

Prot. N°1796

Salerno, 30 novembre 2023

Alla cortese attenzione

- Al Sig. Prefetto di Salerno
protocollo.prefsa@pec.interno.it
- Al Presidente della Regione Campania
segreteria.giunta@pec.regione.campania.it
- Al Direttore Generale per la tutela della Salute e il
Coordinamento del SSR Regionale
dg.500400@pec.regione.campania.it
- Ing. Gennaro SOSTO
Direttore Generale ASL Salerno
direzionegenerale@aslsalerno.it
- Al Direttore Sanitario
direzionesanitaria@aslsalerno.it
- Al Ministro del Disabilità
disabilita@governo.it
- Al Garante dei Diritti dei Disabili della Regione
Campania
protocollo.organismo@pec.cr.campania.it
protocollo.organismi@cr.campania.it
garante.disabili@cr.campania.it

**Alle Associazioni a tutela dei Diritti delle Persone con
Disabilità**

- ANMIC (Associazione nazionale mutilati e
invalidi Civili)
anmic-salerno@libero.it
salerno@pec.anmic.it
- FISH CAMPANIA
fishcampania@gmail.com
fishcampania@pec.it

Alle Associazioni di Categoria

- AISIC
aisic@pec.it
- ANFFAS
presidente@pec.anffas.sa.it
- ANPRIC
anpric@pec.it
- ARIS
ariscampania@pec.leonet.it

- **NOVACAMPANIA**
novacampania@pec.it
- **AIOP**
aiopcampania@pec.it
- **CONFINDUSTRIA**
o.pastore@confindustria.sa.it

Ai delegati RSA/RSU/RLS CISL FP
A tutti i lavoratori

Oggetto: riscontro verbale del 6 novembre 2023 - Riabilitazione

Il verbale dell'incontro tenutosi il 6 novembre u.s. conferma che il governo dei servizi territoriali per le persone disabili non è una priorità dell'ASL Salerno. Le criticità rappresentate che si trascinano da anni non hanno ricevuto risposte convincenti ma in alcuni casi è stato sorprendente la deresponsabilizzazione e il rimando a interlocutori di livello superiore come se il problema non fosse una priorità dell'Azienda Sanitaria.

L'ASL Salerno ha omesso di procedere alla **riconversione** dei posti letto accreditati in eccesso alle strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione estensiva private nell'ambito dell'assistenza territoriale, entro il 31 gennaio 2015.

Successivamente non ha promosso un confronto con i privati accreditati in considerazione dell'ampliamento dell'offerta dei servizi territoriali previsto dalla programmazione regionale.

Il risultato è la carenza di servizi territoriale in grado di offrire risposte efficaci ed efficienti ai bisogni assistenziali complessi delle persone con disabilità prive di valido sostegno familiare.

Il mancato governo della rete territoriale dei servizi riabilitativi e sociosanitari ha ricadute negative sull'appropriatezza delle prestazioni e sull'accessibilità ai servizi con pesanti ricadute sulla gestione delle liste d'attesa.

Rinресce rimarcare che la disponibilità al confronto e alla condivisione, ripetutamente affermate dalla direzione generale e sanitaria, si scontra con la realtà dei fatti: mentre, in seguito all'incontro del 26 luglio 2023, si resta in attesa dell'attivazione del "*Tavolo Tecnico finalizzato a condividere ... le procedure atte a migliorare la qualità organizzativa ed erogativa dei servizi di riabilitazione distrettuali*" si prende atto della Procedura Aziendale "Transizione delle cure utenti in assistenza riabilitativa residenziale ex art. 26 da lungo periodo (>240 giorni)", pubblicata il 21 ottobre 2023 senza aver, quanto meno, sentito gli stakeholders che certamente avrebbero sollevato non poche obiezioni sulla legittimità e costituzionalità:

- Legittimità: l'accesso alle prestazioni residenziali e semiresidenziali di riabilitazione estensiva (DGRC 482/2004) e socio sanitarie (LR 8/2003 e s.m.i., DGRC 41/2011, DGRC 324/2012) sono regolamentate dalla normativa regionale;
- Costituzionalità: il diritto alla salute è un principio costituzionale che viene garantito dal Servizio Sanitario Nazionale sulla base dei principi di equità, uguaglianza e universalità.

Prevedere, a livello locale, una procedura sperimentale non sottoposta al parere della Direzione Generale della Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, a valutazione del Comitato etico aziendale (Delibera Direttore Generale ASL Salerno n. 844 del 08/09/2017) e destinata ad accertare bisogni assistenziali utilizzando strumenti ritirati dall'OMS (ICIDH) è imbarazzante e inaccettabile.

Prevedere una Commissione ad hoc con un mandato specifico prevarica e lede i diritti delle persone con disabilità come ribaditi dalla Legge 3 marzo 2009, n. 18 e tutelati dalla L. 67/2006 che definisce le misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni.

Si inviterà, dopo aver sollecitato ed investito Sua Eccellenza il Prefetto, il Ministro della disabilità, il Garante dei diritti dei disabili della Regione Campania e le Associazioni a tutela dei diritti delle persone con disabilità, di ritirare immediatamente la procedura.

Ritornando al contenuto del Verbale - allegato - ad oggi non siamo a conoscenza che l'ASL Salerno, in previsione della prossima definizione dei tetti di spesa per gli anni 2024 e 2025, abbia fatto pervenire alla Regione la valutazione dei reali bisogni assistenziali e riabilitativi distrettuali e la richiesta di recuperare il disavanzo, rispetto alla media regionale, delle quote pro capite per le prestazioni riabilitative ambulatoriali e domiciliari.

Per quanto innanzi esposto, ad integrazione delle nostre precedenti sollecitazioni, si segnala che rimangono invariate tutte le ragioni che hanno determinato la dichiarazione dello stato di agitazione e la successiva richiesta di tentativo di conciliazione inoltrata in data 21 novembre 2023, e allo stato non ancora riscontrata.

All. 2

1. Verbale Riabilitazione del 6 novembre 2023
2. Disposizione 210058 del 31/10/2023
3. Richiesta tentativo di conciliazione del 21/11/2023

Il Coordinatore Sanità Privata
Antonio De Sio

Il Capo Dipartimento Sanità Pubblica e Privata
Pietro Antonacchio

Il Segretario Provinciale
Alfonso Della Porta

Il Segretario Generale
Miro Amatruda

*Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993*



ASSISTENZA RIABILITATIVA EX ART 26 – LISTE DI ATTESA
“Dichiarazione a Verbale CISL FP”

INCONTRO del 6 Novembre 2023

VERBALE

In data 6 novembre 2023, alle ore 11.00, presso l'AULA SINDACALE Aziendale si è tenuto l'incontro chiesto dalla CISL-FP finalizzato ad attenzionare le CRITICITA' relative alla Rete dei Servizi Territoriali e, nello specifico, alla RIABILITAZIONE EX ART 26-Liste di Attesa, Tetti di Spesa-Personale.

Sono presenti:

Per l'ASL:

- Il Direttore Sanitario, Dr Sergianni ed il Direttore Amministrativo, Dr. Perito;
- Il Dirigente UOSD Riabilitazione e Protesica, Dr.ssa Gentile
- Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amm.vo Distretto 60, Dr. Coletta e Dr Ugga;
- Il Direttore f.f. UOC Assistenza Accreditata, Dr.ssa Mele;
- Il Dirigente Amm.vo UOC Assistenza Accreditata, Dr.ssa Gianni.

Per la CISL:

- Pietro Antonacchio – Capo Dipartimento Sanità pubblica e privata;
- Alfonso Della Porta- Segretario Provinciale
- De Sio- Coordinatore Sanità privata.

Aprè i lavori il Direttore Sanitario, Dr Sergianni, affermando che rappresenta un obiettivo aziendale quello di garantire in ogni ambito territoriale dell'ASL una Riabilitazione adeguata, sia nelle Strutture pubbliche che nelle 33 strutture accreditate ex art 26 e ex art 44.

Antonacchio consegna una DICHIARAZIONE A VERBALE (**ALLEGATO 1**) e ne dà lettura ai presenti; le richieste dell'Organizzazione Sindacale sono contenute nei punti ivi declinati.

Rispetto al punto 1 del predetto documento, il Direttore Sanitario precisa che l'Azienda non ha mai avuto atteggiamenti ostili o di preclusione nei confronti delle Strutture accreditate ed ha sempre auspicato la collaborazione con tutti gli attori del "sistema Riabilitazione", a tutela dell'assistenza ai cittadini, mentre rispetto al **punto 10** si conferma che la continuità terapeutica è sempre garantita al paziente, laddove necessario, ma nelle modalità assistenziali piu' appropriate alle condizioni cliniche del paziente. Si condividono le proposte relative ai **punti 14** (Formazione e sensibilizzazione del personale delle UO di Riabilitazione) e **15** (favorire conoscenza e collaborazione tra i Distretti e i Centri Accreditati) del DOCUMENTO CISL.

Relativamente ai **punti 2** (Legge di iniziativa popolare), **6** i (Albi professionisti Sanitarie della Riabilitazione) e **8** (Fondi della Regione per la Riabilitazione), il Direttore invita l'Organizzazione Sindacale ad un confronto con la Regione Campania per una possibile soluzione, anche con il supporto delle Associazioni di Categoria.



Per quanto riguarda il **punto 3**, (passaggio pz da strutture ex art 26 in RSA) ed il **punto 12** (piano delle risorse economiche per la riabilitazione), il Direttore Sanitario rammenta ai presenti che la norma che ha previsto la riconversione di parte dell'attività di riabilitazione in RSA, in presenza di requisiti, autorizzazioni, ecc., in alcune strutture è ancora in itinere per problemi logistici, territoriali, ecc. e che se il budget per la riconversione non è ritenuto sufficiente, l'interlocutore non è l'ASL in quanto i nuovi TETTI DI SPESA sono definiti dalla Regione Campania; nel merito, il Direttore Sanitario sottolinea altresì che il passaggio di setting tra ex art.26 e RSA è previsto dalle procedure clinico-assistenziali e quindi *"non viene deportato nessuno"*.

Il Direttore Sanitario, a riguardo, rispondendo in parte a quanto riportato al **punto 16** (*garantire omogeneità e univocità di comportamento tra i Distretti*) del DOCUMENTO CISL, evidenzia che l'ASL, con la Delibera n. 425 del 13.4.2023, ha adottato "PROCEDURE AZIENDALI di VERIFICHE e CONTROLLI ESTERNI per i Distretti Sanitari" definendo, per la prima volta nell'ASL Salerno, un sistema uniforme di verifiche che si avvale di procedure che identificano i responsabili delle stesse, gli obiettivi, le attività, ecc., e pertanto rappresenta un utile strumento di analisi e valutazione ma anche di monitoraggio minimo necessario delle attività svolte, anche dalle strutture private accreditate.

