

*Regione Campania*  
*Il Presidente*

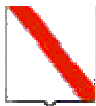
*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

## DECRETO N. 92 del 02.09.2013

**Oggetto:** Rideterminazione tariffe per prestazioni sociosanitarie erogate dalle Residenze Sanitarie assistenziali a ciclo continuativo e diurno. Esecuzione sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013

### PREMESSO:

- a) che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b) che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale"*;
- c) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- d) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;
- e) che con deliberazione del 3 marzo 2011 il Consiglio dei Ministri ha nominato il dr. Mario Morlacco ed il dr. Achille Coppola sub commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- f) che con deliberazione del 23 marzo 2012, nel prendere atto delle dimissioni presentate dal dr. Achille Coppola, il Consiglio dei Ministri ha confermato il dr. Morlacco in tutti i compiti di affiancamento del Commissario ad acta;
- g) che tra gli acta commissariali al punto 16 è prevista l'"Adozione delle tariffe per prestazioni sanitarie"



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

**PREMESSO, altresì:**

- h) che le prestazioni per cui si procede alla rideterminazione delle tariffe con il presente provvedimento sono prestazioni sociosanitarie per soggetti non autosufficienti disabili e anziani previste dal DPCM 29/11/2001- Allegato 1C Integrazione sociosanitaria - come quella tipologia di prestazioni *sanitarie a rilevanza sociale ovvero quelle prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale;*
- i) che la DGRC 7301/2001 ha fissato “...i requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e dell'esercizio delle attività sanitarie e/o sociosanitarie delle strutture pubbliche e private...” e nello specifico alla Sezione C ha definito i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le Residenze Sanitarie Assistite;
- j) che la legge regionale della Campania 22 aprile 2003, n. 8, ha disciplinato la realizzazione, l'organizzazione e il funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) pubbliche e private e delle strutture semiresidenziali nell'ambito dei principi e degli specifici atti di indirizzo e coordinamento di riordino sanitario dello Stato in merito alle attività residenziali e semiresidenziali e rinviato a successivi provvedimenti *l'adozione di un modello di regolamento di gestione, la definizione degli standard organizzativi e di personale distinto per qualifica, la individuazione di tariffe di riferimento e la definizione delle modalità di liquidazione delle tariffe, sentite le organizzazioni sindacali – OO.SS. – e le organizzazioni di categoria del pubblico e del privato;*
- k) che con D.G.R. n. 2006 del 5 novembre 2004 la Regione Campania ha definito le “*Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della L.R. 22 aprile 2003 n. 8*”, ha definito gli standard organizzativi e di personale distinto per qualifica e ha rinviato a successivi provvedimenti l'individuazione delle tariffe per le prestazioni erogate nelle R.S.A. e nei Centri Diurni;
- l) che con la deliberazione n. 1267 del 16/7/2009 la Giunta Regionale della Campania ha approvato le tariffe per prestazioni erogate da R.S.A. e Centri Diurni ai sensi della L.R. 8/2003, con l'allegato Regolamento di compartecipazione al costo delle prestazioni erogate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura socio-sanitaria per soggetti non autosufficienti disabili, anziani ultrasessantacinquenni e cittadini affetti da demenze;
- m) che con decreto n. 6 del 4/2/2010, avente ad oggetto “*Determinazione delle tariffe per prestazioni erogate da residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Centri Diurni ai sensi della legge regionale n. 8/2003. Rif. Punto 16 deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/7/2009*”, il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro del settore sanitario ha recepito con modifiche ed integrazioni la predetta D.G.R.C. n. 1267/2009;
- n) che alcune strutture sanitarie hanno proposto dinanzi al TAR per la Campania il ricorso n. 6764/2009 per l'annullamento della precitata deliberazione della Giunta regionale n. 1267/2009 e, con successivi motivi aggiunti, il sopravvenuto Decreto commissariale n. 6/2010;
- o) che il TAR adito – sezione prima di Napoli – con la sentenza n. 27563/2010 ha dichiarato improcedibile il ricorso introduttivo, per sopravvenienza del decreto commissariale n. 6/2010, ed ha respinto i motivi aggiunti;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

p) che avverso la preindicata sentenza sono stati proposti ricorsi in appello al Consiglio di Stato che, con la sentenza della Sezione Terza n. 741/2013, li ha accolti e per l'effetto, in riforma della sentenza appellata, ha accolto i ricorsi di primo grado;

