

P.R.  
D.W.  
25/6/2014

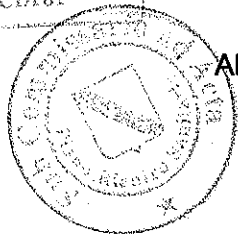
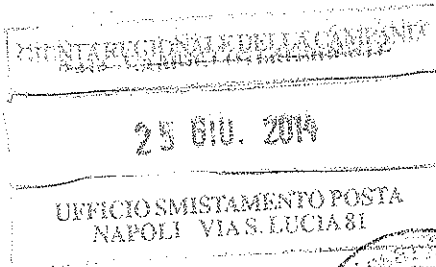
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE



AL DIRETTORE GENERALE  
GRC Direzione Generale per la Tutela della Salute  
ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale  
dott. Mario Vasco

p.c.

SPETT.LE REGIONE CAMPANIA  
AL COMMISSARIO AD ACTA PER LA SANITÀ  
On.le Stefano Caldoro



AL SUB COMMISSARIO AD ACTA PER LA SANITÀ  
Dott. Mario Morlacco



AL CAPO DIPARTIMENTO  
Dott. Ferdinando Romano  
Centro direzionale isola c3  
80100 Napoli

Oggetto: riscontro Vs. nota prot. 406397 del 13.06.2014 - Richiesta dati economico-finanziari - Messa in mora.

Gli scriventi n. 44 Centri di Riabilitazione, così come di seguito sottoscritti, in riscontro alla nota in oggetto evidenziano quanto segue.

Preliminarmente si evidenzia che la rinnovata richiesta dei dati economico-finanziari non tiene conto delle osservazioni formulate nel corso della riunione del 4/06/2014, nonché dell'incontro tecnico del 5/06/2014, e delle osservazioni formulate dalle Associazioni di Categoria ARIS ANPRIC CONFAPI FOAI e NOVA CAMPANIA con il documento inviato il giorno 11.06.2014 e che si riporta testualmente.

1. DGRC n. 6757/96

## STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Seppur citata tra la normativa analizzata, non viene evidenziato che la delibera contiene una disposizione - la cui attuazione è obbligatoria dal 1997 - relativa al riconoscimento dei soli CCNL AIOP-ARIS-DON GNOCCHI, AIAS e ANFFAS.

La maggior parte dei centri di riabilitazione (anche di quelli che poi hanno convertito le proprie attività nel settore socio-sanitario) hanno ottemperato a questa disposizione talché ad oggi applicano ancora per il proprio personale dipendente i livelli retributivi previsti da questi contratti (CCNL AIOP in modo prevalente).

Da tale previsione, che discende dal recepimento di un protocollo d'intesa mai revocato e mai modificato a riguardo, deriva l'obbligatoria necessità di fare riferimento, per il calcolo del costo standard del personale, ai requisiti regionali relativi ai parametri organizzativi e ai valori retributivi del CCNL AIOP.

L'utilizzo di una differente metodologia (campionaria su ipotetiche soglie di efficienza e basata sulla mediana dei costi medi unitari, sul costo prevalente ecc.) non fornisce una formulazione di costo standard.

**I parametri di organico stabiliti dalla DGRC 6757/96 e dal DCA 6/2010, costituiscono , per ogni regime erogativo ed assistenziale di interesse nel presente procedimento di rideterminazione tariffaria, i soli punti di riferimento nella valorizzazione del costo standard del personale, in quanto essendo requisiti minimi per l'appropriatezza e la qualità del trattamento da erogarsi costituiscono " normativamente ed ex se" soglia di efficienza con garanzia di qualità dell'assistenza. In tal senso ottemperando pienamente ai prescritti controlli esterni (ex art. 8-quinquies comma 2 lettera e ed ex art. 8-octies del D. Lgs. 502/92) circa l' appropriatezza e la qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese.**

In subordine è opportuno sottolineare che la rilevazione del costo unitario del personale per prestazione, ricavato pedissequamente dai costi di bilancio di tutti gli erogatori, costituisce una semplice operazione di censimento dei costi - peraltro per campioni disomogenei (vedi ad esempio il costo unitario di produzione del personale ricavato da strutture che applicano CCNL e quindi livelli di qualità ben differenti, come rilevato negli stessi precedenti decreti commissariali) – che giammai potrà portare alla corretta determinazione del costo standard del personale.

Pertanto, considerato che in Regione Campania la DGRC n. 6757/96 fissa i requisiti dell'organico del personale in relazione al numero di utenti e alla tipologia di attività e altresì considerato che la valorizzazione oggettiva di questi requisiti è un'operazione di facile esecuzione e già messa a punto nei lavori che hanno condotto alla rideterminazione tariffaria ex DCA n. 81/2013 e DCA n. 92/2013, si chiede l'utilizzo della metodologia utilizzata nel 2013.

### 2. IRAP

Dai dati di bilancio, i costi del personale non sono comprensivi dell'IRAP che invece concorre al costo lordo aziendale del personale. Ciò è stato contemplato anche nella metodologia utilizzata per la rideterminazione tariffaria ex DCA n. 81/2013 e DCA n. 92/2013

Pertanto si chiede di includere il valore dell'IRAP nel costo del personale.

### 3. Indici di efficienza

Il procedimento per la determinazione del costo standard e delle tariffe è puntualmente delineato dall'art. 8 sexies, comma 5 e 6 del medesimo d.lgs. n. 502/92. Al comma 5, si precisa che *«il Ministro della sanità (...) 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) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome (...)*».

Innanzitutto deve essere sottolineato come il procedimento di determinazione del costo standard sulla base della mera rilevazione generalizzata presso tutti i centri accreditati di elementi contabili per singole voci di costo determini valori approssimati e, comunque, valori di costo medio; mentre il costo standard non può essere una media dei costi.

In secondo luogo, nel campione esaminato mancano i dati dei costi rapportati alla produzione erogata dei 14 punti fisici pubblici presenti sul territorio regionale e dei quali si richiede la produzione in forma certificata.

