



Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

Precisiamo che come illustrato nel corso della Conferenza Stampa i temi della Riabilitazione / Sociosanitario e Salute Mentale sono in corso di redazione e di confronto con le altre AdC.

Pertanto, a conclusione dei lavori sarà nostra cura portarli a conoscenza dei Soci.

ASPAT Campania
Centro Direzionale - Torre Avalon E/3 – 80143 Napoli
Tel. 081/7345053 – Fax 081/7345679
www.aspatcampania.it
aspatinforma@gmail.com

RIABILITAZIONE 2.0

Punti di una redigenda Piattaforma da condividere con le AdC maggiormente rappresentative del Comparto.

1) Fabbisogno assistenziale

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).

2) Tetti di spesa e correlati contratti di struttura

(2a) In considerazione di quanto accaduto sistematicamente dal 2016 a tutto il 2019 circa 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.

(2b) 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).

(2c) 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.

3) Innovazione ed implementazioni di setting

(3a) 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;**

con particolare riguardo alla definizione dei soggetti erogatori quali titolari di accreditamento definitivo/istituzionale ai sensi del D.Lvo 502/92.

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

(3b) 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.);

(3c) 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 dedicata, 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.

(3d) limitare, in base ai risultati della sperimentazione degli ultimi due 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.

4) Modifiche a dettati normativi e revisione CCNL

(4a) 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 Campani 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.

(4b) 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.

(4c) 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.

(4d) 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 la competitività e quindi la complessiva qualità delle prestazioni.

(4e) **Costituzione di un Tavolo Regionale e di una Cabina Unica** (Ente Regione, Organismi Datoriali e OOSLL) **per una puntuale ricognizione dei CCNL** in carico alle strutture private accreditate con la precipua finalità di verificarne l'aderenza alle normative ed alle novità giuslavoristiche intervenute negli ultimi anni. L'obiettivo finale potrebbe essere quello di condividere un Contratto Unico di Area.