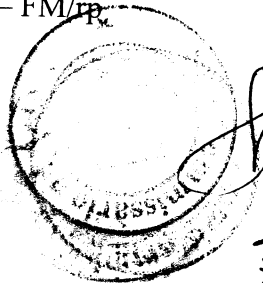


Associazione Nazionale delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private
Centro Direzionale - Via G. Porzio, 4 Is. G/8 - 80143 NAPOLI - Tel. 081.7877007 - Fax 081.7877018
e-mail: anisap@regcampania.it

Napoli, 30 giugno 2014
Prot. 33/14 - FM/rp



Al Sub Commissario ad Acta per la Sanità
dr. Mario Morlacco

Al Sub Commissario
dr. Ettore Cinque

Al Direttore Generale GRC **30 GIU. 2014**
Direzione Generale per la tutela della Salute
e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
dr. Mario Vasco

Al prof. Ferdinando Romano

e p.c. on.le Stefano Caldoro



OGGETTO: Ulteriori PRECISAZIONI sul PERSONALE e CCNL

La scrivente Associazione, istituzione rappresentativa a livello nazionale di **strutture sanitarie ambulatoriali private** nonché accreditata presso il Ministero della Salute e presso la Conferenza Stato-Regione e sottoscrittrice di CCNL, essendo venuta a conoscenza del documento presentatoVi e protocollato in data 25/06/2014 da alcune strutture, ai fini della determinazione delle tariffe riabilitative, sente l'obbligo e l'onere, in aggiunta a quanto già esposto nella nota del 24/06/2014 ns. prot. n.031/14-FM/rp, protocollata agli stessi summenzionati destinatari della presente nel medesimo giorno 24/06/2014, di fare alcune significative e doverose precisazioni sulla nota delle 44 strutture, ed in particolare sul punto "1 DGRC 6757/96":

1. Si ribadisce che le strutture che applicano il CCNL AIOP, **NON SONO CASE DI CURA** né le stesse sono iscritte alla succitata organizzazione associativa e, pertanto, non hanno alcun obbligo di applicare tale contratto, obbligo che deriverebbe solamente ed unicamente dall'appartenenza a tale Associazione.

L'assunto, descritto nella nota dalle 44 strutture che la DGRC6757/96 è "un protocollo d'intesa mai revocato e mai modificato a riguardo" è una pura e semplice distorsione della realtà e del "**divenire normativo**".

La DGRC.6757/1996, **già nel 1998**, con la DGRC.377/98 e con la successiva DGRC.3094/2000 è stata profondamente e significativamente modificata proprio sui CCNL da applicare, e precisamente **AMPLIANDO** la platea dei CCNL in modo tale da poter applicare qualsiasi contratto purché equipollente e in special modo quelli più confacenti alla natura stessa delle prestazioni erogate (**PRESTAZIONI AMBULATORIALI**) e dell'oggetto sociale delle strutture.

I punti normativi modificativi della DGRC.6757/96 in merito ai CCNL sono stati ben esplicitati nella nostra precedente nota nonché anche il significato del concetto di equipollenza (vedi ALLEGATO 1), che si ribadisce non essere la retribuzione e/o il monte-orario né tantomeno il regime giuridico-economico del rapporto di lavoro ma **unicamente TITOLO di STUDIO e QUALIFICA PROFESSIONALE**.

Pertanto il mantenimento dell'applicazione del CCNL AIOP da parte di alcune strutture è stata ed è ancora oggi una libera scelta datoriale non derivante, dal 1998 in poi, da alcuna normativa nazionale e/o regionale.

