pervenute di recente osservazioni (parere n. 449 del 26/11/2013), le quali, attesa la sovrapponibilità della metodologia, possono essere estese alle determinazioni delle tariffe di cui al DCA 81/2013.

Con detto parere i Ministeri affiancanti evidenziano quanto segue:

1. non è possibile prevedere una differenziazione di rette per le varie strutture territoriali in relazione al tipo di CCNL applicato da ogni singola struttura;
2. ai sensi dell'art. 8-sexies del Decreto Legislativo 502/1992 e s.m.i. le tariffe devono essere definite in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali su un campione rappresentativo di strutture accreditate. Le stesse tariffe devono essere quindi considerate come omnicomprensive dei costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni e, in nessun caso, possono remunerare singolarmente i fattori produttivi impiegati;
3. la marcata esplicitazione dei criteri in base ai quali è stato determinato nel 7% l'incidenza dei costi generali e nel 5% quella relativa al margine di retribuzione
4. il richiamato art. 8 sexies del D.Lgs 502/92, comunque, non prevede alcun "margine di retribuzione".

Emerge pertanto chiaramente che la Struttura commissariale deve procedere alla rideterminazione delle tariffe sia per le prestazioni sanitarie di riabilitazione, sia per quelle socio-sanitarie in RSA.

Pertanto, atteso l'annullamento delle tariffe di cui alla DGRC 224/2009, per effetto della sentenza del Consiglio di Stato n. 740/2013, e delle tariffe di cui alla DGRC 1267/2009 e al DCA 6/2010, provvedimenti annullati con sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013 e tenuto conto delle prescrizioni contenute nel citato parere ministeriale n. 449 del 26/11/2013, si dispone, in via cautelativa, indipendentemente dalla modalità di fatturazione delle strutture che le tariffe adottate con i DCA 81/2013



Il Sub Commissario ad acta

per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 03.03.2011)

e DCA 92/2013 siano applicate in via provvisoria, con la previsione di possibili conguagli in attivo o in passivo.

Per quanto riguarda il periodo pregresso, a seguito dell'atto di significazione delle Associazioni di categoria al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze per il riconoscimento degli arretrati e di invito agli stessi ad esprimersi in merito, si comunica che con nota prot. DGPROGS 26829 del 22/10/2013 il Ministero della Salute si è espresso nel senso di seguito riportato: I pareri ministeriali "... si collocano all'interno della cornice normativa e di attuazione dei Piani di rientro; nell'ambito di tale contesto la tenuta dei tetti di spesa della Regione deve essere ritenuta elemento imprescindibile; pertanto, il parere ministeriale che sarà emesso al termine della necessaria istruttoria, di concerto con il Ministero dell'economia, dovrà tenere conto di tale dato."

A maggiore chiarimento si evidenzia che:

- le tariffe adottate con il DCA 81/2013 riguardano il periodo fino al 2008, mentre quelle di cui al DCA 92/2013 riguardano il periodo dal 2010. La legge 133/2008, ha abrogato la disposizione di cui al DM Sanità 15.4.1994 che prevedeva la revisione periodica delle tariffe divenendo detta revisione per la Regione solo una facoltà e non un obbligo;
- in ogni caso il DC 81/2013 non contempla il diritto agli arretrati se non a seguito di parere favorevole dei Ministeri affiancanti, debitamente richiesto con nota n. 3997/C del 22.07.2013 nella quale è comunque evidenziato che "le DGRC n. 1843 del 09.12.2005, n. 2157 del 30 dicembre 2005, n. 800 del 16 giugno 2006, n. 517 del 30 marzo 2007, n. 1268 del 24 luglio 2008, n. 1269 del 16 luglio 2009 ed i decreti commissariali n. 37 del 6 luglio 2010 e n. 25 del 5 aprile 2011 escludono un incremento del limite di spesa in conseguenza delle variazioni tariffarie". Tale posizione trova conferma nella sentenza del TAR Campania (Sezione I n. 16850 del 26 maggio 2010), che conferma il principio - sostenuto dalla regione - secondo il quale gli aumenti retroattivi delle tariffe trovano un limite invalicabile nei tetti di spesa a suo tempo vigenti.

