



(Coordinamento Associazioni di Categoria)



**Al Dr. Joseph Polimeni**  
**Commissario ad Acta**

**Al Dr. Claudio D'Amario**  
**Sub Commissario ad Acta**

per l'attuazione del piano di rientro dai  
disavanzi del settore sanitario

**p.c. Al Dr. Antonio Postiglione**  
Direzione Generale  
per la Tutela della Salute  
ed il Coordinamento del  
Sistema Sanitario Regionale

**p.c. All' On. Vincenzo De Luca**  
Presidente Giunta Regione Campania

### **REGIONE CAMPANIA**

Napoli, 18 Luglio 2016

**Oggetto: Controdeduzioni e richieste di modifiche a Verbale Tavolo Tecnico Regionale del 12 Luglio 2016.**

*Egredi Commissari ad acta,*

in relazione alla nostra contestazione circa il contenuto ed il tenore del resoconto esitato dal Tavolo Tecnico Regionale del 12 u.s., **descriviamo in sintesi e nell'ordine i punti oggetto di una necessaria revisione del testo**, utilizzando la formula:

- a) *le motivazioni addotte alle richieste modifiche per ciascun periodo;*
- b) *la proposta di nuovo testo completo.*

1. **Per la Branca di FKT**, oltre alla richiesta di integrare il precedente resoconto mancante del tutto di quanto discusso nell'incontro del 6.7.2016, va adeguatamente descritta la motivazione della esclusione dalla Macroarea Riabilitazione e Sociosanitario riportando quanto riferito dal Sub Commissario in uno alla richiesta di Polizzi di fissare urgentemente la data di convocazione dello specifico Tavolo.
2. **Per la parte relativa agli Allegati**, presentati rispettivamente da Pizza/Polizzi e da Cerracchio/Pagano, si ritiene fortemente stridente la parzialità di rappresentazione e quindi

la disparità di trattamento dei due contributi. Infatti, secondo la più infantile logica dei “due pesi e due misure”:

→ il primo (quello dello scrivente Coordinamento), nonostante i quarantatré minuti di lettura e discussione tra tutti i componenti di Parte Pubblica e Privata del Tavolo, viene liquidato frettolosamente ed indicato unicamente per la tematica dei tetti di spesa ed allegato al resoconto per le sole pagine dispari, mancando di inviare quelle con numerazione pari (ci si chiede cosa abbiamo potuto fare per meritare tutto questo?!);

→ il secondo, seppure allegato nella sua formulazione integrale, viene descritto analiticamente ed accuratamente con ben cinque specifiche in barba alla cosiddetta par condicio.

Pertanto, siamo dell'avviso che entrambi i documenti vengano a far parte della sintesi dell'incontro unicamente quali allegati o, diversamente, il contributo del Coordinamento AdC AIOP, AGIDAE, ANISAP, A.N.P.R.I.C., ASPAT, CONFAPI Sanità e FRAS in uno a Confindustria Campania, deve essere necessariamente riassunto, alla stregua di quello presentato da Cerracchio e Pagano, in modo ampiamente descrittivo (vedi proposta di nuovo testo completo).

3. Per quanto concerne **l'avvio dei lavori** da parte del Sub Commissario D'Amario sono state inoltre omesse completamente le dichiarazioni di Pizza e Polizzi circa :

– la contrarietà che la definizione di tetti di spesa per singola struttura, come oramai da oltre un lustro in Campania per la Macroarea Riabilitazione e Sociosanitario, possa configurarsi in un unico tetto aziendale (ASL) da attribuire successivamente ai singoli erogatori territoriali;

– la necessità di conoscere preventivamente da parte delle Associazioni di Categoria la proposta di schema-tipo contratto della Struttura Commissariale al fine di poter fattivamente ed organicamente contribuire alla stesura del nuovo testo che dovrà recepire una serie di innovazioni rispetto al previgente modello, con rinvio di tali contributi Associativi all'incontro di martedì 19 c.m., ed impegno, a tal fine, dell'Amministrazione regionale ad inviare la suddetta proposta entro venerdì 15/07/16.