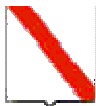
**PRESO ATTO** che il giudice di secondo grado, relativamente ai citati provvedimenti impugnati, ha rilevato un vizio procedimentale, riguardante la mancanza del confronto con le parti sociali prescritta dalla DGRC n. 2006/2004, ed un vizio di ordine sostanziale relativo al quantum della nuova determinazione tariffaria, ribadendo in conclusione che la determinazione dei costi presi a base delle tariffe è stata effettuata con una notevole approssimazione;

**TENUTO CONTO**, altresì, che la Regione Campania con Decreto Commissario ad Acta per il piano di rientro della sanità n. 43 del 2.5.2013 pubblicato sul BURC n. 29 del 3 giugno 2013, al fine di colmare il vuoto tariffario prodotto dall'annullamento della DGRC 1267/2009 e Decreto Commissariale 6/2010, nelle more della nuova determinazione delle tariffe di cui in premessa giusta sentenza del Consiglio di Stato n. 741 dell' 11/02/2013, ha decretato di applicare in via transitoria gli importi stabiliti dal decreto commissariale 6/2010, nelle more della ridefinizione delle tariffe per le prestazioni sociosanitarie che dovranno essere approvate entro e non oltre i 90 giorni dalla pubblicazione dello stesso ai fini della concertazione con le Associazioni di categoria;

**DATO ATTO** che, al fine di provvedere alla rideterminazione delle tariffe per le prestazioni sociosanitarie erogate dalle Residenze Sanitarie Assistite e dai Centri Diurni per non autosufficienti disabili, anziani e soggetti affetti da demenze di cui alla L.R. n. 8/2003, è stato realizzato il confronto con le parti sociali e sulla base della determinazione dei costi del personale derivanti dalla corretta classificazione dello stesso, del relativo trattamento economico e di tutti gli elementi che concorrono al calcolo della retribuzione, tenendo conto delle prescrizioni contenute nella sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013;

**CONSIDERATO che:**

- a. al fine di condividere la metodologia di calcolo delle tariffe di cui sopra, si sono tenuti diversi incontri con le Associazioni di categoria e con i ricorrenti di cui al contenzioso sopra riportato e nel corso della riunione del 24 aprile sono state formulate dalla Regione Campania tre diverse ipotesi di accordo con l'impegno di trasmettere, in via alternativa entro tre giorni lavorativi, una proposta elaborata su base analitica dei costi;
- b. che con nota prot. 2362/C del 24/4/2013 è stata inviata alle Associazioni di categoria la proposta di cui al punto precedente;
- c. nel corso dell'incontro del 20 giugno 2013 le Associazioni di categoria e la Regione Campania hanno concordato di istituire un tavolo tecnico ristretto costituito da rappresentanti regionali e rappresentanti designati dalle Associazioni di categoria presenti;
- d. nel corso del primo incontro con il tavolo tecnico tenutosi il 3 luglio 2013 i rappresentanti designati dalle Associazioni hanno avanzato una serie di richieste che i componenti regionali si sono riservati di valutare accordandosi di inviare una nuova proposta metodologica;
- e. che in data 19 luglio 2013 gli uffici regionali hanno inviato ai componenti del tavolo tecnico gli elaborati e la proposta metodologica che, discussa nel corso della riunione del 23 luglio, è stata oggetto di osservazioni da parte dei rappresentanti le Associazioni di categoria;
- f. in data 29 luglio è stata inviata una ulteriore proposta tariffaria, integrata in data 30 luglio 2013, che in sede di discussione nel corso della riunione plenaria con tutte le rappresentanze delle



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

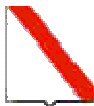
Associazioni di categoria il 31 luglio 2013, non ha trovato approvazione da parte delle stesse che hanno consegnato una proposta alternativa, allegata al verbale e depositata agli atti degli uffici;

