

# Sanità Pubblica e Privata

## Rivista di diritto, economia e management in sanità

Rivista  
fondata nel  
1987

**Direttore responsabile**  
*Manlio Maggioli*

**Direttore**  
*Fabio Roversi-Monaco*  
Professore ordinario di Diritto  
amministrativo nell'Università di Bologna

**Condirettore**  
*Davide Croce*  
Direttore CREMS  
LIUC – Università Cattaneo

### Comitato scientifico

#### Sezione giuridica

**Aldo Bardusco** – Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Milano

**Marzio Branca** – Consigliere di Stato

**Giuseppe Caia** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Bologna

**Luigi Carbone** – Consigliere di Stato

**Guido Carpani** – Direttore generale Ufficio della segreteria generale Presidenza della Repubblica

**Fabio Cintioli** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università San Pio V di Roma Segretario generale Autorità garante della concorrenza e del mercato

**Rosario Ferrara** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Torino

**Carlo Emanuele Gallo** – Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università di Torino

**Giuseppe Morbidelli** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Roma "La Sapienza"

**Antonio Romano Tassone** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Messina

**Franco G. Scoca** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Roma "La Sapienza"

**Ernesto Sticchi Damiani** – Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Lecce

**Mario Luigi Torsello** – Consigliere di Stato

#### Redazione

**Carlo Bottari, Antonio Carastro, Claudia Corbetta, Paolo De Angelis, Paco D'Onofrio e Silvia Marzot**

**SPISA** – Scuola di Specializzazione in Studi sull'Amministrazione Pubblica dell'Università di Bologna  
Via Belmeloro, 10 – 40126 Bologna  
tel. 051.2094050 – fax 051.2094060

#### Sezione economia e management

**Ugo Luigi Aparo** – Direttore Sanitario IRCCS IDI Istituto Dermopatico dell'Immacolata – Roma

**Giuseppe Banfi** – Professore di Biochimica Università degli studi di Milano e Direttore Scientifico IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi – Milano

**Renato Botti** – Socio e Amministratore Delegato di Telbios S.p.A.

**Angelo Carezzi** – Presidente Fondazione Istituto Insubrico di Ricerca per la Vita, Gerenzano (VA)

**Ranieri Guerra** – Addetto scientifico all'Ambasciata d'Italia in Washington

**Roberto Walter Dal Negro** – Direttore dell'U.O.C. di Pneumologia e del Dipartimento di Medicina Specialistica – ULSS 22 Regione Veneto

**Aldo Pagni** – Fondatore SIMG Società Italiana di Medicina Generale e già Presidente FNOMCeO – Firenze

**Gianfranco Reborà** – Direttore dell'Istituto di Economia Aziendale, LIUC – Università Cattaneo

**Renato Ruffini** – Professore Associato di Economia Aziendale LIUC – Università Cattaneo

**Antonio Emilio Scala** – Rettore dell'Università Vita-Salute S. Raffaele e Docente presso la Facoltà di Medicina

**Federico Spandonaro** – Docente Facoltà di Economia e Coordinatore CEIS-Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

#### Redazione

**Antonio Sebastiano (Caporedattore), Marzia Bonfanti, Emanuela Foglia, Roberto Pigni, Emanuele Porazzi, Umberto Restelli, Francesca Scolari, Anna Vanzago**

**CREMS** – Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale  
LIUC – Università Cattaneo  
Corso Matteotti, 22 – 21053 Castellanza (VA)  
tel. 0331.572340 – fax 0331.572513  
e-mail: [crems@liuc.it](mailto:crems@liuc.it)

## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

Giacomo Francesco Forte \*, Serena Filoni \*\*

Le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978 sono prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa. I trattamenti sono erogati nelle fasi di riabilitazione intensiva ed estensiva ed in regime di assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno, ambulatoriale e domiciliare. L'articolo 8-sexies del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni prevede che il Ministero della Sanità determini le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate e che, periodicamente, effettui l'aggiornamento delle stesse. Il presente lavoro intende illustrare una metodologia di determinazione delle tariffe che tenga conto della normativa aggiornata e degli standard qualificanti richiesti, alle strutture sanitarie, per l'accreditamento.

### 1. Introduzione

L'obiettivo principale di questo lavoro è quello di stabilire una possibile metodologia che determini i criteri generali per fissare le tariffe delle prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978.

Lo stesso Piano di Indirizzo per la Riabilitazione 2011 del Ministero della Salute ha ricordato che è osservazione comune (sempre più evidente) che la Medicina Riabilitativa richieda cultura, strumenti, metodologie, organizzazione e modalità di remunerazione specifiche non mutuabili da quelle in fase acuta.

Le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

*The rehabilitation services pursuant to Art. 26, Law 833/1978 have direct health benefits to functional and social recovery of people with physical, mental or sensory due to any cause. Treatments are provided in the early stages of rehabilitation and intensive and extensive in-hospital care system of a residential-cycle continuous or semi diurnal, outpatient and home. Article 8-sexies of Legislative Decree 502/1992 and subsequent amendments thereto provides that the Ministry of Health determines the maximum rates to be paid to accredited facilities and, periodically, it upgrades them. This paper aims to illustrate a methodology of determining rates taking into account the updated rules and standards required qualifying, health care facilities, for accreditation.*

#### Parole chiave

Riabilitazione ex art. 26, legge 833/1978, tariffe riabilitazione, costi standard, costi riabilitazione

#### Key words

Rehabilitation pursuant to art. 26, Law 833/1978, prices rehabilitation, standard costs, rehabilitation costs

(\*) Direttore delle Professioni Sanitarie, Responsabile Aziendale della Formazione e della Qualità, Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus.

(\*\*) Responsabile Medico U.O. Riabilitazione Tecnologica Presidio "Gli Angeli di Padre Pio", Responsabile Sanitario Ambulatorio di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale, Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus.

## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

sono prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, erogate nelle fasi di riabilitazione intensiva ed estensiva ed in regime di assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno, ambulatoriale e domiciliare.

La determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di questa tipologia assistenziale, insieme a quella specialistica e ospedaliera, era stata prevista dal d.m. 15 aprile 1994 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 10 maggio 1994, n. 107, abrogato, però, dall'art. 1-*quinquies* della legge 6 agosto 2008, n. 133, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 195 del 21 agosto 2008, suppl. ordinario n. 196.

La legge succitata non si è limitata ad abrogare il d.m. 15 aprile 1994 ma ha modificato ed integrato anche l'art. 8-*sexies* del d.lgs. 502/1992 prevedendo, al comma 5, che il Ministero della Sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 120, comma 1, lett. g), del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individui i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi *standard* di produzione e di quote *standard* di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di:

- a) costi *standard* delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario;
- b) costi *standard* delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;
- c) tariffe regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome.

Lo stesso articolo, al comma 6, prevede inoltre che

con la procedura di cui al comma 5, siano effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.

Per quanto riguarda il riparto di attribuzioni regione/Stato nella determinazione dell'anzidetto sistema tariffario, sembrerebbe che la legge intervenuta (*jus superveniens*) abbia privato le regioni del relativo potere di regolazione, ma non è così. Da un'attenta lettura dell'articolato normativo emerge chiaramente che la legge si è limitata a stabilire soltanto che la determinazione delle tariffe deve essere effettuata sulla base di criteri e regole di indirizzo dettati dal Ministero della Sanità, con riferimento, tra l'altro, ai sistemi di classificazione delle unità di prestazione e di servizio, ai massimali di tariffa e individuazione dei costi *standard*.

Ad oggi, il Ministero della Salute non risulta essersi cimentato in questo lavoro, al contrario esiste una relazione tecnica molto approfondita del Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale (di seguito SSN) della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dello stesso Ministero in merito alle tariffe per l'assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza e specialistica ambulatoriale.

Dopo una breve descrizione delle strutture, delle prestazioni e della normativa di riferimento oggetto del presente saggio, che troveranno spazio nei primi paragrafi, verrà riportata la situazione tariffaria in alcune delle principali regioni d'Italia con i criteri scelti per la sua determinazione.

L'ultimo paragrafo, prima delle conclusioni, proverà a definire una metodologia per determinare le tariffe riabilitative ex art. 26, legge 833/1978 che, poi, è l'obiettivo principe di questo lavoro.

## 2. Le strutture e le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

L'ultimo Annuario Statistico pubblicato dal Ministero della Salute, riferito all'anno 2009 e pubblicato a

## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

febbraio 2012, ha riportato i dati del censimento relativi alle strutture riabilitative.

Sono state rilevate 968 strutture su tutto il territorio nazionale di cui 234 pubbliche e 734 private, con 14.679 posti per l'attività di tipo residenziale e 13.871 per l'attività di tipo semiresidenziale, in complesso 0,48 ogni 1.000 abitanti (0,2 in meno rispetto all'anno 2008).

Il personale operante in queste strutture è così suddiviso: 4.659 nelle strutture pubbliche (di cui 703 medici, 1.875 Operatori della Riabilitazione e 2.081 altro personale) e 41.527 nelle strutture private (di cui 3.955 medici, 17.829 Operatori della Riabilitazione e 19.743 altro personale).

Le strutture extraospedaliere di riabilitazione (centri ex art. 26, l. 833/1978) erogano prestazioni riabilitative intensive ed estensive, in regime residenziale a ciclo continuativo e semiresidenziale o diurno e prestazioni riabilitative ambulatoriali per "casi complessi" ovvero utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti e "casi non complessi" cioè utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, sulla base di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo.

Le strutture riabilitative extraospedaliere ex art. 26, l. 833/1978 erogano anche prestazioni riabilitative domiciliari che rappresentano il proseguimento di quanto realizzato nelle fasi precedenti all'interno del PRI, rappresentando il terreno di massima cooperazione con il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS). Questi trattamenti possono essere erogati quando previsti dal PRI oppure nei casi in cui, a fronte di un bisogno riabilitativo, il paziente sia impossibilitato ad accedere ai servizi ambulatoriali. Il domicilio è il luogo privilegiato per gli interventi di competenza del Terapista Occupazionale, per l'adattamento ambientale e l'addestramento all'utilizzo di ausili e tecnologie riabilitative sia dell'utente sia del *care givers*.

La riabilitazione intensiva extraospedaliera riguarda la fase immediatamente *post-acuzie* e *post-ospedaliera* (quando, per intendersi, si è in presenza di una certa stabilità clinica, in assenza di condizioni di criticità, di elevato carico assistenziale e di

esigenze diagnostiche complesse). Infatti, diversamente non si spiegherebbe la differenza di assistenza e conseguente remunerazione tra le strutture riabilitative extraospedaliere ex art. 26, l. 833/1978 e quelle ospedaliere per ricoveri intensivi con codice 56, 75 (neuro-riabilitazione) e 28 (unità spinali).

L'intervento riabilitativo intensivo, comunque, sia ospedaliero che extraospedaliero, deve essere inteso di almeno tre ore giornaliere ed erogato da parte di più professionisti sanitari della riabilitazione (medici specialisti in medicina fisica e riabilitazione, fisioterapisti, logopedisti, ecc.) e personale infermieristico. L'assistente sociale e lo psicologo possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento riabilitativo e quindi, prevederne la presenza e il relativo costo.

Il progetto riabilitativo e i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro i 120 giorni (considerando sia la degenza ospedaliera che extraospedaliera) così come previsto dalle Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione del 7 maggio 1998, pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* 30 maggio 1998, n. 124.

Per questa tipologia di prestazioni deve essere prevista la disponibilità di tecnologia diagnostica-terapeutica avanzata e/o di supporto significativo di competenze medico-specialistiche diverse.

Ove non sussiste la necessità clinica assistenziale continuativa, il trattamento riabilitativo individuale può essere erogato con le stesse caratteristiche sopradescritte in regime di ricovero diurno.

