

Tavolo tecnico – area riabilitazione ex art. 26

Il giorno 12 giugno 2018 alle ore 15.30 presso la sala riunione della direzione generale dell'ASL Salerno, via Nizza 146, si è tenuto il tavolo tecnico tra i rappresentanti dell'ASL e i rappresentanti delle Associazioni di categoria.

Sono presenti:

- per l'A.S.L. Salerno: direttore amministrativo, dott.ssa Antonella Tropiano, dr. Mario Forlenza, dr.ssa Maria Grazia Panico e dr. Arcangelo Saggese Tozzi;
- per le Associazioni di categoria: ASPAT dott. Gambardella + 1, ANFASS dott. Cerracchio, NOVA CAMPANIA dott. Mastroberardino e dott. Pagano, CONFINDUSTRIA dr. Raiola, ANPRIC dott. Napoli e dott. Condò, ARIS dott. Pignotti.

Il tavolo tecnico è pertanto costituito con regolarità.

Il dott. Mastroberardino rappresenta che altri tavoli sono considerati regolarmente costituiti anche con la presenza 2 rappresentanti appartenenti alla stessa Associazione di categoria.

Il direttore amministrativo (ASL) acconsente alla presenza dei due rappresentanti e introduce l'argomento oggetto della riunione riguardante il decreto 41/2018. Evidenzia i tempi strettissimi per la conclusione (adozione della relativa deliberazione), in quanto il Governatore ha formalizzato che entro il 15 bisognerà chiudere con le Associazioni di categoria ed entro luglio con le case di cura. Riferisce che entro domani (13 giugno) sarà trasmesso il tabulato relativo all'anno 2017, perché in fase di definizione. Il decreto 41/2018 definisce le attività da espletarsi e costituisce il punto di riferimento per gli anni 2018.2019, relativamente all'assistenza domiciliare/ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale.

Il dr. Forlenza (ASL) identifica i requisiti per valutare il fabbisogno delle strutture ed essere vicini al territorio.

La dr.ssa Panico (ASL) fa presente di avere elaborato i dati trasformando quelli consolidati dal 2014 (al 2017) alla luce dei criteri fissati dal decreto 41, numeri che rappresentano la base di discussione e su come trovano concretizzazione nell'ASL. Quindi, si è partiti dai dati di attività 2014-2017, sono stati applicati i criteri del decreto 41 e lo sviluppo ha costituito la base per capire come il decreto determina l'impostazione dell'ASL. Successivamente saranno prese in considerazione proposte più concrete, con la collaborazione delle Associazioni, per la valutazione di situazioni particolari.

Il dr. Forlenza (ASL) che bisogna tenere presente il fabbisogno ma è corretto considerare la capacità del centro di svolgere le attività.

Il dott. Pagano (NOVA CAMPANIA) evidenzia come la norma regionale non tenga conto della mobilità attiva e di quella passiva, infatti, contrariamente al 2014, quando vi erano somme vincolate, ciò non si è più verificato nel 2015. La Regione Campania si è servita del lavoro fatto con l'Agenas che evidenzia squilibri tra tetti di spesa e numero di popolazione. Per superare tale squilibrio sono stati introdotti criteri integrativi a quello della spesa storica, con una maggiore coerenza tra fabbisogni e tetti di spesa. Si evita che pazienti si rechino in zone diverse dalla propria residenza. Per questi motivi è opportuno che l'ASL attribuisca i tetti di spesa evitando che si determinino squilibri nell'attribuzione ai distretti delle quote pro capite.

Il direttore amministrativo (ASL) fa presente che le oscillazioni sono gestibili; si propone un quadro che può essere utile sia in termini di capacità sia più completo affinché l'ASL possa ottenere una buona risposta assistenziale.

Il dott. Cerrato (ANFASS) evidenzia che i dati di produzione hanno una criticità intrinseca.

La dr.ssa Panico (ASL) illustra i criteri utilizzati per l'attribuzione ai singoli centri di volumi prestazionali di riabilitazione ex art. 26, ambulatori e domiciliari e correlati volumi di spesa alla luce del decreto 41/2018. Riferisce che i volumi prestazionali sono stati calcolati sulla media delle prestazioni erogate nel quadriennio

Wky

Forlenza
2018

2014-2017, rilevabili dal file H. in realtà il decreto 41 prevede che l'attribuzione dei volumi prestazionali sia effettuata sulla media delle prestazioni *riconosciute* nel quadriennio.

Dopo discussione sul significato del termine *ricosciuto* si è stabilito di utilizzare la media delle prestazioni effettivamente liquidate e in corso di liquidazione.

Il dott. Cerracchio (ANFASS) sottolinea che la regione sta lavorando sull'appropriatezza prescrittiva e sulle modalità di controllo. L'equilibrio dell'assegnazione deve essere presente anche all'interno dell'ASL. Relativamente al piccolo gruppo a cui è destinato l'1%, se non ci sono prescrizioni come si arriva al 3%? Non si possono ignorare le prescrizioni relative all'autismo. Sottolinea come il tema dell'autismo sia poco condiviso. Sono necessarie risposte concrete.