**ATTESO** che:

- a. al fine di determinare le tariffe viene prioritariamente valorizzato il costo del personale che rappresenta, rispetto agli altri costi, la voce che maggiormente incide sulla determinazione delle tariffe oggetto del presente provvedimento;
- b. la normativa specifica relativa alle prestazioni sociosanitarie erogate in regime di RSA e CD non prevede alcun vincolo di utilizzare uno specifico CCNL per disciplinare i rapporti con il personale.
- c. nel settore dell'assistenza sociosanitaria le strutture che erogano tali prestazioni sostengono, a parità di requisiti organizzativi e di personale, costi differenti a seconda del CCNL utilizzato (ANASTE, AIOP, Cooperative Sociali, ecc);
- d. con la metodologia analitica utilizzata nella determinazione delle tariffe oggetto del presente provvedimento, la Regione Campania ha inteso superare i rilievi posti dalla sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013 favorendo il confronto con le parti sociali e predisponendo un sistema tariffario che consente prestazioni adeguate a tutela sia della salute degli assistiti che degli interessi dei lavoratori;
- e. i ricavi delle prestazioni derivanti dalle tariffe così definite garantiscono alle strutture di assistenza, se correttamente gestite, un equilibrio economico con la previsione di un margine di retribuzione;

**PRESO ATTO**

- a. del lavoro di determinazione ex novo delle tariffe per le prestazioni di cui trattasi svolto dagli uffici regionali in collaborazione con i componenti la commissione paritetica istituita nel corso dell'incontro del 20 giugno 2013, che ha svolto un'istruttoria precisa partendo dai requisiti organizzativi e di personale previsti dall'Allegato A al Decreto Commissariale n. 6/2010, che modifica ed integra quanto riportato all'Allegato 3 della DGRC 2004/2006 e nella scheda SRs3 allegata al Regolamento del Consiglio Regionale n. 1 del 22.06.2007 in tema di accreditamento istituzionale delle Residenze Sanitarie; tali requisiti stabiliscono la definizione del personale e i tempi di assistenza necessari per l'erogazione di ciascuna tipologia di prestazione sociosanitaria oggetto del presente provvedimento;
- b. dell'allegata nota metodologica esplicativa del processo di determinazione delle tariffe, in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013, con cui sono stati determinati i costi del personale sulla base di parametri prefissati ed inderogabili derivanti dalla contrattazione collettiva, che nello specifico riguarda la corretta classificazione del personale, il relativo trattamento economico e tutti gli elementi che concorrono al calcolo della retribuzione, tenendo conto della rilevanza dell'elemento relativo al costo del personale in relazione alle caratteristiche delle prestazioni "human intensive" nel settore;
- c. che in particolare nella nota metodologica sono stati presi in considerazione tre tipologie di contratti – CCNL AIOP ARIS – CCNL ANASTE – CCNL COOPERATIVE SOCIALI che rappresentano i contratti maggiormente utilizzati per regolare i rapporti con il personale impiegato per l'erogazione di tali prestazioni;
- d. che al fine di determinare in modo equo i costi sostenuti dalle strutture sono state analizzate tutte le voci contrattuali derivanti dall'utilizzo dei diversi contratti;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

e. Che, partendo dalla suddetta analisi, vanno determinate due tariffe (fascia A e fascia B) a seconda del CCNL applicato nella propria struttura:

- e1. Fascia A – strutture che applicano per il comparto il CCNL ANASTE-COOPERATIVE SOCIALI o altro CCNL sovrapponibile per valori tabellari e impegno orario  
e2. Fascia B – strutture che applicano per il comparto il CCNL AIOP ARIS ANFFAS AIAS derivante da un incremento percentuale pari al 10% rispetto alla tariffa fascia A riderminata.

Tabella 1		
Tipologia di prestazione	Tariffa fascia A - Euro	Tariffa fascia B - euro
<b>Regime Residenziale (RSA)</b>		
Disabili Modulo Alto	122,74	135,02
Disabili Modulo Medio	99,45	109,40
Anziani Modulo Alto	113,65	125,02
Anziani Modulo Medio	99,70	109,67
Anziani Modulo Demenze	111,56	122,71
<b>Regime semiresidenziale (CD)</b>		
Centro Diurno Disabili	71,29	78,42
Centro Diurno Demenze	65,53	72,09
Centro Diurno Anziani	60,23	66,26

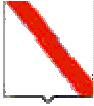
**VISTA** la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 che qualifica i provvedimenti del Commissario ad acta come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d’organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”;

**CONSIDERATO** che, pur in un contesto di crisi economica del paese e di piano di rientro della regione Campania, è stato mantenuto un margine operativo del 5%, ben superiore ai tassi di redditività dei capitali tale da consentire di far fronte alla contestata non remuneratività della percentuale dei costi generali e di struttura, peraltro non condivisibile specie in relazione alla possibilità di spalmare taluni costi su 40/60 posti letto. Inoltre il costo del personale con rapporto non dipendente è stato quantificato solo per il 50% di quello consentito per cui sussistono ulteriori ampi margini di economia;

