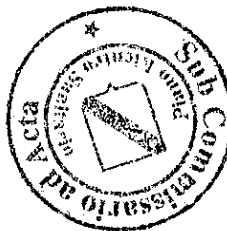


**AIOP – ANFFAS – ANISAP – ANPRIC – API Sanità -
ARIS – ASPAT – CONFINDUSTRIA Sanità – FOAI**

Napoli, 5 Giugno 2013

**Al Sub Commissario governativo
per l'attuazione del
Piano di Rientro del Settore Sanitario
Dr. Mario Morlacco**



REGIONE CAMPANIA
Centro Direzionale Is. C3
80143 Napoli

URGENTISSIMO / INDIFFERIBILE

**Oggetto: Tavolo regionale tariffe ex art. 26 L. 833/78.
Documento di riscontro delle AdC alla proposta regionale del 31/05/2013.**

Ill.mo Dr. Morlacco,

in relazione a quanto specificato in oggetto, **le scriventi Associazioni di Categoria**, riunitesi in data 4 giugno c.a., **hanno elaborato, sulla traccia di quello proposto da Parte Pubblica, un documento tecnico di natura metodologica**, allegato alla presente, in cui sono state puntualizzate, a latere del testo regionale, le osservazioni inerenti ai parametri non approvati e di cui si richiedono le conseguenti modifiche al fine di garantire una piena condivisione.

In tal senso, **si ritiene necessario**, come anticipato nella ns. precedente nota del 3 giugno c.a., **una ulteriore riunione della designata Commissione paritetica ristretta** per finalizzare l'intero lavoro alla stesura di un documento finale, auspicabilmente partecipato e condiviso da tutte le AdC del Comparto.

Pertanto, **si reitera la disponibilità a detto incontro nella giornata di lunedì prossimo** come da Vs. convocazione prot. n. 3064/C e si coglie l'occasione per ribadire che il procedimento di rideterminazione tariffaria ex art. 26, adottato nella circostanza, deve essere ripetuto per la contestuale definizione delle tariffe socio-sanitarie (RSA/CDI), in virtù della sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013, così come stabilito in seno al Tavolo Regionale del 17 maggio 2013.

Certi di un Suo tempestivo riscontro, Le formuliamo le migliori cordialità.

Firmato i Presidenti delle Associazioni di Categoria

**AIOP
ANFFAS
ANISAP
ANPRIC
API Sanità
ARIS
ASPAT
CONFINDUSTRIA Sanità
FOAI**

All. Documento tecnico metodologico

DOCUMENTO DI RISCONTRO ALLA PROPOSTA REGIONALE DEL 31/05/2013 ELABORATO DALLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA (AIOP, ANFFAS, ANISAP, ANPRIC, ARIS, ASPAT, CONFAPI, CONFINDUSTRIA, FOAI CAMPANIA) IN ATTESA DI NUOVA CONVOCAZIONE

Di seguito vengono riportati:

- nella colonna a sinistra, il testo della Regione Campania;
- nella colonna a destra, le osservazioni delle AdC, relativamente a singoli punti.

Metodologia di calcolo per la determinazione delle tariffe per le prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26 legge 833/78 per gli anni dal 2003 al 2008.

PREMESSA

A seguito della sentenza del Consiglio di Stato n. 740/2013 di annullamento della Delibera di Giunta Regionale n. 224/2009, si sono svolte presso questo Assessorato numerosi incontri con le Associazioni di categoria del Settore.

Nel corso della riunione del 17 maggio 2013 è stata istituita una commissione paritetica per la determinazione delle tariffe ex art. 26 Legge 833/78 composta come riportato nel verbale della riunione stessa. La Commissione, così composta, si è incontrata, a seguire, in data 17/05/2013 e 22/05/2013.