Il direttore amministrativo (ASL) evidenzia la necessità di doversi attrezzare in modo autonomo, strutturando l'idea, al momento non ci sono novità. Molte giudizi vedono l'ASL soccombente. Sarebbe l'occasione giusta per costruire il percorso. 23 centri sono disponibili ad occuparsi di autismo e i pazienti non possono interrompere la terapia, bisogna garantire ai pazienti la continuità assistenziale. Il tema dell'autismo potrebbe essere un elemento di valutazione ai fini della determinazione dei criteri discrezionali.

Anche l'innovazione, la localizzazione, l'accessibilità, la vocazione territoriale, la tecnologia ed il bacino di senza dovranno essere considerati ai fini della determinazione dei tetti di spesa è oggetto di discussione del tavolo tecnico.

L'Azienda ha 5 giorni per la definizione di una proposta che sia condivisibile, pertanto deve pensare a una proposta ridimensionata. Si lavorerà sulla base dei concetti condivisi.

Rispetto al liquidato i margini di manovra sono gli stessi.

Il rappresentante ANPRIC Condò ritiene che il dato più realistico sia quello della produzione e non del liquidato. Tutto è legato al significato che si dà alla parola produzione. Sottolinea che parlare di liquidato e, quindi, di remunerato, non terrebbe conto di quanto ancora l'ASL non ha corrisposto ai centri, saldo di novembre 2017, acconto e saldo del mese di dicembre 2017. Si tratta di crediti vantati, scaduti rispetto alla date di pagamento contrattualizzate, oggetto di ulteriori oneri per l'ASL.

Il dott. Mastroberardino (NOVA CAMPANIA) osserva che il lavoro presentato dall'ASL per l'assegnazione dei tetti di spesa 2018/2019 per i regimi ambulatoriale/domiciliare, come esposto dalla dr.ssa Panico non è conforme ai criteri fissati dal decreto 41/2018 che stabilisce modifiche ai fini della determinazione dei tetti di spesa. Fa riferimento all'art. 8 comma a) del decreto 41 e ritiene che si debba partire dalla media dei volumi prestazionali riconosciuti nel quadriennio 2014/2017. Non bisogna utilizzare il consuntivo dei fatturati del periodo 2014/2017 al lordo degli sforamenti dei tetti di spesa riconosciuti, in quanto discriminante nei confronti di quei centri il cui ambito territoriale è di competenza di quei distretti limitano le autorizzazioni ai trattamenti riabilitativi, a differenza di altri distretti dove ciò non accade. E' necessario attenuare queste differenze, impiegando risorse economiche.

NOVA CAMPANIA propone:

- 1) di utilizzare la media dei volumi prestazionali riconosciuti;
- 2) di dedicare una parte delle risorse economiche che sono assegnate all'ASL per equilibrare le differenze tra distretti e incrementare i tetti di spesa ai distretti al di sotto della quota media;
- 3) di distribuire la parte destinata alle prestazioni piccolo gruppo (obiettivo regionale);
- 4) di dedicare maggiore attenzione all'autismo nei pazienti di età evolutiva, destinando a dedicare una quota.

Il sen. Napoli chiede quando i dati del consuntivo saranno resi noti e quando verranno disposti i pagamenti dei crediti vantati dai centri.



Il dr. Forlenza sottolinea che i lavori sui dati consuntivi 2017 sono quasi terminati e la tabella di chiusura sarà comunicata la settimana prossima con i criteri utilizzati per arrivare a quei numeri. Evidenzia che a fine mese (30 giugno p.v.) sarà liquidato il saldo di novembre 2017 e dell'acconto e del saldo del mese di dicembre 2017, al netto dei crediti vantati.

Il sen. Napoli sottolinea che il decreto 41 merita un'attenta lettura. L'Anpric per quanto attiene al riconosciuto fa riferimento alla produzione. Sottolinea che per il bacino di utenza domiciliare/ambulatoriale è necessario effettuare una perequazione tra i distretti che attualmente registrano situazione di squilibrio estremamente evidente. Su tale situazione chiede approfondimenti e risposte da parte dell'ASL con una rivisitazione da parte della provincia nella distribuzione dell'assistenza territoriale.

Il direttore amministrativo (ASL) prende spunto dalla proposta del dott. Mastroberardino. Il decreto 41 apre uno scenario ulteriore rispetto ai dati storici, potrebbe essere punto di lavoro una identificazione dei criteri che possano fare in modo che possano far diventare la differenza il valore aggiunto alla distribuzione dei tetti o solo una parte: autismo, tecnologia, ecc. evidenzia, ancora, la necessità di stendere una lista di elementi da puntualizzare e preparare il tabulato con i criteri e i numeri rimodulati.

Il sen. Napoli propone l'ipotesi di utilizzare ulteriori fondi da destinare all'assistenza dei minori in età evolutiva.

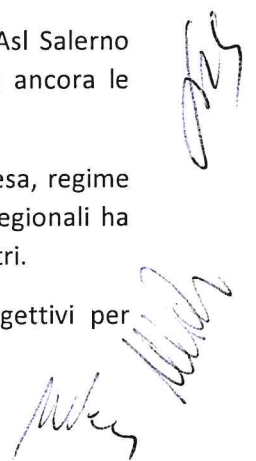
Il dr. Forlenza (ASL) sottolinea che l'idea era di proporre un lavoro come quello presentato, quale elemento di base per una riflessione per tentare di introdurre elementi che nel decreto 41 sono definiti come criteri di tipicità, come declinati all'art. 8, punto a). Questi criteri sono difficili da rappresentare in termini di indicatori oggettivabili, l'obiettivo era di rendere la proposta credibile e sostenibile nella decisione che avrebbero dovuto assumere i centri.