**TENUTO conto** che:

per i contratti di lavoro applicati, in mancanza di indicazioni regionali, non può ritenersi ammissibile il generalizzato ricorso ai contratti più onerosi con la garanzia del trasferimento dell’onere al SSR. I disavanzi dei SSR hanno determinato numerosi interventi restrittivi nel sistema pubblico, interventi da cui sarebbero esentate le strutture private che trasferirebbero gli oneri al SSR in aperta disarmonia con i





*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

piani di rientro e le generali sofferenze economiche e finanziarie del SSN. Di talché, specialmente in questa fase di crisi economica, anche il settore privato ha l'onere di razionalizzare i costi generali e di struttura nonché contare su un margine operativo coerente non potendo essere garantite le rendite di posizione.

**RILEVATO**, inoltre, che:

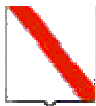
- a. lo stesso Consiglio di Stato ha richiamato il parere dei ministeri affiancanti che riportava il fatto che le tariffe di cui al decreto 6/2010 risultavano del 5-10% inferiori a quelle medie nazionali;
- b. in relazione a quanto sopra le tariffe annullate sono incrementate col presente atto del 6% circa per la fascia A e del 17% circa per la fascia B;

**VISTI**

- a. il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";
- b. il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
- c. il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" Allegato 1 punto 1.C "Area integrazione socio-sanitaria";
- d. la D.G.R.C. n. 3958 del 7 agosto 2001 come modificata ed integrata dalla D.G.R.C. n. 7301 del 31 dicembre 2001, concernente la definizione dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e dell'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private e approvazione delle procedure di autorizzazione;
- e. la Legge regionale n. 8/2003 "Realizzazione, organizzazione, funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali pubbliche e private – RR.SS.AA."
- f. la DGRC 2006 del 5 novembre 2004 "L.R. 8 del 22 aprile 2003 - Approvazione Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenze"
- g. il Regolamento n. 1 del 22 giugno 2007 recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale;

**VISTA, altresì:**

- a. la nota prot. 0578556 del 8/8/2013 a firma del Capo Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali con cui è stata trasmessa al Capo del Dipartimento delle Politiche Sociali, ai fini della programmazione e pianificazione della componente sociale e della disciplina della prevista compartecipazione, la proposta di decreto commissariale relativa alla "Rideterminazione tariffe per prestazioni sociosanitarie erogate dalle Residenze Sanitarie assistenziali a ciclo continuativo e diurno";
- b. la nota prot. CDpt 04/1130/2013 del 9/8/2013 a firma del Capo Dipartimento per l'istruzione, la ricerca, il lavoro, le politiche culturali e le politiche sociali di presa d'atto della proposta di decreto commissariale;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

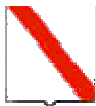
## DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. di approvare la nota metodologica – Allegato 1 –esplicativa del processo di determinazione delle tariffe, in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013, con cui sono stati determinati i costi del personale sulla base di parametri prefissati ed inderogabili derivanti dalla contrattazione collettiva, che nello specifico riguarda la corretta classificazione del personale, il relativo trattamento economico e tutti gli elementi che concorrono al calcolo della retribuzione, tenendo conto della rilevanza dell'elemento relativo al costo del personale in relazione alle caratteristiche delle prestazioni "human intensive" nel settore;
2. di approvare, partendo dalla suddetta nota metodologica, le tariffe per le prestazioni sociosanitarie per non autosufficienti disabili, anziani e persone affette da demenze in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013 erogate dalle Residenze Sanitarie Assistite e Centri Diurni, a seconda del CCNL applicato nella propria struttura, e precisamente:
  - a. Fascia A – strutture che applicano per il comparto il CCNL ANASTE-COOPERATIVE SOCIALI o altro CCNL sovrapponibile per valori tabellari e impegno orario
  - b. Fascia B – strutture che applicano per il comparto il CCNL AIOP ARIS ANFFAS AIAS derivante da un incremento percentuale pari al 10% rispetto alla tariffa fascia A rideterminata.