Si è concordato di utilizzare il metodo analitico per il costo del personale come richiesto nella citata sentenza del Consiglio di Stato n. 740/2013 che recita: “..... la Sezione ritiene condivisibile la censura accolta dal TAR che ha stigmatizzato la inammissibile approssimazione, da parte degli uffici regionali, del costo del personale.....” “....nella delibera regionale impugnata si sottolinea la rilevanza dell’elemento relativo al costo del personale in relazione alle caratteristiche delle prestazioni “human intensive” nel settore” “....Si tratta di un fattore di costo che deve essere accertato con esattezza e deve essere tenuto presente nella sua interezza per la determinazione in materia tariffaria”.

Pertanto:

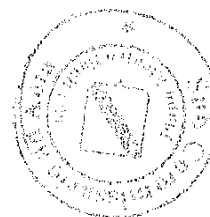
Il modello utilizzato per la determinazione delle nuove tariffe è basato sulle seguenti assunzioni di base:

la dotazione efficiente di personale è definita a partire dai **requisiti minimi autorizzativi** indicati dalla DGRC 6757/1996;

i costi unitari di produzione sono stimati sulla base dell’analisi congiunta:

- dei contratti collettivi nazionali del lavoro (CCNL), per la determinazione del costo del personale;
- dell’analisi svolta dalla Commissione Tariffe ripresa dalla perizia dello studio Associato De Crescenzo-Gattei consulente di parte delle associazioni ANISAP, ANPRIC, ASPAT nel giudizio con il quale è stato impugnata la DGRC 224/2009, per la determinazione delle altre voci di costo.

i ricavi delle prestazioni devono garantire alle strutture di assistenza, se correttamente gestite, un equilibrio economico con la previsione di un margine di retribuzione.



Errore formale. Non si tratta di requisiti minimi ma ulteriori per l’accreditamento provvisorio, come disposto nella DGRC n. 6757/96.

Le diverse voci di costo, considerate ai fini della determinazione della tariffa, sono qui di seguito riportate:

costo del personale (dipendente e non dipendente);

costi per direzione sanitaria, per materiali, di struttura (per tutte le tipologie di prestazioni), costi alberghieri (per ambulatoriale, ambulatoriale piccolo gruppo, semiresidenziale medi e semiresidenziale gravi, **residenziale base, residenziale medio livello riabilitativo, residenziale alto livello riabilitativo/gravi**), costi di trasporto (per le prestazioni domiciliari) che così raggruppati di seguito verranno indicati come “**altre voci di costo**”;

altri costi generali, pari al 7% della somma delle voci precedenti;

infine si è tenuto conto di un **marginale di retribuzione** pari al 5% dei costi complessivi, congruo all'epoca di vigenza delle tariffe, epoca anteriore all'attuale crisi economica.

E' stato così possibile definire le tariffe di remunerazione per le prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78, per i due diversi trienni considerati: 2003-2005 e 2006-2008.

Le tipologie di assistenza per cui si è provveduto ad eseguire la stima delle tariffe sono:

assistenza riabilitativa ex art. 26 - ambulatoriale;

assistenza riabilitativa ex art. 26 – ambulatoriale piccolo gruppo;

assistenza riabilitativa ex art. 26 - domiciliare;

assistenza riabilitativa ex art. 26 – residenziale (base, media, alta/gravi);

assistenza riabilitativa ex art. 26 – semiresidenziale (media, gravi).

COSTO DEL PERSONALE

Per la determinazione analitica dei costi del personale impiegato in ciascuna tipologia di assistenza, si è tenuto conto dei CCNL di competenza dei singoli anni presi a riferimento per i due trienni.

Nello specifico, per il comparto si è considerato:

per la determinazione della tariffa per il triennio 2003-2005: il CCNL 2002/2005 biennio economico 2002/2003, in quanto all'art. “4 – Decorrenza e durata” esso recita: “Il presente contratto si riferisce per la parte normativa al periodo dall'1/1/2002 al 31/12/2005, per la parte economica al periodo dall'1/1/2002 al 31/12/2003”;

per la determinazione della tariffa per il triennio 2006-2008: l'Accordo per il biennio economico 2004/2005 definito il 28 febbraio 2007, il quale dispone la decorrenza degli importi contenuti nella tabella 1 a partire dal 1° gennaio 2006.

