



Piattaforma Riabilitazione 2.0

AGENDA LAVORI

Documento di sintesi relativo alla
Macroarea Riabilitazione / Sociosanitario e Salute Mentale
quale proposta di punti OdG del
Tavolo Tecnico Permanente di confronto
Regione Campania

ASPAT Campania
Associazione Sanità Privata
Accreditata Territoriale

Napoli 80143 - Centro Direzionale – Complesso Esedra F10
Pomigliano d'Arco 80038 - Impero Palace - Via Impero, 10
Tel. 081/7345053 - Fax 081/7345679 - Cell.338.6834545

www.aspatcampania.it – aspatinforma@gmail.com

RIABILITAZIONE 2.0

Obiettivo precipuo del presente lavoro è la condivisione tra le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative di una griglia articolata e complessa di approfondimento critico delle diverse problematiche del Comparto ed al tempo stesso strumento in progress di sollecitazione delle istanze da trasferire al richiesto Tavolo Tecnico Permanente di confronto con la Regione Campania. Il documento si articola in tre parti e descrive le criticità dell'intera Macroarea Assistenziale, cioè Riabilitazione art. 26, Sociosanitario RSA e Salute Mentale senza indicarne una valutazione di priorità e di urgenza.

1) **FABBISOGNO ASSISTENZIALE – TETTI DI SPESA E CORRELATI CONTRATTI DI STRUTTURA**



- (1a)** In ragione del cambio di paradigma annunciato con DCA 83/19 il fabbisogno deve essere definito in base al mix del dato storico LEA ed equiparazione delle cd. “quote capitarie” (art. 28 L. 32/94) al fine di rispettare le esigenze territoriali ed addivenire ad una **perequazione e parità di attribuzione dei budget per ciascuna ASL** (= principio di pari opportunità assistenziale).
- (1b)** In considerazione di quanto accaduto sistematicamente dal 2016 a tutto il 2019 con riguardo ai **setting Residenziale/Semiresidenziale**, in misura annua di circa 13/14 Mln di euro, la programmazione deve **rimodulare**, accrescendoli in egual misura e quindi ad isorisorse, **i budget dei setting Ambulatoriale / Domiciliare** che diversamente hanno visto il superamento dei tetti assegnati a ciascuna struttura con conseguente recrudescenza del contenzioso legale.
- (1c)** per quanto attiene la succitata criticità consentire l'attribuzione del budget di singola struttura per la **quota ambulatoriale/domiciliare** quanto più prossima al “valore più performante” degli ultimi tre anni (no media – riconosciuto e liquidato).

- (1d) definire a priori una **griglia di “casi particolari”**, determinatisi a causa di condizioni orogeografiche e socio-ambientali, ben noti alla P.A. ed alle compagini dei Tavoli Tecnici Aziendali, al fine di apportare adeguati correttivi in termini di implementazioni quali-quantitative dell’offerta.
- (1e) aggiornare la programmazione ex DCA n. 53/2018 e incrementare, per l’acquisto da privato, i tetti prestazionali e di spesa delle **prestazioni sanitarie – residenziali e semiresidenziali – per la Salute Mentale** per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, sulla base dei posti letto accreditati e in ragione dei diversi livelli di complessità e intensità assistenziale;
- (1f) aggiornare la programmazione ex DCA n. 53/2018 e incrementare, per collocamento dei pazienti presso le **Case Alloggio** per persone adulte con disagio psichico a valenza sociosanitaria e a bassa intensità assistenziale, i limiti prestazionali e di spesa delle prestazioni sociosanitarie residenziali per la Salute Mentale per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, sulla base dei posti letto censiti di offerta attiva.