Tabella 1		
Tipologia di prestazione	Tariffa fascia A	Tariffa fascia B
<b>Regime Residenziale (RSA)</b>		
RSA Disabili Alto	122,74	135,02
RSA disabili Medio	99,45	109,40
RSA anziani Alto	113,65	125,02
RSA anziani Medio	99,70	109,67
RSA Modulo Demenze	111,56	122,71
<b>Regime semiresidenziale</b>		
Centro Diurno Disabili	71,29	78,42
Centro Diurno Demenze	65,53	72,09
Centro Diurno Anziani	60,23	66,26

3. di confermare il contenuto del provvedimento impugnato che non è risultato oggetto di statuizioni da parte del giudice;
4. di dare atto che il presente provvedimento sarà adeguato alle eventuali prescrizioni che dovessero intervenire da parte dei ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, in sede di approvazione del provvedimento;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

5. di inviare il presente provvedimento, a cura della struttura commissariale, alle AA.SS.LL, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Assistenza Sociale", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", all'ARSAN per quanto di competenza ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la pubblicazione sul BURC.

Il Capo del Dipartimento salute e risorse naturali  
Prof. Ferdinando Romano

*Si esprime parere favorevole*  
Il Sub Commissario ad acta  
Mario Morlacco

Il Coordinatore delle AGC 19 e AGC 20  
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del Settore Fasce Deboli della A.G.C. 20  
Dott.ssa Rosanna Romano

Il funzionario responsabile  
M.Canzanella

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro





## Giunta Regionale della Campania

**Oggetto: Nota metodologica di calcolo per la determinazione delle tariffe per le prestazioni sociosanitarie erogate da strutture denominate Residenze Sanitarie Assistite.**

### PREMESSA

La sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013, di annullamento della DGRC 1267/2009 e del Decreto Commissariale n. 6/2010, accoglie l'appello su due ordine di fattori "...il primo dei quali di ordine procedimentale e metodologico, essendo mancato il confronto con le parti sociali, il secondo di ordine sostanziale relativo al quantum della nuova determinazione tariffaria che non sarebbe stata rispondente ai costi effettivi delle strutture".

Pur rappresentando che all'epoca dell'elaborazione delle prime tariffe RSA (DGRC 1267/2009) non erano presenti a livello regionale associazioni di categoria specifiche rappresentative di tale tipologia di assistenza si relaziona quanto segue:

Le prestazioni sociosanitarie sono caratterizzate essenzialmente dall'elemento "human intensive" pertanto, si è reso necessario, come richiesto dalla sentenza, accertare con esattezza tutti gli elementi che compongono la retribuzione del personale. La presente nota metodologica spiega analiticamente quali sono stati gli elementi alla base dell'elaborazione e rideterminazione delle tariffe.

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

La dotazione efficiente di personale è definita a partire dai requisiti indicati dalla DGRC 2006 del 5 novembre 2004 integrata e modificata dall'Allegato A al Decreto Commissariale n. 6 del 4 febbraio 2010 e dai requisiti ulteriori previsti dal Regolamento 1/2007 per l'accreditamento istituzionale.

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;
- in parte, per le voci di costo omogenee, dell'analisi svolta dalla Commissione Tariffe ex art. 26 Legge 833/78 (Decreto assessore n. 467/2006 modificato con decreto assessore n. 110/2007) che aveva già stimato i costi di struttura e i costi generali per prestazioni di riabilitazione ma anche per prestazioni socio-sanitarie;
- i ricavi delle prestazioni devono garantire alle strutture di assistenza, se correttamente gestite, un equilibrio economico con la previsione di un margine di retribuzione.

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

**costo del personale** (dipendente e non dipendente);

**altre voci di costo** – da intendersi costi per materiali, di struttura, costi alberghieri (per tutte le tipologie di prestazioni), e solo per le prestazioni rese in regime semiresidenziali dei costi di trasporto

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

**margine di retribuzione** pari al 5% dei costi complessivi

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

- Residenze Sanitarie Assistite per non disabili non autosufficienti – Modulo Alto
- Residenze Sanitarie Assistite per disabili non autosufficienti – Modulo Medio
- Residenze Sanitarie Assistite per anziani non autosufficienti – Modulo Alto



## Giunta Regionale della Campania

- Residenze Sanitarie Assistite per anziani non autosufficienti – Modulo Medio
- Residenze Sanitarie Assistite per anziani non autosufficienti – Modulo Demenze
- Centro Diurno per disabili
- Centro Diurno per anziani
- Centro Diurno per demenze

### 1 - COSTO DEL PERSONALE

Le residenze sanitarie assistite sono strutture che erogano prestazioni sociosanitarie per utenti non autosufficienti adulti ed anziani, le cui tariffe sono soggette all'istituto della compartecipazione ai sensi del Decreto Ministeriale 29.11.2001 sui L.E.A..