Inoltre il campionamento effettuato dalla Regione Campania è basato esclusivamente su quattro indici di efficienza che non consentono di determinare un campione rappresentativo di strutture sanitarie e sociosanitarie che soddisfino contemporaneamente criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza. In sanità, ancor più che in altri settori, non si può prescindere dall'analizzare gli indici di qualità perché i risultati dipendono, in gran parte, dall'appropriatezza e dalla qualità dell'assistenza. Le prestazioni

## STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

rese da una struttura che non ottempera a tutti i requisiti minimi di qualità non possono essere equiparate a quelle di una struttura pienamente rispondente ai requisiti previsti. Altresì le prestazioni qualitativamente elevate, cioè arricchite anche di contenuti ulteriori rispetto ai requisiti minimi, non possono essere classificate con un valore basso di efficienza in un'analisi obiettività alla determinazione delle tariffe. Non esistendo uno standard predefinito ex ante, si può dedurre che le prestazioni erogate con minor costo per un basso utilizzo di materie prime, di servizi, di personale e di quant'altro necessario per la loro erogazione vengano caratterizzate da un indice di efficienza più elevato.

La configurazione del costo standard di qualsiasi processo produttivo (bene o servizio) non può prescindere dalla costruzione ex ante dei fattori produttivi utili per determinarlo collegato con livelli di qualità ed efficienza attesi. Da qui la dizione anche, sostitutiva, di costo ideale. Un esempio: la costruzione del costo standard di una Ferrari non è certamente dissimile da quella di un'utilitaria ma i fattori/componenti sono completamente differenti.

In altri termini, l'analisi della Regione Campania porta alla fuorviante conclusione che una maggiore qualità erogata (con costi che si suppone siano superiori) determini un basso indice di efficienza ed efficacia. L'effetto è che le strutture che riducono i costi di materie e personale (anche contro gli obblighi della normativa) siano caratterizzate da un indice di efficienza superiore.

Pertanto si chiede un campionamento basato su indici di efficienza e di qualità adeguati e non genericamente validi per un'analisi di tipo industriale nonché su un'analisi preventiva sui principali requisiti posseduti (strutturali e organizzativi *in primis*). Inoltre si chiede anche di includere nell'analisi, come previsto dalla normativa vigente, anche le strutture pubbliche.

#### **4. Strutture non accreditate**

Nell'analisi dei bilanci, sono stati inseriti anche i dati di strutture che non sono state accreditate nel 2013. Il mancato riconoscimento è addebitabile alla carenza di requisiti per l'accreditamento o di altra natura. Pertanto i loro dati non sono attendibili giacché riferiti a una produzione di prestazioni in carenza di requisiti e quindi con costi, presumibilmente, ben inferiori alle strutture che allo stato sono accreditabili.

#### **5. Dati riferiti all'anno 2012**

## STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

I dati del 2012 non hanno la stessa valenza di quelli del 2013. Nell'anno 2013 sono state completate le verifiche per l'accREDITamento e quindi questi dati possono essere supportati da azioni di verifica delle AASSLL su tutte le strutture.

I dati del 2012, invece, non garantiscono una analoga omogeneità di requisiti di qualità.

### 6. Oneri finanziari

Dai costi di gestione sono stati erroneamente esclusi gli oneri finanziari e la gestione straordinaria. In particolare, gli oneri finanziari sono direttamente imputabili ai ritardi nei pagamenti da parte della Regione e non sono stati recuperabili, stante l'impignorabilità vigente fino al luglio 2013. Oltretutto fino al 2013, la Regione Campania ha inserito negli accordi contrattuali dei tempi di pagamento non in linea con quanto previsto dalla normativa vigente (max 60 giorni).

Si tratta pertanto, indiscutibilmente, di oneri correlati a palesi inadempimenti della Regione Campania e quindi imprescindibili in un'analisi dei costi.

Si chiede di **includere il peso degli oneri finanziari nella valutazione complessiva dei costi** non solo per il valore indicato in bilancio ma **per il valore maggiore determinato dalla loro indeducibilità ai fini IRES e IRAP.**

### 7. Numero equivalente dei consulenti

Sulle linee guida per la compilazione delle schede, viene riportata una metodologia per determinare il numero equivalente di liberi professionisti sul modello di quella utilizzata per i dipendenti.

Non è possibile in alcun modo risalire al numero equivalente con la procedura usata per i dipendenti giacché i consulenti non hanno un contratto a ore ma a prestazioni.

Volendo dettagliare ulteriormente, per i terapisti si può procedere a determinare l'equivalenza partendo dalle prestazioni rese e fatturate ma per le altre tipologie di professionisti non è possibile procedere in modo analogo perché caratterizzati da altri riferimenti.

Quindi per ogni figura ci potrebbero essere criteri di equivalenza diversi, rendendo così altamente discrezionale la determinazione esatta del numero di consulenti.

## STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

In questa condizione non è possibile autocertificare questo dato, caratterizzato di per sé da notevole approssimazione.

E' necessario indicare una diversa procedura di equivalenza del numero di consulenti.

### 8. Margine operativo

Il margine operativo lordo deve essere considerato e ciò anche in relazione a quanto stabilito con la sentenza del Consiglio di Stato n. 1987/2008, secondo cui la Regione non può azzerare il margine operativo nella determinazione delle tariffe delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Si chiede di **includere il margine operativo**, quale percentuale di tutte le voci di costo complessivamente considerate e come sopra richieste.

### 9. Autocertificazione dei dati

Non è possibile assumere i dati di bilancio richiesti per il tramite di un'autocertificazione.

I dati richiesti presumono l'applicazione di criteri di ripartizione e calcoli che possono essere elaborati con metodiche diverse.

Pertanto, i dati della contabilità oggetto di monitoraggio non hanno la qualificazione di dati oggettivamente certi e di sicura conoscenza, così come avviene per stati, qualità personali e fatti autocertificabili ex art. 40 e ss. del DPR n. 445/00.

Pertanto si chiede di trasmettere i dati via pec senza autocertificazione.

Ciò posto, si rappresenta ancora che la metodologia di determinazione delle rette è illegittima poichè essa non tiene conto del quadro normativo vigente, in primis in Regione Campania.

A tale proposito si rileva che la D.G.R.C. 6757/96 prevede l'obbligo di applicazione (ed il riconoscimento) dei soli C.C.N.L. ARIS AIOP Pro Juventute AIAS ANFFAS.