2) INNOVAZIONE ED IMPLEMENTAZIONI DI SETTING



- (2a) adozione di linee guida regionali, da applicarsi omogeneamente su tutti i territori provinciali, concernenti la **disciplina delle gare di appalto dei setting**
- 1> **Cure prestazionali domiciliari**
 - 2> **Cure palliative**
 - 3> **ADI nei suoi tre gradi**
 - 4> **Prestazioni sanitarie di residenzialità psichiatrica territoriale a ciclo continuativo (SIR) e diurno (CDP);**

con particolare riguardo alla definizione dei soggetti erogatori quali titolari di accreditamento definitivo/istituzionale ai sensi del D.Lvo 502/92 e/o di soggetti prestatori privati, risultanti non accreditati ai sensi dell'art. 8-quater del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. né rientranti nell'ambito delle sperimentazioni gestionali, come disciplinate dall'art. 9-bis del predetto D. Lgs.

In altri termini, specificando i limiti di operatività, stabiliti da numerose pronunce giurisprudenziali, delle cd. COOPERATIVE afferenti a regolamento n. 4 delle Politiche Sociali.

(2b) in ambito di **continuità terapeutica ed assistenziale**, con particolare riguardo alla transizione da regime intensivo (cod. 56) a quello estensivo riabilitativo costituire delle solide basi alle previste Reti integrate tempo- dipendenti, sollecitando la piena sinergia dei team, consentendo alle strutture di implementare la propria offerta di servizi nella direzione della mission prescelta e quindi attivare i settori specifici e formare il personale specializzandolo per l'esecuzione ottimale dei vari PERCORSI – obiettivi (ad es. frattura femore / ICTUS / DSA / BPCO, etc.);

(2c) ricognizione ed inclusione nella Macroarea della Riabilitazione (in quanto LEA) delle **prestazioni attinenti le patologie dello spettro autistico**, il tutto in un Setting / Area appositamente dedicato, consapevoli della definizione caso-specifica di tali patologie che ne impongono una impostazione come “progetto di vita” e quindi con una necessaria apertura socio-pedagogica ed assistenziale in direzione del territorio (ambiente di vita del paziente) e della scuola.

(2d) limitare, in base ai risultati della sperimentazione degli ultimi tre anni, l'accesso al **setting “piccolo gruppo”**, tra l'altro sottoutilizzato per evidenti difficoltà dei prescrittori, o in subordine consentire di riconvertirlo in percorso di gruppo tendente ad aspetti occupazionali.

(2e) con riferimento alla implementazione/riqualificazione dell'assistenza socio-sanitaria territoriale alla disabilità e agli adulti/anziani non autosufficienti per intensità di cure, centrate sui bisogni clinici e assistenziali del paziente, **portare a compimento il percorso di innovazione, semplificazione, riordino e sistematizzazione della normativa di varia fonte relativa alle strutture RSA disabili e adulti/anziani**, attraverso:

- la disciplina e l'attivazione dei setting RD1 – Riabilitazione intensiva – e RD2 – Età evolutiva -;
- il riesame, l'armonizzazione e il riassetto dei requisiti, criteri, procedure di accesso e tariffe inerenti alle RSA Unità di Cura R3-RD3-R2D-R2, per il tramite di un Testo Unico di consolidamento e adeguamento normativi in materia di assistenza socio-sanitaria.

(2f) in rapporto agli **interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza**, sbloccare le attivazioni di nuove strutture – S.I.R.M.I.V. (Strutture Intermedie Residenziali per Minori a Intensità Variabile) e S.I.Se.M. (Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori) – entro i limiti del fabbisogno programmato previsto. Inoltre, con riferimento alle **strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche territoriali per adulti** – SIR (Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative) e CDP (Centri Diurni Psichiatrici) –, regolare la relativa offerta sanitaria territoriale di Salute Mentale;

(2g) garantire la piena e completa integrazione delle **Case Alloggio** – a valenza socio-sanitaria a bassa intensità assistenziale – per persone adulte con disagio psichico, autorizzate/accreditate ai sensi del regolamento 4/2014 dal sistema di welfare locale afferente ai Piani di Zona, nell'ambito della filiera riabilitativa di assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone con disturbi mentali.