Criticità dettagliata infra

Manca il dettaglio del costo delle tariffe residenziali medi e gravi.

Manca il dettaglio del costo delle tariffe residenziali medi e gravi.

Per il 2004 e il 2005 sono stati riconosciuti ed erogati arretrati contrattuali nella misura prevista nell'accordo del biennio economico

Per il personale medico si è adoperato:

per la determinazione della tariffa per il **triennio 2003-2005**: il CCNL quadriennio 1998/2001 biennio economico 2000/2001 con l'aggiunta degli arretrati contrattuali (art. 57) previsti dal CCNL 2002/2005.

per la determinazione della tariffa per il triennio 2006-2008: il CCNL 2002/2005, poiché l'accordo-ponte economico firmato dall'Aiop e Cimop in data 11 febbraio 2009 stabilisce che per la parte normativa nulla viene innovato rispetto al CCNL 2002/2005 e che le nuove tabelle sono in vigore dal 1/1/2009. Pertanto la determinazione del costo per il personale medico per gli anni 2006-2008 deriva dall'applicazione del CCNL 2002/2005.

A partire dai dati riportati nei contratti sopra citati, si è stimato il costo del personale dipendente che **per il comparto**, risulta essere composto dalle seguenti voci¹:

- retribuzione tabellare per posizione;
- tredicesima mensilità (art. 66)
- elemento aggiuntivo della retribuzione - EADR, pari a 154,92 € (art. 54)
- indennità di funzione di coordinamento per le sole fasce DS, pari a 13 mensilità da 129,11 € (art. 62)
- indennità specifiche (art. 63 dalla categoria C alla categoria D4)
- indennità professionale, per le sole fasce E - si è ipotizzata l'anzianità del personale pari a 5 anni - (art. 64)
- premio di incentivazione, pari a 450 € (art. 65)**

¹Tali voci sono state integrate con le indennità di turnazione, festivo e notturno come meglio specificato nei paragrafi successivi.

e **per il personale medico**, risulta essere composto dalle seguenti voci:

- retribuzione tabellare per posizione;
- indennità integrativa (contingenza), solo per il triennio 2003-2005;
- tredicesima mensilità;

2004-2005.

Nell'accordo del biennio economico 2006-2007 gli arretrati contrattuali per il 2007 e 2008 sono stati congelati e saranno richiesti ed erogati successivamente alla rideterminazione tariffaria. Pertanto va inserito al minimo almeno un adeguamento all'incremento dell'indice FOI (1,7% per il 2007 e 3,2% per il 2008).

Come riconosciuto nella stessa proposta regionale del 13 maggio, va inserita l'una tantum omnicomprensiva per gli anni 2006-2007-2008 ("quindi la determinazione del costo del personale medico per gli anni 2006-2008 deriva dall'applicazione del ccnl 2002-2005 con l'aggiunta dell'una tantum omnicomprensiva sopracitata (anni 2006-2007-2008 di cui alla tab. 2 allegata all'accordo ponte")

indennità medico struttura privata;

indennità professionale;

indennità per assistenti;

arretrati contrattuali per il triennio 2003-2005 (come da art. 57 del CCNL 2002-2005);

Nel corso dei lavori della Commissione paritetica, i rappresentanti delle Associazioni di categoria avanzano le seguenti istanze:

1. Tutto il personale di categoria A nel triennio 2003/2005 dovrà essere calcolato con una base tabellare risultante dalla media tra tabellare categoria A e A1 (sarà denominato A_{1m})
2. L'accompagnatore cat. A2 per triennio 2003/2005
3. L'accompagnatore per 2006/2008 dovrà essere calcolato con una base tabellare risultante dalla media tra tabellare categoria A2 e A3 (sarà denominato A_{3m})
4. Tutti gli A nel triennio 2006/2008 A1
5. Festivo per OTA INF ACCOMP e EDUC per prestazioni residenziali
6. Indennità di 3 turni per OTA per prestazioni residenziali
7. Indennità due turni per infermieri ausiliari ed educatori per prestazioni residenziali
- 8. Indennità notturno per OTA per prestazioni residenziali**
9. Indennità per l'assistenza domiciliare da applicare alla prestazione domiciliare (art. 61 lett. d comma 6)
10. La figura del portiere addetto al centralino inquadrato nella categoria B
- 11. Per la problematica delle percentuali di personale non dipendente, calcolare il 14% rispetto al 28% (previsto dalla normativa regionale vigente) per le prestazioni domiciliari e ambulatoriali; il 7,5% rispetto al 15% (previsto dalla normativa regionale vigente) per le prestazioni residenziali e semiresidenziali da applicare al personale globalmente destinato all'assistenza diretta.**

Il premio di presenza è pari a $450+135 = 585$ euro con una riduzione di 15 euro per ogni giornata di assenza. Va, quindi, rimodulato, riducendo l'importo massimo sulla base delle giornate di assenza riconosciute.

Come già indicato sopra, va inserita l'una tantum per il periodo 2006-2008, come previsto dall'accordo ponte del 11/02/2009.

Nella realtà operativa, anche l'infermiere effettua turni notturni.

Le istanze sono state accolte ed i relativi oneri inseriti nei calcoli per la determinazione della tariffa. Per la turnazione, l'indennità festivo e l'indennità per lavoro notturno si è proceduto nel modo proposto dalla Associazioni di categoria:

1. Turnazione: OTA indennità su tre turni ($\text{€ } 4,5 \cdot 254,25 \text{gg}$) = $\text{€ } 1.144,13$ = annue educatori, infermieri, accompagnatori su due turni ($\text{€ } 2,06 \cdot 254,25$)= $\text{€ } 523,76$ =
2. Festivo per OTA, Educatori, Infermieri, Accompagnatori: $\text{€ } 17,82 \cdot 24$ gg (numero di giornate previste da Associazioni su 64 giorni festivi annui) = $\text{€ } 427,68$
3. Notturno: solo per gli OTA $\text{€ } 2,74 \cdot 8 \cdot 50$ (numero notti che, secondo la proposta delle Associazioni, presumibilmente si effettuano in un anno) = 1.096 annue applicata su tutti i 72 minuti/die/pz previsti dalla normativa.

Nel triennio 2006-2008 per il personale di fascia D si è considerato il passaggio alla fascia superiore D1. Tale assunzione è stata fatta sulla base di quanto riportato nel CCNL 1998-2001/biennio 2000-2001, il quale all'art. 9 "Trasformazione dei posti e passaggi" comma 2, specifica che "Con decorrenza dal 1 settembre 2001 tutti gli operatori professionali del ruolo sanitario e l'operatore professionale – assistente sociale – del ruolo tecnico assumono la denominazione della categoria D, rispettivamente, di "collaboratore professionale sanitario" nei profili e discipline già corrispondenti a quella della categoria di provenienza nonché di collaboratore professionale – assistente sociale". Si rileva quindi che per il personale appartenente alla fascia D nel 2001, considerando 5 anni di anzianità di servizio, la fascia massima di appartenenza nel 2006 è la D1.

Così come riportato nei contratti sopra citati, **per le ore lavorative settimanali** si sono considerate:

- 36 ore, per le fasce da A a DS (escluso DS4);
- 38 ore, per le fasce DS4 e E.

La stima dei **giorni lavorativi annuali, pari nel complesso a 254,25** ha tenuto conto di:

- 30 giorni di ferie;
- 4 giorni di ferie soppresse;
- 12 giorni di festività;
- 6 giorni di malattia;**
- 3 giorni di permessi retribuiti;
- 52 domeniche;
- 4 giorni di formazione.