**1.1 Personale impiegato a tempo indeterminato** - Per la determinazione analitica dei costi del personale impiegato a tempo indeterminato in ciascuna tipologia di assistenza, si è tenuto conto del CCNL S.S.A.E.P. ANASTE specifico per il personale dipendente delle realtà del settore socio-sanitario-assistenziale-educativo quadriennio normativo 2002-2005 aggiornato con i minimi tabellari previsti dall'accordo per il quadriennio 2006-2009 firmato in data 10 novembre 2008. a partire dalle seguenti voci contrattuali:

- minimo contrattuale conglobata (art. 59 come aggiornato dalla Tabella A – aumenti contributivi allegata all'accordo per il quadriennio 2006/2009 siglato il 10/11/008)
- tredicesima mensilità (art. 65)
- quattordicesima mensilità (art. 66)
- indennità di funzione, per la categoria quadri, ove prevista (art. 59)
- indennità professionale, per la figura professionale dell'infermiere (art.59)

*L'EADR in questa tipologia di contratto non è previsto.*

Si è attribuita l'indennità per festivo e lavoro notturno per la figura professionale degli OSS e indennità festivo per la figura professionale degli infermieri procedendo al calcolo nel modo seguente, così come previsto dall'art. 70:

- domenicale e/ festivo 15% su 64 giornate (52 domeniche e 12 festività), maggiorazione applicata sia per gli OSS che per gli infermieri;
- servizio ordinario notturno in turno 20% su una media di 50 notti per dipendente in un anno, maggiorazione applicata solo per gli OSS

**Personale medico – ANASTE** – per la determinazione della paga oraria del medico direttore sanitario sono stati applicati i valori tabellari relativi al profilo professionale “Quadro”, con le indennità relative. A questa categoria appartengono le lavoratrici ed i lavoratori con funzioni a carattere direttivo

**1.2 Orario di lavoro - festività – ferie** - L'orario di lavoro si articola diversamente a seconda dei contratti considerati:

- Il CCNL AIOP ARIS stabilisce un'articolazione dell'orario di lavoro settimanale in 36/38 ore a seconda del profilo professionale;
- Il CCNL ANASTE e CCNL Cooperative sociali prevedono un orario settimanale di 38 ore;

Analoga situazione si verifica per ferie e festività:

- Il CCNL AIOP ARIS stabilisce che tutti i dipendenti devono fruire di 12 giornate di riposo per festività e di n. 30 giorni lavorativi irrinunciabili nell'arco dell'anno escluse le domeniche e le festività.



## Giunta Regionale della Campania

- Il CCNL ANASTE e CCNL Cooperative sociali stabilisce che tutti i dipendenti devono fruire di 12 giornate di riposo per festività e di n. 26 giorni lavorativi irrinunciabili nell'arco dell'anno escluse le domeniche e le festività.

mentre per il CCNL ANASTE e CCNL Cooperative sociali la stima dei giorni lavorativi annuali, pari nel complesso a 257,25 giorni ha tenuto conto di:

- 26 giorni di ferie;
- 4 giorni di ferie sopresse;
- 12 giorni di festività;
- 7 giorni di malattia;
- 3 giorni di permessi retribuiti;
- 52 domeniche;
- 4 giorni di formazione;

Le voci riportate al punto **1.1** hanno consentito di stimare la retribuzione lorda del personale impiegato a tempo indeterminato.

