



Prot. 91/AP
Napoli, 12 Marzo 2020

**A tutti i Centri Associati ASPAT
Macroarea Riabilitazione Complessa art.26
e Diurni sociosanitari ex L.R. 8/2003
LORO SEDI**

URGENTISSIMO

Oggetto: Proposta associativa di adozione di modello per certificazione delle assenze degli utenti presso le strutture private accreditate nell'attuale periodo di crisi da Coronavirus. Prime indicazioni lavoristiche.

Ill.mi Colleghi Associati tutti,

nel premettere che **a far data dall'inizio della corrente settimana abbiamo ricevuto numerose segnalazioni relative alla crescente percentuale di assenze da parte di utenti** che, in forza del punto 4 dell'Ordinanza del Presidente della Regione Campania n. 8 dell'8 marzo 2020, stanno esercitando <<la facoltà di differimento delle terapie (...omissis...) senza che ciò comporti decadenza del diritto alla prestazione.>>, **formuliamo brevemente le considerazioni seguenti:**

- 1) Ferma ed impregiudicata la facoltà del paziente di assentarsi fino alla data del 3 aprile p.v., **riteniamo altrettanto intangibile il diritto dell'Erogatore di certificare tale assenza** con la sottoscrizione dell'assistito di un modello di richiesta (fac-simile allegato in copia), anche al fine di evitarne le dimissioni ed avviare, come da procedura, la sostituzione attraverso le liste di attesa.
- 2) Stante le ripetute esternazioni del Presidente De Luca concernenti la necessità di affrontare l'emergenza da CORONAVIRUS lasciando aperte le strutture riabilitative per disabili ma, al tempo stesso, esortando i cittadini ad utilizzarle unicamente per le prestazioni ritenute indifferibili, con la conseguente "diluizione" delle presenze e desertificazione delle strutture,

Aspat Campania
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

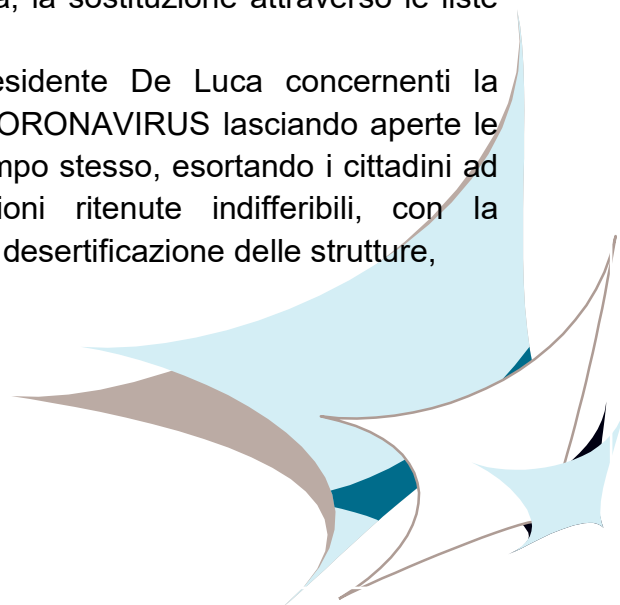
Centro Direzionale Isola E/3 – Torre Avalon
80143 NAPOLI

PARTITA IVA e CODICE FISCALE 05964521219

Telefono 081 7345053 Fax 081 7345679

E-mail aspatinforma@gmail.com

Web www.aspatcampania.it





riteniamo doveroso sollecitarVi, previa consultazione dei consulenti lavoristi, **ad attuare tutte le misure normative previste dai CCNL utilizzati, al fine di gestire la crisi generata a livello occupazionale** (cfr. *punto 7 DPCM 11/03/2020 – lettera b*) *siano incentivate le ferie ed i congedi retribuiti per i dipendenti nonché gli altri strumenti previsti dalla contrattazione collettiva*).

L'ASPAT in sede nazionale, per il tramite della propria Federazione associata Confimpreseitalia **ha avviato precise azioni all'indirizzo del Governo Statale** per l'adozione di adeguate misure di garanzia delle nostre imprese sanitarie e dei lavoratori dell'intero Comparto.

La scrivente resta fiduciosa che nella giornata di domani il Governo Statale, nell'emanazione del D.L. sulle misure di sostegno al mondo del lavoro, contempli anche le nostre istanze di Categoria.

L'Associazione rimane aperta con la segreteria regionale negli orari di apertura canonici. L'Ufficio di Presidenza reitera la totale disponibilità per tutti gli Associati delle due Macroaree assistenziali rappresentate anche con eventuali collegamenti su rete Skype da richiedersi preventivamente.

Infine, non esitate ad inviarci Vs. notizie delle situazioni territoriali in via di sviluppo.

Mille cordialità.

Il Presidente
Dr. Pier Paolo Polizzi

Allegati:

- Modello certificazione ASSENZE UTENTI
- DPCM 11/3/2020 (PANDEMIA)
- Comando Generale della Guardia di Finanza
 - Disposizioni per fase Coronavirus

CARTA INTESTATA

PROT. DI ARRIVO N. _____ Data _____

Spett.le Centro

alla c.a. della Direzione Sanitaria
e della Direzione Tecnica

_____ luogo _____ data

Oggetto: Richiesta differimento termini terapia riabilitativa, ai sensi dell'Ordinanza del Presidente della Regione Campania n. 8 dell'8 marzo 2020 ("...ulteriori misure per prevenzione e gestione dell'emergenza epidemologica da CoVid-19 nella regione Campania").

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il ____/____/____/ in _____ (prov. _____)

e residente in _____ provincia di _____

alla Via/Piazza _____ n. ____ cod.fisc. _____

assistito di codesta Struttura, oppure, nella qualità di genitore / tutore / legale rappresentante del

paziente minore _____ cod.fisc. _____

affidente al Vs. settore di attività:

Ambulatoriale art.26

Domiciliare art. 26

Semiresidenziale art.26

Centro Diurno L.R.8

ai sensi e per gli effetti dell'Ordinanza del Presidente della Regione Campania in oggetto presenta istanza per il differimento della terapia riabilitativa in corso, fino al prossimo 3 aprile 2020, senza che questo comporti la decadenza del proprio diritto alle prestazioni autorizzate.

Distinti saluti.

Firma leggibile

Ai sensi degli artt. 6 e 7 del Regolamento UE n. 679/2016 e D.Lgs. n. 196/2003, come integrato e/o modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, in materia di tutela dei dati personali, e consapevole dei diritti dell'assistito (artt. 15-22 del regolamento), ribadisco il libero consenso per il trattamento dei dati personali qui riportati anche ai fini della evasione della presente richiesta.

Firma leggibile