2. Le stesse strutture che applicano il CCNL AIOP appartengono per la maggior parte ad organizzazioni associative locali che non hanno alcuna rappresentatività nazionale e che non hanno mai sottoscritto alcun CCNL.
3. Si ribadisce e conferma che la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni NON è e NON può essere il distintivo del dipendente fisioterapista, logopedista ecc. della struttura che applica il CCNL AIOP, il quale non ha alcuna qualifica professionale o titolo di studio diverso o superiore al dipendente fisioterapista, logopedista, ecc. della struttura che applica un CCNL diverso.
Un fisioterapista, logopedista o altro che lavora part-time in 2 strutture diverse, una che utilizza il CCNL AIOP e l'altra, per pura esemplificazione, il CCNL ANISAP, eroga prestazioni di maggiore qualità e appropriatezza quando lavora per la struttura che utilizza il CCNL AIOP???
Inoltre il fisioterapista, logopedista ecc... che lavora in una struttura con CCNL AIAS con retribuzione attuale lordo di euro 1.476,29 o in una struttura con CCNL ARIS con retribuzione lorda di euro 1.552,00 che grado di qualità e appropriatezza ha rispetto, per esempio, al fisioterapista di una struttura con CCNL ANISAP con retribuzione lorda di euro 1.621,88 o a maggior ragione, a quello di una struttura con CCNL AIOP che, a detta delle 44 strutture è "molto più oneroso"????
Oltretutto attualmente esiste un CCNL AIOP-RSA per il quale gli stessi operatori (fisioterapisti, logopedisti, ecc.) hanno un tabellare economico nettamente inferiore a qualsiasi altro CCNL, persino a quello dell'AIAS che è il più basso di tutti.
Infine si vuole precisare che differenze retributive come oggi esistono, esistevano altresì anche nel 1996 tra i CCNL di cui alla DGRC.6757/96 e allora, tra di loro, qual era la differenza di qualità e appropriatezza????
E' evidente la risposta, risultando evidente l'illogicità e la insostenibilità di quanto si pretende di sostenere e cioè: il CCNL molto più oneroso, a loro dire, costituisce "soglia di efficienza con garanzia di qualità dell'assistenza".
4. L'art.79 comma 1.quinques lett.a) della legge n.133/2008 come primo criterio, per la determinazione delle tariffe, individua l'EFFICIENZA che deve essere "rispettosa dei principi di economicità nell'uso delle risorse" nell'ambito, ovvio, della qualità e dell'appropriatezza.
Ebbene, chiarito una volta e per sempre che la qualità e l'appropriatezza NON NASCE dalla ONEROSITA' della RETRIBUZIONE ma dalla QUALIFICA PROFESSIONALE, a PARITA' di PERSONALE con IDENTICA QUALIFICA PROFESSIONALE quale struttura deve ritenersi più efficiente e "rispettosa dei principi di economicità nell'uso delle risorse"????
La struttura che, impropriamente (non essendo casa di cura), applica il CCNL AIOP "molto più oneroso" o la struttura che applica CCNL più appropriati alla natura delle prestazioni erogate e al suo oggetto sociale????
Non ci si esprime, lasciando la risposta all'acume di chi ci legge.
5. Infine l'ulteriore assunto, narrato nella nota dalle 44 strutture, che "i parametri di organico stabiliti dalla DGRC6757/96 costituisconoi soli punti di riferimento.....essendo requisiti minimi per l'appropriatezza e la qualità", anch'esso non trova alcun punto di riferimento normativo in quanto i requisiti minimi per apertura e funzionamento e relativa erogazione delle prestazioni li indica la DGRC.7301/01 e il Regolamento n. 3 per l'accreditamento definitivo, invece, prevede tutti gli ulteriori requisiti (qualità, appropriatezza, efficacia ed efficienza) con un premio per quelle strutture in possesso, in modo significativo, di tutti gli ulteriori requisiti. Orbene, tra le censite per l'accreditamento definitivo in possesso di tutti i requisiti nonché "rispettose dei principi di economicità nell'uso delle risorse", vi sono molte strutture che non applicano il CCNL AIOP.
La richiesta è di conoscere se, ai fini dell'accreditamento definitivo, vi sono strutture che applicano il CCNL AIOP in possesso dei requisiti suindicati e, quindi, anche dell'efficienza nonché "rispettose dei principi di economicità nell'uso delle risorse".

In conclusione, al di là degli assunti (o meglio assurdi) prodotti nella nota dalle 44 strutture, che non hanno alcun fondamento normativo, giuridico e logico, risulta chiaro ed incontrovertibile che

l'utilizzo del CCNL AIOP non solo **non risponde alla natura** delle prestazioni erogate (**ambulatoriali, domiciliari, rsa**) né altresì **alla missione** all'oggetto societario delle strutture sopraindicate (ripeto non sono CASE di CURA), ma il suo utilizzo, rispetto ad altri CCNL:

- a) costituisce una libera scelta autonoma del datore;
- b) non dà ad esso una **AUREOLA** di qualità e appropriatezza erogativa in quanto utilizza, come dipendenti e libero-professionisti, personale con qualifica professionale IDENTICA a quella posseduta dal personale delle strutture che non utilizzano il CCNL AIOP;
- c) **costituisce, questo sì, solo un INUTILE ed IMPROPRIO COSTO MAGGIORE.**