### **1.3 Personale che intrattiene rapporti libero professionale -**

*Il Regolamento di accreditamento definitivo n. 1 del 22 giugno 2007 avente ad oggetto "Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale" approvato dal Consiglio Regionale nella seduta del 31 maggio 2007 all'Allegato C Residenze Sanitarie Scheda SRes3 riporta: "Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente. Tale obbligo non riguarda i casi in cui i soggetti aventi compiti di direzione sanitaria rivestano la qualità di titolare, legale rappresentante o socio della struttura sanitaria. Per tali soggetti, in ogni caso, è fatto divieto di esercitare detti compiti presso più di una struttura. Dall'obbligo del rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta sono esentate le strutture con dotazioni pari o inferiori a cinque unità lavorative".*

*Rientra nella facoltà dell'amministrazione regionale avvalersi di tale istituto e procedere alla determinazione delle tariffe calcolando percentualmente il costo del personale impiegato a tempo pieno (che incide per il 72%) ed il costo del personale che intrattiene rapporti libero professionali esulanti i rapporti di dipendenza (28%)*

Al fine di calcolare il totale del costo della prestazione resa dal personale che intrattiene rapporti libero professionale con la struttura e di conseguenza l'incidenza percentuale di tale costo sulla prestazione, si è partiti dall'assunto che la retribuzione lorda di tale categoria sia la stessa del personale impiegato a tempo indeterminato.

## **2 - ONERI AGGIUNTIVI ALLA RETRIBUZIONE LORDA**

Sulla base di tale dato è stato applicato, per il calcolo degli oneri aggiuntivi, un diverso procedimento a seconda che si tratti di personale a tempo indeterminato o personale che intrattiene rapporti libero professionale.



## Giunta Regionale della Campania

**2.1.** La stima del costo del personale assunto a tempo indeterminato comprensivo degli oneri aggiuntivi è stata calcolata tenendo presente i seguenti istituti:

- **Retribuzione lorda** come definita al punto 1.1
- **TFR**, pari alla retribuzione lorda ottenuta dalle voci precedenti divisa per 13,5;
- **Aliquote contributive INPS** fissate per l'anno 2009 come da tabella delle aliquote contributive INPS – tabella 7.24 – Ospedali e Case di cura (con CUAF) pari al 28,98% della retribuzione lorda a carico dell'azienda.
- **INAIL** il doppio dell'aliquota minima 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%;
- **IRAP** in misura del 4,90% (media delle aliquote regionali anni dal 2009/2011) calcolata sulla base imponibile derivante dalla somma delle seguenti voci: retribuzione lorda, contributi INPS/INAIL e TFR;

**2.2** La stima del costo del personale che intrattiene rapporti libero professionali comprensivo degli oneri aggiuntivi è stata calcolata tenendo presente i seguenti istituti:

- **Retribuzione lorda** come definita al punto 1.1
- **Aliquota contributiva** per la gestione separata prevista dall'INPS per l'anno di competenza. Tale aliquota per l'anno 2009 è di 25,72% di cui 1/3 a carico del lavoratore e 2/3 a carico dell'azienda (17,15%)
- **IRAP** in misura del 4,90% (media delle aliquote regionali anni dal 2009/2011) calcolata sulla base imponibile derivante dalla somma delle seguenti voci: retribuzione lorda e contributi INPS/INAIL;

Per la problematica delle percentuali di personale **non dipendente**, in deroga a quanto previsto dalla normativa regionale, i rappresentanti delle Associazioni di categoria avanzano la richiesta di considerare l'intero personale a rapporto di dipendenza. La Regione Campania, in un clima di mediazione, propone di calcolare il 14% rispetto al 28% (previsto dalla normativa regionale vigente) da applicare al personale globalmente destinato all'assistenza diretta.

Al fine di ottenere il costo/minuto per ogni figura professionale impiegata sia a tempo indeterminato che libero professionale si è diviso il costo annuo per le ore lavorate in 1 anno diviso 60. Successivamente, per la determinazione del costo di ogni prestazione, tale costo unitario è stato moltiplicato per i minuti di assistenza previsti dai requisiti contenuti nella DGRC 2006/2004 e Decreto Commissariale n. 6/2010.

### 3. ALTRE VOCI DI COSTO

Per le altre voci di costo si è tenuto conto dei documenti descritti in premessa che riportano valori proposti per ogni singola tipologia di assistenza:

1. costi di trasporto per le prestazioni semiresidenziali;
2. materiali;
3. servizi alberghieri.
4. costi di struttura. (centralinista, accettazione, addetto a magazzino, pulizia, ecc);



## Giunta Regionale della Campania

**3.1. COSTI GENERALI** – Voce di costo generali pari al 7% di tutti gli altri costi considerati, per remunerare tutte le altre voci di costo non elencate e che gravano sulla prestazione (manutenzione, ammortamenti, ecc.)