La predetta delibera contempla un' attività di controllo in capo ai Direttori dei Distretti tramite l'utilizzo di schede di monitoraggio e di verifica, alcune, nello specifico, deputate ai controlli sul personale, atteso l'obbligo semestrale di ogni Struttura Accreditata che ha il dovere di trasmettere al Direttore del Distretto Sanitario di competenza l'elenco aggiornato del personale in servizio con indicazione delle ore contrattualizzate, azione questa alla quale consegue, da parte del Distretto, la verifica della persistenza dei requisiti organizzativi, sulla base della COM deliberata per singola struttura.

Il Direttore Sanitario evidenzia che la richiamata metodologia tutela intrinsecamente tutti i lavoratori del Privato accreditato nel rispetto di quanto previsto dai Contratti di Categoria.

Come previsto dalla delibera 425/2023 i Centri Accreditati devono dimostrare la sussistenza nel tempo dei requisiti che hanno permesso l'accreditamento, specie quelli relativi al "*personale base*" atto a garantire le prestazioni, nel rispetto della tempistica di erogazione per singola figura professionale, atteso che tale tempistica, da normativa di riferimento, varia se trattasi, ad esempio, di Terapista della Riabilitazione, OSS o Infermiere.

Il Direttore Sanitario tiene a precisare alcuni aspetti specifici che riguardano la COM, Capacità Operativa Massima; quest'ultima serve ad attestare la massima possibilità erogativa della Struttura Accreditata (sia per erogazione di prestazioni accreditate che private private).

La COM viene calcolata dal Gruppo di Lavoro ad hoc individuato sulla base di quanto trasmesso formalmente dal Centro Accreditato al Distretto Sanitario di competenza e viene deliberata dall'Azienda.

Viene verificata semestralmente dai Distretti, sulla base di quanto inviato via PEC dal Centro al Distretto Sanitario di competenza relativamente ai profili del personale e alle ore contrattualizzate.

il Distretto ha il compito di verificare/controllare la capienza dei tetti di spesa/struttura assegnati per ogni singola Struttura, se effettivamente soddisfatto dalla COM, ma anche, con monitoraggio semestrale, l'effettiva presenza in servizio degli operatori/profili professionali che sono oggetto di calcolo della COM.

Il Direttore Sanitario precisa altresì che è compito della Struttura accreditata quello di verificare il rispetto del *minutaggio previsto per tipologia di setting* e relativi livelli di gravità assistenziali, indicati nei Progetti Riabilitativi Individuali (PRI) dalla UVBR competente, e ciò per tutta la durata di validità del PRI, che, per il residenziale ex art.26, di norma è massimo di 240 gg.

L'onere della presa in carico del paziente, dopo autorizzazione del Distretto di competenza, è in capo alla Struttura Accreditata nel rispetto del minutaggio previsto per le attività inerenti al setting assistenziale del paziente preso in carico per tutta la durata del PRI.



Direzione Sanitaria Aziendale
Direttore Sanitario: Dr. Primo SERGIANNI
Via Nizza- 146 -84124 Salerno- Tel: 089/693649-
direzionesanitaria@aslsalerno.it; direzionesanitaria@pec.aslsalerno.it;

Il Direttore Sanitario rappresenta che la procedura prevede che, alla scadenza del PRI, l'UVBR possa esprimersi per un eventuale rinnovo del Progetto Riabilitativo oppure, in caso non sia più utile un'assistenza riabilitativa, rimandare all'UVI per l'individuazione di un nuovo setting assistenziale più appropriato (RSA, Centro Diurno...);

E' compito del Distretto di competenza attivare l'UVI con le professionalità dallo stesso individuate e autorizzare la permanenza del paziente, sulla base della libera scelta dell'utente/caregiver, previa disponibilità dei Rappresentanti Legali della Struttura, e/o di transitare dal setting riabilitativo al setting socio-sanitario con relativa modifica della tariffa.

Il Direttore Sanitario afferma che il Distretto, anche a tutela dei lavoratori, vigilerà sul rispetto da parte delle stesse della presenza/permanenza del PERSONALE MINIMO che deve essere sempre garantito anche in presenza di un numero di pazienti minore rispetto a quello previsto e ciò nel rispetto dei requisiti organizzativi alla base dell'accreditamento istituzionale e della COM deliberata.

La Dr.ssa Mele, relativamente al **punto 8** della "Dichiarazione a verbale" chiarisce che i tetti di spesa rappresentano il limite economico alle Strutture Accreditate (budget) assegnato dalla Regione con atto formale; nelle zone più popolate i Centri sfiorano il budget assegnato mentre in altre ciò non avviene, situazione che determina un residuo, il cui utilizzo viene concordato all'interno del tavolo tecnico aziendale, partecipato dalle Associazioni di categoria dei Centri.

Altro problema posto al **punto 5** del Documento CISL riguarda gli EDUCATORI PROFESSIONALI, operatori che lavorano da anni e che al momento risultano in contrasto con la normativa vigente che prevede l'iscrizione all'Ordine professionale, dato quest'ultimo disatteso in parte, come evidenziato dalle verifiche da parte dell'ASL.

Nel merito, il Direttore Sanitario afferma che questa è una problematica non procedurale e che la Direzione ASL ha disposto che l'Articolazione di competenza (UOSD Riabilitazione) proceda ad una valutazione dell'entità del problema sul territorio aziendale, e nel contempo invita l'Organizzazione Sindacale ad un confronto appropriato con la Regione Campania per una possibile eventuale soluzione.

Ulteriore tematica oggetto di discussione riguarda la normativa di riferimento adottata dalla ASL nel calcolo della COM delle 33 strutture accreditate; nel merito, questa Direzione ha già dato disposizione al Gruppo di lavoro preposto di fornire esaustivi chiarimenti circa i criteri utilizzati per il calcolo della COM, in ossequio alla DGRC 154/2014, tuttora vigente, il cui allegato A definisce nel dettaglio il minutaggio per ogni singola figura professionale in relazione ai vari livelli assistenziali dei singoli setting previsti dal PRI, da comunicare alle Strutture Accreditate richiedenti.

La Dr.ssa Mele, rispetto al **punto 7** (assegnazione fondi ai Centri), chiarisce i criteri di determinazione dei Fondi di struttura con riferimento al dato della spesa storica e comunica che la Direzione ASL ha chiesto, in tavolo tecnico aziendale partecipato alle Associazioni di Categoria, di superare il solo dato della spesa storica; rappresenta altresì che l'ASL ha individuato, su specifica richiesta delle Associazioni di Categoria, per questo primo anno, *alcuni criteri* nell'ottica di non penalizzare alcun Centro e con l'obiettivo di tutelare i



pazienti e tutti gli ambiti dell'Azienda, dichiarandosi disponibile a confrontarsi in tavoli tecnici per ottimizzare le procedure di assegnazione dei tetti di struttura.

La CISL porta all'attenzione della Direzione ASL il rischio dei licenziamenti paventato dalle Strutture accreditate che nella riconversione dall'ex art 26 alla RSA ad alta assistenza, non cambiando il tetto di spesa, si vedono costretti a ridurre il personale. Il Direttore Sanitario ribadisce che le Strutture Accreditate devono comunque garantire il PERSONALE MINIMO previsto, quale requisito alla base dell'accreditamento istituzionale.

Il Direttore Sanitario rappresenta che tutte le azioni poste in essere dalla Direzione ASL in materia rappresentano una concreta assunzione di responsabilità rispetto alla tematica affrontata in questa sede. Il Sindacalista Antonacchio prende atto della disponibilità della Direzione ASL e propone, alla luce di quanto discusso in data odierna, di formalizzare, per essere operativi, quesiti/chiarimenti/approfondimenti alla Regione Campania, anche sul Piano recupero liste di attesa e fondi residui 2022.

L'incontro si chiude alle ore 12.30.

Letto, approvato e sottoscritto.

IL DIRETTORE SANITARIO, DR PRIMO SERGIANNI

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO, DR GERMANO PERITO

Dr.ssa Grazia Gentile- Dirigente UOSD Riabilitazione e Protesica _____

Dr.ssa Ernesta MELE-- Direttore f.f. UOC Assistenza Accreditata _____

Dr. Teresa Gianni --Dir Amm.vo UOC Ass. Accreditata _____

Dr.ssa Grazia Gentile- Dirigente UOSD Riabilitazione _____

Dr. Roberto Coletta- Direttore Sanitario Distretto 60 _____

Dr. Arturo Ugga - Direttore Amm.vo DS 60 _____

CISL:

Pietro Antonacchio _____

De Sio _____

Della Porta _____

Il Segretario verbalizzante

Dott.ssa M. Rosaria Vivo- Segreteria DSA

Salerno, 6 novembre 2023

DICHIARAZIONE A VERBALE

La riabilitazione è una risorsa fondamentale per la sanità pubblica ma riveste una importanza particolare nella provincia di Salerno, specie per ciò che riguarda la riabilitazione nell'ambito delle patologie psichiche, neurologiche e sensoriali.

Nel nostro territorio infatti esiste una lunga e radicata tradizione che è un patrimonio sanitario, professionale, civile, occupazionale.

Non a caso la ASL di Salerno è quella con il maggior numero di posti letto per malati psichici, neurologici e sensoriali.

Pertanto non è a caso che da Salerno sta partendo una mobilitazione che ha portato alla proposta di legge popolare per il diritto alla cura dei malati psichici neurologici e sensoriali, legge che ha incontrato unanimi consensi e il cui iter di approvazione è in corso presso la Regione Campania e di cui come sindacato siamo tra i promotori.

Questo settore fondamentale, che è un'eccellenza e un fiore all'occhiello della ASL, invece di essere valorizzato da due anni è sotto attacco da parte degli uffici preposti della stessa ASL secondo una logica iperburocratica che ignora completamente la realtà dei fatti, i bisogni del territorio e delle persone, perfino la volontà della Regione.

Ciò comporta danni enormi:

- a) sul piano **dei diritti** dei malati, **dei loro familiari** e dei cittadini;
- b) sul piano della tutela dei lavoratori in termini di dequalificazione e livelli occupazionali;
- c) sul piano della tenuta sociale del territorio.

Chiediamo un cambio totale di mentalità.