L'intervento riabilitativo estensivo, sia ospedaliero che extraospedaliero, deve essere inteso di almeno un'ora giornaliera, erogato dal medico specialista in medicina fisica e riabilitazione, dall'operatore della riabilitazione, dal personale infermieristico.

L'assistente sociale e, ove necessario, lo psicologo, sono di supporto all'intervento riabilitativo e alla definizione e realizzazione del piano di dimissione/reinserimento in tempi congrui; di norma la degenza non deve essere protratta oltre 60 giorni (Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, 2011).

L'intervento riabilitativo ambulatoriale, sia ospe-

## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

daliero che extraospedaliero, è rivolto sia ai “casi complessi”, utenti cioè con elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un *team* multi-professionale (almeno tre tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in medicina fisica e riabilitazione, per almeno 90 minuti) caratterizzato da una presa in carico omnicomprensiva nel lungo termine mediante un PRI che preveda molteplici programmi terapeutici (di norma contenuti entro 240 giorni, fatta eccezione per i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo come la Sclerosi Multipla, la Distrofia Muscolare, la Sclerosi Laterale Amiotrofica, ecc., così come indicato nelle Linee guida ministeriali del 1998) sia ai casi “non complessi”, utenti che necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo. Tali utenti richiedono una presa in carico ridotta nel tempo; la durata della prestazione deve essere di almeno 30 minuti.

L'accesso ai trattamenti riabilitativi può avvenire con l'individuazione di due modalità: prioritaria e ordinaria in base al livello di gradiente di modificabilità della disabilità e di rischio di complicanze.

Per la definizione di acuzie e cronicità, invece, convenzionalmente, come riportato dal Quaderno n. 8/2011 del Ministero della Salute dedicato alla riabilitazione, si ritiene che:

- una patologia del SNC primitivo/secondario nel giovane, nell'adulto e nell'anziano sia da considerare acuta fino a 12 mesi e cronica oltre questo limite;
- una patologia del SNP, acuta fino a 12 mesi dall'evento e cronico oltre;
- una patologia osteoarticolare/mio tendinea post-traumatica, post-chirurgica, acuta fino a 3 mesi dall'evento e cronica oltre;
- una patologia internistica, acuta fino a 3 mesi e cronica oltre;
- una patologia oncologica, acuta fino a 6 mesi e cronica oltre;
- una patologia ortopedica con intervento chirurgico complesso (es. frattura del bacino) ed esiti di ustioni: acuto fino a 6 mesi, cronico oltre i 6 mesi.

Le prestazioni riabilitative, sia intensive sia estensive, possono riguardare anche pazienti ad alta com-

plexità (PAC), cioè pazienti che spesso presentano problematiche sistemiche e numerose comorbidità (complicazioni cardio-respiratorie, sovrainfezioni batteriche e virali, cerebrolesioni, ecc.). In questo caso, aumenta il carico assistenziale, cambia la risposta all'intervento riabilitativo, aumenta il costo di gestione. Tali situazioni, quindi, così come previsto dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione 2011, richiedono di essere gestite in contiguità alle specialità e alle dotazioni strumentali e tecnologiche dell'acuzie e, pertanto, di regola (ma non è chiaro) non dovrebbero appartenere all'ambito extraospedaliero ma a quello prettamente ospedaliero.

### 3. La normativa

Il primo atto normativo degno di nota che ha definito i criteri per la determinazione delle rette per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26, l. 833/1978 è stata la circolare del Ministero della Sanità n. 500.6/AG.1105/1171 del 7 giugno 1984 avente per oggetto “*criteri per l'acquisizione dei dati necessari per la determinazione del costo aggiuntivo per l'anno 1984 dell'assistenza riabilitativa da erogare ex art. 26, l. 833/1978 tramite i Centri di Riabilitazione convenzionati*” che formalizzava e rendeva attuabile il preaccordo sottoscritto tra una rappresentanza delle regioni e le associazioni rappresentative delle strutture erogatrici e riportato nella circolare n. 500.6/A.1105/588 del 27 marzo 1984.

Tale documento prendeva in considerazione ogni tipologia erogativa (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare) e per ognuna di esse stabiliva lo *standard* assistenziale (numero di personale occorrente e qualifiche) e il relativo costo. Quantificava il costo delle spese generali e fissava il numero potenziale delle giornate medie di degenza/assistenza e il numero di assistiti in trattamento. Prevedeva che le rette potessero oscillare in più e meno del 30% in base alla presenza o assenza in più o meno il 30% del personale in organico e, quindi, considerava un'oscillazione del carico assistenziale in base alla gravità delle patologie trattate.

Per ogni modulo di 60 posti letto di internato (residenziale) il costo del personale veniva fissato in circa il 74,5% della retta riconosciuta mentre il restante 25,5% veniva previsto per le spese genera-

## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

li. Lo stesso veniva previsto per ogni modulo di 40 posti di seminternato (semiresidenziale). Infine, per ogni modulo di 38 trattamenti ambulatoriali individuali giornalieri e di 19 trattamenti domiciliari giornalieri, la retta veniva determinata dall'89% del costo del personale e dall'11% dai costi generali.

Per una completa previsione di determinazione dei costi di gestione delle strutture riabilitative, però, bisognava aspettare il 5 aprile 1994, data di pubblicazione delle prime Linee guida ministeriali per la riabilitazione (circolare 5 aprile 1994, n. 5340).

In tale documento, il Ministero della Sanità riportava gli elementi metodologici per un'ipotesi di calcolo per la determinazione dei costi di gestione degli istituti a gestione diretta e degli istituti privati in convenzione. Riconosceva quattro macrolivelli di costi: *i*) costi edilizi (investimento e manutenzione edilizia, impiantistica e tecnologica), *ii*) costi alberghieri e generali, *iii*) costi di assistenza sanitaria e *iv*) costi di assistenza sociale a rilievo sanitario.