Tale obbligo si desume nella premessa del Protocollo di Intesa allegato alla citata Delibera (*le parti hanno raggiunto l'intesa che segue concernente....la determinazione...dei relativi contratti di lavoro*) nonchè sia al capo B) del citato accordo (*Vengono riconosciuti i CCNL ARIS AIOP pro Juventute, AIAS ANFFAS*), sia infine dal primo capoverso del punto D) (*le tariffe sono state calcolate a partire dalla retta 1994*

## STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

*calcolando l'incremento del costo della vita per il 1995 e gli oneri derivanti dall'applicazione del contratto di lavoro ARIS-AIOP).*

La circolare 4857 del 04.12.1997 chiarisce l'obbligatorietà della sussistenza di tale requisito.

Ed infatti, anche la successiva tariffa di cui alla DGRC 3094/2000 viene determinata mediante gli stessi criteri di calcolo. Ossia prendendo a base la tariffa ex DGRC 6757/96 (e quindi i costi di personale di cui ai citati CCNL) ed incrementata dell'indice ISTAT e di una percentuale forfettaria per i maggiori costi generali.

Orbene quindi, la tariffa riconosciuta in questi anni è stata determinata sulla base dei citati CCNL, imposti come requisito ulteriore per il mantenimento dello *status* di soggetto *"provvisoriamente accreditato"*.

Si contesta pertanto l'attuale metodologia di determinazione delle rette che, volendo procedere ad una "media" dei costi (tra cui anche quelli del personale) mediante la raccolta dei dati da un campione di strutture finirebbe per penalizzare le aziende che applicano i citati C.C.N.L. (molto piu' onerosi) e quindi creare, tra l'altro, una illegittima posizione di concorrenza sleale.

Laddove tale metodologia dovesse essere concretamente applicata, ci si riserva di valutare eventuali azioni di risarcimento danni subiti e *subendi*.

La determinazione del danno è di agevole definizione, laddove la stessa Regione Campania, con il DCA 81/03 ha determinato la differenza di costo tra i vari livelli di C.C.N.L. nella misura del 15% prevedendo due fasce di tariffa. A tale percentuale vanno aggiunti gli interessi maturati da ciascun anno all'attualità.

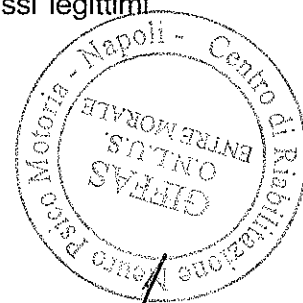
In linea, dunque, con quanto già verbalizzato dalle AdC, le scriventi strutture non invieranno nè dati relativi al costo del personale, atteso che i dati per determinare il costo standard del personale è già nella disponibilità dei vs uffici ed è desumibile dai lavori di supporto alle tariffe ex DCA 81/2013; in proposito, si precisa che la determinazione del costo standard del personale (così come da nota metodologica ex dca 81/2013) non è stato oggetto di osservazione da parte dei Ministeri affiancati a conferma della correttezza dei lavori, anche se tale costo va in ogni caso aggiornato tenendo conto sia degli ultimi aumenti contrattuali, sia del monte ore lavorate nella misura di 1444 (giusta parere ministero del lavoro e delle politiche sociali del 9/04/2014), né quelli relativi ai costi generali (vi è già un lavoro risalente al 2008 in cui è stato rilevato in seguito ad una raccolta di dati un'incidenza dei costi generali pari a circa l' 11%).

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Si chiede pertanto di sospendere la attuale procedura di determinazione delle rette, in quanto non conforme alla normativa vigente, e procedere secondo i criteri seguiti in sede adozione delle tariffe ex dca 81/2013, così come aggiornati in base alle indicazioni innanzi esposte.

In caso contrario si procederà alla tutela giudiziaria dei propri diritti ed interessi legittimi mediante l'impugnativa degli atti e la richiesta di risarcimento danni.

Napoli 24/06/2014



1-GIFFAS O.N.L.U.S. , Avv. Armando Profili

**IL PRESIDENTE**  
*Avv. Armando Profili*  
RAPPRESENTANTE LEGALE

2-AIAS – ONLUS sez. Marechiaro , dott. Remo Del Genio

3-AIAS – ONLUS sez. Casoria , dott. Remo Del Genio

4-AIAS – ONLUS sez. Vico Equenze, dott. Remo Del Genio

**A.I.A.S. ONLUS "Arco Felice"**  
Associazione Italiana Assistenza Spastici  
**IL PRESIDENTE**  
*Dott. Remo Del Genio*

5-CENTRO RIABILITAZIONE PROCIDA srl , dott.ssa Daniela Iafanti

6-CENTRO SERAPIDE spa – sez. Monte di Procida - dott. Biagio Lubrano

7-CENTRO SERAPIDE spa – sez. Procida - dott. Biagio Lubrano

8-CENTRO SERAPIDE spa – sez. Pozzuoli - dott. Biagio Lubrano

9-CENTRO SERAPIDE spa – sez. Villaricca - dott. Biagio Lubrano

10-CENTRO SERAPIDE spa – sez. Mugnano - dott. Biagio Lubrano

11-CENTRO SERAPIDE spa – sez. Quarto - dott. Biagio Lubrano

12-CENTRO SERAPIDE spa – sez. Licola - dott. Biagio Lubrano

13-CENTRO SERAPIDE spa – sez. Bacoli - dott. Biagio Lubrano

**Centro di Riabilitazione Procida**  
*Dott.ssa Daniela Iafanti*  
Amministratore Unico  
*Dott.ssa Daniela Iafanti*

**CENTRO SERAPIDE**  
**S.p.A.**  
*[Signature]*

**STUDIO POLIDIAGNOSTICO**  
**PERSICO E PRIMI s.r.l.**  
L'Amministratore Unico  
*[Signature]*

14-STUDIO POLIDIAGNOSTICO PERSICO E PRIMI srl dott. Biagio Lubrano

15-CENTRO STUDI DELLA SCOLIOSI srl ,dott. Cirano Vittoria

**Centro Studi della Scoliosi s.r.l.**  
L'Amministratore Unico  
*[Signature]*

16-IPAR srl, sig. Angela Sorrentino

**IPAR s.r.l.**  
L'Amministratore  
*[Signature]*  
8

PROV. REL. SS. AP. PIETRO E PAOLO  
PICCOLO COTTOLONGO DI DON ORIONE  
S. ANICIANO (AV)  
Codice Fiscale  
Partita I.V.A. 01105681009