Chiediamo che la ASL non si ponga in modo distruttivo nei confronti della riabilitazione, per destabilizzarla e dequalificarla e concretamente la attenzioni per la sua valorizzazione, nell'interesse di tutti.

Su questi aspetti si basano le nostre richieste:

- * 1. Porre fine alla ostilità e all'attacco degli uffici della ASL verso la riabilitazione. Creare un clima diverso di collaborazione e rispetto nell'interesse comune con un confronto continuo e costruttivo dove ognuno, nell'ambito del proprio ruolo, possa dare il proprio contributo.
2. Sostenere nelle sedi istituzionali la Legge di iniziativa popolare sul diritto alla cura in forza del fatto di essere la ASL con il più alto numero di posti letto per malati psichici.
3. In attesa che questa legge segua il suo iter alla Regione, bloccare quella che è stata definita una inumana "deportazione" in RSA di pazienti di strutture ex art. 26. Riconvocare immediatamente le commissioni UVBR contestate indicando alle stesse che c'è una proposta di Legge Regionale e una Delibera in itinere per individuare il setting più appropriato per i malati psichici e neurologici. Accertare la disponibilità di posti letti nei regimi residenziali e semiresidenziali alla luce della recente implementazione del sistema di offerta assistenziale in riferimento a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza. Pianificare e programmare, in accordo con i gestori, eventuali trasformazioni, anche parziali, dei servizi accreditati.
4. Attuare la verifica del personale necessario per i malati gravi con il criterio sempre usato, ai sensi della **DGRC 6757/96** e del **DCA 154/14**, della tipologia "medio e grave", che riguarda i malati psichici, e non con il criterio della tipologia "medio e alto livello riabilitativo" che è previsto per i malati fisici. Ricordiamo che in caso contrario la

- riabilitazione per i malati psichici risulterebbe letteralmente smantellata.
5. Riconoscere l'idoneità degli educatori a prestare servizio presso le strutture ai sensi della normativa vigente. Rispetto degli accordi sottoscritti su attività riabilitative in ex art. 26 - procedure operative - indicazioni e richieste al dr. Iannuzzi.
 6. Chiedere alla Regione, di esprimersi ed intervenire con la massima urgenza sulle criticità insorte con l'introduzione degli Albi delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione e sulla carenza cronica di corsi universitari abilitanti alle professioni sanitarie della riabilitazione.
 7. Sospendere la Delibera ASL 961/23 (assegnazione fondi ai centri) per la parte di attribuzione ai centri dell'incremento attribuito dalla Regione per iniziare a superare le attuali sperequazioni tra distretti (sperequazioni che sono insostenibili, addirittura con rapporti da 1 a 6). Far raggiungere a tutti i distretti sotto soglia almeno la media Asl, senza nulla togliere a nessun distretto ma semplicemente assegnando i fondi aggiuntivi esclusivamente ai distretti sotto soglia.
 8. Pretendere dalla Regione un percorso di perequazione per assegnare alla ASL Salerno i fondi che le spettano ~~per essere in media con la quota pro-capite regionale per la riabilitazione (i fondi dovuti e non ricevuti sono pari a 5 milioni di euro).~~
 9. ~~Applicare l'articolo 4 comma 4 del contratto fra i centri e la Asl per la rimodulazione in corso d'anno della spesa secondo le esigenze della popolazione.~~
 10. Riconoscere la continuità terapeutica come principio fondamentale e intangibile impedendo in ogni modo che siano bloccati i progetti riabilitativi prescritti dai medici prescrittori, modificando il punto 2 dell'ottavo passaggio della circolare Gentile del 19/11/19.
 11. Pubblicazione numerica delle liste di attesa nei vari distretti.
 12. Sul piano delle risorse: ripristinare 2,2 milioni di euro tagliati alla riabilitazione residenziale/semiresidenziale.
 13. Utilizzare i risparmi del capitolo di bilancio del socio sanitario per coprire il disavanzo del capitolo riabilitazione come avvenuto per il 2020 - 2021. Per il 2022 c'è un sottoutilizzo di 2,4 milioni.
 14. Agire sul piano della formazione e della sensibilizzazione, con corsi obbligatori per tutti i componenti le unità operative della riabilitazione e di tutti i componenti dell'ufficio riabilitazione per incrementare le conoscenze e le capacità decisionali rispetto al mondo particolarmente delicato, sul piano sanitario e umano, delle disabilità.
 15. Favorire conoscenza e collaborazione tra distretti e centri, prevedere la presenza dei responsabili distrettuali della riabilitazione nelle strutture almeno una giornata ogni 3 mesi, ciò anche per fornire ai centri apporto e consigli.
 16. Garantire omogeneità e univocità di comportamento fra i distretti. Oggi non sono garantiti (ci sono distretti che al contrario di altri bloccano le terapie ambulatoriali preventivamente rispetto al raggiungimento del tetto di spesa e non informano le UVBR sulla sospensione della DGRC 164/22).

Ricorrere allo sciopero è sempre per il sindacato una scelta estrema e un sacrificio per i lavoratori e gli utenti. Siamo costretti a farlo perché la riabilitazione nella ASL Salerno è ormai a un bivio: se nulla cambia, verrà smantellata, con conseguenze tragiche per cittadini, malati e lavoratori ovvero finalmente verrà rispettata e valorizzata come valore aggiunto, diventando ciò che può e deve essere: una straordinaria risorsa sanitaria, sociale, economica, occupazionale a garanzia del LEA e della qualità delle prestazioni.

La Segreteria Provinciale CISL FP Salerno



31 OTT. 2023

Al Direttore Responsabile DSB n. 64 - dott. M. Montefusco
Al Direttore Responsabile f.f. DSB 60 - dott. R. Coletta
Al Direttore DSM - dott. G. Corrivetti
Al Dirigente Responsabile UOSD Riabilitazione - dott. G. Gentile

OGGETTO: Nota prot. n. 138197 del 10 luglio 2023 ad oggetto: Commissione Aziendale. Trasmissione procedura aziendale utenti assistenza riabilitativa ex art. 26 residenziale da lungo periodo.

Recependo i lavori della Commissione Aziendale predisposta dalla scrivente Direzione Strategica con nota in oggetto indicata, pervenuti a mezzo e-mail in data 22 ottobre u.s., si trasmette in allegato la procedura aziendale "Transizione delle cure utenti in assistenza riabilitativa residenziale ex art. 26 da lungo periodo", con direttiva ai Macrocentri interessati a garantirne piena operatività a far data dal 3 novembre 2023, per tutte le valutazioni interessanti le prossime scadenze dei Progetti Riabilitativi, i PRI in corso ed i nuovi accessi. Il Dirigente Responsabile UOSD Riabilitazione monitorerà quanto sopra disposto, relazionando in merito.

Il Direttore Sanitario ASL Salerno
Dott. Primo Sergianni

Il Direttore Generale ASL Salerno
Ing. Gennaro Sosto

PROCEDURA AZIENDALE
TRANSIZIONE DELLE CURE UTENTI IN ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALE
EX ART. 26 DA LUNGO PERIODO (> 240 giorni)
Riferimento: Linee Guida Regionali della Riabilitazione, D.G.R.C. n.482/2004

In Regione Campania, l'assistenza riabilitativa in ex art. 26 residenziale è erogata ai sensi delle Linee Guida Regionali della Riabilitazione, D.G.R.C. n.482/2004, che prevede accesso alle cure previa valutazione multidisciplinare del bisogno riabilitativo da parte della Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo - UVBR - a valenza distrettuale.

Nelle richiamate linee-guida regionali, le disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, vengono giudicate meritevoli di una presa in carico in carico nel lungo termine e di una assistenza riabilitativa definita all'interno di un "progetto riabilitativo individuale".

Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro 240 giorni, fatta eccezione per:

- i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer), alcune patologie congenite su base genetica, con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni, laddove le loro esigenze non vengano soddisfatte dalle potenzialità delle RRSSAA;
- i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative cardiache e polmonari con grave compromissione funzionale (insufficienza cardiaca 3^a-4^a classe NYHA, insufficienza respiratoria)
- i pazienti "stabilizzati" nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi minori anche su base annua (Mantenimento), laddove le loro esigenze non possano essere soddisfatte dalle RRSSAA.

Tali disabilità, prevalentemente assistite nella ASL Salerno in regime di riabilitazione residenziale presso i Centri Accreditati in ex art. 26, di seguito in elenco con relativi distretti di riferimento,

- DSB 60 - Villa Silvia
- DSB 60 - Villa dei Fiori
- DSB 62 - Centro LARS
- DSB 63 - Villa Alba
- DSB 64 - Nuova Elaion
- DSB 66 - Smaldone 1 e Smaldone 2

hanno determinato la condizione, atteso il lungo periodo di ricovero in regime di riabilitazione, di attivare una codificata transizione delle cure per i pazienti per i quali la UVBR distrettuale ha definito raggiunti gli obiettivi attesi dal Progetto Riabilitativo Individuale.

Nel merito, opportuno evidenziare che con il Decreto 83 del 31/10/2019 della Regione Campania ad oggetto: Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 - 2021. (Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017, acta vi: "completamento e attuazione del piano di riorganizzazione territoriale, in coerenza con i tavoli tecnici di monitoraggio") il modello organizzativo dell'assistenza territoriale alla disabilità risulta ridefinito in senso di forte integrazione/interazione funzionale tra livelli, servizi ed ambiti per la realizzazione di percorsi assistenziali integrati.

Tale decreto prevede la attivazione di forme di lavoro multidisciplinare per la valutazione e presa in carico appropriata dei diversi bisogni diagnostico, terapeutici, assistenziali, riabilitativi e socio-riabilitativi delle persone con disabilità, finalizzate a garantire accessibilità, tempestività degli interventi, continuità delle cure, coinvolgimento attivo della persona/caregiver, valutazione dell'efficacia ed efficienza della presa in carico, da realizzarsi previa adozione di metodi e strumenti tipici della valutazione multidimensionale e multidisciplinare (UVMM-UVBR), redazione unitaria del PAI-PRI e suo monitoraggio ed evoluzione in funzione dell'evoluzione dei bisogni, con produzione diretta di prestazioni ogni volta che sia possibile o committenza relativamente alle prestazioni erogabili da altri soggetti, inclusi quelli del privato accreditato.