ONERI SULLA RETRIBUZIONE LORDA DEL PERSONALE

La DGRC 6757/96 offre la possibilità alla struttura erogatrice di poter intrattenere rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza del personale destinato all'assistenza diretta nella misura del 28% per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari e del 15% per le

Ai Centri è disposta la possibilità (e non l'obbligo) di sottoscrivere contratti esulanti la dipendenza nelle percentuali richiamate nella proposta regionale. Di fatto solo per alcune figure professionali possono essere intrattenuti rapporti libero-professionali (terapisti) e comunque, in considerazione del fatto che le prestazioni di cui ai tetti di spesa sono inferiori alle com riconosciute, i rapporti con i consulenti sono andati riducendosi sempre più, avvicinandosi allo zero.

prestazioni residenziali e semiresidenziali. Pertanto rientra nella facoltà dell'amministrazione regionale avvalersi di tale istituto.

Premesso che, sia per il **comparto** che per il **personale medico**, le voci riportate hanno consentito di stimare la retribuzione lorda del personale dipendente, su tale dato si è applicato un diverso procedimento per il calcolo degli oneri aggiuntivi nel caso si tratti di personale con rapporto di dipendenza rispetto a personale che intrattiene rapporti libero professionali non a rapporto di dipendenza e che è destinato all'assistenza diretta.

La stima del costo comprensivo di oneri del personale non dipendente (solo per il comparto e per il personale destinato all'assistenza diretta), è stata effettuata considerando la retribuzione lorda così come calcolata per il personale dipendente a cui è stata applicata l'aliquota contributiva prevista dall'INPS per gli anni di competenza (10,33% per il triennio 2003-2005 e 12,12% per il triennio 2006-2008 quale parte a carico del datore di lavoro)

La stima del costo comprensivo di oneri del personale dipendente è stata invece calcolata tenendo presente i seguenti istituti:

TFR, pari alla retribuzione lorda ottenuta dalle voci precedenti divisa per 13,5;

Aliquote contributive INPS per il triennio 2003 al 2005 come da tabella delle aliquote contributive INPS – tabella 7.24 – Ospedali e Case di cura (con CUA) pari al 30,78% della retribuzione lorda a carico dell'azienda;

Aliquote contributive INPS per il triennio 2006 al 2008 come da tabella delle aliquote contributive INPS – tabella 7.24 – Ospedali e Case di cura (con CUA) pari al 28,98% della retribuzione lorda a carico dell'azienda;

INAIL il doppio dell'aliquota minimo dello 0,50% pari all'1,00% della retribuzione lorda (INAIL da 0,50% a 2,40%). Totale contributi a carico dell'azienda pari al 29,98%;

La somma della retribuzione lorda, dei contributi INPS e INAIL (in misura diversa se personale dipendente o non) e del TFR (solo per il personale dipendente) costituiscono la base imponibile su cui è stata calcolata l'IRAP:

per il triennio 2003-2005 pari al 3,90% (aliquota ordinaria prevista dall'art. 16 comma 1 del D.Lgs n. 446/97 così come modificato dalla legge 24/12/2007 n. 244) all'inizio del triennio;

per il triennio 2006/2008 è pari al 4,55% l'aliquota (La Regione Campania, con legge regionale n. 23 del 28 dicembre 2005, ha disposto una variazione alle aliquote IRAP dal 3,90% al 4,55% con decorrenza dal periodo di imposta al 01/01/2006), all'inizio del triennio.

C'è una differenza sostanziale con i giorni lavorativi annuali come rilevati dal Ministero del Lavoro sulle strutture Anffas (240,67 giornate pari a 1.444 ore).

Le giornate di malattia proposte dalla Regione Campania non sono congrue rispetto a quelle rilevate dal Ministero del Lavoro e comunque a quelle riscontrabili nella realtà operative dei centri di riabilitazione. Quindi è necessario un adeguamento.

Il totale del costo così determinato diviso le ore lavorate in 1 anno (254,25) diviso 60 ha permesso di determinare il costo al minuto per ogni figura professionale che, moltiplicato per i minuti di assistenza previsti dai requisiti contenuti nel DGRC 6757/1996, consente di determinare il costo della prestazione.