Il dr. Raiola (CONFINDUSTRIA) ritiene che nel decreto 41 siano stati fatti passi in avanti che la regione Campania ha dichiarato già nel 2011, quando nello studio condotto con Agenas (POAT 2011-2013), il dott. Postiglione evidenziava situazioni di squilibrio sulle modalità di finanziamento rappresentata dalla spesa storica, elemento discriminante in quanto ha come conseguenza di cristallizzare le situazioni. Mette in evidenza l'analisi di costi e delle prestazioni, legge alcuni dati, e sottopone la difficoltà di erogare assistenza a pazienti che si trovano in aree disagiate o con difficoltà a raggiungere il centro di riabilitazione. Continua sottolineando il *totale dissenso con quanto esposto da Nova Campania. La revisione dei volumi di attività va fatta tenendo separate le prestazioni per residenti in ASL da prestazioni per residenti fuori ASL. Ogni distretto va valutato rispetto al valore medio regionale. Per quanto riguarda la tecnologia, negarne l'importanza in riabilitazione significa ignorare che le prestazioni con supporto robotico sono entrate nei LEA. La posizione è antiscientifica, da decrescita felice.*

Il dott. Mastroberardino (NOVA CAMPANIA) non è d'accordo con il dr. Raiola. Osserva che l'Asl Salerno deve tenere conto di quanto disposto nell'accordo contrattuale all'art. 4 comma 1. Osserva ancora le riconversioni non incidono sulla determinazione dei tetti di spesa.

Il dott. Pagano (NOVA CAMPANIA) evidenzia che relativamente all'assegnazione dei tetti di spesa, regime residenziale e semiresidenziale, il fatto che siano stati applicati criteri non conformi a quelli regionali ha causato notevoli danni ai centri. Invita l'ASL a trovare soluzioni che evitino danni a carico dei centri.

Il direttore amministrativo (ASL) evidenzia la necessità che siano individuati dei criteri oggettivi per superare le problematiche rappresentate.



Il dott. Raiola (CONFINDUDTRIA) sottolinea come nulla può farsi relativamente alla localizzazione dei centri, ma sicuramente sulla tipologia di assistiti con riferimento ai minori.

Il rappresentante ASPAT, dott. Salzano, evidenzia che "l'Associazione rappresenta 45 centri e in relazione ai punti 1 e 2 dell'odg attende di ricevere in maniera ufficiale i tabulati relativi alle prestazioni e correlati limiti di spesa dell'anno 2017 e se la parte pubblica lo ritiene opportuno, la proposta di atto deliberativo in via di emanazione. L'ASPAT, ovviamente, si riserva di inviare immediatamente le proprie osservazioni".

Il dott. Cerracchio richiede l'invio della proposta dell'atto deliberativo; alla richiesta si associano anche gli altri rappresentanti delle Associazioni. Si sofferma ancora sulla tipologia di utenza: età e complessità del caso. Relativamente al file H, il medico prescrittore deve inquadrare bene la prescrizione.

La dr.ssa Panico rappresenta che i codici ICD IX dei file H sono spesso errati e incongruenti tanto da rendere difficoltosa l'individuazione della tipologia di pazienti.

Il dott. Mastroberardino evidenzia la necessità di istruire i medici prescrittori nell'implementazione dei piccoli gruppi per garantire le liste di attesa e nella corretta compilazione del file, in attesa che dell'utilizzo di SANIARP.

Il sen. Napoli condivide quanto detto dal dott. Gambardella, ritenendo necessario prestare particolare attenzione ai minori che hanno necessità di continuità prestazionale.

Il dott. Pignotti (ARIS) propone di tenere conto dell'età evolutiva e del riconosciuto. Il progetto riabilitativo deve assicurare la continuità terapeutica ai disabili in età evolutiva sulla base della complessità presentata da ogni paziente ovvero la presenza di più disabilità.

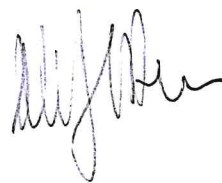
Il dott. Raiola evidenzia come sia difficile assicurare prestazione domiciliari riabilitative.

Il dott. Pagano ha sottolineato l'ipotesi di distribuire le risorse con riferimento alla topografia del centro. In sintesi propone:

- 1) meno difformità pro capite tra i distretti;
- 2) maggiore attenzione all'età evolutiva;
- 3) maggiore attenzione alla patologia.

Il direttore amministrativo (ASL) sottolinea che una volta individuate le aree di intervento si può iniziare a lavorare.

Il dott. Mastroberardino osserva quanto la Regione Campania acquista dal privato. Il decreto 41 è legato non al fabbisogno ma all'acquisto. Intende il riconosciuto come il pagato.