Alla luce di tali ulteriori precisazioni, utili ad un serio orientamento sulla questione, la scrivente, nel ritenere che, quindi, le stesse saranno assunte in seria considerazione in aggiunta a quelle già prodotte, ai fini della determinazione delle tariffe riabilitative,

RICHIEDE

- a) l'applicazione dell'art.79 comma 1. quinquies lett. a) della legge n.133/2008;
- b) l'applicazione integrale della nota del 24/12/2013 (ALLEGATO 2) sul pronunciamento del Ministero affiancante in merito al DCA n. 81/2013 ed in particolare **"l'eliminazione di qualsiasi riferimento alla DGRC.6757/96"** e il punto in cui viene esplicitato che **"NON è possibile prevedere una differenziazione di rette per le varie strutture in relazione al tipo di CCNL applicato"**;
- c) di riconsiderare nel debito conto, ai fini dell'accreditamento definitivo, **il possesso o meno dell'efficienza** delle strutture **"rispettose dei principi di economicità nell'uso delle risorse"** premiando le prime, così come previsto dal Regolamento n. 3, e **penalizzando** le seconde, efficienti sì, ma **"non rispettose dei principi di economicità nell'uso delle risorse" (umane)**.
- d) di sollecitare le ASL all'adempimento e all'attivazione di tutti gli atti di cui alla nota prot. n. 2593 del 05/06/2014 (ALLEGATO 3), a firma del Sub Commissario Dott. Mario Morlacco e del Dott. Mario Vasco, in tempi brevi, anche mediante autocertificazione da parte delle strutture medesime, per consentire, non appena saranno determinate le tariffe definitive, il pagamento degli arretrati.

La scrivente, nel precisare che tutelerà in ogni sede la valenza del proprio CCNL in funzione della qualità, appropriatezza, efficacia ed efficienza rispetto a qualsivoglia altro CCNL, sin d'ora, valuterà l'esistenza o meno delle condizioni legali per richiedere eventuali danni morali ed economici derivanti dagli assunti narrati nella nota dalle 44 strutture nonché da eventuali atti consequenziali e nel contempo, nello spirito di fattiva collaborazione che l'ha sempre contraddistinta, si rende disponibile a trovare soluzioni adeguate per la determinazione delle tariffe nell'ambito delle risultanze del giudizio di ottemperanza n. reg. 5064/2013.

IL PRESIDENTE

prof. Fernando Umberto Mariniello





Il Sub-Comitato ad acta
per l'attuazione del Piano di Salute Sanitaria
(Decreto del Ministro del 21 luglio 2009 e Circolo del Ministro del 22 Aprile 2010)

Prot. n. 262/R del 16/9/2010

AI COMMISSARI
delle AZIENDE SANITARIE LOCALI
della CAMPANIA

LORO SEDI

OGGETTO : Attività di fisioterapia e terapia riabilitativa ambulatoriale. Punto B) (livelli di personale con i relativi contratti di lavoro) della d.g.r. n. 377/1998, Direttiva interpretativa.

Sono state segnalate da parte di alcune Aziende Sanitarie problematiche in ordine all'applicazione della delibera della Giunta Regionale n. 377 del 3 Febbraio 1998, avente come oggetto : "Nomenclatura tariffaria - Approvazione linee guida", con particolare riferimento a quanto disciplinato al punto B) (livelli di personale con i relativi contratti di lavoro), dove si stabilisce "che vengono riconosciuti COMI, ARIS AIOP o contratti equipollenti quello collettivo del S.S.N.", assegnando, altresì, alle aziende sanitarie territoriali il compito della definizione delle COM per le strutture in provvisorio accreditamento eroganti prestazioni di riabilitazione ambulatoriale.

Infatti, la Commissione per la valutazione della COM, al fine di assicurare la correttezza del servizio, ha l'obbligo di verificare la sussistenza dei requisiti prescritti dalle norme di legge e dai contratti collettivi del personale operante, a garanzia della qualità delle prestazioni erogate, in coerenza con quanto disciplinato dalla suindicata deliberazione.

In particolare è stato sollevato il problema di come debba essere interpretata l'indicazione testuale riportata nel predetto punto B), e, per il caso specifico postosi, se il contratto FEDERTERME possa essere ritenuto equipollente ai contratti del S.S.N.