Per la direzione tecnica e attività specialistica, raggruppata nella delibera citata in +/- 30 minuti a settimana pro capite (5-6 minuti a giorno per prestazione), si è inteso ripartire il tempo di assistenza equamente tra Direttore Tecnico/Medico Assistente di fascia B (CCNL medici) e tecnici laureati categoria E (CCNL comparto).

ALTRE VOCI DI COSTO

In considerazione che le altre voci di costo non sono state oggetto di statuizione nella sentenza del Consiglio di Stato n. 740/2013, si è tenuto conto dell'analisi svolta dalla Commissione Tariffe ripresa dalla perizia dello studio Associato De Crescenzo-Gattei consulente di parte delle associazioni nel giudizio con il quale è stato impugnata la DGRC 224/2009, che riporta valori puntuali per ogni singola tipologia di assistenza e per i due trienni relativi a:

- . direzione sanitaria;
- . materiali;
- . struttura;
- . servizi alberghieri per le prestazioni ambulatoriale, ambulatoriale piccolo gruppo, semiresidenziale medi e semiresidenziale gravi, residenziale base, residenziale medio livello riabilitativo, residenziale alto livello riabilitativo/gravi),
- . **costi di trasporto/parcheggio per le prestazioni domiciliari.**

. costi generali – voce di costo generica pari al 7% di tutti gli altri costi considerati, per remunerare tutte le altre voci di costo non elencate e che gravano sulla prestazione.

. margine di retribuzione pari al 5% al fine di garantire alle strutture, se correttamente gestite, un giusto equilibrio economico.

TARIFFE PER LE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

EX ART. 26 LEGGE 833/78

TRIENNIO 2003/2005	
Domiciliare	€ 43,76
Ambulatoriale	€ 38,95
Ambulatoriale piccolo gruppo	€ 12,98
Semiresidenziale	€ 69,97

Manca il "totale contributi a carico dell'azienda" per il triennio 2003-2005. Inoltre, come concordato nel tavolo tecnico ristretto, l'aliquota INAIL da applicare è data dalla mediana tra il valore minimo e il valore massimo, pari a 1,45%.

Il Dlgs. N. 446/97 (testo vigente dal 15/01/2000 al 31/12/2007) prevede l'aliquota netta del 4.25%. Pertanto nel triennio 2003-2005, tale è il valore da applicare.

Le aliquote applicate dalla Regione Campania nel triennio 2006-2008 sono le seguenti:

- 4,55 per il 2006;
- 5.25 per il 2007;
- 5.25 per il 2008;

per una media annuale pari a 5,02%. Tale è il valore da applicare per il triennio 2006-2008.

Il direttore tecnico è inquadrato in fascia superiore (cfr. art. 7 CCNL AIOP medici e infra).

Semiresidenziale gravi e gravissimi	€ 84,21	<p><i>Mancano i servizi alberghieri per le domiciliari (0,10 per spese pulizie). Adeguare il costo pulizie/trasporto per le prestazioni domiciliari all'importo concordato (1,50 per il primo triennio, e 1,60 per il secondo triennio).</i></p> <p><i>In virtù delle osservazioni innanzi esposte, e da intendersi quali punti ineludibili da applicare in seguito della rideterminazione tariffaria, le tabelle regionali a fianco proposte non possono essere condivise e dovranno essere rimodulate in ragione di quanto osservato dalle AdC nel presente documento..</i></p>
Residenziale base	€ 133,78	
Residenziale gravi e medio livello riabilitativo	€ 143,13	
Residenziale alto livello riabilitativo	€ 171,47	
TRIENNIO 2006/2008		
Domiciliare	€ 47,98	
Ambulatoriale	€ 42,60	
Ambulatoriale Piccolo gruppo	€ 14,20	
Semiresidenziale	€ 75,75	
Semiresidenziale gravi e gravissimi	€ 90,83	
Residenziale base	€ 143,07	
Residenziale medio livello riabilitativo	€ 150,51	
Residenziale alto livello riabilitativo	€ 184,89	