17-Provincia Religiosa dei SS. AP. Pietro e Paolo Opera DON ORIONE

18-O.n.l.u.s., sez. Napoli, don Alberto Alfaraño

PROV. REL. SS. AP. PIETRO E PAOLO  
PICCOLO COTTOLONGO DI DON ORIONE  
Via S. Luigi Orione al Vesuvio, 15  
80056 S. ANICIANO (NA)  
Codice Fiscale 02710380581  
Partita I.V.A. 01105681009

19-Provincia Religiosa dei SS. AP. Pietro e Paolo Opera DON ORIONE

20-O.n.l.u.s., sez. Savignano (AV), don Alberto Alfaraño

21-Provincia Religiosa dei SS. AP. Pietro e Paolo Opera DON ORIONE

22-O.n.l.u.s., sez. Ercolano, don Alberto Alfaraño

PROV. REL. SS. AP. PIETRO E PAOLO  
PICCOLO COTTOLONGO DI DON ORIONE  
Via Donnathina 14 - 80134 Napoli  
Codice Fiscale 02710380581  
Partita I.V.A. 01105681009

23-Riabilitazione Pompeiana s.r.l., Dott. Prof. Antonio Autieri

Riabilitazione Pompeiana s.r.l.  
AMMINISTRATORE UNICO  
Dott. Prof. Antonio Autieri

24-C.R.S. spa, sig. Giuseppe Rostan

C.R.S. S.p.A.  
L'AMMINISTRATORE UNICO  
Rostan Giuseppe

25-CENTRO FLEGREO srl, dott. Carmine Petrone

**CENTRO FLEGREO s.r.l.**  
Sede Legale in Napoli  
Via Nabucco, 96 - 80176  
Capitale Sociale Euro 31.200,00 i.v.  
Codice Fiscale e Num. di Iscrizione al  
Registro delle Imprese di Napoli 05680700639  
R.E.A. 453901 - P. IVA 05680700639

26-CENTRO MANZONI srl, dott. Carmine Petrone

**CENTRO MANZONI s.r.l.**  
Sede Legale in Napoli  
Via Porta Posillipo, 39/44 - 80123  
Capitale Sociale Euro 31.200,00 i.v.  
Codice Fiscale e Num. di Iscrizione al  
Registro delle Imprese di Napoli 05620730639  
R.E.A. 450794 - P. IVA 05620730639

27-THERAPIC CENTER srl, dott. Carmine Petrone

**THERAPIC CENTER s.r.l.**  
p.zza E. Vitale, 66 - 80126 Napoli  
Telefono 081 7281806 - 081 7251807  
Telefax 081 7662485  
Codice Fiscale e Partita IVA 0423222081

28-CENTRO FUTURA srl, dott. Carmine Petrone

**CENTRO FUTURA s.r.l.**  
via Taddeo da Sessa, 75 - 80143 Napoli  
Tel. 081 5535854 - Telefax 081 5538597  
C.F. e P.IVA 05777400630

29-DINASTAR srl, dott. Carmine Petrone

**DINASTAR s.r.l.**  
Sede Legale in Napoli  
Via Carlo Pisacane, 29 - 80139  
Capitale Sociale Euro 46.800,00 i.v.  
Codice Fiscale e Num. di Iscrizione al  
Registro delle Imprese di Napoli 01818940635  
R.E.A. 320647 - P. IVA 01818940635

30- VILLA DEI FIORI s.r.l. , Ing. Francesco Ciccarelli

come da nota allegata

31-DIMENSIONE AZZURRA sr.l. , Sig.ra Mariarosaria Sollo

come da nota protocollata in  
data odierna

32-FKT Fisioterapia e Riabilitazione s.r.l. , Sig. Giacomo Maddaloni

come da nota protocollata in  
data odierna

33-Centro Diagnostico Plinio s.r.l. , Sig. Pasquale Esposito

come da nota protocollata in  
data odierna

34-Centro Fisiokinesiterapico s.r.l. , Sig. Antonio Mancino

come da nota protocollata in  
data odierna

35- Centro Athena s.n.c. , Sig. Antonio Frascino

come da nota protocollata in  
data odierna

36 - AIAS ONLUS sez. . Avellino Pres.te Gerardo Bilotta

37\_ AIAS ONLUS sez. . Calitri Pres.te Gerardo Bilotta

come da nota protocollata in  
data odierna

38 - AIAS ONLUS sez. Nusco Pres.te Gerardo Bilotta

39- Servizi Sanitari s.r.l. , Dott. Giovanni Severino

SERVIZI SANITARI s.r.l.  
L'Amministratore dott. Giovanni Severino

40 - CENTRO CAMPANO S.A.S. dott. Rosario Severino

CENTRO CAMPANO S.A.S.  
dott. Rosario Severino

41 - CENTRO RIABILITAZIONE ABATESE SRL

CENTRO RIABILITAZIONE ABATESE SRL  
Dott. Giuseppe Abagnale

42 -Istituto Jean Piaget s.r.l. , Sig.ra Paola Muselli

Istituto JEAN PIAGET s.r.l.  
Via Dell'Eremito ai Camaldoli, 58  
Via Camillo Guerra, 13  
80131 NAPOLI

43 -FONDAZIONE ISTITUTO ANTONIANO, sig. Eduardo Fiscone

FONDAZIONE ISTITUTO ANTONIANO  
Il rappresentante legale  
Eduardo Fiscone

44 -Centro Pro Juventute Minerva s.r.l., Dott. Marco Mosca

CENTRO PRO JUVENTUTE MINERVA s.r.l.  
VIA POZZI ROSSETTI, 281 - NAPOLI  
TELEF. 081.751.99.41 - 081.599.08.83  
PARTITA IVA 01820380630  
www.centrominerva.it  
info@centrominerva.it