Pertanto, eventuali pretese di riconoscimento di arretrati potranno essere riconosciuti unicamente nei limiti dei tetti di spesa assegnati a ciascuna struttura, al termine del processo di rideterminazione delle tariffe stesse.

Il Capo Dipartimento della Salute
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la Tutela della Salute
Dott. Mario Masco

Il Dirigente UOD Interventi Socio Sanitari
Dott.ssa Marina Rinaldi

Il Dirigente UOD SEF
Dott. G.F. Ghidelli

Il Funzionario P.O.

Dott.ssa M.R. Canzanella

Mario Morlacco



Regione Campania
Il Sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 03.03.2011)

Prot. N: 225/0

Del 15/1/2014

Ai Direttori Generali delle Aziende
Sanitarie Locali
Loro sedi

Oggetto: Decreto Commissariale n. 81/2013 "Tariffe assistenza territoriale riabilitazione art. 26 Legge 833/78 esecuzione sentenza Consiglio di Stato 740/2013 – Parere Ministeriale prot. 476 del 24/12/2013.

Facendo seguito alla nota commissariale prot. n. 6527 dell'11/12/2013 si comunica che il Ministero della Salute, di concerto col Ministero dell'Economia e Finanze, con atto prot. 476 del 24/12/2013 ha espresso parere non favorevole al decreto in oggetto chiedendo alla struttura commissariale di modificare il provvedimento adeguandolo alla normativa nazionale vigente sulle tariffe e di prevedere l'abrogazione del protocollo d'intesa ex DGRC 6757/97.

In particolare i Ministeri, confermando l'orientamento già espresso nel parere relativo al DCA 92/2013, hanno precisato ancora una volta quanto segue:

1. non è possibile prevedere una differenziazione di rette per le varie strutture territoriali in relazione al tipo di CCNL applicato da ogni singola struttura;
2. ai sensi dell'art. 8 sexies del Decreto Legislativo 502/1992 e s.m.i. le tariffe devono essere definite in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali su un campione rappresentativo di strutture accreditate. Le stesse tariffe devono essere quindi considerate come omnicomprendenti dei costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni e, in nessun caso, possono remunerare singolarmente i fattori produttivi impiegati;
3. la necessità di esplicitare i criteri, oltre alla perizia di parte dello studio De Crescenzo-Gattei, che hanno portato alla determinazione del 7% per quantificare i costi generali, al 5% il margine di retribuzione e allo 0,5% l'incremento per la tariffa domiciliare per gli oneri per trasporto e parcheggio;
4. l'art. 8-sexies del D.Lgs 502/92 e s.m.i. non prevede alcun "margine di retribuzione" nella determinazione delle tariffe.

Tutto quanto sopra riportato conferma per la Regione la necessità di procedere alla rideterminazione delle tariffe per le prestazioni sanitarie di riabilitazione attraverso l'avvio di un nuovo percorso che sarà attuato con la massima trasparenza e tempestività.

Nelle more, in via prudenziale, al fine di evitare disagi agli utenti e consentire la continuità assistenziale da parte delle strutture erogatrici, in linea con quanto già affermato con la citata nota prot. n. 6527 dell'11/12/2013, si conferma, indipendentemente dalla modalità di fatturazione delle strutture, l'applicazione in via provvisoria delle tariffe adottate con il DCA 81/2013, con la previsione di possibili congruagli in attivo o in passivo.



Regione Campania
Il Sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 03.03.2011)

Infine, il parere indicato in oggetto, ribadisce che, all'interno della cornice normativa e di attuazione dei piani di rientro, la tenuta dei tetti di spesa della Regione deve essere ritenuta elemento imprescindibile, anche con riferimento all'eventuale riconoscimento di arretrati.

Il Capo Dipartimento della Salute
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la Tutela della Salute
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente UOD Interventi Socio Sanitari
Dott.ssa Marina Rinaldi

Il Dirigente UOD SEF
Dott. G.F. Ghidelli

Il Funzionario P.O.
Dott.ssa M.R. Canzanella

Mario M. Gracco

v