Per i costi da prendere in considerazione per il macrolivello "edilizia", considerava le voci: ammortamento dei costi d'investimento, manutenzione ordinaria (edilizia ed impiantistica), manutenzione tecnologica e manutenzione straordinaria. Per il macrolivello "alberghiero e generali", le voci: ristorazione/preparazione pasti, lavanderia guardaroba, pulizia ambienti, funzioni amministrative e direzione, attività di coordinamento, di amministrazione/gestione, di valutazione della qualità dell'assistenza, spese generali. Per il macrolivello "assistenza sanitaria", le voci: assistenza medica, specialistica, riabilitativa, infermieristica e psicologica. Per il macrolivello "assistenza sociale a rilievo sanitario", le voci: igiene personale e necessità fisiologiche, aiuto svolgimento attività quotidiane, compreso consumo dei cibi, cura della persona e del suo aspetto, in relazione al grado di autonomia dei soggetti assistiti. Infine, per il costo di "assistenza sociale", le voci: funzione di animazione e socializzazione con attività ricreative/culturali e attività motoria, funzioni didattiche/qualificazione e riqualificazione professionale.

Per quanto attiene, invece, alla determinazione del fabbisogno di risorse umane e, quindi, alla quantificazione del relativo costo, le Linee guida sottolineavano

la dipendenza dal tipo di struttura considerata (residenziale, semiresidenziale o ambulatoriale) e dalle funzioni esplicitate in relazione alle diverse "condizioni" degli ospiti e dei relativi specifici fabbisogni assistenziali.

Pertanto il fabbisogno di risorse umane doveva essere determinato in relazione:

- alla tipologia della struttura;
- alla gamma delle prestazioni erogate;
- alla tipologia delle minorazioni trattate e tempi necessari per l'efficacia dell'intervento di riabilitazione e recupero funzionale;
- all'età e alla onerosità riabilitativa degli assistiti.

Per le diverse tipologie di trattamento si doveva procedere a:

- descrivere i momenti assistenziali ricorrenti e/o straordinari tra operatore e assistito nonché i momenti non assistenziali da garantire;
- stimare il tempo/lavoro necessario per ogni figura professionale presente in struttura in relazione ad ogni diversa tipologia patologica;
- calcolare il variabile *lay-out* degli spazi;
- descrivere la qualità ed il tipo degli strumenti operativi (tecnologie di supporto);
- calcolare il numero degli assistiti;
- elencare le caratteristiche strutturali e organizzative;
- delineare la tipologia di ospiti;
- tracciare l'organizzazione del lavoro;
- descrivere il tipo di gestione dei servizi (diretta, in appalto, ecc.);
- descrivere il tipo di contratto di lavoro per le diverse figure di personale;
- calcolare il rapporto percentuale tra orario lavorativo e tempo effettivo di contatto con il paziente per figura professionale.

Il documento era uno dei più completi in tema di criteri di determinazione dei costi delle prestazioni riabilitative e poteva rendere realmente possibile ricavare sia le esigenze quali-quantitative di personale per soddisfare i fabbisogni di assistenza sanitaria e non, sia le relative necessità di beni strumentali.

## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

Solo 10 giorni dopo, però, il Ministero della Sanità interveniva con un disposto normativo di rango superiore che superava la previsione delle Linee guida ministeriali. Era il d.m. 15 aprile 1994 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 10 maggio 1994, n. 107, emanato in ottemperanza all'art. 8, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, avente per oggetto "determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera".

Tali tariffe, dovevano rappresentare la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti.

In tale decreto ministeriale venivano definiti effettivamente i criteri di determinazione delle tariffe che ogni regione doveva applicare nel proprio ambito territoriale. Le tariffe dovevano essere fissate sulla base del costo *standard* di produzione e dei costi generali, in quota percentuale rispetto ai costi *standard* di produzione.

Quest'ultimo doveva essere calcolato, in via preventiva dalle regioni e dalle province autonome, sulla base dei costi rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati, operanti rispettivamente nell'ambito del SSN del territorio regionale e provinciale, preventivamente individuato secondo criteri di efficienza ed efficacia. Tale costo faceva riferimento alla composizione e alla qualità di fattori produttivi utilizzati per la produzione della prestazione, valorizzati sulla base dei prezzi unitari medi di acquisto riferiti all'ultimo anno e delle relative eventuali variazioni attese in ragione del tasso di inflazione programmato.

Le componenti di costo da considerare per il calcolo del costo *standard* di produzione della prestazione erano le seguenti:

- 1) il costo del personale direttamente impiegato;
- 2) il costo dei materiali consumati;
- 3) il costo delle apparecchiature utilizzate;
- 4) i costi generali dell'unità produttiva della prestazione, ossia il costo dei fattori di produzione attribuiti all'unità produttiva ma non direttamente utilizzati nella produzione della singola prestazione, distribuiti proporzionalmente tra tutte le prestazioni da questa prodotte. Il costo *standard* di pro-

duzione si intendeva riferito all'insieme delle prestazioni intermedie che mediamente componevano le prestazioni previste dall'art. 2 del d.m.

Lo stesso decreto prevedeva che le regioni e le province autonome provvedessero all'aggiornamento delle tariffe con periodicità almeno triennale tenendo conto delle innovazioni tecnologiche e delle variazioni dei costi delle prestazioni rilevate.

Nonostante il d.m. succitato, però, le rette per la riabilitazione restavano determinate in base ai criteri previsti dalla circolare ministeriale del 7 giugno 1984 e, periodicamente aggiornate da accordi nazionali tra la parte pubblica e le associazioni degli erogatori corredati, di volta in volta, dai pareri favorevoli da parte della Conferenza Stato-Regioni diramati con note del Ministero della Sanità.

Negli anni, comunque, tutti i Commissari *ad acta* nominati dalla magistratura amministrativa su richiesta delle strutture erogatrici, per la determinazione e l'aggiornamento delle tariffe per le prestazioni riabilitative, hanno preso a riferimento il citato d.m., spesso però, commettendo l'errore di non procedere con una puntuale esternazione dei diversi elementi assunti come base per la quantificazione del costo *standard* e all'obbligo di determinare la tariffa, a norma dello stesso d.m., sulla base del costo di produzione rapportato alle giornate di degenza annue e non alla media di ricoveri presso le strutture prese in considerazione.