**Associazione Nazionale delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private**  
Centro Direzionale - Via G. Porzio, 4 Is. G/8 - 80143 NAPOLI - Tel. 081.7877007 - Fax 081.7877018  
e-mail: [anisap@regcampania.it](mailto:anisap@regcampania.it)

Napoli, 24 giugno 2014  
Prot. 031/14 - FM/rp

*Fhe* 24/6/2014

Al Sub Commissario ad Acta per la sanità  
*dr. Mario Morlacco*

Al Sub Commissario  
*dr. Ettore Cinque*

Al Direttore Generale GRC  
Direzione Generale per la tutela della Salute  
ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale  
*dr. Mario Vasco*



24 GIU 2014 \* Al dr. Ferdinando Romano

e.p.c. on.le Stefano Caldoro

**OGGETTO: riscontro vs. nota prot. 406397 del 13/6/2014 e PRECISAZIONI SUL PERSONALE E CCNL**

La scrivente Associazione, nell'ambito della tutela dei propri diritti ed interessi legittimi nonché quelli, soprattutto, dei propri associati, per le stesse motivazioni già ampiamente illustrate e notificate dalle altre Associazioni,

**comunica**

che le proprie strutture non invieranno i dati richiesti e richiede, nello stesso tempo, di sospendere ed annullare l'attuale procedura e di attivarsi a recepire ed adottare le risultanze del giudizio di ottemperanza n. reg. 5064/2013.

In merito alla "**vexata quaestio**" sul **PERSONALE e relativi CCNL**" per la quale si ritiene che l'appropriatezza e la qualità del trattamento da erogarsi, da cui discenderebbe la soglia di efficienza con garanzia di qualità dell'assistenza, si desumerebbe dall'applicazione dei CCNL Aiop e Aias, è una completa "**asineria**" non solo logica ma giuridica e scaturente dagli atti che qui vengono citati e precisati:

1. la DGRC n. 6757/96 si rivolgeva a strutture che all'epoca **non erano convenzionate** con il SSN ma avevano un contratto privato con la ASL di appartenenza registrato al pubblico registro e per la quasi totalità esse **non appartenevano alla OSPEDALITA' PRIVATA né erano CASE DI CURA.**

Non esistendo, all'epoca, un CCNL specifico per strutture sanitarie ambulatoriali private, per mero esercizio elencativo, furono indicati tutti i contratti all'epoca esistenti **che, già allora, avevano significative differenze retributive e di monte-orario tra di essi, a parità di livello di personale e qualifiche professionali.**

A tal uopo si allega alla presente le differenze attuali già inoltrate a suo tempo.

2. Nel 1998 la DGRC n. 377/98, nel riconoscere a tutte le strutture riabilitative lo status di accreditati provvisori, recita “in attesa del prossimo completamento del sistema normativo teso all’accreditamento definitivo, vengono di seguito emanate **alcune, necessarie disposizioni transitorie**, al fine di regolamentare l’erogazione delle prestazioni da parte delle strutture pubbliche e private, le quali risultano provvisoriamente accreditate ... *omissis* ...”.

Inoltre la DGRC n. 377/98 prosegue “pertanto, nelle more dell’emanazione di specifica disciplina in ordine ai requisiti strutturali, di attrezzature, organizzazione e personale ..... *omissis* ..... si ritiene di dover precisare i requisiti posti alla base della verifica di qualità per l’erogazione delle prestazioni di cui in argomento .....

Pertanto la DGRC n. 377/98, nel definire i requisiti strutturali, di personale e tecnologici nonché la definizione e modalità di calcolo della COM, al punto “LIVELLI DI PERSONALE CON I RELATIVI CONTRATTI DI LAVORO”, nel prendere atto dell’esistenza di ulteriori CCNL afferenti la sanità privata, e principalmente quella ambulatoriale, recita “**Vengono riconosciuti i CCNL: ARIS, AIOP e CONTRATTI EQUIPOLLENTI quello collettivo del SSN**”.

È stato precisato, altresì, dai Ministeri competenti che l’**equipollenza** non si riferisce alla retribuzione né tantomeno al monte-orario, ma alla **QUALIFICA PROFESSIONALE** e al **TITOLO DI STUDIO**.

Alla luce di ciò è lapalissianamente evidente che l’utilizzo dei CCNL AIOP e AIAS **NON** determina in alcun modo né maggiore qualità né maggiore appropriatezza rispetto ad altri CCNL se la prestazione viene eseguita da un dipendente con CCNL DIFFERENTE ma con **UGUALE TITOLO DI STUDIO**, con **UGUALE QUALIFICA PROFESSIONALE** e nel **MEDESIMO RISPETTO DEI TEMPI e DELLE MODALITA’ EROGATIVE** stabilite dalle norme vigenti.

Si precisa, altresì, che dal 1996 ad oggi, **MAI** è risultato, dai controlli delle ASL, e non ultimo da quelli per l’accreditamento definitivo, che le strutture con CCNL diversi da quelli AIOP e AIAS abbiano erogato le relative prestazioni con minore qualità, efficacia ed efficienza, né risulta, fino ad oggi, evidenziato, dai vari controlli delle ASL, la maggiore qualità e appropriatezza nell’utilizzo dei CCNL AIOP e AIAS, confermandosi l’assunto contrabbandato di enorme ed evidente “**falsità**”.

Ma per eliminare una volta e per sempre il continuo riferimento alla DGRC n. 6757/96, si precisano i motivi per cui debba ritenersi superata ed obsoleta:

1. nel 2000 con DGRC n. 3094/2000, e quindi ben due anni dopo la DGRC n. 377/98, alla quale tutt’oggi si fa riferimento ai fini dei requisiti strutturali, di personali e tecnologici, vengono stabilite le nuove tariffe della riabilitazione ed in essa si precisa:
  - a. “.... Con DGRC 377/98 si è proceduto ad una prima parziale riorganizzazione delle attività riabilitative ambulatoriali.....”
  - b. “le nuove tariffe, a causa del mutamento, anche qualitativo delle variabili valutate, **non hanno elementi di continuità e di correlazione con le precedenti determinazioni tariffarie**”.