**Sia i costi di struttura che i costi generali sono stati ritenuti adeguati nella perizia di parte depositata per il ricorso al Consiglio di Stato**

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

Al fine di dare seguito alla sentenza citata attraverso la rideterminazione delle tariffe di cui all'oggetto si sono svolte presso questo Assessorato numerosi incontri con le parti sociali. Nel corso della riunione del 20 giugno 2013, è stata istituita una commissione paritetica composta da rappresentanti nominati dalle Associazioni di categoria e da rappresentanti regionali. Il confronto tra le parti è proseguito in diversi incontri dove i rappresentanti delle Associazioni hanno avanzato una serie di richieste come da verbali agli atti degli uffici.

Visto che le prestazioni oggetto del presente provvedimento sono prestazioni cosiddette "humane intensive", dove il fattore "costo del personale" è di estrema incidenza nella determinazione delle relative tariffe, risulta di particolare importanza definire la tipologia di CCNL che maggiormente risponde alle caratteristiche specifiche del rapporto di lavoro richiesto tenendo anche conto che la normativa relativa alle prestazioni sociosanitarie erogate in regime di RSA e CD non vincola i rapporti con il personale ad uno specifico contratto.

Il CCNL AIOP ARIS, pur se utilizzato da diverse strutture temporaneamente accreditate come RSA in Regione Campania, in realtà regola prevalentemente i rapporti di lavoro dipendente nell'ambito della ospedalità privata.

A livello nazionale i CCNL maggiormente utilizzati nel settore dell'assistenza sociosanitaria, sono quelli siglati da ANASTE – per il personale dipendente delle realtà del settore socio-sanitarie-assistenziali-educativo e il CCNL Cooperative Sociali, anche in ragione della componente sociale che caratterizza questo tipo di prestazione a cui di fatto la normativa nazionale e regionale prevede l'applicazione dell'istituto della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente/Comune.

Pertanto la Regione Campania, al fine di determinare in modo equo i costi sostenuti dalle strutture che erogano prestazioni sociosanitarie, ha ritenuto opportuno analizzare attentamente tutte le voci contrattuali derivanti dall'utilizzo dei diversi contratti.

### Differenze tra contratti in uso

I contratti nazionali utilizzati ai fini dell'analisi comparativa sono: ANASTE - AIOP – Cooperative Sociali.

I parametri messi a confronto sono:

- o base tabellare della figura dell'infermiere e dell'operatore sociosanitario
- o orario di lavoro

**1. CCNL ANASTE** quadriennio normativo 2002-2005 aggiornato con i minimi tabellari previsti dall'accordo per il quadriennio 2006-2009 firmato in data 10 novembre 2008:

Infermiere cat. 6 = € 1.407,97 mensili

Operatore socio sanitario cat. 5 = € 1.358,75

Ore lavorate = 38 settimanali



## Giunta Regionale della Campania

**2. CCNL AIOP** – base tabellare utilizzata per la determinazione delle tariffe ex art. 26 triennio 2006/2008 di cui al Decreto Commissariale n. 81/2013:

Infermiere cat. D = € 1.726,52 mensili

Operatore socio sanitario cat. B2 = € 1.457,68

Ore lavorate = 36 settimanali

**3. CCNL Cooperative sociali** – Tabellare aggiornamento contrattuale al 1 gennaio 2009

Infermiere cat. D2 ex 6 = € 1392,81

Operatore socio-sanitario CAT. C2 = € 1.282,51

Ore lavorate = 38 settimanali

Partendo dalla suddetta analisi, vanno determinate le tariffe (fascia A e fascia B) a seconda del CCNL applicato nella propria struttura:

1. Fascia A – strutture che applicano per il comparto il CCNL ANASTE-COOPERATIVE SOCIALI o altro CCNL sovrapponibile per valori tabellari e impegno orario
2. Fascia B – strutture che applicano per il comparto il CCNL AIOP ARIS ANFFAS AIAS derivante da un incremento percentuale pari al 10% rispetto alla tariffa fascia A riderminata.

	Tariffa fascia A	Tariffa fascia B
RSA Disabili Alto	122,74	135,02
RSA disabili Medio	99,45	109,40
RSA anziani Alto	113,65	125,02
RSA anziani Medio	99,70	109,67
RSA Modulo Demenze	111,56	122,71
Centro Diurno Disabili	71,29	78,42
Centro Diurno Demenze	65,53	72,09
Centro Diurno Anziani	60,23	66,26