Intanto, con l'art. 1-*quinquies* della legge 6 agosto 2008, n. 133, il legislatore è intervenuto nuovamente sull'annosa questione della determinazione delle tariffe, modificando il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e abrogando il d.m. 15 aprile 1994.

All'art. 8-*sexies*, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ha apportato le seguenti modificazioni:

- 1) al primo periodo, le parole da: "in base ai costi standard" fino alla fine del periodo sono sostituite dalle seguenti: "tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in pos-

## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

sesto del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffe regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome”;

- 2) il secondo periodo è sostituito dai seguenti: *“Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell’efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente disposizione è abrogato il decreto del Ministro della sanità 15 aprile 1994, recante ‘Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera’, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 1994”.*

Quindi, si ricomincia e oggi molti erogatori attendono che il Ministero della Salute provveda ad aggiornare

le vigenti tariffe nazionali delle attività assistenziali diverse dalle funzioni assistenziali, di cui all’art. 8-*sexies*, comma 2, del d.lgs. 502/1992. È stato stilato, a tal proposito, un documento della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Dipartimento della Programmazione e dell’Ordinamento del SSN, del Ministero della Salute che attende di diventare Decreto ma riguarda soltanto l’assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza e l’assistenza specialistica ambulatoriale. Si attende quello riguardante l’assistenza extraospedaliera e, nello specifico, l’assistenza extraospedaliera riabilitativa.

### 4. Il sistema tariffario in alcune regioni d’Italia

Negli anni, molte regioni hanno deliberato l’adeguamento delle tariffe per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26, l. 833/1978 (rivalutazione pari all’inflazione programmata di anno in anno, impatto rinnovo contrattuale collettivo sul costo del personale, ecc.) ma poche si sono cimentate nella rideterminazione delle stesse e se lo hanno fatto, il più delle volte lo hanno dovuto fare in virtù di un provvedimento della magistratura amministrativa che è intervenuta a colmare un vuoto dell’amministrazione regionale.

Nella tabella 1 sono state messe a confronto le tariffe che alcune regioni hanno deliberato negli ultimi anni ed è facile notare come, in alcuni casi, la differenza di importo è abbastanza consistente.

**Tabella 1 – Tariffe per tipologia di prestazione**

	Toscana DGR 2010	Marche DGR 1223 2012	Umbria DGR 182 2009	Veneto DGR 1284 2011	Sicilia Decreto 2009	Calabria DGR 332 2006	Molise DG 1210 2008	Puglia DGR 1400 2007	Media	Mediana
Residenz. Int.	207,10	271,39	237,00	160,50	204,00	n.d.	n.d.	194,95	<b>212,49</b>	<b>205,55</b>
Residenz. Est.	146,61	167,06	180,00	147,80	113,00	137,89	109,77	159,94	<b>145,26</b>	<b>147,21</b>
Diurni gravi	136,66	107,73	100,00	98,10	90,00	75,25	n.d.	86,87	<b>99,23</b>	<b>98,10</b>
Diurni medi	131,85	83,10	77,00	80,00			66,65	66,74	<b>84,22</b>	<b>78,50</b>
Ambulatoriali Singoli	54,25	51,58	47,00	44,30	44,00	35,96	40,60	40,85	<b>44,81</b>	<b>44,15</b>
Ambulatoriali di Gruppo	15,87	19,21	n.d.	16,20	15,00	14,27	14,31	14,38	<b>15,61</b>	<b>15,00</b>
Domiciliari	56,59	66,64	n.d.	57,50	56,00	51,37	52,28	45,81	<b>55,17</b>	<b>56,00</b>



## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

Alcune regioni hanno deliberato adattando alle proprie esigenze la tipologia erogativa delle strutture riabilitative ex art. 26, l. 833/1978 e la relativa remunerazione.

La Giunta Regionale dell'Abruzzo, ad esempio, con deliberazione n. 671 dell'1 agosto 2002, ha determinato, con estrema specificità, le tariffe giornaliere per le prestazioni riabilitative extraospedaliere ad "alta intensità" (riabilitazione intensiva) ai sensi dell'art. 26, l. 833/1978.

L'amministrazione regionale ha voluto differenziare due tipologie erogative denominandole fascia "A" (per severe disabilità con massima assistenza) e fascia "B" (per importanti disabilità).

In particolare, per la fascia "A" la delibera regionale ha previsto dei servizi aggiuntivi che consistono nella presenza di più ore di consulenza medica specialistica (consulenza anestesiologicala 24 ore su 24, cardiologica, neuropsicologica e tecnica radiologica) e attrezzature specifiche per il monitoraggio continuo di ECG, della pressione arteriosa, della saturazione di O<sub>2</sub>, ecc.).

Tali servizi aggiuntivi fissano la tariffa in 327,12 euro per la fascia "A" e 208,08 per la fascia "B".

La Giunta Regionale delle Marche, invece, con deliberazione n. 1223 dell'1 agosto 2012, ha operato una distinzione ancora più articolata, prevedendo una riabilitazione semiresidenziale di alto e medio livello ma aggiungendoci anche un livello specifico e più remunerativo per i trattamenti riabilitativi ai minorati plurisensoriali, ai comi permanenti, alle gravi insufficienze respiratorie e agli utenti in età pediatrica.

La Regione Toscana ha operato, con estrema attualità, una divisione tariffaria specifica per ogni categoria diagnostica maggiore (MDC) e per ogni regime erogativo, come riportato in tabella 2, mentre la Regione Marche ha ritenuto inserire delle specificità all'interno delle prestazioni erogate in regime extraospedaliero che tenessero conto dei differenti carichi assistenziali (tabella 3).