Va precisato, dunque, che la discussione svoltasi sulla questione dello schema-tipo contratto è stata condotta dal Dr. D'Amario attraverso il supporto di normativa riferita alla Regione Lazio e che il Coordinamento delle Associazioni AIOP, AGIDAE, ANISAP, A.N.P.R.I.C., ASPAT, CONFAPI Sanità e FRAS in uno a Confindustria Campania non ha accluso alcun documento rinviandosi, come detto, alla prossima settimana. Il Sub Commissario a questo punto ha lasciato la riunione per i previsti impegni di Ufficio.

4. Si ritiene che, **la seconda parte** del “resoconto” debba descrivere analiticamente le problematiche in discussione precisando chi ha sollevato il tema e quali posizioni sono emerse (cfr. rapporto percentuale ambulatoriali/domiciliari, presa in carico e regolamentazione dei tempi di accesso, soglia minima di partecipazione, prenotazione dei trattamenti, adeguamenti dei budget del DCA 53/2015, etc.)

Tutto ciò chiarito, **si propone a seguire il testo della sintesi/resoconto/verbale CONDIVISIBILE** in quanto fedelmente attinente al susseguirsi dei lavori della predetta riunione del Tavolo Tecnico Regionale - Macroaree Riabilitazione e Socio-Sanitario / Programmazione per gli esercizi 2016 e 2017, con la precisazione che, di tale parte, si provvede ad invio anche in formato word.

## **TESTO INTEGRALE DEL RESOCONTO INCONTRO 12/7/2016**

Il Dr. Polizzi rappresentante delle Associazioni di Categoria, preliminarmente, per la Branca di Riabilitazione semplice e/o minimale (cd. FKT ex art. 44 L. 833/78) richiede di integrare il precedente resoconto in quanto mancante della problematica sollevata nell'incontro del 6/7/16, segnatamente alle motivazioni addotte dai Commissari ad Acta circa la esclusione della predetta Branca dalle Macroaree Riabilitazione e Socio-Sanitario ai fini della programmazione dei tetti di spesa.

Il Sub Commissario D'Amario conferma anche in questa circostanza la decisione di accludere la FKT alla Macroarea della Specialistica Ambulatoriale, in tal modo escludendola dal Tavolo in corso di svolgimento.

Polizzi, a tal riguardo, richiede di fissare urgentemente la data di convocazione dello specifico Tavolo, evocando le gravi criticità che affliggono da anni le strutture erogatrici di FKT.

Il Dr. D'Amario si impegna a comunicare entro breve termine la data di tale convocazione.

A seguire il Dr. Polizzi a nome del Coordinamento delle Associazioni AIOP, AGIDAE, ANISAP, ANPRIC, ASPAT, CONFAPI e FRAS in uno a Confindustria Campania consegna un documento contenente alcune proposte per la quantificazione dei tetti di spesa per il biennio 2016/2017 che si allega alla presente e che in sintesi propone:

### **MACROAREA RIABILITAZIONE ex art. 26 L. 833/78**

- di incardinare l'intera proposta alla evidenza che, come stabilito nel DCA n. 8/2016, la programmazione dei volumi prestazionali, quale unica espressione del fabbisogno, afferisce al DCA 90/2014 concernente i tetti di spesa per il biennio 14-15;
- di riferirsi, a tal uopo, al recente DCA n. 55/2016 relativo alla ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale corrente sulla base del combinato disposto, previsto dall'art. 28 L.R. n. 32/1994, di quota capitaria e consuntivato anno precedente (LEA);
- di rispettare il programma operativo 2013/2015 (cfr. tabella 29 DCA 18/2014, confermata dal DCA 108/2014) con conseguente:
  - a) rimodulazione dei tetti di spesa per le ASL penalizzate dal succitato DCA 90, avendo come riferimento la restituito ad integrum dei volumi prestazionali del 2012;
  - b) il completamento dell'adeguamento del budget di macroarea per quelle ASL che hanno ottenuto, a partire dal DCA 90, una prima valutazione integrativa al criterio di spesa storica (n.b. Allegate n. 2 tabelle sinottiche di ripartizione del fondo per ASL);
- di introdurre nella nuova regolamentazione un correttivo che consenta la rimodulazione degli addendi contrattuali attraverso il sottoutilizzo dei diversi setting assistenziali, purché nel tetto complessivo assegnato alla singola struttura;
- di ripristinare l'equivalenza (50%) del rapporto di prestazioni tra ambulatoriali/domiciliari;
- di prevedere addendum contrattuali aziendali concernenti le cure prestazionali domiciliari ai sensi del DCA n. 1/2013.