A.N.P.R.I.C

Associazione Nazionale Presidi di Riabilitazione Convenzionati

Alla c.a.

dr.ssa Antonella Tropiano – Direttore amministrativo ASL
SA

dr. Mario Forlenza – Direttore assistenza accreditata ASL
SA

p.c. dr. Antonio Giordano – Direttore Generale ASL
SA

Oggetto: DCA 41/2018 del 29/5/18 in attesa di pubblicazione - Criteri di attuazione e definizione dei contratti 2018/2019.

A seguito della riunione del 12 giugno u.s. del tavolo tecnico e in vista dell'incontro previsto per domani 14 giugno ore 13, riteniamo opportuno fornire un contributo di analisi, riflessione e proposta sui punti che, come ANPRIC, riteniamo essenziali per l'attuazione della DCA 41/18 e la definizione dei contratti 2018/2019.

1. RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

- Il tetto dei volumi prestazionali e della spesa devono essere identici a quelli del 2017.
- I criteri di assegnazione devono essere gli stessi del 2017.

2. AMBULATORIALE

- La media quadriennale deve essere considerata non sulla base dei tetti di spesa ma sul fatturato per le prestazioni effettivamente rese. Questo è l'unico criterio che consente di approssimarsi al fabbisogno reale.
- Ai sensi della DCA 41 i tetti di spesa devono essere definiti considerando, oltre alla media quadriennale, i seguenti elementi essenziali:
 - localizzazione
 - accessibilità
 - vocazione
 - tecnologia
 - bacino di utenza.
- Per poter applicare i primi quattro elementi di valutazione (localizzazione, accessibilità, vocazione, tecnologia) è necessario che siano misurabili, e quindi che per ognuno di essi venga stabilito un punteggio. Ciò in quanto esistono differenze notevoli tra i 29 centri. Da un lato, infatti, troviamo centri che sono periferici, ubicati in seminterrati, poveri di tecnologie, dall'altro invece troviamo centri urbanisticamente centrali, di grandi dimensioni, perfettamente accessibili con parcheggi dedicati, tecnologie d'avanguardia e vocazione consolidata. La delibera impone che non siano considerati allo stesso modo.
- Il bacino di utenza, sesto elemento di valutazione, è un parametro fondamentale. Al momento c'è una sperequazione macroscopica con la conseguenza intollerabile di avere cittadini di "serie a, di serie b e di serie c".

Non è pensabile che nella stessa ASL, dove la media attuale è 0,71 terapie/abitante, ci siano cittadini che hanno il 127% di possibilità di andare in terapia (distretto 62) e altri che hanno solo il 21% delle possibilità (distretto 71).

Come non è pensabile che rispetto alla spesa procapite, la cui media è di 30,38, si passi da 55,08 euro/abitante (distretto 62) a 8,98 euro/abitante (distretto 71).

È urgente superare da subito questa grave ingiustizia sociale. Innanzitutto utilizzando i fondi aggiuntivi destinati dalla Regione, pari a 2,113 milioni di euro per 55.811 terapie. Tali fondi devono essere assegnati esclusivamente a coloro che sono al di sotto della media di 0,71 terapie/abitante e di 30,38 euro/abitante, e non certo ai Distretti che già ora superano i valori medi. Solo così si può iniziare una perequazione indispensabile e progressiva.

(vedi All. 2)

3. DOMICILIARE

- La DCA 41/18 assegna il 30% e non di più alle terapie domiciliari. Ogni centro quindi per rispettare il decreto non deve superare questo limite, ciò anche per non favorire i centri meno qualificati a svantaggio di quelli più qualificati e attrezzati. Infatti per le terapie domiciliari è sufficiente avere 1 metro quadro mentre per le terapie ambulatoriali occorrono 3,2 metri quadri (delibera 6757/96).
- Anche in questo caso si registrano disparità insostenibili: si passa dal centro che, senza deroga, fa addirittura il 42,04 % di domiciliari (sempre nel distretto 62) a quello che ne fa solo il 12,30%.
Per altro su 11 centri che superano il 30% solo quattro hanno la deroga. Eliminare queste disparità è ovviamente fondamentale e urgente.

(vedi All.1)

4. ETA' EVOLUTIVA

- La DCA 41/18 stabilisce con chiarezza che i pazienti in età evolutiva devono essere trattati con “precocità e tempestività”, rispettando il criterio della libera scelta della struttura in cui curarsi.
- Applicare questi criteri è un principio inderogabile: per un minore affetto da autismo o da paralisi cerebrale infantile o da altre patologie gravi (e sono molti), qualsiasi minimo ritardo potrebbe comportare danni irreversibili.

5. LISTE DI ATTESA E FABBISOGNO.

- La DCA 41/18 stabilisce che ogni centro deve consegnare la propria lista al distretto di appartenenza ogni due mesi. Questo non può essere considerato come un adempimento statistico burocratico ma deve essere uno strumento per affrontare e risolvere il problema delle liste di attesa. In particolare i distretti devono: a) rispettare il diritto dei minori ad entrare subito in terapia; b) aggiornare progressivamente l'analisi del fabbisogno.
- In riferimento all'analisi del fabbisogno, il ruolo della ASL è di grande importanza. Per esercitarlo in pieno sarebbe opportuno che la ASL istituisca una propria commissione sul fabbisogno per poter fornire strumenti adeguati alla commissione istituita dalla Regione. Considerando che il fabbisogno può essere determinato solo partendo da due dati: il fatturato per prestazioni rese nell'ultimo semestre (o al massimo nell'ultimo anno) e le liste d'attesa.