Pertanto, in via sperimentale, l'ASL Salerno istituisce una procedura operativa finalizzata a garantire omogeneità dei percorsi di valutazione clinica-riabilitativa ed alla transizione delle cure dei pazienti in ex art. 26 ricoverati in regime residenziale da lungo periodo, nell'ottica della valutazione multidisciplinare e della integrazione dei servizi distrettuali, inizialmente declinata nei Distretti Sanitari n.60 e n.64 dove si registra la più elevata concentrazione di utenti -target dell'intervento.

STEP 1. Valutazione Bisogno Riabilitativo

STEP 1 a. Potenziamento componente Medica delle UVBR Distrettuali dei DD.SS.BB. n.60 e n.64

La componente medica delle UVBR si compone di:

- Medico Fisiatra afferente al DSB
- Medico Neurologo e Psichiatra afferente al DSM
- Medico Geriatra per gli utenti over 65 anni afferente al DSB

Tale componente medica prevede la integrazione delle altre risorse previste dalle linee guida regionali per le attività UVBR, (es. Ass. Sociale, Fisioterapista, Infermiere, ecc.) in considerazione della disponibilità di risorse umane presenti in ambito distrettuale ed assegnate alla UVBR dai Direttori di DSB.

STEP 1 b. Omogeneità negli strumenti di approccio e valutazione del bisogno riabilitativo utenti - target

La valutazione clinica-riabilitativa utenti-target in UVBR si avvarrà in maniera omogenea delle scale di valutazione/tabelle previste dalle Linee guida regionali della Riabilitazione:

- Tabella a: classe di menomazione
- Tabella b: situazioni di disabilità
- Tabella c: gravità della disabilità
- Tabella d: livello prognostico
- Scheda SVAMA parte B anziani redatta da 2 Medici UVBR potenziata, per i casi da inviare in UVI
- Scheda SVAMD parte B disabili redatta da 2 Medici UVBR potenziata, per i casi da inviare in UVI
- Mini Mental State Evaluation (M.M.S.E.)
- Ulteriori documenti ritenuti utili ai fini della valutazione, individuati dalla UVBR

Ai sensi delle Linee guida regionali della Riabilitazione:

di norma si ritiene che possano essere ammesse alle prestazioni riabilitative ex art. 26 pazienti che, oltre alle menomazioni comprese nella suddetta classificazione (tabella A), presentino almeno due delle situazioni di disabilità (tabella B) ed un livello di gravità non inferiore al grado 3° (tabella C) e un livello prognostico non inferiore a 2 (valutazione ICDH della disabilità medio-grave); per l'identificazione delle patologie si può far riferimento all'elenco delle classi di menomazioni (tabella A), mentre per l'individuazione delle disabilità si può utilizzare la International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps facendo riferimento - allo scopo di renderla gestibile senza particolari difficoltà - alle sole categorie e alle sottoclassi di disabilità (tabella B).

La valutazione clinica in capo alle UVBR come sopra potenziate potrà esitare in:

- a. Redazione altro Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)
- b. Dimissione del paziente
- c. Richiesta attivazione, per il tramite della UOAR Distrettuale alla Direzione del DSB, delle procedure UVI distrettuali per l'individuazione di altro setting assistenziale, ai sensi dell'Atto Deliberativo ASL Salerno n. 447 del 29 Aprile 2014, ad oggetto: "Linee guida aziendali. Procedure di accesso e valutazione multidimensionale per i servizi sociosanitari integrati" che prevede possibile la proposta di UVI a partire da U.O. distrettuali

N.B. La redazione del PRI deve avvenire da parte della UVBR potenziata nel pieno rispetto delle Linee guida regionali riabilitazione con compilazione di tutti gli items previsti, esplicitando formalmente nel documento ogni motivo generante la mancata compilazione di item.

La valutazione clinica dei pazienti di cui al punto C, per i quali l'UVBR ha definito, in base agli indicatori di cui alle richiamate tabelle/scale a. c. d. concluso il programma riabilitativo ex art. 26 ed indicata appropriata la valutazione multiprofessionale in UVI ai fini dell'individuazione di altro setting, sarà corredata dalla Scala SVAMA parte B/SVAMD parte B (A = anziani D =disabili) redatta dalla componente media specialistica della UVBR potenziata sopra richiamata che sarà trasmessa in allegato al PRI dalla UOAR Distrettuale.

La redazione della scheda SVAMA parte B/SVAMD parte B, trattandosi, ai sensi della Delibera della Giunta Regionale n. 323 del 03/07/2012 ad oggetto: "Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte ed anziane – S.V.A.M.A. Campania. Modifiche ed integrazioni della DGRC 1822/2007 e della DGRC n. 324 del 3/7/2012 "Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte disabili - S.Va.M.Di. Campania." di valutazione specialistica di natura cognitiva e funzionale, sarà quindi prodotta dalla componente medica specialista componente UVBR.

Nel merito, la scheda SVAMA parte B/SVAMD parte B sarà prodotta a firma di n. 2 Medici Specialisti presenti nelle UVBR potenziate ed inviate dal coordinatore UVBR alla Direzione UOAR unitamente al PRI concluso, per il successivo invio da parte della Direzione UOAR alla Direzione del DSB all'atto della richiesta attivazione UVI.

STEP 2. Transizione delle Cure e valutazione bisogno socio-sanitario

STEP 2 a. Partecipazione componente Medica UVBR alle UVI Distrettuali dei DD.SS.BB. n. 60 e n. 64

Ai fini di consentire maggiore efficacia alla transizione delle cure, si prevede la partecipazione attiva dei componenti UVBR/UOAR Distrettuali alle attività UVI come di seguito:

DSB 60

- Medico Fisiatra afferente al DSB
- Medico Neurologo e Psichiatra afferente al DSM

DSB 64

- Dirigente Medico spec. in Medicina Interna Responsabile UOAR afferente al DSB
- Medico Neurologo e Psichiatra afferente al DSM

Rappresentando che l'elemento di omogeneità tra le due UVBR dei Distretti sanitari n.60 e n.64 è rappresentato dalla componente Medica Specialista in Neurologia e Psichiatria afferente al DSM, individuata dalla Direzione del DSM a potenziamento UVBR Distrettuali oggetto della procedura, ai sensi della nota ASL Salerno n. 138197 del 10.07.2023.

STEP 2 b. Omogeneità procedure di valutazione in UVBR potenziata e Transizione delle cure

Premesso che, di norma, il PRI degli utenti -target individuati ha durata di 12 mesi ed in considerazione che le Linee guida della riabilitazione definiscono il Progetto Riabilitativo a valenza di contratto terapeutico da intendersi a termine rispetto all'obiettivo ed al suo programma specifico altresì prevedendo, per i contratti di lunga durata (superiori a sei mesi) controlli clinici ed eventuali revisioni, la presente procedura prevede:

- la codifica di uno step di valutazione in UVBR potenziata al 10°-11° mese del PRI
- l'utilizzo completo delle scale di valutazione indicate nella presente procedura
- la redazione parte B scheda SVAMA/SVAMD da parte dei medici specialisti in UVBR
- la trasmissione della documentazione UVBR (PRI + parte B scheda SVAMA/D) all'UOAR di riferimento
- la richiesta di attivazione UVI alla direzione del DSB da parte della UOAR
- la attivazione di procedure specifiche di attivazione delle UVI distrettuali
- la partecipazione della componenti medica specialistica UVBR/UOAR alle sedute UVI
- la transizione delle cure da riabilitazione a setting socio-sanitario, previa UVI
- la definizione della tempistica assegnata alle varie fasi del percorso di transizione
- la gestione della eventuale mancata adesione utenti/caregiver/delegati alla transizione delle cure

STEP 3. Organizzazione delle attività di UVBR potenziata e Transizione delle cure

Trattandosi di utenti ricoverati in assistenza riabilitativa da lungo periodo ed in carico alla UOAR Distrettuale, l'organizzazione delle attività di UVBR potenziata per gli utenti-target della presente procedura è in capo alla Direzione della U.O.A.R. distrettuale, di concerto con il coordinatore UVBR individuato.

La Direzione della UOAR Distrettuale dovrà garantire:

organizzazione attività di UVBR potenziata tenendo conto delle scadenze attese dai PRI in corso;

organizzazione attività di UVBR potenziata tenendo conto delle necessità di verifica in itinere;

organizzazione attività di UVBR potenziata garantendo la partecipazione delle componenti mediche previste dalla presente procedura;

verifica della documentazione sopra richiamata completa in ogni sua componente:

- PRI con informativa all'utente/caregiver, come da Sistema Informativo Areas Riabilitazione
- Informatizzazione del PRI come da Sistema Informativo Areas Riabilitazione
- Tabella a: classe di menomazione
- Tabella b: situazioni di disabilità
- Tabella c: gravità della disabilità
- Tabella d: livello prognostico
- Scheda SVAMA parte B anziani redatta da 2 Medici UVBR potenziata, per i casi da inviare in UVI
- Scheda SVAMD parte B disabili redatta da 2 Medici UVBR potenziata, per i casi da inviare in UVI
- Mini Mental State Evaluation (M.M.S.E.)
- Ulteriori documenti ritenuti utili ai fini della valutazione, individuati dalla UVBR
- Redazione scheda SVAMA parte B / SVAMD parte B a cura delle due componenti mediche UVBR
- Ogni ulteriore adempimento di competenza collegato alle attività in parola

La Direzione della UOAR Distrettuale dovrà garantire la trasmissione proposta UVI alla Direzione del DSB sanitario, corredata dall'intera documentazione, conservando originale e copia richiesta agli atti UOAR;

La Direzione UOAR e la Direzione del DSB dovranno inviare comunicazione di PRI concluso al Centro di Riabilitazione ospitante;

La Direzione UOAR e la Direzione del DSB dovranno dare comunicazione alla U.O.C. Ass. Accreditata della data di conclusione dell'autorizzazione del PRI non rinnovato e della data di inizio di ricovero in RSA, con indicazione del dettaglio dei Centri Accreditati interessati.

