

### Tavolo tecnico – area riabilitazione ex art. 26

Il giorno 14 giugno 2018 alle ore 13.45 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 regolarmente costituito.

Dopo breve interloquire tra il dott. Pagano (NOVA CAMPANIA), sulla necessità che le decisioni del tavolo tecnico siano divulgate (all'interno dell'Azienda), e il dott. Forlenza (ASL), che rassicura sulla diffusione di apposite disposizioni, quest'ultimo rappresenta l'opportunità che la proposta sia valutata con ragionevolezza.

Il direttore amministrativo dell'ASL Salerno: evidenzia che per il 2017 è stato trasmesso via e-mail il tabulato (domiciliare e ambulatoriale) sul quale le Associazioni devono fare le proprie osservazioni e far sapere all'Azienda; per il 2018 comunica che il tabulato con i dati è quasi pronto e sarà trasmesso via email già il 15, per essere discusso venerdì pomeriggio. Nello stesso giorno si potrà vedere la bozza ipotetica per il residenziale e il semiresidenziale. Poiché la dr.ssa Panico fa presente che i tempi sono troppo stretti per l'elaborazione, il direttore amministrativo propone l'incontro per lunedì alla ore 13,30 con l'intesa che il tabulato sarà trasmesso appena possibile e nella stessa riunione si parlerà del residenziale e semiresidenziale. Propone, quindi, una panoramica generale che prevede l'intervento delle Associazioni.

Il senatore Napoli (ANPRIC) comunica di aver prodotto un documento indirizzato all'ASL, la cui copia è consegnata al direttore amministrativo, documento che fa parte integrante e sostanziale del presente verbale. Il rappresentante ANPRIC dà lettura del documento consegnato, al termine tiene un breve commento sul documento consegnato ribadendo l'impegno sociale perché ritiene necessario migliorare la vita dei disabili e su questo punto offre la massima disponibilità.

Il dr. Raiola, CONFINDUSTRIA, legge la propria dichiarazione a verbale, che consegna al direttore amministrativo, e che viene allegata al presente verbale come parte integrante e sostanziale. Alle 14.10 abbandona la sede del tavolo tecnico.

Il direttore amministrativo (ASL) evidenzia che le dichiarazioni sono legittime ma il tavolo è uno strumento utile, di confronto tra le parti.

Il dott. Cerracchio (ANFASS) evidenzia che gli anni 2014/2015/ sovrapponibili, il 2017 registra un aumento. Il decreto 41 si ferma sulla tipologia di utenza, quindi pone l'attenzione su due condizioni: 1) comportamento dirompente e 2) autismo. Sono queste due condizioni che danno luogo a una maggiore riflessione. Pone la domanda su come verrà distribuita l'assistenza domiciliare. Consegna la propria dichiarazione che è allegata al presente verbale come parte integrante e sostanziale.

Il direttore amministrativo (ASL) interviene e sottolinea che i criteri discussi nella precedente riunione devono essere integrati con le due condizioni citate (dal dott. Cerracchio)

Interviene il dott. Pagano (NOVA CAMPANIA) soffermandosi sul residenziale e sul semiresidenziale. Il decreto 41 non fa alcuna differenza se non relativamente al periodo di riferimento. Il decreto stabilisce che l'ASL fissi i tetti dei volumi prestazionali tenendo conto dei p.l. accreditati, stimando il tasso di occupazione (delle giornate di degenza) e volumi di spesa sulla base dell'analisi (dei dati) di produzione. La circolare applicativa della DGRC 482, allegata al presente verbale (prevede alcune eccezioni).

Il dott. Cerracchio fa presente dell'obbligo nell'assicurare la continuità assistenziale. I pazienti non possono essere dimessi, sono necessarie risposte precise da parte dei distretti e il buon funzionamento del cup.

Il dr. Saggese (ASL) si sofferma sulla difformità di trattamento chiarendo che dopo i 240 giorni di degenza non si fa più riabilitazione.

Il dott. Mastroberardino (NOVA CAMPANIA) evidenzia che il problema riguarda la diffusione di nuove linee guida sulla riabilitazione. La DGRC 482 elenca quattro patologie (in deroga) che devono essere rese note ai distretti sanitari.

Il dott. Pagano (NOVA CAMPANIA) evidenzia che i distretti sanitari assumono un atteggiamento diverso anche in relazione ai tetti di spesa.

Il dott. Mastroberardino (NOVA CAMPANIA) evidenzia che l'UVI distrettuale stabilisce il trattamento e il progetto, alcuni distretti autorizzano, altri no per una questione legata al budget, per cui alcuni si mantengono nell'ambito del budget, altri superano facendo di più.

Il dott. Cerracchio (ANFASS) afferma che la diagnosi una volta fatta non può cambiare da sei mesi in sei mesi.

Il dr. Saggese Tozzi (ASL) evidenzia che l'intervento riabilitativo deve portare ad un miglioramento e ritiene che debba applicarsi la norma.

Il dott. Mastroberardino (NOVA CAMPANIA) ritiene che l'ASL debba verificare l'applicazione della norma (da parte dei distretti) e se non si applichino deroghe.

..... in Campania (unica regione in Italia) i centri ricevono i pazienti dopo la valutazione dell'UVI.

Il dott. Mastroberardino (NOVA CAMPANIA) i pazienti stanno (sono legati) al progetto UVI.

Il dott. Pagano (NOVA CAMPANIA) evidenzia la sua preoccupazione laddove non venga fatto quanto esplicitato dalla circolare regionale (allegata).

Il dott. Condò evidenzia che i relativi crediti dei centri, relativi all'anno 2017, dovranno essere liquidati entro il 30 giugno, considerando l'eventuale regressione tariffaria.

Il direttore amministrativo (ASL) ritiene necessario lavorare sulle priorità e arrivare alla definizione dei tetti di spesa. La previsione del decreto 41 (dei 45 giorni decorrenti dalla notifica all'ASL del medesimo decreto entro cui individuare la quantità di prestazione da acquistare, con stipula dei relativi contratti) è stata oggetto di raccomandazione da parte del Governatore di terminare in tempi strettissimi. Quindi attende le osservazioni (delle Associazioni) per il tabulato relativo al domiciliare/assistenziale (ambulatoriale).

Il rappresentante ASPAT, come nella precedente riunione, attende di conoscere le tabelle delle previsioni dei volumi prestazionali del 2018 per formulare le proprie osservazioni.

Il dott. Pignotti (Aris) propone che l'ASL garantisca la continuità di funzionamento dei centri di riabilitazione, insistenti nel proprio territorio, tenendo presente, in primis, gli assistiti e la forza lavoro espressa da ogni singola struttura. I criteri da adottare per la formulazione dei (limiti) tetti di spesa e dei massimi prestazionali volumi sono: tutto ciò che è stato riconosciuto negli anni precedenti (2014-2017), la tipologia di utenza, specialmente quella in età evolutiva; ulteriore criterio (il tipo) di patologia, come l'autismo.