Considerando anche che, ovviamente, il fabbisogno non può collocarsi al di sotto dello 0,85, ovvero dell'indice procapite regionale.

6. CONCLUSIONI.

La DCA 41/18 (ad oggi non pubblicata) prevede 45 giorni dalla notifica per pervenire ai contratti. C'è quindi la massima urgenza.

Ma l'urgenza deve essere unita alla necessità di applicare la delibera in modo da migliorare la situazione, rispettando i principi e il dettato della delibera stessa.

Siamo di fronte a un bivio che determinerà la realtà della riabilitazione per i prossimi anni, e quindi la risposta che sapremo dare alle esigenze dei pazienti, in particolare minori e anziani, che hanno un bisogno assoluto di cura.

Il bivio è semplice: o si lasceranno le cose così come stanno, peggiorando iniquità macroscopiche a danno dei cittadini e del livello dei servizi, oppure si coglierà l'occasione della delibera per attribuire le terapie in modo efficace e ponderato, migliorando i servizi, avvicinandosi al fabbisogno reale, rispettando i criteri di valutazione indicati dalla Regione per valorizzare la qualità dei centri.

La prima strada è per noi inaccettabile, la seconda l'unica possibile. Per questo siamo pronti a lavorare giorno e notte, a collaborare in tutti i modi con ASL, con la massima disponibilità e determinazione. Chiediamo quindi un incontro *ad horas*, con spirito totalmente costruttivo, perché i nuovi contratti non siano un passo indietro ma un importante passo avanti sulla strada di una riabilitazione equa, giusta, efficace. In linea con quanto più volte affermato dal

Governatore su fabbisogno ed equità come criteri fondamentali per la definizione dei tetti di spesa e sul diritto alla cura, in particolare per i minori.

Il delegato Sen. dott. Roberto Napoli



Allegati.

1. centri in ordine di distretto con % domiciliare
2. distretti con bacino d'utenza – media prestazioni e spesa procapite

Salerno 13 giugno 2018

QUADRO n.1 PER ASL - CENTRI IN ORDINE DI DISTRETTO CON % DOMICILIARE

N°	STRUTTURA	Distretto		Tetto di spesa 2017 Contrattualizzato		
		N°	Comune	Terapie	Quantità	% Domiciliare su quantità
1	FONDAZ."F.G." (Nocera Inf.) (LARS)	60	Nocera Inferiore	AMBULATORIALE	16.575	
				DOMICILIARE	6.789	29,06%
				totale	23.364	
2	VILLA DEI FIORI	60	Nocera Inferiore	AMBULATORIALE	32.505	
				DOMICILIARE	5.546	14,58%
				totale	38.051	
3	FONDAZ. SCOPPA	61	Angri	AMBULATORIALE	34.551	
				DOMICILIARE	12.607	26,73%
				totale	47.158	
4	JUVENTUS (LARS)	62	Sarno	AMBULATORIALE	23.387	
				DOMICILIARE	8.954	27,69%
				totale	32.341	
5	LARS	62	Sarno	AMBULATORIALE	46.171	
				DOMICILIARE	33.495	42,04%
				totale	79.666	
6	ASS.LA NOSTRA FAMIGLIA	63	Cava dei Tirreni	AMBULATORIALE	24.282	
				totale	24.282	
7	FONDAZ."F.G." (Maiori)	63	Cava dei Tirreni	AMBULATORIALE	13.681	
				DOMICILIARE	7.898	36,60%
				totale	21.579	
8	TE RI	63	Cava dei Tirreni	AMBULATORIALE	28.867	
				DOMICILIARE	12.454	30,14%
				totale	41.321	
9	CIVITAS DEROGA	64	Eboli	AMBULATORIALE	13.939	
				DOMICILIARE	8.625	38,22%
				totale	22.564	
10	ELAION	64	Eboli	AMBULATORIALE	21.908	
				DOMICILIARE	3.401	13,44%
				totale	25.309	
11	SAN LUCA (B)	65	Battipaglia	AMBULATORIALE	35.521	
				DOMICILIARE	16.128	31,23%
				totale	51.649	
12	TIVAN	65	Battipaglia	AMBULATORIALE	25.328	
				DOMICILIARE	7.750	23,43%
				totale	33.078	
13	ANFFAS DEROGA	66	Salerno	AMBULATORIALE	16.047	
				DOMICILIARE	10.284	39,06%
				totale	26.331	
14	DON GNOCCHI	66	Salerno	AMBULATORIALE	25.154	
				DOMICILIARE	9.271	26,93%
				totale	34.425	
15	FONDAZ."F.G." (Pellezzano)	66	Salerno	AMBULATORIALE	2.950	
				DOMICILIARE	2.042	40,91%
				totale	4.992	
16	FONDAZ."F.G." (Salerno.)	66	Salerno	AMBULATORIALE	31.422	
				DOMICILIARE	13.001	29,27%
				totale	44.423	
17	IRFRI	66	Salerno	AMBULATORIALE	17.790	
				DOMICILIARE	8.116	31,33%
				totale	25.906	
18	SMALDONE (sede 1)	66	Salerno	AMBULATORIALE	270	
				totale	270	
19	IST. JUVENTUS	67	Mercato San Severino	AMBULATORIALE	30.861	
				DOMICILIARE	10.595	25,56%
				totale	41.456	
20	CTA	68	Giffoni Valle Piana	AMBULATORIALE	16.388	
				DOMICILIARE	11.429	41,09%
				totale	27.817	