La Direzione UOAR dovrà garantire il monitoraggio delle attività di competenza ivi compresa adeguata reportistica, utilizzando planning già in uso nella ASL Salerno

Caratteristiche della procedura:

1. Potenziamento delle procedure di valutazione utenti in ex art.26 in assistenza residenziale da lungo periodo nella ASL Salerno
2. Omogeneità nella valutazione degli utenti-target, anche in virtù della presenza trasversale tra le UU.VV.BB.RR. distrettuali della componente medica specialistica rappresentata dalla figura del Medico Specialista in Neurologia e Psichiatria afferente dal DSM aziendale
3. Omogeneità nell'utilizzo, in UVBR potenziata, delle scale di valutazione della disabilità ed autonomia previste dalle linee di indirizzo in materia di assistenza riabilitativa
4. Efficientamento procedure UVI per la transizione delle cure, stante la predisposizione in UVBR potenziata della Parte B della SVAMA e SVAMD da utilizzare in UVI per l'individuazione del setting socio-sanitario
5. Potenziamento UVI distrettuali per la transizione delle cure utenti-target, previa partecipazione in UVI della componente medica specialistica presente in UVBR/UOAR
6. Omogeneità della definizione della tempistica distrettuale/aziendale per:
 - la verifica dei PRI degli utenti-target
 - la attivazione delle UVI/definizione del PAI
7. Uniformità dei criteri economici a copertura delle procedure di transizione delle cure
8. Omogeneità nella gestione delle procedure socio-assistenziali ed amministrative, nei casi in cui si registrasse mancata adesione/compliance utente/caregiver alla transizione delle cure

Procedura operativa aziendale

Atteso che i PRI per gli utenti in ex art.26 residenziale hanno in genere durata annuale, la Direzione UOAR distrettuale organizza la UVBR tra il 10 e 11° mese del PRI in corso, garantendo la partecipazione delle componenti mediche e degli altri Operatori previsti dalla presente procedura.

La Direzione UOAR acquisisce la intera documentazione a prodursi ai sensi della richiamata procedura da parte del Coordinatore UVBR, e richiede, nei casi in cui la UVBR abbia definito concluso il PRI e raggiunti gli outcome attesi dal Progetto, alla Direzione del DSB la attivazione UVI.

La quota ex art.26 di cui al Progetto concluso è riconosciuta al Centro accreditato fino alla data di scadenza come già prevista dal PRI.

La Direzione del DSB convoca, a mezzo pec, in prima convocazione, entro 7-10 giorni dalla richiesta UOAR la UVI, ed in seconda convocazione, a mezzo pec, entro 10 – 20 giorni dalla prima convocazione, la UVI, in questo caso ben specificando che in caso di assenza dei componenti si procederà d'ufficio, sulla base dei dati disponibili, dando comunicazione delle assenze dei componenti obbligatoriamente previsti dalle normative vigenti agli organi ed uffici interessati.

Entro max 30 giorni dalla richiesta UVI prodotta dalla UOAR distrettuale, la valutazione UVI dell'utente oggetto della transizione delle cure tra setting riabilitativo e setting socio-sanitario da parte della UVI distrettuale, dovrà essere conclusa, previa redazione del PAI, anche attivando valutazione di ufficio, sulla base della documentazione disponibile.

La Direzione del DSB comunica:

all'Autorità predisposta l'assenza del caregiver se trattasi di tutore legale dell'utente, agli uffici competenti eventuali assenze di membri tenuti alla partecipazione ai sensi delle normative vigenti, al Centro ospitante o altro Centro liberamente scelto dal paziente il PAI

dà mandato all'ufficio socio-sanitario distrettuale di predisporre con il PdZ le azioni e procedure per il recupero della compliance dell'utente/caregiver/delegato ai percorsi socio-assistenziali predisposti dalla ASL ed ogni relativa informativa, anche in considerazione della scadenza del PAI predisposto.

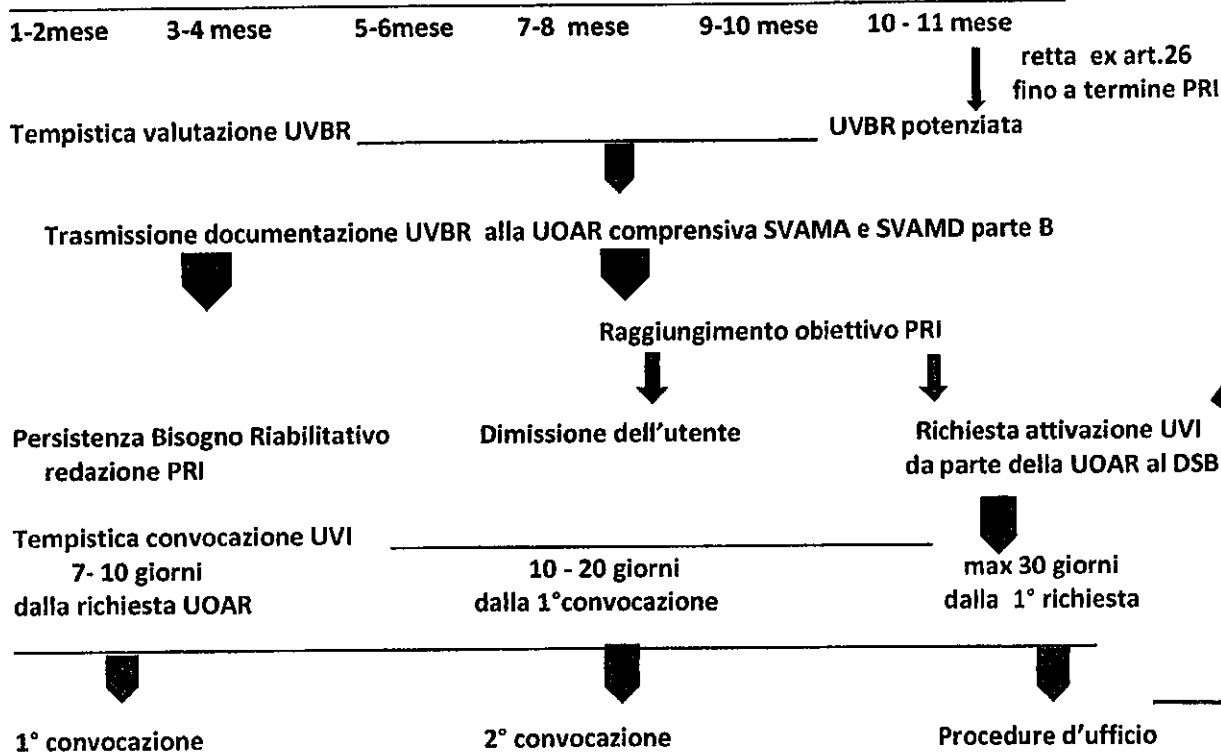
La Direzione del DSB comunica al Centro scelto dall'utente il PAI, la cui retta è riconosciuta a partire dal 1° giorno successivo alla scadenza PRI ex art. 26 per i casi in cui la transizione delle cure tra setting riabilitativo e setting socio-sanitario avvenga nella stessa Struttura, mentre nel caso in cui l'utente scelta altro Centro, la retta relativa al PAI inizia dal primo giorno di ingresso in struttura dell'utente.

La Direzione UOAR e la Direzione del DSB dovranno dare comunicazione alla U.O.C. Ass. Accreditata della data di conclusione dell'autorizzazione del PRI non rinnovato e della data di inizio di ricovero in RSA, con indicazione del dettaglio dei Centri Accreditati interessati.

Di seguito, in flow-chart, la procedura aziendale predisposta.

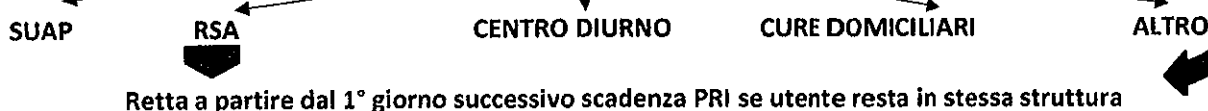
TRANSIZIONE DELLE CURE UTENTI IN RIABILITAZIONE RESIDENZIALE EX ART. 26 DA LUNGO PERIODO

Progetto Riabilitativo Individuale - PRI



L'Ufficio socio-sanitario distrettuale recepisce la documentazione UVBR ed attiva la UVI acquisendo scheda SVAMA/D parte A (MMG) e scheda C (Comune residenza/residenza storica)

VALUTAZIONE UVI – Progetto Assistenziale Integrato



Da attivarsi a cura delle Direzioni DSB nei casi di non adesione alla transizione delle cure

Utente/caregiver/delegato assente alla 2° convocazione Utente/caregiver/delegato non sottoscrive PAI Utente/caregiver/delegato non produce documentazione

ed in ogni altra eventualità la UVI non possa essere agita nei modi e termini previsti, l'ufficio socio-sanitario, con procedura d'ufficio, sulla base della documentazione agli atti, redige il PAI

La Direzione del DSB

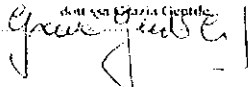
- Comunica all'Autorità predisposta l'assenza del caregiver se trattasi di tutore legale dell'utente
- Notifica all'utente/caregiver/delegato il PAI predisposto
- Comunica al Centro ospitante/liberamente scelto dal paziente il PAI
- Dà mandato all'ufficio socio-sanitario di attivare con il PdZ le procedure per il recupero della compliance dell'utente/caregiver/delegato ai percorsi socio-assistenziali individuati dalla ASL
- Comunica all' U.O.C. Ass. Accreditata ed ai Centri data conclusione PRI e data inizio ricovero in RSA

Componenti Commissione Aziendale - Estensori Procedura:

dott. Marilena Montefusco – Direttore Responsabile DSB 64
dott. Roberto Coletta – Direttore Responsabile f.f. DSB 60
dott. Enrica Nigro – Dirigente Responsabile UOAR DSB 64 – Specialista in Medicina Interna
dott. Carmela Rinaldi – Dirigente Responsabile UOAR DSB 60 – Medico Prescrittore Geriatra
dott. Catello Sepe – Medico Prescrittore Fisiatra – Componente Specialista UVI DSB 60
dott. Salvatore Gentile – Dirigente Responsabile CSM UOSM n. 4 - Specialista in Neurologia e Psichiatria
Corresponsabile Centro ex UVA DSB 63 ASL Salerno
dott. Grazia Gentile – Dirigente Responsabile UOSD Riabilitazione e Protesica

Nocera Inferiore, 21 Ottobre 2023

**Il Dirigente Responsabile
UOSD Riabilitazione e Protesica ASL Salerno**

Firma
dott.ssa Grazia Gentile


Salerno, 21 novembre 2023

Alla cortese attenzione

- Al Sig. Prefetto di Salerno
protocollo.prefsa@pec.interno.it
- Al Presidente della Regione Campania
segreteria.giunta@pec.regione.campania.it
- Al Direttore Generale per la tutela della Salute e il
Coordinamento del SSR Regionale
dg.500400@pec.regione.campania.it
- Ing. Gennaro SOSTO
Direttore Generale ASL Salerno
direzione generale@aslsalerno.it
- Al Direttore Sanitario
direzionesanitaria@aslsalerno.it

Alle Associazioni di Categoria

- **AISIC**
aisic@pec.it
- **ANFFAS**
presidente@pec.anffas.sa.it
- **ANPRIC**
anpric@pec.it
- **ARIS**
ariscampania@pec.leonet.it
- **NOVACAMPANIA**
novacampania@pec.it
- **AIOP**
aiopcampania@pec.it

Ai delegati RSA/RSU/RLS CISL FP
A tutti i lavoratori

Oggetto: Stato di agitazione - richiesta tentativo conciliazione

In riferimento all'oggetto e facendo seguito alla riunione del 6 novembre u.s. la scrivente organizzazione sindacale rappresenta il rammarico per non essere pervenuti ad un confronto risolutivo sulle problematiche evidenziate dalla dichiarazione presentata durante il confronto - allegato 1.