La Giunta Regionale Puglia, invece, con deliberazione n. 1326/03 ha adottato una tariffa specifica per la riabilitazione intensiva *post-acuzie* che è stata obbli-

**Tabella 2 – Tariffe riabilitazione extraospedaliera Regione Toscana**

	Riabilitazione intensiva	Riabilitazione estensiva	Riabilitazione neuropsichica	Riabilitazione per autistici
Residenziale		<b>148,61</b>	<b>163,34</b>	<b>Non prevista</b>
MDC 1	207,10			
MDC 4	199,83			
MDC 5	199,83			
MDC 8	199,83			
MDC ALTRI	181,49			
Semiresidenziale		<b>111,43</b>	<b>122,49</b>	<b>142,72</b>
MDC 1	136,66			
MDC 4	131,85			
MDC 5	131,85			
MDC 8	131,85			
MDC ALTRI	119,77			
Ambulatoriale	54,25	44,90		
Ambulatoriale di gruppo	-	15,87		
Domiciliare	-	56,59		

## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

**Tabella 3 – Tariffe riabilitazione extraospedaliera Regione Marche**

	Riabilitazione intensiva	Riabilitazione estensiva	Riabilitazione per minorati plurisensoriali	Riabilitazione per comi permanenti	Riabilitazione per gravi insufficienze respiratorie
Residenziale	271,39	167,06	292,94	292,94	292,94
Semiresidenziale	107,73	83,10	137,34		
Ambulatoriale individuale		51,58			
Ambulatoriale di gruppo		19,21			
Domiciliare		66,44			

gata, dal T.A.R. Puglia, a rideterminare con deliberazione n. 2185/2010. Inoltre, la Regione Puglia è stata la prima regione a regolamentare le prestazioni riabilitative domiciliari (R.R. 16/2010 e 20/2011), stabilendone la relativa tariffa (a ribasso rispetto a quella stabilita dalle delibere precedenti e a quella applicata da tutte le altre regioni d'Italia), ma anche in questo caso è stata chiamata in causa, da parte di alcuni erogatori, la magistratura amministrativa (Sentenza T.A.R. Puglia n. 02141/2010 Reg. Ric.) che ha lasciato inalterato l'impianto regolamentare ma ha annullato la delibera nella parte in cui ha rideterminato la tariffa. Il T.A.R. ha ritenuto, nelle tariffe approvate, quantomeno sottodimensionati i costi del personale medico e non; ha rilevato che non risultano considerate le spese per le sostituzioni in ipotesi di assenza (per le figure degli Operatori della Riabilitazione) che invece hanno indiscutibilmente un costo per l'operatore sanitario, che pur se non preventivabile con esattezza, dipendendo da fattori variabili, debbono essere debitamente stimate. Inoltre, il Tribunale Amministrativo Regionale per la Puglia, ha evidenziato che non sono stati tenuti in considerazione i costi diversi da quelli del personale (costi di gestione, amministrativi, ecc.), né la necessità ineludibile (Consiglio di Stato, sez. V, 5 maggio 2008, n. 1988) dell'utile d'impresa, che può essere abbattuto ma non azzerato.

### 5. Metodologia di determinazione delle tariffe di riabilitazione ex art. 26, l. 833/1978

La metodologia attuata per poter determinare le tariffe di riabilitazione ex art. 26, l. 833/1978 è una fu-

sione tecnica delle deliberazioni adottate dalle varie regioni che si sono cimentate in questa impresa, degli orientamenti giurisprudenziali in materia e delle indicazioni fornite dalle Linee guida ministeriali per la riabilitazione del 1994 che, come già scritto, è senza dubbio uno dei documenti specifici più completi.

Il lavoro deve procedere, partendo da una casistica attentamente selezionata<sup>1</sup> in base ai dati rinvenuti dall'utenza che afferisce alle strutture riabilitative considerate, all'analisi dei dati e dei costi di produzione forniti dalle realtà che si è deciso di coinvolgere, per poter aggiornare le tariffe già utilizzate per la remunerazione dei trattamenti effettuati nei vari regimi (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare).

Per quanto riguarda la durata di ogni singola seduta bisogna considerare, ove esistenti, le disposizioni normative emanate a riguardo (180 minuti per le prestazioni riabilitative intensive, 60 per quel-

(1) *Ictus cerebrale, sclerosi multipla/SLA, paraplegia/tetraplegia/patologie neurologiche complesse stabilizzate, PCI, paralisi ostetriche, postumi/esiti di protesi di spalla, ginocchio, anca, patologia ortopedica post traumatica articolare come spalla, ginocchio, collo femore, patologia ortopedica per frattura ossa lunghe, frattura di omero e di femore, patologie neurologiche degenerative come distrofie, Parkinson, poliomielite anteriore acuta, dismorfismi del rachide come scoliosi e cifoscoliosi, Gracer come traumi cranio encefalici, esiti di amputazione degli arti, scompenso funzionale a valenza riabilitativa in paziente oncologico, broncopneumopatico, cardiopatico, reumatologico.*

## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

le estensive, 90 per i trattamenti ambulatoriali per casi complessi, 30 per i casi non complessi e non meno di 45 minuti per i trattamenti domiciliari, anche se la norma dovrebbe prevedere gli stessi tempi delle prestazioni ambulatoriali).

Devono essere previsti i numeri di sedute per ciclo di trattamento e il numero e la durata delle visite mediche specifiche per ogni ciclo (prima visita e visita di controllo).

L'attività preliminare deve essere, quindi, quella di concordare la metodologia per stimare il costo medio delle risorse direttamente impiegate nel trattamento della casistica selezionata per ciascuna struttura considerata, facendo riferimento ai costi di un determinato anno.

Il lavoro dovrà essere svolto in due fasi: la prima riguardante la raccolta di dati quantitativi di attività per evidenziare le principali risorse assorbite per il trattamento di una patologia scelta a riferimento comune alle varie strutture per ogni regime erogativo. Le informazioni da utilizzare dovranno essere: numero dei casi trattati, numero sedute medie/anno, tempo medio di trattamento per seduta, numero figure professionali coinvolte, il tempo medio di trattamento di ogni figura professionale per seduta.

Nella seconda fase deve essere effettuata una vera e propria rilevazione dei costi attraverso l'analisi dei singoli fattori produttivi, ritenuti rilevanti per l'identificazione del processo di produzione, e la scelta condivisa della relativa modalità di valorizzazione con criteri omogenei.