QUADRO n.1 PER ASL - CENTRI IN ORDINE DI DISTRETTO CON % DOMICILIARE

N°	STRUTTURA	Distretto		Terapie	Tetto di spesa 2017 Contrattualizzato	
		N°	Comune		Quantità	% Domiciliare su quantità
21	IPRHA	69	Capaccio	AMBULATORIALE	11.655	
				DOMICILIARE	7.137	37,98%
				totale	18.792	
22	ORTOKINESIS	69	Capaccio	AMBULATORIALE	9.778	
				DOMICILIARE	7.088	42,03%
				totale	16.866	
23	CRM	70	Vallo della Lucania	AMBULATORIALE	19.593	
				DOMICILIARE	2.748	12,30%
				totale	22.341	
24	FKT CILENTO DEROGA	70	Vallo della Lucania	AMBULATORIALE	12.643	
				DOMICILIARE	10.175	44,59%
				totale	22.818	
25	MEDICA SUD	70	Vallo della Lucania	AMBULATORIALE	8.427	
				DOMICILIARE	2.557	23,28%
				totale	10.984	
26	MEDICAL R DEROGA	70	Vallo della Lucania	AMBULATORIALE	6.837	
				DOMICILIARE	9.897	59,14%
				totale	16.734	
27	JUVENTUS VIBONATI	71	Sapri	AMBULATORIALE	5.645	
				DOMICILIARE	3.797	40,21%
				totale	9.442	
28	CRON	72	Sala Consilina	AMBULATORIALE	8.220	
				DOMICILIARE	1.877	18,59%
				totale	10.097	
29	FONDAZ.JUVENTUS	72	Sala Consilina	AMBULATORIALE	9.725	
				DOMICILIARE	2.098	17,75%
				totale	11.823	
				Ambulat.Totale	550.120	
				Ambulat piccolo gruppo Totale		
				Domicil.Totale	235.759	30,00%
				TOTALE GENERALE	785.879	

QUADRO n.2 PER ASL - DISTRETTI CON Bacino d'utenza - media prestazioni e spesa pro capite

N°	STRUTTURE	COMUNE	DISTRETTO	TETTO DI SPESA 2017			POPOLAZIONE DEL DISTRETTO	% tra Tetto 2017 del Distretto diviso Popolazione del Distretto	Spesa pro capite attuale
				Terapie	Quantità	Valorizzazione (€)			
1	Strutture n. 2	Nocera Inferiore	60	AMBULATORIALE	49.080	2.044.845		0,53	
				DOMICILIARE	12.335	564.671		0,13	
				Totale	61.415	2.609.516	92.758	0,66	28,13
2	Strutture n. 1	Angri	61	AMBULATORIALE	34.551	1.439.572		0,37	
				DOMICILIARE	12.607	577.132		0,13	
				totale	47.158	2.016.704	94.556	0,50	21,33
3	Strutture n. 2	Sarno	62	AMBULATORIALE	69.558	2.898.152		0,79	
				DOMICILIARE	42.449	1.943.319		0,48	
				totale	112.007	4.841.471	87.903	1,27	55,08
4	Strutture n. 3	Cava dei Tirreni	63	AMBULATORIALE	66.830	2.784.524		0,71	
				DOMICILIARE	20.352	931.710		0,21	
				totale	87.182	3.716.234	94.669	0,92	39,26
5	Strutture n. 2	Eboli	64	AMBULATORIALE	35.847	1.493.583		0,35	
				DOMICILIARE	12.026	550.544		0,12	
				totale	47.873	2.044.127	102.489	0,47	19,94
6	Strutture n. 2	Battipaglia	65	AMBULATORIALE	60.849	2.535.304		0,85	
				DOMICILIARE	23.878	1.093.128		0,33	
				totale	84.727	3.628.432	71.298	1,19	50,89
7	Strutture n. 6	Salerno	66	AMBULATORIALE	93.633	3.901.245		0,63	
				DOMICILIARE	42.714	1.955.460		0,29	
				totale	136.347	5.856.705	149.733	0,91	39,11
8	Strutture n. 1	Mercato San Severino	67	AMBULATORIALE	30.861	1.285.846		0,44	
				DOMICILIARE	10.595	485.046		0,15	
				totale	41.456	1.770.892	69.831	0,59	25,36
9	Strutture n. 1	Giffoni Valle Piana	68	AMBULATORIALE	16.388	682.797		0,21	
				DOMICILIARE	11.429	523.229		0,14	
				totale	27.817	1.206.026	79.137	0,35	15,24
10	Strutture n. 2	Capaccio	69	AMBULATORIALE	21.433	893.008		0,38	
				DOMICILIARE	14.225	651.183		0,25	
				totale	35.658	1.544.191	57.076	0,62	27,05
11	Strutture n. 4	Vallo della Lucania	70	AMBULATORIALE	47.500	1.980.145		0,49	
				DOMICILIARE	25.377	1.161.767		0,26	
				totale	72.877	3.141.912	96.455	0,76	32,57
12	Strutture n. 1	Sapri	71	AMBULATORIALE	5.645	235.189		0,12	
				DOMICILIARE	3.797	173.833		0,08	
				totale	9.442	409.022	45.568	0,21	8,98
13	Strutture n. 2	Sala Consilina	72	AMBULATORIALE	17.945	747.691		0,26	
				DOMICILIARE	3.975	181.977		0,06	
				totale	21.920	929.668	68.342	0,32	13,60
		TOTALI	13	Ambulat.Totale	550.120	22.921.901		0,50	
				Ambulat piccolo gruppo Totale					
				Domicil.Totale	235.759	10.792.999		0,21	
				TOTALE GENERALE	785.879	33.714.900	1.109.815	0,71	30,38