Inoltre si rappresenta anche la irritualità con cui procede l'ente nel continuare ad emanare disposizioni regolamentanti procedure senza alcun confronto preventivo per la verifica della percorribilità dei dispositivi, ritenuti non esemplificativi di percorsi ad interesse di utenti particolarmente fragili e bisognevoli di massima attenzione.

E' il caso di sottolineare ulteriormente che l'ASL Salerno non ha ancora provveduto a ripartire le quote relative al progetto di abbattimento delle liste di attesa stanziate dalla Regione, integrative del budget accordato per il corrente

anno, utilizzabili dalle strutture accreditate, accordate ed ammontanti ad € 2.852.616,90 come da DGRC N° 379/2023 per l'anno 2023.

Per quanto sopra esposto la scrivente OO.SS. si vede costretta a proclamare lo stato di agitazione a livello territoriale nel rispetto delle Leggi 146/90 e 83/2000 di tutti i dipendenti operanti nelle Strutture-Enti associati AISIC, ANFFAS, ANPRIC, ARIS, AIOP e NOVACAMPANIA adottanti i relativi contratti.

Pertanto la scrivente richiede ai sensi delle suddette norme di esperire il tentativo obbligatorio di conciliazione, riservandosi di adottare, in caso di esito negativo, tutte azioni a livello provinciale a tutela delle lavoratrici e dei lavoratori del settore.

Per tale ragione la scrivente si allegano numero 3 documenti:

- All. 1 Dichiarazione a verbale riunione del 6 novembre u.s.;
- All. 2 Procedura Aziendale ASL Salerno del 21/10/2023;
- All. 3 Riscontro CISL FP Salerno vs Procedura Aziendale ASL Salerno del 21/10/2023.

Il Coordinatore Sanità Privata
Antonio De Sio

Il Capo Dipartimento Sanità Pubblica e Privata
Pietro Antonacchio

Il Segretario Provinciale
Alfonso Della Porta

Il Segretario Generale
Miro Amatruda

*Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993*

Salerno, 6 novembre 2023

DICHIARAZIONE A VERBALE RIUNIONE RIABILITAZIONE ASL SALERNO

La riabilitazione è una risorsa fondamentale per la sanità pubblica ma riveste una importanza particolare nella provincia di Salerno, specie per ciò che riguarda la riabilitazione nell'ambito delle patologie psichiche, neurologiche e sensoriali.

Nel nostro territorio infatti esiste una lunga e radicata tradizione che è un patrimonio sanitario, professionale, civile, occupazionale.

Non a caso la ASL di Salerno è quella con il maggior numero di posti letto per malati psichici, neurologici e sensoriali.

Pertanto non è a caso che da Salerno sta partendo una mobilitazione che ha portato alla proposta di legge popolare per il diritto alla cura dei malati psichici neurologici e sensoriali, legge che ha incontrato unanimi consensi e il cui iter di approvazione è in corso presso la Regione Campania e di cui come sindacato siamo tra i promotori.

Questo settore fondamentale, che è un'eccellenza e un fiore all'occhiello della ASL, invece di essere valorizzato da due anni è sotto attacco da parte degli uffici preposti della stessa ASL secondo una logica iperburocratica che ignora completamente la realtà dei fatti, i bisogni del territorio e delle persone, perfino la volontà della Regione.

Ciò comporta danni enormi:

- a) sul piano **dei diritti** dei malati, **dei loro familiari** e dei cittadini;
- b) sul piano della tutela dei lavoratori in termini di dequalificazione e livelli occupazionali;
- c) sul piano della tenuta sociale del territorio.

Chiediamo un cambio totale di mentalità.

Chiediamo che la ASL non si ponga in modo distruttivo nei confronti della riabilitazione, per destabilizzarla e dequalificarla e concretamente la attenzioni per la sua valorizzazione, nell'interesse di tutti.

Su questi aspetti si basano le nostre richieste:

1. Porre fine alla ostilità e all'attacco degli uffici della ASL verso la riabilitazione. Creare un clima diverso di collaborazione e rispetto nell'interesse comune con un confronto continuo e costruttivo dove ognuno, nell'ambito del proprio ruolo, possa dare il proprio contributo.
2. Sostenere nelle sedi istituzionali la Legge di iniziativa popolare sul diritto alla cura in forza del fatto di essere la ASL con il più alto numero di posti letto per malati psichici.
3. In attesa che questa legge segua il suo iter alla Regione, bloccare quella che è stata definita una inumana "deportazione" in RSA di pazienti di strutture ex art. 26. Riconvocare immediatamente le commissioni UVBR contestate indicando alle stesse che c'è una proposta di Legge Regionale e una Delibera in itinere per individuare il setting più appropriato per i malati psichici e neurologici. Accertare la disponibilità di posti letti nei regimi residenziali e semiresidenziali alla luce della recente implementazione del sistema di offerta assistenziale in riferimento a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza. Pianificare e programmare, in accordo con i gestori, eventuali trasformazioni, anche parziali, dei servizi accreditati.
4. Attuare la verifica del personale necessario per i malati gravi con il criterio sempre usato, ai sensi della **DGRC 6757/96** e del DCA 154/14, della tipologia "medio e grave", che riguarda i malati psichici, e non con il criterio della tipologia "medio e alto livello riabilitativo" che è previsto per i malati fisici. Ricordiamo che in caso contrario la

- riabilitazione per i malati psichici risulterebbe letteralmente smantellata.
5. Riconoscere l'idoneità degli educatori a prestare servizio presso le strutture ai sensi della normativa vigente. Rispetto degli accordi sottoscritti su attività riabilitative in ex art. 26 - procedure operative - indicazioni e richieste al dr. Iannuzzi.
 6. Chiedere alla Regione, di esprimersi ed intervenire con la massima urgenza sulle criticità insorte con l'introduzione degli Albi delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione e sulla carenza cronica di corsi universitari abilitanti alle professioni sanitarie della riabilitazione.
 7. Sospendere la Delibera ASL 961/23 (assegnazione fondi ai centri) per la parte di attribuzione ai centri dell'incremento attribuito dalla Regione per iniziare a superare le attuali sperequazioni tra distretti (sperequazioni che sono insostenibili, addirittura con rapporti da 1 a 6). Far raggiungere a tutti i distretti sotto soglia almeno la media Asl, senza nulla togliere a nessun distretto ma semplicemente assegnando i fondi aggiuntivi esclusivamente ai distretti sotto soglia.
 8. Pretendere dalla Regione un percorso di perequazione per assegnare alla ASL Salerno i fondi che le spettano per essere in media con la quota pro-capite regionale per la riabilitazione (i fondi dovuti e non ricevuti sono pari a 5 milioni di euro).
 9. Applicare l'articolo 4 comma 4 del contratto fra i centri e la Asl per la rimodulazione in corso d'anno della spesa secondo le esigenze della popolazione.
 10. Riconoscere la continuità terapeutica come principio fondamentale e intangibile impedendo in ogni modo che siano bloccati i progetti riabilitativi prescritti dai medici prescrittori, modificando il punto 2 dell'ottavo passaggio della circolare Gentile del 19/11/19.
 11. Pubblicazione numerica delle liste di attesa nei vari distretti.
 12. Sul piano delle risorse: ripristinare 2,2 milioni di euro tagliati alla riabilitazione residenziale/semiresidenziale.
 13. Utilizzare i risparmi del capitolo di bilancio del socio sanitario per coprire il disavanzo del capitolo riabilitazione come avvenuto per il 2020 - 2021. Per il 2022 c'è un sottoutilizzo di 2,4 milioni.
 14. Agire sul piano della formazione e della sensibilizzazione, con corsi obbligatori per tutti i componenti le unità operative della riabilitazione e di tutti i componenti dell'ufficio riabilitazione per incrementare le conoscenze e le capacità decisionali rispetto al mondo particolarmente delicato, sul piano sanitario e umano, delle disabilità.
 15. Favorire conoscenza e collaborazione tra distretti e centri, prevedere la presenza dei responsabili distrettuali della riabilitazione nelle strutture almeno una giornata ogni 3 mesi, ciò anche per fornire ai centri apporto e consigli.
 16. Garantire omogeneità e univocità di comportamento fra i distretti. Oggi non sono garantiti (ci sono distretti che al contrario di altri bloccano le terapie ambulatoriali preventivamente rispetto al raggiungimento del tetto di spesa e non informano le UVBR sulla sospensione della DGRC 164/22).

Ricorrere allo sciopero è sempre per il sindacato una scelta estrema e un sacrificio per i lavoratori e gli utenti. Siamo costretti a farlo perché la riabilitazione nella ASL Salerno è ormai a un bivio: se nulla cambia, verrà smantellata, con conseguenze tragiche per cittadini, malati e lavoratori ovvero finalmente verrà rispettata e valorizzata come valore aggiunto, diventando ciò che può e deve essere: una straordinaria risorsa sanitaria, sociale, economica, occupazionale a garanzia dei LEA e della qualità delle prestazioni.

La Segreteria Provinciale CISL FP Salerno

Alfonso Della Porta Segretario Provinciale Antonio De Sio Coordinatore Sanità Privata

Pietro Antonacchio Capo Dipartimento Sanità Pubblica e Privata



PROCEDURA AZIENDALE
TRANSIZIONE DELLE CURE UTENTI IN ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALE
EX ART. 26 DA LUNGO PERIODO (> 240 giorni)
Riferimento: Linee Guida Regionali della Riabilitazione, D.G.R.C. n.482/2004

In Regione Campania, l'assistenza riabilitativa in ex art. 26 residenziale è erogata ai sensi delle Linee Guida Regionali della Riabilitazione, D.G.R.C. n.482/2004, che prevede accesso alle cure previa valutazione multidisciplinare del bisogno riabilitativo da parte della Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo - UVBR- a valenza distrettuale.