ULTERIORI ANNOTAZIONI ESPLICATIVE

Si osserva che, per principio giurisprudenziale consolidato del *tempus regit actum* in seno al procedimento amministrativo iniziato su domanda di parte, ai fini della validità del provvedimento finale, occorre tener necessariamente conto di **ogni elemento di fatto** e di diritto esistente nel momento in cui si perfeziona l'atto conclusivo del procedimento. Da

tale principio ne discende che la determinazione “ora (4 giugno 2013) per allora (2003-2008)” deve ineludibilmente tener conto di tutti gli elementi e voci di costo nel frattempo sopravvenuti, con riferimento ai periodi di interesse, nell’ovvia e palmare considerazione che trattasi di costi già effettivamente sostenuti per quegli esercizi e che non potrebbero in alcun modo essere disconosciuti pena la non remuneratività e serietà della tariffa, come sancito dal CdS nella sentenza n. 740/2013.

Ciò riscontrato, come già osservato sopra:

- ai fini della determinazione del costo del lavoro per il personale non medico, vanno riconosciuti gli arretrati contrattuali previsti nell’accordo del biennio economico 2004-2005 CCNL AIOP-ARIS-DON GNOCCHI a valere per gli anni 2003 e 2004;
- ai fini della determinazione del costo del lavoro per il personale medico, va riconosciuta l’una tantum omnicomprensiva per gli anni 2006-2007-2008 come stabilito nella tabella 2 allegata all’accordo ponte economico AIOP-CIMOP del 11/2/2009;
- ai fini della determinazione del costo del lavoro per il personale non medico, poiché non è stata disconosciuta l’una tantum per gli anni 2006-2008, bensì demandata alla contrattazione decentrata regionale in virtù delle eterogenee situazioni locali, la stessa deve intendersi per la Regione Campania soltanto congelata e quindi pendente, come peraltro riscontrato con verbale dell’incontro tra OOSS e Segreteria Tecnica del Presidente – Commissario ad acta 27/07/2012 acquisito con prot. 12006 dalla Giunta Regionale della Campania. In tale documento al punto 3 vi è l’esplicita richiesta della sopra cennata una tantum contrattuale a valere sugli anni 2007-2009. In base a tale situazione (arretrati congelati e ancora non determinati ma da corrispondersi all’indomani dell’avvenuta rideterminazione tariffaria), si deve procedere in base all’unico dato oggettivo per definire l’incremento del costo del lavoro per gli anni 2007 e 2008, costituito dall’indice FOI per i rispettivi esercizi (incremento 1,70% sull’anno 2007 rispetto al 2006, incremento 3,20% sull’anno 2008 rispetto al 2007);
- nel merito delle giornate effettive di lavoro, che la Regione ha confermato in 254,25 comprensive di sole 6 giornate di malattia, si ribadisce che tale determinazione non è congrua rispetto ai dati di fatto registrati nelle strutture riabilitative e peraltro confermati in misura nettamente maggiore (18 giorni di malattia, il triplo) in seno alla rilevazione del Ministero del Lavoro sulle strutture associate all’ANFFAS. Viene richiesto un adeguamento congruo delle giornate effettive di lavoro.
- La Regione Campania ha valutato l’applicazione di un’aliquota INAIL pari all’1% rispetto ai valori: minimo 0,50% - massimo 2,40%. E’ da ritenersi opportuna invece una determinazione dello stesso parametro costituito dalla mediana rispetto ai due valori estremi (pari a 1,45%), attesa l’incidenza del rischio professionale insito nelle attività sanitarie riabilitative e come di fatto rilevabile. Peraltro tale valore era stato già concordato in seno al tavolo tecnico ristretto.
- La Regione Campania nell’ultima proposta ha calcolato l’aliquota IRAP per il triennio 2003-2005 al valore percentuale di 3,90% e per il triennio 2006-2008 al valore percentuale di 4,55%, adeguandosi ai valori riscontrati rispettivamente solo nell’anno 2003 e solo nell’anno 2006. In base al principio su indicato che impone nell’adozione dell’atto finale di tener conto di tutti gli elementi e le determinazioni nel frattempo intervenuti e incidenti sui