Dovranno, quindi, essere analizzati i seguenti fattori produttivi:

- personale, come da dotazione organica imposta dalla vigente normativa;
- formazione;
- farmaci (i più significativi in termini di costo o di frequenza di utilizzo);
- materiale di consumo sanitario, presidi medico chirurgici più utilizzati (es. fasce elastiche, ortesi, ecc.);
- materiale di consumo non sanitario (es. carta dei lettini, detersivi, ecc.);
- attrezzature diagnostico-terapeutiche;

- affittanze e ammortamento di acquisto di immobili;
- utenze;
- costi generali di struttura.

I referenti del controllo di gestione, comunque, dovranno rapportarsi, durante tutto il percorso di lavoro, con i rispettivi Responsabili Sanitari che operano nelle varie strutture residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali.

Le modalità di rilevazione e valorizzazione delle singole risorse messe in evidenza dovranno essere rapportate alle degenze/sedute medie/anno.

Il costo del personale, come da dotazione organica imposta dalla vigente normativa, dovrà essere determinato dal prodotto delle seguenti voci:

- costo unitario al minuto per figura professionale calcolato sulla base del costo annuo, tenuto conto dei vari contratti (Sanità pubblica, AIOP, ARIS, UNEBA, ANASTE, Cooperative Sociali);
- numero unità mediamente impiegate nel trattamento;
- tempo medio di assistenza (espresso in minuti dedicati) per ogni figura.

Il costo annuo dovrà tener conto anche dell'incidenza dell'anzianità del personale stabilendo una media che può essere anche pari a 10 anni e delle seguenti voci:

- competenze fisse;
- competenze accessorie;
- oneri previdenziali e assistenziali;
- eventuali incentivi;
- altri costi aggiuntivi.

Dal costo annuo sarà determinato il costo orario (e successivamente quello al minuto) rapportando tale costo al monte ore annuo lavorativo. Tali valori devono tener conto di un periodo medio di ferie, dei congedi previsti dal contratto collettivo nazionale di lavoro e di un numero medio di giornate di malattia.

Il costo del personale deve includere anche una percentuale del fatturato globale relativa alla direzione tecnica.

## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

Per i costi di formazione si possono utilizzare i dati per la formazione ECM nelle Aziende sanitarie, riportati dall'Agenas.

Per quanto riguarda il costo dei farmaci, del materiale sanitario, presidi medico chirurgici e materiale non sanitario-economale, si possono accorpate le voci specificandone comunque il contenuto (es. carta da letto, detersivi, ecc.). Tale materiale deve essere attribuito a prestazione (costo per giornata di degenza o per seduta).

Per le attrezzature diagnostico-terapeutiche bisogna riferirsi a quanto previsto dalle norme nazionali e regionali che fissano i requisiti minimi e aggiuntivi per l'accreditamento delle strutture considerate, e sulla base delle attrezzature principali utilizzate nei centri deve essere concordato un *set* di attrezzature *standard* adeguate al trattamento delle patologie selezionate.

Riguardo al calcolo dell'ammortamento, si può stabilire di considerare una durata media delle attrezzature pari a 10 anni.

Per quanto riguarda i valori relativi alle affittanze e/o ammortamento degli immobili, deve essere calcolato il loro valore medio tra tutte le strutture considerate.

Le stesse devono fornire i valori annuali delle utenze, per farne una media.

Per i costi generali deve essere applicata una media tra i valori forniti dalle strutture e includere anche i costi fissi (cucina, riscaldamento, pulizie ambienti, manutenzioni, biancheria, cancelleria, ecc.) e le eventuali spese condominiali per quanto concerne gli ambulatori (riscaldamento, pulizie, amministratore, ecc.).

Bisognerà tener conto, ai fini della determinazione delle tariffe, anche delle eventuali integrazioni/adequamenti in base a due elementi importanti: *i*) ultimi rinnovi contrattuali per il personale; *ii*) tasso di inflazione (effettivo e programmato) dell'ultimo biennio.

### 6. Conclusioni

La revisione delle deliberazioni regionali in materia di determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, l. 833/1978 e della normati-

va di riferimento nonché l'analisi di molte sentenze specifiche emanate dalla magistratura amministrativa, sia essa di primo che di secondo grado, hanno evidenziato notevoli inadempimenti sulla periodicità con la quale le regioni determinano e aggiornano le succitate tariffe e, cosa ancor più grave, un'assenza di metodo uniforme per adempiere il dettato normativo: la dimostrazione è evidente notando la notevole differenza di importi, tra una regione e l'altra, per la remunerazione delle stesse tipologie di prestazioni.

Definito il costo del personale (operando una media tra i vari contratti collettivi nazionali di lavoro applicabili) che le strutture sono obbligate ad avere in organico per essere considerate accreditate; il costo delle apparecchiature in dotazione e il materiale di consumo, anch'esse in massima parte imposta dalla normativa in base alla tipologia prestazionale (intensiva o estensiva, caso complesso o caso non complesso) e l'ambito erogativo (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare); i costi generali di struttura e un minimo di utile d'impresa (utile anche al reinvestimento per accrescere il livello qualitativo delle prestazioni erogate: formazione del personale, dotazione tecnologica, ecc.) si può giungere a un importo che diviso per le giornate medie di degenza/prestazioni annue calcolate tenendo conto di un tasso di utilizzo/presenze pari al 90%, si può ottenere una tariffa giornaliera/per prestazione più o meno congrua e soggetta solo ad adeguamento periodico e costante. Il calcolo dell'incidenza percentuale sul costo totale fornirebbe un'indicazione *standard* di riferimento.

Il d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, infatti, ha disegnato un sistema volto a garantire il necessario controllo della spesa sanitaria mediante lo strumento di pianificazione della stessa. L'obbligo di pianificazione è da considerarsi un principio valente oggi per tutti i soggetti, pubblici e privati, operanti all'interno del sistema sanitario.