La citata DGRC 3094/2000, quindi, ai fini della determinazione tariffaria, elimina il riferimento alla DGRC 6757/96 ed altrettanto fa il Ministero affiancante per il Piano di Rientro con la nota prot n. 476 del 24/12/2013 nel pronunciarsi sul DCA n. 81/2013 in ordine alla metodologia per la determinazione delle tariffe, evidenziando:

- “**prevedere l’abrogazione del protocollo d’intesa ex DGRC 6757/96**”,
- “**NON è possibile prevedere una differenziazione di rette per le varie strutture territoriali in relazione al tipo di CCNL applicato da ogni singola struttura**”.

Infine, e non per ultimo, né la DGRC n. 7301/2001 né i Regolamenti n. 1/2007 e n. 3/2006 e s.m.i. per l’accreditamento definitivo hanno previsto nel merito applicazioni differenti in base ai CCNL per nessun settore o branca sanitaria né tantomeno per la riabilitazione.

Inoltre si osserva che, nel caso estremo in cui si volessero applicare tariffe differenti in base ai CCNL, ciò dovrebbe avvenire, **per uguale trattamento**, non solo in tutte le regioni, ma anche per tutte le prestazioni specialistiche (laboratori, centri radiologici, cardiologici, ecc.), non applicando tutti uno stesso contratto nell'ambito dello stesso settore.

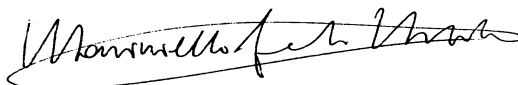
In conclusione, la scrivente Associazione, rappresentativa a livello nazionale e regionale di strutture ambulatoriali private, nonché sottoscrittrice dal 1998 di CCNL di settore, nel rappresentare quanto sopra, chiarisce che l'adozione da parte di strutture del CCNL AIOP o AIAS non solo rappresenta una libera scelta della struttura medesima (la struttura NON è una CASA DI CURA) né tantomeno la sua applicazione costituisce, di per sé, maggiore qualità ed appropriatezza ed efficienza nell'atto erogativo delle prestazioni riabilitative.

In riferimento a tale problematica dettagliatamente esposta e per la quale si è disponibili a qualsiasi ulteriore delucidazione, la scrivente precisa che nel merito tutelerà in ogni sede e nei confronti di chicchessia gli eventuali danni morali ed economici derivanti da affermazioni scritte e verbali nonché da atti espliciti sulla problematica su esposta.

Tanto si comunica.

**IL PRESIDENTE**

*prof. Fernando Umberto Mariniello*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mariniello Fernando Umberto', written in a cursive style and enclosed within a thin, hand-drawn oval border.

All. 1



Unione Industriali  
Napoli

**Sezione Sanità  
Il Presidente**

Prot. n. 1066  
FS

Napoli, 19 giugno 2014

Alle Aziende Associate  
alla Sezione "Sanità"

LORO SEDI

Cari Colleghi,

in riferimento alla richiesta di dati economico-finanziari per la determinazione delle rette di riabilitazione, effettuata dalla Regione Campania ai Centri di Riabilitazione, Vi allego nota da inviare alla Regione Campania, elaborata congiuntamente da alcune Associazioni di Categoria della Riabilitazione, che dovrà essere sottoscritta dai singoli Centri.

Vi sarei grato, qualora ne condividiate il contenuto, se Voleste comunicare la Vostra disponibilità a sottoscrivere la comunicazione, **entro domani 20 giugno**.

Per ulteriori informazioni o chiarimenti in merito, la Segreteria di Sezione – dott.ssa Felicetta Stanco (tel. 081.5836.229; fax: 081.413462; e-mail: [stanco@unindustria.na.it](mailto:stanco@unindustria.na.it)) resta a disposizione.

Giovanni Severino

All. n. 1



Unione degli Industriali della Provincia di Napoli  
80121 Napoli, Piazza dei Martiri, 58  
Telefono 081 5836111 Telefax 081 413462  
[www.unindustria.na.it](http://www.unindustria.na.it)  
Codice Fiscale 80012990638 c.c.p. 21066808

SPETT.LE REGIONE CAMPANIA  
AL COMMISSARIO AD ACTA PER LA SANITÀ  
On.le Stefano Caldoro

AL SUB COMMISSARIO AD ACTA PER LA SANITÀ  
Dott. Mario Morlacco

AL DIRETTORE GENERALE  
GRC Direzione Generale per la Tutela della Salute  
ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale  
dott. Mario Vasco

Oggetto: riscontro Vs. nota prot. 406397 del 13.06.2014. Richiesta dati economico-finanziari. Messa in mora.

---

I sotto elencati Centri di riabilitazione in riscontro alla nota in oggetto evidenziano quanto segue.

Preliminarmente si evidenzia che la rinnovata richiesta dei dati economico-finanziari non tiene conto delle osservazioni formulate nel corso della riunione del 4/06/2014, nonché dell'incontro tecnico del 5/06/2014, e delle osservazioni formulate dalle Associazioni di Categoria ARIS ANPRIC CONFAPI FOAI e NOVA CAMPANIA con il documento inviato il giorno 11.06.2014 e che si riporta testualmente.

#### **1. DGRC n. 6757/96**

Seppur citata tra la normativa analizzata, non viene evidenziato che la delibera contiene una disposizione - la cui attuazione è obbligatoria dal 1997 - relativa al riconoscimento dei soli CCNL AIOP-ARIS-DON GNOCCHI, AIAS e ANFFAS.

La maggior parte dei centri di riabilitazione (anche di quelli che poi hanno convertito le proprie attività nel settore socio-sanitario) hanno ottemperato a questa disposizione talché ad oggi applicano ancora per il proprio personale dipendente i livelli retributivi previsti da questi contratti (CCNL AIOP in modo prevalente).

Da tale previsione, che discende dal recepimento di un protocollo d'intesa mai revocato e mai modificato a riguardo, deriva l'obbligatoria necessità di fare riferimento, per il calcolo del costo standard del personale, ai requisiti regionali relativi ai parametri organizzativi e ai valori retributivi del CCNL AIOP.

L'utilizzo di una differente metodologia (campionaria su ipotetiche soglie di efficienza e basata sulla mediana dei costi medi unitari, sul costo prevalente ecc.) non fornisce una formulazione di costo standard.