TERAPIE AGGIUNTIVE E SPESA AGGIUNTIVA 2018

Ambulat.Totale	25.122	1.262.000
Ambulat piccolo gruppo Totale	17.432	244.000
Domicil.Totale	13.257	607.000
TOTALE GENERALE	55.811	2.113.000

TAVOLO TECNICO DELLA RIABILITAZIONE EX ART 26
DICHIARAZIONE A VERBALE DI CONFINDUSTRIA SANITA' SALERNO

Il DCA n. 41/2018 definisce, nell'allegato 1, i volumi prestazionali e di retribuzione per i vari setting assistenziali.

Per quanto concerne il Residenziale ed il Semiresidenziale, i volumi prestazionali e di spesa dei singoli Centri vanno fissati sulla base dei pp.ll. accreditati con le ulteriori specifiche di cui al punto 3. e alla lettera c) del testo del decreto e all'art. 4 punto 1. del Contratto (all. n. 4).

Confindustria ritiene che:

- 1) nella individuazione dei pp. ll. accreditati, le norme di riferimento siano il DCA n. 116/2014 ed il DCA n. 6/2015;
- 2) i Centri che si siano attenuti alle disposizioni dei succitati Decreti possono invocare la clausola di salvaguardia dei pp.ll. accreditati per quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno.

Eventuali integrazioni dei volumi prestazionali e di spesa vanno tempestivamente comunicate a questo Tavolo.

Salerno 14/6/2018


Vincenzo Raiola

Oltre a considerare i volumi di prestazioni medi riconosciuti nel quadriennio 2014 – 2017 e a riservare non meno del 40% del volume complessivo programmato a soggetti in età evolutiva di si ritiene individuare nei disordini del neurosviluppo, in particolare nei disordini dello spettro dell'autismo, e nei disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta ulteriori elementi da considerare nell'attribuzione dei volumi prestazionali.

CERRACCHI O - A W F F A S



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

UOD 05 - Interventi Sociosanitari

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2016. 0718259 04/11/2016 10,31

Mitt. : UOD Interventi socio-sanitari

Dest. : DIRETTORI GENERALI E DIRETTORI SANITARI DELLE AA.SS.LL....

Classifica : S2.4. Fascicolo : 02 del 2015



-Ai Direttori Generali
-Ai Direttori Sanitari
delle AA.SS.LL.
e p.c. :-Ai Sindaci dei Comuni Capofila

Oggetto: Chiarimenti valutazione multidimensionale

Pervengono alla scrivente U.O.D., da parte di associazioni di categoria e strutture che erogano prestazioni di riabilitazione estensiva e sociosanitarie, segnalazioni di difformità tra i diversi distretti sanitari in merito all'applicazione di criteri e modalità valutative del bisogno riabilitativo e del bisogno socio sanitario, anche con riguardo al passaggio tra i diversi setting e livelli assistenziali.

Si deve premettere, come già chiarito in precedenti comunicazioni, che la valutazione multidisciplinare, clinico-funzionale e globale del singolo caso è l'unico criterio che deve orientare la scelta del setting assistenziale nel quale collocare l'utente. Non è possibile individuare a priori e in via generalizzata le condizioni che determinano in automatico la individuazione del setting e/o del livello più appropriato di risposta al bisogno. La valutazione della complessità del bisogno, delle necessità assistenziali, la previsione dell'evoluzione della condizione clinica e sociale della persona che emergono dalla valutazione multidimensionale orientano la scelta e la definizione del progetto assistenziale.

Pertanto, come già affermato con le Linee guida regionali approvate con DGRC 482/2004 che recepiscono sostanzialmente i contenuti delle Linee guida del Ministero della Sanità del 7 maggio 1998, e poi con il Piano di Indirizzo per la riabilitazione, recepito con DCA n. 142/2012, qualora prevalga il bisogno riabilitativo e la modificabilità della situazione di menomazione e disabilità appropriatamente deve attivarsi l'intervento riabilitativo, che per definizione ha durata limitata e circoscritta nel tempo, sulla base di un Progetto Riabilitativo Individualizzato che individui gli obiettivi da perseguire, i setting e il livelli assistenziali in cui svolgere le attività assistenziali (dall'ospedale al territorio; dal livello intensivo all'estensivo), e il tempo in cui presumibilmente essi possono essere raggiunti.