Sulla problematica sono stati acquisiti il parere espresso dalla A.G.C. Avvocatura - Settore Consulenza Legale e Documentazione PP 144/23 - 00/2010 con prot. n. 0041925 del 25.07.2010, avente come oggetto "contratti ex DGR n. 377/1998 definizione COM - equipollenza" e il parere espresso dal Consiglio Nazionale

dell'Economia e del Lavoro PP 3038- 13.7 del 20.7.10. avente come oggetto "contratti ex DGR n. 977/1998
definizione COM - equipollenza"

Sulla base di quanto osservato nei predetti pareri e dei principi rilevabili dal vigente ordinamento, nell'ambito di quest'ultimo il concetto di equipollenza non pare applicabile ai contratti collettivi di lavoro estrattamente considerati, bensì alle figure professionali ed ai requisiti di accesso alla stessa, ivi compresi i titoli di studio e formativi, contemplati nei predetti strumenti negoziali. La suddetta interpretazione, oltre a risultare la più attendibile sul piano sistematico, appare anche coerente con la finalità della delibera, la cui previsione mira evidentemente ad assicurare uniformi livelli di qualità delle prestazioni erogate, in relazione alla tutela della salute del paziente.

Alla stregua di tali considerazioni, il contratto FEDERTERME deve ritenersi, per gli effetti di cui alla citata delibera, equipollente al C.C.N.L. S.B.N., analogamente a quelli ARIS ed AIOP, espressamente riconosciuti come tali nel provvedimento. Infatti la figura specialistica impiegata per l'effettuazione di prestazioni fisiofisioterapiche nel settore termale coincidono perfettamente con quella operanti agli stessi fini negli altri centri di riabilitazione convenzionati, nonché nel settore della sanità pubblica; così come, evidentemente, coincidono i titoli professionali per accedere all'esercizio delle suddette prestazioni professionali. Eventuali differenze fra i CONI, in ordine al regime giuridico-economico del rapporto di lavoro, in quanto attinenti agli elementi organizzativi della prestazione, non rilevano ai fini della qualità dell'erogazione e, pertanto, non costituiscono elemento discriminante per negare l'equipollenza.

Si invitano codeste Aziende ad attenersi alla presente direttiva.

Il Sub Commissario Governativo
Dott. Giuseppe Zuccherelli



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

Prot. N: 225/0

Del 15/1/2014

Ai Direttori Generali delle Aziende
Sanitarie Locali
Loro sedi

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

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

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

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

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

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



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

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

Il Capo Dipartimento della Salute
Prof. Ferdinando Romano

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

Il Dirigente UOD Interventi Socio Sanitari
Dott.ssa Marina Rinaldi

Il Dirigente UOD SEF
Dott. G.F. Ghidelli

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

Mario Morlacco



Il Sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 29.10.2013)

Prot n° 2593 del 5-6-2014

Ai Direttori Generali delle AA.SS.LL

Loro sedi

Oggetto: tariffe riabilitazione

Tra le varie situazioni determinatesi in relazione al contenzioso sulle tariffe delle prestazioni di riabilitazione territoriale sembra essersi verificata anche quella della remunerazione con le tariffe adottate dal Commissario ad Acta Iovino con deliberazione n. 1 del 1.4.2008, annullata dal TAR Campania con sentenza n. 9488 del 28/7/2008 e, pertanto, mai produttiva di effetti.

La remunerazione delle prestazioni con detta tariffa costituirebbe un fatto grave se effettuata autonomamente dalla ASL e, nell'ipotesi di percezione mediante azioni monitorie, fonte di responsabilità in caso di mancata o inidonea difesa.

Pertanto, non può essere in ogni caso esclusa l'ipotesi di recupero delle somme indebitamente percepite non appena saranno determinate le tariffe definitive, dovendosi procedere alla compensazione degli importi non dovuti.

A tal fine occorre che codeste Aziende attivino ogni iniziativa per evitare fenomeni di acquiescenza nonché per interrompere i termini di prescrizione/décadenza del diritto a rivendicare i conguagli.

Si raccomanda quindi di avviare tutte le azioni a tal fine necessarie, fornendo assicurazione formale a questa Struttura Commissariale.

Il Direttore Generale Tutela Salute
Dott. Mario Vasso

Dott. Mario Morlacco