3) MODIFICHE A DETTATI NORMATIVI, REVISIONE DEI REQUISITI, RICOGNIZIONE CCNL E RIMODULAZIONE DEL SISTEMA TARIFFARIO



- (3a)** In sede di Conferenza Stato-Regioni **chiedere il superamento del blocco**, imposto in epoca Piano di Rientro, **relativo alla erogazione delle prestazioni a cittadini non residenti in Campania** al fine di compensare il dato della mobilità passiva extraregionale e valorizzare le prerogative di attrattività delle nostre strutture socio-sanitarie residenziali. Tutto ciò per fare analisi delle cause della cospicua mobilità passiva extraregionale in Riabilitazione ed avviare un rigoroso programma di recupero dei pazienti campani che si curano lontano dai loro luoghi di residenza.
- (3b)** Colmare il pericoloso **vuoto normativo determinato dal DCA 154/2014** che ha revocato gli standard strutturali specifici dei diversi setting erogativi, di cui alla DGRC 6757/96 ed all'allegato protocollo di intesa sull'attività riabilitativa ex art. 26 L. 833/78.
- (3c) Rivisitazione**, sulla base del punto precedente, **dei requisiti di personale** (cd. organizzativi) **e di quelli tecnologici** per una maggiore appropriatezza ed aderenza alle innovazioni introdotte da mission come quelle riferite ai “percorsi di continuità terapeutica” ed altro.
- (3d) Ridefinizione del processo di accreditamento definitivo/istituzionale** (siamo tutti C - Salute a noi!) con assegnazione di livelli maggiormente differenziati in base ai requisiti posseduti e collegati a “tariffe premiali”. Tutto ciò per far crescere, in un ambito di concorrenza leale tra gli operatori, la competitività e quindi la complessiva qualità delle prestazioni erogate dal privato accreditato;
- (3e)** Costituzione di un **Tavolo Tecnico Regionale per la Salute Mentale** come da Nota congiunta GRC DG Tutela della Salute e DG Politiche Sociali e Sociosanitarie prot. n. 123440 del 22/02/2018, allo scopo di «*aprire un*

confronto» nell'ambito delle attività tese a «dare maggiore chiarezza ordinamentale e operativa nonché appropriatezza» alla intera filiera di offerta regionale dei servizi intermedi di salute mentale.

(3f) Costituzione di un Tavolo Regionale di confronto per :

- 1) una puntuale **ricognizione dei CCNL in carico alle strutture private erogatrici**, con la precipua finalità di verificarne l'aderenza alle normative ed alle novità giuslavoristiche intervenute negli ultimi anni;
- 2) l'urgente e indifferibile **rimodulazione delle Tariffe Riabilitative** (ex DCA 153/2014) e **Sociosanitarie** (ex DCA 110/2014), alla luce del principio di equiparazione della componente di diritto privato a quella di diritto pubblico, finalizzato ad una piena e concreta integrazione delle due anime del Servizio Sanitario Nazionale.

Precisazioni e ringraziamenti



Si precisa che ciascuno dei punti indicati nella Piattaforma “Riabilitazione 2.0” è stato oggetto di **accurata elaborazione tematica a cura del Centro Studi ASPAT (Direttore Dr. Santolo Lanzaro)** con la collaborazione associativa di specifiche Commissioni Consultive Permanenti di settore, costituite su base volontaria da Soci e Consulenti delle diverse materie, a cui **rivolgiamo i nostri più sentiti ringraziamenti** per l'indefesso e qualificato lavoro di analisi e sintesi svolto in ordine alle diverse problematiche della Macroarea Assistenziale.

Le elaborazioni e le documentazioni sopramenzionate restano ovviamente nella disponibilità di tutte le strutture riabilitative e sociosanitarie associate.

Il Presidente Polizzi