La DGRC n. 482/2004, tuttora vigente, fissava in un tempo massimo di 240 giorni la durata dei trattamenti riabilitativi attraverso tutti i livelli assistenziali, individuando alcune eccezioni, in particolare riferendosi a gravi patologie a carattere involutivo e patologie cronico-degenerative cardiache e polmonari, che per le loro caratteristiche possono richiedere programmi riabilitativi che possono estendersi anche oltre tale durata se dalla valutazione multidisciplinare emergesse tale esigenza. Il progetto riabilitativo può e dovrebbe anche prevedere l'evoluzione del percorso assistenziale verso diversi setting (sociosanitari residenziali, semiresidenziali o domiciliari), o l'esigenza di riattivare l'intervento prevalentemente riabilitativo nelle fasi di riacutizzazione o stadi più avanzati della patologia. A tal fine si auspica il ricorso alla rivalutazione periodica dei piani di assistenza per la verifica degli esiti e dei risultati e per la valutazione della loro modifica.

Alla stessa maniera e secondo lo stesso principio della prevalenza del bisogno, tutti gli elementi emergenti dalla valutazione multidisciplinare e multidimensionale compresa la presenza o meno del sostegno familiare, l'età anagrafica, costituiscono elementi di valutazione del bisogno e della sua evoluzione ma non possono essere assunti quali unici o prevalenti criteri determinanti il setting assistenziale sociosanitario da attivare:



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

UOD 05 - Interventi Sociosanitari

Il compimento del 18° anno o del 65° anno non può di per sé e da solo essere la condizione che determina il passaggio dalla riabilitazione all'intervento sociosanitario, o dai setting sociosanitari per disabili a quelli per anziani; la condizione di modificabilità e la prevalenza della disabilità dovranno concorrere alla determinazione della scelta; così come la condizione della gravità della disabilità, che ha determinato l'inserimento in RSA o Centro Diurno e la scelta del livello assistenziale, deve essere ri-valutata nel tempo anche in relazione al sostegno familiare.

L'attuale orientamento –vedasi i lavori del Comitato per l'aggiornamento dei lea- è distinguere i livelli di assistenza residenziale in relazione alla tipologia di ospiti accolti e all'impegno assistenziale e tutelare che questi richiedono, prevedendo anche costi e quote di compartecipazione commisurate alla offerta garantita.

Sarà cura dell'U.V.I., utilizzando lo strumento di valutazione multidimensionale più appropriato tra quelli approvati in Regione Campania -SVAMA o SVAMDI- ed eventualmente integrandolo con scale e schede specifiche, definire e aggiornare il percorso assistenziale.

Si ricorda che per l'attivazione della valutazione multidimensionale e per i tempi di rivalutazione sono state fornite indicazioni specifiche in diversi atti regionali e anche in relazione al conferimento dei dati attraverso i sistemi informativi ministeriali FAR/SIAD-confluenti in LEASOCIOSAN ai quali occorre attenersi rigorosamente. Si ricordano tra gli atti regionali la delibera di giunta 41/2011, il decreto commissariale 1/2013, 51/2015, le indicazioni operative per il caricamento dei dati di assistenza residenziale e semiresidenziale e le cure domiciliari.

Come di recente ribadito con nota circolare del Presidente della Giunta regionale, questi Uffici hanno l'obbligo di procedere al monitoraggio del funzionamento delle U.V.I. e hanno di fatto predisposto una serie di controlli a campione sulle attività di valutazione multidimensionale e multidisciplinare curate dalle U.V.I. e U.V.B.R. i cui esiti saranno –laddove opportuno- correlati con i dati conferiti attraverso i flussi ministeriali già richiamati e con il File H.

Si chiede, pertanto alle SS.LL. di voler dare ampia diffusione delle indicazioni qui impartite, fornendo precise indicazioni in merito alla organizzazione delle unità di valutazione del bisogno riabilitativo e sociosanitario.

A tal proposito si ribadisce l'importanza della puntuale compilazione da parte delle U.V.I. di tutte le schede che compongono la SVAMDI e la SVAMA, che costituiscono il più valido strumento per la modulazione degli interventi all'interno del setting assistenziale previsto, e che consentono anche la individuazione del carico assistenziale e delle percentuali di compartecipazione a carico del Comune/Ambito o utente. Su quest'ultimo aspetto si richiama l'attenzione e si ribadisce che l'indicazione di quest'ultima informazione è fondamentale per l'appropriato riparto della spesa, anche al fine della corretta applicazione del percorso di prossima attivazione delineato con la recente D.G.R.C. n. 282/2016 per il pagamento della quota a carico degli Enti Locali.

A tal proposito, si anticipa alle SS.LL. che gli Uffici della Direzione stanno provvedendo alla definizione del regolamento di attuazione della richiamata delibera di giunta regionale la cui attuazione è subordinata all'esecuzione delle attività di valutazione multidimensionale e al corretto e tempestivo conferimento dei dati completi.

Confidando nella massima collaborazione delle SS. LL. nel definire indicazioni operative omogenee ai Distretti e alle Unità di valutazione distrettuali, si porgono cordiali saluti

Dott.ssa Marina Rinaldi