Da un simile principio discende che i rapporti fra tali soggetti e le aziende sanitarie sono regolati dal meccanismo del c.d. accreditamento istituzionale, fondato sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica della qualità delle attività svolte ed erogate dai soggetti accreditati.

## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

Il d.P.R. 14 gennaio 1997 (atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici e organizzativi per l'esercizio di attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* 20 febbraio 1997, n. 42 supp. ord.) individua in modo preciso la funzione teleologica dell'accreditamento la quale deve risultare «funzionale alle scelte di programmazione regionale».

Infatti, la regione è tenuta ad individuare, per il tramite della programmazione, la quantità di prestazioni erogabili nel rispetto di un tetto di spesa massimo e, pertanto, può accreditare nuove strutture solo se sussiste un effettivo fabbisogno assistenziale (art. 8-*quater*, d.lgs. n. 502 del 1992 introdotto dall'art. 4, comma 8, d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229).

Il nuovo regime dell'accreditamento ha sostituito quello preesistente convenzionale, ma non ha modificato la natura del rapporto esistente tra la struttura privata e l'ente pubblico preposto all'attività sanitaria, il quale era e resta di natura concessoria (con la particolarità, rispetto al regime giuridico preesistente, consistente nel fatto che nel nuovo sistema si è in presenza di concessioni *ex lege* di attività di servizio pubblico).

Come accennato in precedenza, è stato inoltre rafforzato sia il potere di programmazione delle regioni, sia il potere di vigilanza e di controllo delle stesse sull'espletamento dell'attività concessa alle istituzioni sanitarie di carattere privato (cfr. Cass., sez. un., 23 dicembre 2005, n. 28501; 8 luglio 2005, n. 14335).

Il nuovo regime derivante dall'entrata in vigore del d.lgs. 502/1992 con modalità di pagamento a prestazione, è ispirato, in tale ambito, al principio della libera scelta e può trovare applicazione solo dopo la determinazione da parte della regione, in conformità ai criteri generali stabiliti in sede ministeriale, delle tariffe di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate (cfr. Cass. 29 aprile 2005, n. 8984).

Le strutture sanitarie private hanno diritto al pagamento delle prestazioni erogate agli assistiti del SSN ove siano in possesso dei requisiti di legge per ottenere l'accreditamento provvisorio all'assistenza sanitaria regionale e abbiano accettato il sistema della remunerazione a prestazione sulla ba-

se delle tariffe fissate dalle aziende sanitarie (cfr. Cass., sez. III, 27 giugno 2006, n. 14758).

Tali tariffe, comunque, non possono considerare il costo del lavoro esclusivamente in termini di costo fisso da ammettere al solo rimborso integrale, azzeccando qualsiasi previsione di utile di impresa ritraibile a titolo di remunerazione del costo stesso, sulla scorta di argomenti quali, ad esempio, che il rischio d'impresa è assente in un segmento di mercato chiuso, come quello dove operano le strutture di riabilitazione accreditate che vi accedono senza gara.

È noto che l'utile d'impresa costituisce una percentuale di tutte le voci di costo complessivamente considerate.

Il costo del lavoro, pur con le rigidità scaturenti dall'obbligo di rispettare i minimi fissati nei contratti collettivi nazionali di lavoro, costituisce oggetto di politiche imprenditoriali (ad es. in termini di maggior investimento per il reclutamento di personale più specializzato, o più esperto già in servizio presso centri concorrenti), che possono essere effettuate anche in un mercato ristretto e che comportano margini di rischio magari assai ridotti ma non del tutto inesistenti.

Infine, dal presente lavoro è emersa inequivocabilmente la necessità non solo di ben determinare il costo *standard* per ogni tipologia patologica di interesse riabilitativo, per tipologia di trattamento necessario e per particolare luogo di cura ma anche e soprattutto quantificare il reale fabbisogno *standard* di queste prestazioni, ossia cercare di identificare con esattezza la quantità delle prestazioni da erogare e della loro tipologia. Entrambi, valorizzatori dell'efficienza e dell'efficacia e indicatori rispetto ai quali comparare l'azione pubblica, diventano parametri essenziali per il finanziamento dei Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA).

### Bibliografia

- MINISTERO DELLA SALUTE, *Rapporto "Riabilitazione 2003" Dipartimento della qualità*, Direzione Generale del sistema Informativo, Roma, 2003.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Annuario statistico nazionale – Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere – Anno 2009*, Roma, 2009.

## La determinazione delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833/1978

- QUADERNI DEL MINISTERO DELLA SALUTE "La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali", n. 8, marzo-aprile 2011.
- Piano d'indirizzo per la Riabilitazione (2011), disponibile al *link*: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_primopianoNuovo\\_291\\_documenti\\_itemDocumenti\\_0\\_fileDocumento.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_291_documenti_itemDocumenti_0_fileDocumento.pdf)

### Normativa di riferimento

- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale", pubblicata nella *G.U.* 28 dicembre 1978, n. 360.
- Circolare del Ministero della Sanità del 7 giugno 1984 n. 500.6/AG.1105/1171 "Criteri per l'acquisizione dei dati necessari del costo aggiuntivo per l'anno 1984 dell'assistenza riabilitativa da erogare ex art. 26 legge 833/78, tramite i Centri di riabilitazione convenzionati".
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria" pubblicato nella *G.U.* 30 dicembre 1992.
- Nota ministeriale n. 5340 (1994) "Linee guida per la riabilitazione".
- Decreto Ministero della Sanità 15 aprile 1994 "determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera" pubblicato nella *G.U.* 10 maggio 1994, n. 107.
- Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano "Linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione", pubblicato nella *G.U.* 30 maggio 1998, n. 124.
- D.P.R. 14 gennaio 1997, "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", pubblicato nella *G.U.* n. 42 del 20 febbraio 1997.
- Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", pubblicato nella *G.U.* n. 165 del 16 luglio 1999.
- Legge 6 agosto 2008, n. 133, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria" pubblicata nella *G.U.* n. 195 del 21 agosto 2008, suppl. ordinario n. 196.