Nelle richiamate linee-guida regionali, le disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, vengono giudicate meritevoli di una presa in carico in carico nel lungo termine e di una assistenza riabilitativa definita all'interno di un "progetto riabilitativo individuale".

Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro 240 giorni, fatta eccezione per:

- i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer), alcune patologie congenite su base genetica, con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni, laddove le loro esigenze non vengano soddisfatte dalle potenzialità delle RRSSAA;
- i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative cardiache e polmonari con grave compromissione funzionale (insufficienza cardiaca 3^a-4^a classe NYHA, insufficienza respiratoria)
- i pazienti "stabilizzati" nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi minori anche su base annua (Mantenimento), laddove le loro esigenze non possano essere soddisfatte dalle RRSSAA.

Tali disabilità, prevalentemente assistite nella ASL Salerno in regime di riabilitazione residenziale presso i Centri Accreditati in ex art. 26, di seguito in elenco con relativi distretti di riferimento,

- DSB 60 - Villa Silvia
- DSB 60 - Villa dei Fiori
- DSB 62 - Centro LARS
- DSB 63 - Villa Alba
- DSB 64 - Nuova Elaion
- DSB 66 - Smaldone 1 e Smaldone 2

hanno determinato la condizione, atteso il lungo periodo di ricovero in regime di riabilitazione, di attivare una codificata transizione delle cure per i pazienti per i quali la UVBR distrettuale ha definito raggiunti gli obiettivi attesi dal Progetto Riabilitativo Individuale.

Nel merito, opportuno evidenziare che con il Decreto 83 del 31/10/2019 della Regione Campania ad oggetto: Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 - 2021. (Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017, acta vi: "completamento e attuazione del piano di riorganizzazione territoriale, in coerenza con i tavoli tecnici di monitoraggio") il modello organizzativo dell'assistenza territoriale alla disabilità risulta ridefinito in senso di forte integrazione/interazione funzionale tra livelli, servizi ed ambiti per la realizzazione di percorsi assistenziali integrati.

Tale decreto prevede la attivazione di forme di lavoro multidisciplinare per la valutazione e presa in carico appropriata dei diversi bisogni diagnostico, terapeutici, assistenziali, riabilitativi e socio-riabilitativi delle persone con disabilità, finalizzate a garantire accessibilità, tempestività degli interventi, continuità delle cure, coinvolgimento attivo della persona/caregiver, valutazione dell'efficacia ed efficienza della presa in carico, da realizzarsi previa adozione di metodi e strumenti tipici della valutazione multidimensionale e multidisciplinare (UVMM-UVBR), redazione unitaria del PAI-PRI e suo monitoraggio ed evoluzione in funzione dell'evoluzione dei bisogni, con produzione diretta di prestazioni ogni volta che sia possibile o committenza relativamente alle prestazioni erogabili da altri soggetti, inclusi quelli del privato accreditato.

Pertanto, in via sperimentale, l'ASL Salerno istituisce una procedura operativa finalizzata a garantire omogeneità dei percorsi di valutazione clinica-riabilitativa ed alla transizione delle cure dei pazienti in ex art. 26 ricoverati in regime residenziale da lungo periodo, nell'ottica della valutazione multidisciplinare e della integrazione dei servizi distrettuali, inizialmente declinata nei Distretti Sanitari n.60 e n.64 dove si registra la più elevata concentrazione di utenti -target dell'intervento.

STEP 1. Valutazione Bisogno Riabilitativo

STEP 1 a. Potenziamento componente Medica delle UVBR Distrettuali del DD.SS.BB. n.60 e n.64

La componente medica delle UVBR si compone di:

- Medico Fisiatra afferente al DSB
- Medico Neurologo e Psichiatra afferente al DSM
- Medico Geriatra per gli utenti over 65 anni afferente al DSB

Tale componente medica prevede la integrazione delle altre risorse previste dalle linee guida regionali per le attività UVBR, (es. Ass. Sociale, Fisioterapista, Infermiere, ecc.) in considerazione della disponibilità di risorse umane presenti in ambito distrettuale ed assegnate alla UVBR dai Direttori di DSB.

STEP 1 b. Omogeneità negli strumenti di approccio e valutazione del bisogno riabilitativo utenti - target

La valutazione clinica-riabilitativa utenti-target in UVBR si avvarrà in maniera omogenea delle scale di valutazione/tabelle previste dalle Linee guida regionali della Riabilitazione:

- Tabella a: classe di menomazione
- Tabella b: situazioni di disabilità
- Tabella c: gravità della disabilità
- Tabella d: livello prognostico
- Scheda SVAMA parte B anziani redatta da 2 Medici UVBR potenziata, per i casi da inviare in UVI
- Scheda SVAMD parte B disabili redatta da 2 Medici UVBR potenziata, per i casi da inviare in UVI
- Mini Mental State Evaluation (M.M.S.E.)
- Ulteriori documenti ritenuti utili ai fini della valutazione, individuati dalla UVBR

Al sensi delle Linee guida regionali della Riabilitazione:

di norma si ritiene che possano essere ammesse alle prestazioni riabilitative ex art. 26 pazienti che, oltre alle menomazioni comprese nella suddetta classificazione (tabella A), presentino almeno due delle situazioni di disabilità (tabella B) ed un livello di gravità non inferiore al grado 3° (tabella C) e un livello prognostico non inferiore a 2 (valutazione ICDH della disabilità medio-grave); per l'identificazione delle patologie si può far riferimento all'elenco delle classi di menomazioni (tabella A), mentre per l'individuazione delle disabilità si può utilizzare la International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps facendo riferimento - allo scopo di renderla gestibile senza particolari difficoltà - alle sole categorie e alle sottoclassi di disabilità (tabella B).

La valutazione clinica in capo alle UVBR come sopra potenziate potrà esitare in:

- a. Redazione altro Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)
- b. Dimissione del paziente
- c. Richiesta attivazione, per il tramite della UOAR Distrettuale alla Direzione del DSB, delle procedure UVI distrettuali per l'individuazione di altro setting assistenziale, ai sensi dell'Atto Deliberativo ASL Salerno n. 447 del 29 Aprile 2014, ad oggetto: "Linee guida aziendali. Procedure di accesso e valutazione multidimensionale per i servizi sociosanitari integrati" che prevede possibile la proposta di UVI a partire da U.O. distrettuali

N.B. La redazione del PRI deve avvenire da parte della UVBR potenziata nel pieno rispetto delle Linee guida regionali riabilitazione con compilazione di tutti gli items previsti, esplicitando formalmente nel documento ogni motivo generante la mancata compilazione di item.

La valutazione clinica dei pazienti di cui al punto C, per i quali l'UVBR ha definito, in base agli indicatori di cui alle richiamate tabelle/scale a. c. d. concluso il programma riabilitativo ex art. 26 ed indicata appropriata la valutazione multiprofessionale in UVI ai fini dell'individuazione di altro setting, sarà corredata dalla Scheda SVAMA parte B/SVAMD parte B (A = anziani D = disabili) redatta dalla componente medica specialistica della UVBR potenziata sopra richiamata che sarà trasmessa in allegato al PRI dalla UOAR Distrettuale.

La redazione della scheda SVAMA parte B/SVAMD parte B, trattandosi, ai sensi della Delibera della Giunta Regionale n. 323 del 03/07/2012 ad oggetto: "Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte ed anziane - S.V.A.M.A. Campania. Modifiche ed integrazioni della DGRC 1822/2007 e della DGRC n. 324 del 3/7/2012 "Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte disabili - S.Va.M.Di. Campania." di valutazione specialistica di natura cognitiva e funzionale, sarà quindi prodotta dalla componente medica specialista componente UVBR.

Nel merito, la scheda SVAMA parte B/SVAMD parte B sarà prodotta a firma di n. 2 Medici Specialisti presenti nelle UVBR potenziate ed inviate dal coordinatore UVBR alla Direzione UOAR unitamente al PRI concluso, per il successivo invio da parte della Direzione UOAR alla Direzione del DSB all'atto della richiesta attivazione UVI.

STEP 2. Transizione delle Cure e valutazione bisogno socio-sanitario

STEP 2 a. Partecipazione componente Medica UVBR alle UVI Distrettuali dei DD.SS.BB. n. 60 e n. 64

Ai fini di consentire maggiore efficacia alla transizione delle cure, si prevede la partecipazione attiva dei componenti UVBR/UOAR Distrettuali alle attività UVI come di seguito:

DSB 60

- Medico Fisiatra afferente al DSB
- Medico Neurologo e Psichiatra afferente al DSM

DSB 64

- Dirigente Medico spec. in Medicina Interna Responsabile UOAR afferente al DSB
- Medico Neurologo e Psichiatra afferente al DSM

Rappresentando che l'elemento di omogeneità tra le due UVBR dei Distretti sanitari n.60 e n.64 è rappresentato dalla componente Medica Specialista in Neurologia e Psichiatria afferente al DSM, individuata dalla Direzione del DSM a potenziamento UVBR Distrettuali oggetto della procedura, ai sensi della nota ASL Salerno n. 138197 del 10.07.2023.

STEP 2 b. Omogeneità procedure di valutazione in UVBR potenziata e Transizione delle cure

Premesso che, di norma, il PRI degli utenti -target individuati ha durata di 12 mesi ed in considerazione che le Linee guida della riabilitazione definiscono il Progetto Riabilitativo a valenza di contratto terapeutico da intendersi a termine rispetto all'obiettivo ed al suo programma specifico altresì prevedendo, per i contratti di lunga durata (superiori a sei mesi) controlli clinici ed eventuali revisioni, la presente procedura prevede:

- la codifica di uno step di valutazione in UVBR potenziata al 10°-11° mese del PRI
- l'utilizzo completo delle scale di valutazione indicate nella presente procedura
- la redazione parte B scheda SVAMA/SVAMD da parte dei medici specialisti in UVBR
- la trasmissione della documentazione UVBR (PRI + parte B scheda SVAMA/D) all'UOAR di riferimento
- la richiesta di attivazione UVI alla direzione del DSB da parte della UOAR
- la attivazione di procedure specifiche di attivazione delle UVI distrettuali
- la partecipazione della componenti medica specialistica UVBR/UOAR alle sedute UVI
- la transizione delle cure da riabilitazione a setting socio-sanitario, previa UVI
- la definizione della tempistica assegnata alle varie fasi del percorso di transizione
- la gestione della eventuale mancata adesione utenti/caregiver/delegati alla transizione delle cure

STEP 3. Organizzazione delle attività di UVBR potenziata e Transizione delle cure

Trattandosi di utenti ricoverati in assistenza riabilitativa da lungo periodo ed in carico alla UOAR Distrettuale, l'organizzazione delle attività di UVBR potenziata per gli utenti-target della presente procedura è in capo alla Direzione della U.O.A.R. distrettuale, di concerto con il coordinatore UVBR individuato.