### **MACROAREA SOCIO-SANITARIO (RSA/CDI)**

- di reintrodurre nel contratto il budget di struttura al lordo ed al netto della quota di compartecipazione ai sensi della DGRC 50/2012;
- di prevedere in modo tassativo quanto previsto dall'art. 1 comma 146 L.R. 16/2014 circa la copertura economica, con risorse FUA, da parte del Comune/Ambito per quanto di propria competenza;

- di accelerare attraverso il corredo dei relativi provvedimenti commissariali la messa a regime delle statuizioni della DGRC n. 282/2016 concernente il ripristino presso le ASL del pagamento in compensazione della quota sociale di compartecipazione;
- di rimodulare i budget assegnati in forza dello start-up previsto dal DCA 53/2015 con l'utilizzo pieno del modulo accreditato.

Apri i lavori il Sub commissario ad acta, Dr. D'Amario che ribadisce il concetto di fissare i limiti di spesa a livello aziendale e non di struttura e chiede ai presenti i contributi richiesti nel precedente incontro in merito ad elementi innovativi e/o integrativi rispetto allo schema di contratto già in uso.

Sul punto seguono le dichiarazioni dei componenti di Parte Privata Dr. Pizza e Dr. Polizzi che manifestano nell'ordine:

- la contrarietà alla definizione di tetti di spesa per struttura configurati in un unico tetto aziendale (ASL) e successivamente attribuiti da quest'ultime ai singoli erogatori territoriali;
- la necessità di conoscere preventivamente da parte delle Associazioni di Categoria la proposta di schema-tipo contratto della Struttura Commissariale al fine di poter fattivamente ed organicamente contribuire alla stesura del nuovo testo che dovrà recepire una serie di innovazioni rispetto al previgente modello, con rinvio di tali contributi associativi all'incontro di martedì 19 c.m. ed impegno, a tal fine, dell'Amministrazione regionale ad inviare la suddetta bozza di proposta entro venerdì 15/07/16.

In prosieguo, la discussione sulla questione in esame viene condotta dal Dr. D'Amario attraverso il supporto di normativa riferita alla Regione Lazio segnatamente per la necessaria accurata disamina dei predetti elementi contrattuali innovativi.

I Componenti del Coordinamento AdC AIOP, AGIDAE, ANISAP, A.N.P.R.I.C., ASPAT, CONFAPI Sanità e FRAS in uno a Confindustria Campania non hanno accluso alcun documento sul tema contrattuale rinviandosi, come detto, alla prossima riunione.

Prende la parola il Dr. Pagano che, a nome dell'Associazione Nova Campania e Coordinamento Regionale ANFFAS, presenta un documento, allegato alla presente, che in sintesi propone:

- di indicare separatamente, per le prestazioni sociosanitarie, l'importo al netto della quota sociale e l'importo al lordo (comprensivo quindi della quota sociale a carico dell'utente/Comune);
- di chiarire quanto declinato al punto "2.2 Tipologia degli interventi di riabilitazione" delle Linee Guida per le attività di riabilitazione in Regione Campania DGRC 482/2004 in merito alla deroga della permanenza in riabilitazione oltre i 240 giorni prevista dal progetto riabilitativo per alcune categorie di pazienti;
- di adeguare i tempi di pagamento delle prestazioni ai contratti stipulati da altre Regioni (vedi Abruzzo) passando dai 90 giorni previsti dal contratto vigente a 60;
- le asl devono fornire ai tavoli tecnici aziendali su base trimestrale le informazioni relative delle attività erogate dalle strutture accreditate per consentire e rendere più efficace il monitoraggio;
- di tenere conto ai sensi della recente normativa vigente che non è più possibile per le cooperative sociali, in quanto ONLUS "di diritto" di avvalersi dell'esenzione IVA per le prestazioni socio-sanitarie;

Il Dr. Pizza, aderendo alla richiesta di accorciamento dei tempi di pagamento, sottolinea la necessità di adeguare il contratto in discussione con quello attualmente vigente in Regione Campania per la Macroarea Specialistica Ambulatoriale che prevede la corresponsione degli acconti entro 60 giorni dalla fine del mese cui si riferiscono.