**I parametri di organico stabiliti dalla DGRC 6757/96 e dal DCA 6/2010**, costituiscono , per ogni regime erogativo ed assistenziale di interesse nel presente procedimento di rideterminazione tariffaria, **i soli punti di riferimento nella valorizzazione del costo standard del personale**, in quanto essendo **requisiti minimi** per l'appropriatezza e la qualità del trattamento da erogarsi costituiscono " normativamente ed ex se" soglia di efficienza con garanzia di qualità dell'assistenza. In tal senso ottemperando pienamente ai prescritti controlli esterni (ex art. 8-quinquies comma 2 lettera e ed ex art. 8-octies del D. Lgs. 502/92) circa l' appropriatezza e la qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese.

In subordine è opportuno sottolineare che la rilevazione del costo unitario del personale per prestazione, ricavato pedissequamente dai costi di bilancio di tutti gli erogatori, costituisce una semplice operazione di censimento dei costi - peraltro per campioni disomogenei (vedi ad esempio il costo unitario di produzione del personale ricavato da strutture che applicano CCNL e quindi livelli di

qualità ben differenti, come rilevato negli stessi precedenti decreti commissariali) – che giammai potrà portare alla corretta determinazione del costo standard del personale.

Pertanto, considerato che in Regione Campania la DGRC n. 6757/96 fissa i requisiti dell'organico del personale in relazione al numero di utenti e alla tipologia di attività e altresì considerato che la valorizzazione oggettiva di questi requisiti è un'operazione di facile esecuzione e già messa a punto nei lavori che hanno condotto alla rideterminazione tariffaria ex DCA n. 81/2013 e DCA n. 92/2013, **si chiede l'utilizzo della metodologia utilizzata nel 2013.**

## 2. IRAP

Dai dati di bilancio, i costi del personale non sono comprensivi dell'IRAP che invece concorre al costo lordo aziendale del personale. Ciò è stato contemplato anche nella metodologia utilizzata per la rideterminazione tariffaria ex DCA n. 81/2013 e DCA n. 92/2013

Pertanto si chiede di includere il valore dell'IRAP nel costo del personale.

## 3. Indici di efficienza

Il procedimento per la determinazione del costo standard e delle tariffe è puntualmente delineato dall'art. 8 sexies, comma 5 e 6 del medesimo d.lgs. n. 502/92. Al comma 5, si precisa che *«il Ministro della sanità (...) 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) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome (...)»*.

Innanzitutto deve essere sottolineato come il procedimento di determinazione del costo standard sulla base della mera rilevazione generalizzata presso tutti i centri accreditati di elementi contabili per singole voci di costo determini approssimativamente un valore vicino al costo medio e non il costo standard.

In secondo luogo, nel campione esaminato mancano i dati dei costi rapportati alla produzione erogata dei 14 punti fisici pubblici presenti sul territorio regionale e dei quali si richiede la produzione in forma certificata.

Inoltre il campionamento effettuato dalla Regione Campania è basato esclusivamente su quattro indici di efficienza che non consentono di determinare un campione rappresentativo di strutture sanitarie e sociosanitarie che soddisfino contemporaneamente criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza. In sanità, ancor più che in altri settori, non si può prescindere dall'analizzare gli indici di qualità perché i risultati dipendono, in gran parte, dall'appropriatezza e dalla qualità dell'assistenza. Le prestazioni rese da una struttura che non ottempera a tutti i requisiti minimi di qualità non possono essere equiparate a quelle di una struttura pienamente rispondente ai requisiti previsti. Altresì le prestazioni qualitativamente elevate, cioè arricchite anche di contenuti ulteriori rispetto ai requisiti minimi, non possono essere classificate con un valore basso di efficienza in un'analisi obiettività alla determinazione delle tariffe. Non esistendo uno standard predefinito ex ante, si può dedurre che le prestazioni erogate con minor costo per un basso utilizzo di materie prime, di servizi, di personale e di quant'altro necessario per la loro erogazione vengano caratterizzate da un indice di efficienza più elevato.

La configurazione del costo standard di qualsiasi processo produttivo (bene o servizio) non può prescindere dalla costruzione ex ante dei fattori produttivi utili per determinarlo collegato con livelli di qualità ed efficienza attesi. Da qui la dizione anche, sostitutiva, di costo ideale. Un esempio: la costruzione del costo standard di una Ferrari non è certamente dissimile da quella di un'utilitaria ma i fattori/componenti sono completamente differenti.

In altri termini, l'analisi della Regione Campania porta alla fuorviante conclusione che una maggiore qualità erogata (con costi che si suppone siano superiori) determini un basso indice di efficienza ed efficacia. L'effetto è che le strutture che riducono i costi di materie e personale (anche contro gli obblighi della normativa) siano caratterizzate da un indice di efficienza superiore.

Pertanto si chiede un campionamento basato su indici di efficienza e di qualità adeguati e non genericamente validi per un'analisi di tipo industriale nonché su un'analisi preventiva sui principali requisiti posseduti (strutturali e organizzativi *in primis*). Inoltre si chiede anche di includere nell'analisi, come previsto dalla normativa vigente, anche le strutture pubbliche.

#### **4. Strutture non accreditate**

Nell'analisi dei bilanci, sono stati inseriti anche i dati di strutture che non sono state accreditate nel 2013. Il mancato riconoscimento è addebitabile alla carenza di requisiti per l'accreditamento o di altra natura. Pertanto i loro dati non sono attendibili giacché riferiti a una produzione di prestazioni in carenza di requisiti e quindi con costi, presumibilmente, ben inferiori alle strutture che allo stato sono accreditabili.

#### **5. Dati riferiti all'anno 2012**

I dati del 2012 non hanno la stessa valenza di quelli del 2013. Nell'anno 2013 sono state completate le verifiche per l'accreditamento e quindi questi dati possono essere supportati da azioni di verifica delle AASSLL su tutte le strutture.

I dati del 2012, invece, non garantiscono una analoga omogeneità di requisiti di qualità.