periodi considerati, occorre tener conto delle aliquote IRAP medie per i periodi 2003-2005 (pari a 4,25%) e 2006-2008 (pari a 5,02%). Oltretutto l'aliquota percentuale indicata per l'anno 2003 dalla Regione Campania non è quella stabilita dal Dlgs N. 446/97 (testo vigente dal 15/01/2000 al 31/12/2007).

Altre considerazioni:

- l'educatore rientra nell'organico relativo alle prestazioni residenziali medio livello riabilitativo e alto livello riabilitativo;
- vanno determinate le tariffe per le prestazioni residenziali medi e gravi, come previsto nelle precedenti delibere regionali (DGRC n. 6757/96, DGRC n. 3094/2000, DGRC n. 224/2009);
- il direttore tecnico non può essere inquadrato con qualifica Assistente Fascia B, in relazione a quanto previsto dall'art. 7 del CCNL AIOP medici. La sua attività e responsabilità afferisce alla qualifica di Responsabile. Di seguito le declaratorie dei due profili professionali:

***Il Responsabile** ha il compito di vigilare sull'attività e sulla disciplina del personale medico e non medico del proprio raggruppamento o servizio; di definire i criteri diagnostici e terapeutici che devono essere seguiti dagli Aiuti e dagli Assistenti; di assegnare a sé e agli altri medici i pazienti ricoverati e può avocare casi alla sua diretta responsabilità, fermo restando la necessità di perseguire l'ottimizzazione delle risorse umane e professionali poste a sua disposizione. Il Responsabile cura la preparazione e il perfezionamento tecnico e professionale del personale da lui dipendente collaborando con il Direttore Sanitario nell'attività e nella disciplina di tutto il personale del rispettivo raggruppamento e/o servizio.*

*La qualifica di **Assistente** va riferita a chi collabora con il Responsabile e con l'Aiuto nello svolgimento dei loro compiti; l'Assistente, in particolare, ha la responsabilità dei degenti affidatigli, risponde del suo operato all'Aiuto e al Responsabile, e provvede direttamente nei casi d'urgenza.*

Quanto sopra sostenuto, trova ulteriore conferma nelle disposizioni del punto 1.1 della DGRC n. 482/2004 (Linee Guida per le attività di riabilitazione in Regione Campania) dove lo specialista di riferimento è considerato il coordinatore dell'equipe in funzione di medico responsabile:

*Si definisce progetto riabilitativo individuale l'insieme di proposizioni, elaborate dall'équipe riabilitativa, coordinata dal **medico responsabile** (di regola il fisiatra al di fuori dell'età evolutiva ed il neuropsichiatra infantile in età evolutiva e l'audiologo foniatra per le competenze specifiche). Il progetto riabilitativo individuale: indica il **medico specialista responsabile** del progetto stesso (...).*

Si ribadisce la richiesta dell'invio preventivo dell'ulteriore proposta regionale di rideterminazione tariffaria, onde consentire una verifica puntuale della stessa ai fini di una eventuale consapevole adesione.

Inoltre si conferma quanto già espresso da tutte le AdC nelle precedenti riunioni presso la struttura commissariale, riaffermando quale *conditio sine qua non* all'adesione ad una

ipotesi di rideterminazione tariffaria l'esplicito riconoscimento retroattivo delle competenze derivanti dalla rideterminazione tariffaria oltre i limiti di spesa riconosciuti per i singoli esercizi interessati, ciò nell'ovvia considerazione che trattasi di prestazioni a suo tempo già contrattualizzate e già erogate..

Firmato

AIOP

ANFFAS

ANISAP

ANPRIC

ARIS

ASPAT

CONFAPI

CONFINDUSTRIA

FOAI CAMPANIA