Il Sub Commissario D'Amario a questo punto, in relazione ai programmati impegni di Ufficio, lascia la riunione che viene presieduta dalla Dr.ssa Marina Rinaldi.

L'Avv. Saetta chiede che il tetto per le prestazioni erogate oltre i 240 giorni a cui si applica la tariffa sociosanitaria dai centri di riabilitazione non rientri nel tetto complessivo della macroarea della riabilitazione ma in quella sociosanitaria. Sul punto il dr. Pagano invece propone di non rappresentare in maniera distinta nella predisposizione del tetto di spesa della macroarea riabilitazione le prestazioni infra e sopra 240 giorni.

La Dr.ssa Conte a tale proposito sottolinea che se si procederà in tal senso, la parte di tetto afferente a prestazioni >240gg dovrà essere sottratta dal tetto generale della macroarea riabilitazione.

Il prosieguo della discussione si incentra su alcuni aspetti sollevati dagli intervenuti.

La Dr.ssa Rinaldi in ordine alla problematica del superamento del **rapporto percentuale** (max 30% domiciliari rispetto alle prestazioni ambulatoriali) significa che un rapporto accettabile **tra i due setting assistenziali** possa passare dal 30% al 40%, inserendo però il principio di territorialità. Le prestazioni pertanto potranno essere rese a cittadini della propria ASL ed a cittadini residenti nelle sole ASL confinanti della Regione Campania.

Si discute ampiamente sulle regole da adottare per una più corretta erogazione delle prestazioni e si conviene che il settore vada migliorato al fine di rendere le prestazioni più appropriate, facilitare e migliorare la presa in carico e regolamentare i tempi di accesso per evitare lunghe e incerti tempi di accesso alle prestazioni.

Si affrontano le problematiche da vari punti di vista e vengono proposte diverse soluzioni.

I rappresentanti delle Associazioni di Categoria impegnano i Centri Erogatori accreditati a svolgere le attività e a erogare le prestazioni nel **rispetto delle indicazioni e degli obiettivi indicati nel PRI**, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto riabilitativo, anche proponendo aggiornamenti o revisioni o, in caso di inefficacia del trattamento, le dimissioni del paziente.

Viene proposto dal Dr. Cerracchio di fissare una **soglia minima di partecipazione** al progetto riabilitativo del 60% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento stabilito dal PRI, proponendo la dimissione del paziente nel caso in cui c'è una partecipazione inferiore.

Su questo punto i Dottori Pizza e Polizzi dissentono totalmente dalla richiesta impostazione percentuale in quanto la annosa problematica delle assenze degli assistiti non è contemplata nella definizione delle tariffe ed è unicamente riconducibile alla valutazione della impossibilità a raggiungere gli obiettivi definiti dal PRI da parte del team multidisciplinare della struttura erogatrice che, ai sensi delle disposizioni vigenti, propone al distretto sanitario di appartenenza le dimissioni del paziente incostante e/o non collaborante.

La struttura erogatrice, al fine di garantire trasparenza al paziente, si obbliga a rilasciare al paziente al momento della **prenotazione dei trattamenti**, attestazione del n. d'ordine progressivo e data della prenotazione, distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti, con l'indicazione dei tempi stimati per l'avvio dei trattamenti.

Per le problematiche relative alla fissazione dei limiti di spesa prestazionali in regime residenziale e semiresidenziale si ritiene logico proseguire, così come già fatto con il Decreto Commissariale 53/2015 per le RSA, attraverso la **valorizzazione del numero di posti letto accreditati istituzionalmente.**

Viene evidenziato, per quanto proposto da Polizzi, l'opportunità di **incrementare l'ipotetico tasso di occupazione dei pl RSA e CD**, in considerazione della natura delle prestazioni di lungo assistenza che non consentono una rotazione frequente dei pazienti.

I rappresentanti delle Associazioni sollecitano l'incontro del Tavolo Tecnico sulle criticità relative ai periodi pregressi (2014-2015).

La riunione si conclude con l'impegno di rivedersi nel corso della settimana prossima, e di convocare il tavolo 2014-2015 nel corso della stessa settimana, previa convocazione.