#### **6. Oneri finanziari**

Dai costi di gestione sono stati erroneamente esclusi gli oneri finanziari e la gestione straordinaria. In particolare, gli oneri finanziari sono direttamente imputabili ai ritardi nei pagamenti da parte della Regione e non sono stati recuperabili, stante l'impignorabilità vigente fino al luglio 2013. Oltretutto fino al 2013, la Regione Campania ha inserito negli accordi contrattuali dei tempi di pagamento non in linea con quanto previsto dalla normativa vigente (max 60 giorni).

Si tratta pertanto, indiscutibilmente, di oneri correlati a palesi inadempimenti della Regione Campania e quindi imprescindibili in un'analisi dei costi.

Si chiede di **includere il peso degli oneri finanziari nella valutazione complessiva dei costi** non solo per il valore indicato in bilancio ma **per il valore maggiore determinato dalla loro indeducibilità ai fini IRES e IRAP.**

#### **7. Numero equivalente dei consulenti**

Sulle linee guida per la compilazione delle schede, viene riportata una metodologia per determinare il numero equivalente di liberi professionisti sul modello di quella utilizzata per i dipendenti.

Non è possibile in alcun modo risalire al numero equivalente con la procedura usata per i dipendenti giacché i consulenti non hanno un contratto a ore ma a prestazioni.

Volendo dettagliare ulteriormente, per i terapisti si può procedere a determinare l'equivalenza partendo dalle prestazioni rese e fatturate ma per le altre tipologie di professionisti non è possibile procedere in modo analogo perché caratterizzati da altri riferimenti.

Quindi per ogni figura ci potrebbero essere criteri di equivalenza diversi, rendendo così altamente discrezionale la determinazione esatta del numero di consulenti.

In questa condizione non è possibile autocertificare questo dato, caratterizzato di per sé da notevole approssimazione.

E' necessario indicare una diversa procedura di equivalenza del numero di consulenti.

## 8. Margine operativo

Il margine operativo lordo deve essere considerato e ciò anche in relazione a quanto stabilito con la sentenza del Consiglio di Stato n. 1987/2008, secondo cui la Regione non può azzerare il margine operativo nella determinazione delle tariffe delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Si chiede di **includere il margine operativo**, quale percentuale di tutte le voci di costo complessivamente considerate e come sopra richieste.

## 9. Autocertificazione dei dati

Non è possibile assumere i dati di bilancio richiesti per il tramite di un'autocertificazione.

I dati richiesti presumono l'applicazione di criteri di ripartizione e calcoli che possono essere elaborati con metodiche diverse.

Pertanto, i dati della contabilità oggetto di monitoraggio non hanno la qualificazione di dati oggettivamente certi e di sicura conoscenza, così come avviene per stati, qualità personali e fatti autocertificabili ex art. 40 e ss. del DPR n. 445/00.

Pertanto si chiede di trasmettere i dati via pec senza autocertificazione.

Ciò posto, si rappresenta ancora che la metodologia di determinazione delle rette è illegittima poichè essa non tiene conto del quadro normativo vigente, in primis in Regione Campania.

A tale proposito si rileva che la D.G.R.C. 6757/96 prevede l'obbligo di applicazione (ed il riconoscimento) dei soli C.C.N.L. ARIS AIOP Pro Juventute AIAS ANFFAS.

Tale obbligo si desume nella premessa del Protocollo di Intesa allegato alla citata Delibera (*le parti hanno raggiunto l'intesa che segue concernente.....la determinazione...dei relativi contratti di lavoro*) nonchè sia al capo B) del citato accordo (**Vengono riconosciuti i CCNL ARIS AIOP pro Juventute, AIAS ANFFAS**), sia infine dal primo capoverso del punto D) (*le tariffe sono state calcolate a partire dalla retta 1994 calcolando l'incremento del costo della vita per il 1995 e gli oneri derivanti dall'applicazione del contratto di lavoro ARIS-AIOP*).

La circolare 4857 del 04.12.1997 chiarisce l'obbligatorietà della sussistenza di tale requisito.

Ed infatti, anche la successiva tariffa di cui alla DGRC 3094/2000 viene determinata mediante gli stessi criteri di calcolo. Ossia prendendo a base la tariffa ex DGRC 6757/96 (e quindi i costi di personale di cui ai citati CCNL) ed incrementata dell'indice ISTAT e di una percentuale forfettaria per i maggiori costi generali.

Orbene quindi, la tariffa riconosciuta in questi anni è stata determinata sulla base dei citati CCNL, imposti come requisito ulteriore per il mantenimento dello *status* di soggetto "provvisoriamente accreditato".

Si contesta pertanto l'attuale metodologia di determinazione delle rette che, volendo procedere ad una "media" dei costi (tra cui anche quelli del personale) mediante la raccolta dei dati da un campione di strutture finirebbe per penalizzare le aziende che applicano i citati C.C.N.L. (molto piu' onerosi) e quindi creare, tra l'altro, una illegittima posizione di concorrenza sleale.

Laddove tale metodologia dovesse essere concretamente applicata, ci si riserva di valutare eventuali azioni di risarcimento danni subiti e *subendi*.

La determinazione del danno è di agevole definizione laddove la stessa Regione Campania, con il DCA 81/03 ha determinato la differenza di costo tra i vari livelli di C.C.N.L. nella misura del 15%

prevedendo due fasce di tariffa. A tale percentuale vanno aggiunti gli interessi maturati da ciascun anno all'attualità.

In linea, dunque, con quanto già verbalizzato dalle AdC, le scriventi strutture non invieranno nè dati relativi al costo del personale, atteso che i dati per determinare il costo standard del personale è già nella disponibilità dei vs uffici ed è desumibile dai lavori di supporto alle tariffe ex DCA 81/2013 (in proposito, si precisa anche che la determinazione del costo standard del personale non è stato oggetto di osservazione da parte dei Ministeri affiancati a conferma della correttezza dei lavori, ma va solo aggiornato in base agli ultimi scatti contrattuali), né quelli relativi ai costi generali.

Si chiede pertanto di sospendere la attuale procedura di determinazione delle rette ed operare secondo la metodologia finora applicata, ossia quella derivante dai costi di cui agli standard normativamente imposti.

In caso contrario si procederà alla tutela giudiziaria dei propri diritti ed interessi legittimi mediante l'impugnativa degli atti e la richiesta di risarcimento danni.