



Prot. 127/AP
Napoli, 8 Maggio 2020

Al Presidente GRC
On. Vincenzo De Luca
capo.gab@pec.regione.campania.it

p.c Al Consulente in Sanità
del Presidente De Luca
Dr. Enrico Coscioni
enrico.coscioni@regione.campania.it

Al Direttore Generale
Tutela della Salute
e Coordinamento SSR
Avv. Antonio Postiglione
dg.500400@pec.regione.campania.it

Al Presidente
V[^] Commissione Consiliare
Sanità e Sicurezza Sociale
On. Stefano Graziano
graziano.ste@consiglio.regione.campania.it

Al Dirigente UOD Interventi Socio-Sanitari
Dott.ssa Marina Alfonsina Rinaldi
m.rinaldi@regione.campania.it

REGIONE CAMPANIA

URGENTISSIMO

Oggetto: Proposte relative al superamento delle criticità afferenti all'allegato 2 del DD-GRC n. 83/2020 per la Macroarea Riabilitazione / Sociosanitario e Salute Mentale e la Branca di FKT.

Aspat Campania
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Centro Direzionale Isola E/3 – Torre Avalon
80143 NAPOLI
Tel. 081 7345053 Fax 081 7345679
E-mail aspatinforma@gmail.com
Web www.aspatcampania.it





Ill.mo Presidente De Luca,

la scrivente Associazione di Categoria, in prosieguo dei lavori del Tavolo Regionale (telematico), tenutosi agli inizi del mese di aprile u.s., che ha consentito all'Ente l'adozione del provvedimento specificato in oggetto,

COMUNICA QUANTO SEGUE

1. Preliminarmente, si reitera il contenuto della nota delle Associazioni di Categoria (Anisap – Aspat – Confindustria Sanità – Fras) del 14 aprile 2020 (all. in copia con ricevute pec) avendo constatato che **le criticità descritte in essa hanno trovato conferma**, a partire dalla metà del mese di aprile, con l'applicazione delle statuizioni previste agli allegati 1 e 2 di detto Decreto Dirigenziale.
2. **La raccolta dati di ASPAT** (cfr. allegato modello) **concernente la produzione** dei diversi setting assistenziali **del mese di aprile 2020**, ad oggi, a notulazioni e rendicontazioni ancora non completate, documenta (ahinoi!) quanto previsto, cioè le strutture riabilitative complesse, i centri semiresidenziali ed i presidi di Fisiocinesiterapia (FKT) riaperti in forza del DD-83 hanno erogato una media del 2-3% dei volumi di prestazioni contrattualizzati, con numerosi Centri totalmente a zero!
3. Per quanto riguarda **l'asset delle PROPOSTE** formulate in prima battuta il 14/4 u.s. si confermano tutti i cinque punti ribadendo la necessità di un provvedimento regionale che integri il DD-GRC 83/2020 e ne acquisisca:
 - a) **Il pagamento del mese di aprile** alle medesime condizioni del mese di marzo 2020;
 - b) **L'incremento della cd. "quota fissa" al 75%** del valore del budget attribuito alla singola struttura su base 1/12;
 - c) **Il mantenimento** in capo alla ASL del pagamento **delle cd. quote di compartecipazione utente/comune** ai sensi della DGRC 282/2016;
 - d) **L'acquisizione**, secondo il Protocollo operativo del Piano Regionale per lo screening di sorveglianza sanitaria, **della classe di "priorità"** presso la Unità di Crisi **per la preventiva effettuazione ai dipendenti e collaboratori dei Centri/Presidi erogatori dei tamponi oro-faringei**;
 - e) **La reiterazione delle condizioni di pagamento** (da rimodulare) dei Centri Erogatori a tutto il periodo necessario per la fuoriuscita dalla crisi pandemica da coronavirus e **il differimento**, oltre la data del 31/5 p.v., **della validità dei PRI – Piani Riabilitativi Individuali** al fine di garantire la continuità terapeutica agli assistiti in carico presso le strutture.

Certi di ogni Sua benevola considerazione di quanto richiesto, Le formuliamo le migliori cordialità.

Il Presidente
Dr. Pier Paolo Polizzi

All. Nota AdC del 14/4/2020 (e ricevute pec)
Scheda-dati 83



SCHEDA-DATI
DD-GRC n. 83/2020
Consuntivo Aprile 2020
(Allegata a Prot. 125/AP del 7/5/2020)

La sottoscritta struttura, per quanto richiesto,

DICHIARA

che in relazione al proprio tetto di struttura, calcolato in 1/12, **ha erogato percentualmente:**

- | | | |
|---|---------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Ambulatoriale | _____ % | } Art. 26 |
| <input type="checkbox"/> Domiciliare | _____ % | |
| <input type="checkbox"/> Piccolo gruppo | _____ % | |
| <input type="checkbox"/> Semiresidenziale | _____ % | |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno (RSA) | _____ % | |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno Psichiatrico (CDP) | _____ % | |
| <input type="checkbox"/> SISEM (Diurno adolescenti) | _____ % | |
| <input type="checkbox"/> Ambulatoriale FKT art. 44 | _____ % | |

Denominazione Centro/Presidio

ASL

Distretto Sanitario

(timbro e firma)

Il presente modulo compilato in ogni sua parte deve essere inviato a

pierpaolopolizzi@gmail.com

cell. 338/6834545

entro GIOVEDI' 7/5/2020