La Direzione della UOAR Distrettuale dovrà garantire:

organizzazione attività di UVBR potenziata tenendo conto delle scadenze attese dai PRI in corso;

organizzazione attività di UVBR potenziata tenendo conto delle necessità di verifica in itinere;

organizzazione attività di UVBR potenziata garantendo la partecipazione delle componenti mediche previste dalla presente procedura;

verifica della documentazione sopra richiamata completa in ogni sua componente:

- PRI con informativa all'utente/caregiver, come da Sistema Informativo Areas Riabilitazione
- Informatizzazione del PRI come da Sistema Informativo Areas Riabilitazione
- Tabella a: classe di menomazione
- Tabella b: situazioni di disabilità
- Tabella c: gravità della disabilità
- Tabella d: livello prognostico
- Scheda SVAMA parte B anziani redatta da 2 Medici UVBR potenziata, per i casi da inviare in UVI
- Scheda SVAMD parte B disabili redatta da 2 Medici UVBR potenziata, per i casi da inviare in UVI
- Mini Mental State Evaluation (M.M.S.E.)
- Ulteriori documenti ritenuti utili ai fini della valutazione, individuati dalla UVBR
- Redazione scheda SVAMA parte B / SVAMD parte B a cura delle due componenti mediche UVBR
- Ogni ulteriore adempimento di competenza collegato alle attività in parola

La Direzione della UOAR Distrettuale dovrà garantire la trasmissione proposta UVI alla Direzione del DSB sanitario, corredata dall'intera documentazione, conservando originale e copia richiesta agli atti UOAR;

La Direzione UOAR e la Direzione del DSB dovranno inviare comunicazione di PRI concluso al Centro di Riabilitazione ospitante;

La Direzione UOAR e la Direzione del DSB dovranno dare comunicazione alla U.O.C. Ass. Accreditata della data di conclusione dell'autorizzazione del PRI non rinnovato e della data di inizio di ricovero in RSA, con indicazione del dettaglio dei Centri Accreditati interessati.

La Direzione UOAR dovrà garantire il monitoraggio delle attività di competenza ivi compresa adeguata reportistica, utilizzando planning già in uso nella ASL Salerno

Caratteristiche della procedura:

1. **Potenziamento delle procedure di valutazione utenti in ex art.26 in assistenza residenziale da lungo periodo nella ASL Salerno**
2. **Omogeneità nella valutazione degli utenti-target, anche in virtù della presenza trasversale tra le UU.VV.BB.RR. distrettuali della componente medica specialistica rappresentata dalla figura del Medico Specialista in Neurologia e Psichiatria afferente dal DSM aziendale**
3. **Omogeneità nell'utilizzo, in UVBR potenziata, delle scale di valutazione della disabilità ed autonomia previste dalle linee di indirizzo in materia di assistenza riabilitativa**
4. **Efficientamento procedure UVI per la transizione delle cure, stante la predisposizione in UVBR potenziata della Parte B della SVAMA e SVAMD da utilizzare in UVI per l'individuazione del setting socio-sanitario**
5. **Potenziamento UVI distrettuali per la transizione delle cure utenti-target, previa partecipazione in UVI della componente medica specialistica presente in UVBR/UOAR**
6. **Omogeneità della definizione della tempistica distrettuale/aziendale per:**
 - la verifica dei PRI degli utenti-target
 - la attivazione delle UVI/definizione del PAI
7. **Uniformità dei criteri economici a copertura delle procedure di transizione delle cure**
8. **Omogeneità nella gestione delle procedure socio-assistenziali ed amministrative, nei casi in cui si registrasse mancata adesione/compliance utente/caregiver alla transizione delle cure**

Procedura operativa aziendale

Atteso che i PRI per gli utenti in ex art.26 residenziale hanno in genere durata annuale, la Direzione UOAR distrettuale organizza la UVBR tra il 10 e 11° mese del PRI in corso, garantendo la partecipazione delle componenti mediche e degli altri Operatori previsti dalla presente procedura.

La Direzione UOAR acquisisce la intera documentazione a prodursi ai sensi della richiamata procedura da parte del Coordinatore UVBR, e richiede, nei casi in cui la UVBR abbia definito concluso il PRI e raggiunti gli outcome attesi dal Progetto, alla Direzione del DSB la attivazione UVI.

La quota ex art.26 di cui al Progetto concluso è riconosciuta al Centro accreditato fino alla data di scadenza come già prevista dal PRI.

La Direzione del DSB convoca, a mezzo pec, in prima convocazione, entro 7-10 giorni dalla richiesta UOAR la UVI, ed in seconda convocazione, a mezzo pec, entro 10 – 20 giorni dalla prima convocazione, la UVI, in questo caso ben specificando che in caso di assenza dei componenti si procederà d'ufficio, sulla base dei dati disponibili, dando comunicazione delle assenze dei componenti obbligatoriamente previsti dalle normative vigenti agli organi ed uffici interessati.

Entro max 30 giorni dalla richiesta UVI prodotta dalla UOAR distrettuale, la valutazione UVI dell'utente oggetto della transizione delle cure tra setting riabilitativo e setting socio-sanitario da parte della UVI distrettuale, dovrà essere conclusa, previa redazione del PAI, anche attivando valutazione di ufficio, sulla base della documentazione disponibile.

La Direzione del DSB comunica:

all'Autorità predisposta l'assenza del caregiver se trattasi di tutore legale dell'utente, agli uffici competenti eventuali assenze di membri tenuti alla partecipazione ai sensi delle normative vigenti, al Centro ospitante o altro Centro liberamente scelto dal paziente il PAI

dà mandato all'ufficio socio-sanitario distrettuale di predisporre con il PdZ le azioni e procedure per il recupero della compliance dell'utente/caregiver/delegato ai percorsi socio-assistenziali predisposti dalla ASL ed ogni relativa informativa, anche in considerazione della scadenza del PAI predisposto.

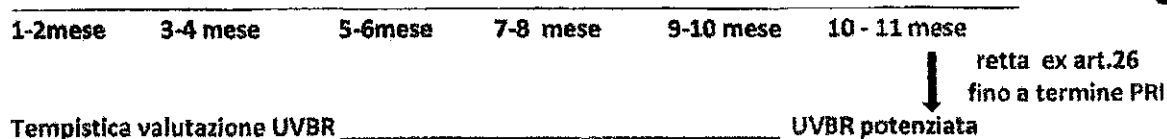
La Direzione del DSB comunica al Centro scelto dall'utente il PAI, la cui retta è riconosciuta a partire dal 1° giorno successivo alla scadenza PRI ex art. 26 per i casi in cui la transizione delle cure tra setting riabilitativo e setting socio-sanitario avvenga nella stessa Struttura, mentre nel caso in cui l'utente scelta altro Centro, la retta relativa al PAI inizia dal primo giorno di ingresso in struttura dell'utente.

La Direzione UOAR e la Direzione del DSB dovranno dare comunicazione alla U.O.C. Ass. Accreditata della data di conclusione dell'autorizzazione del PRI non rinnovato e della data di inizio di ricovero in RSA, con indicazione del dettaglio dei Centri Accreditati interessati.

Di seguito, in flow-chart, la procedura aziendale predisposta.

TRANSIZIONE DELLE CURF UTENTI IN RIABILITAZIONE RESIDENZIALE EX ART. 26 DA LUNGO PERIODO

Progetto Riabilitativo Individuale - PRI



Trasmissione documentazione UVBR alla UOAR comprensiva SVAMA e SVAMD parte B

Raggiungimento obiettivo PRI

Persistenza Bisogno Riabilitativo redazione PRI

Dimissione dell'utente

Richiesta attivazione UVI da parte della UOAR al DSB

Tempistica convocazione UVI
7- 10 giorni dalla richiesta UOAR

10 - 20 giorni dalla 1° convocazione

max 30 giorni dalla 1° richiesta

2° convocazione

2° convocazione

Procedure d'ufficio

L'Ufficio socio-sanitario distrettuale recepisce la documentazione UVBR ed attiva la UVI acquisendo scheda SVAMA/D parte A (MMG) e scheda C (Comune residenza/residenza storica)

VALUTAZIONE UVI – Progetto Assistenziale Integrato

SUAP

RSA

CENTRO DIURNO

CURE DOMICILIARI

ALTRO

Retta a partire dal 1° giorno successivo scadenza PRI se utente resta in stessa struttura

Da attivarsi a cura delle Direzioni DSB nei casi di non adesione alla transizione delle cure

Utente/caregiver/delegato assente alla 2° convocazione

Utente/caregiver/delegato non sottoscrive PAI

Utente/caregiver/delegato non produce documentazione

ed in ogni altra eventualità la UVI non possa essere agita nei modi e termini previsti, l'ufficio socio-sanitario, con procedura d'ufficio, sulla base della documentazione agli atti, redige il PAI

La Direzione del DSB

- Comunica all'Autorità predisposta l'assenza del caregiver se trattasi di tutore legale dell'utente
- Notifica all'utente/caregiver/delegato il PAI predisposto
- Comunica al Centro ospitante/liberamente scelto dal paziente il PAI
- Dà mandato all'ufficio socio-sanitario di attivare con il PdZ le procedure per il recupero della compliance dell'utente/caregiver/delegato ai percorsi socio-assistenziali individuati dalla ASL
- Comunica all' U.O.C. Ass. Accreditata ed ai Centri data conclusione PRI e data inizio ricovero in RSA

Componenti Commissione Aziendale - Estensori Procedura:

dott. Marilena Montefusco – Direttore Responsabile DSB 64

dott. Roberto Coletta – Direttore Responsabile f.f. DSB 60

dott. Enrica Nigro – Dirigente Responsabile UOAR DSB 64 – Specialista in Medicina Interna

dott. Carmela Rinaldi – Dirigente Responsabile UOAR DSB 60 – Medico Prescrittore Geriatra

dott. Catello Sepe – Medico Prescrittore Fisiatra – Componente Specialista UVI DSB 60

**dott. Salvatore Gentile – Dirigente Responsabile CSM UOSM n. 4 - Specialista in Neurologia e Psichiatria
Corresponsabile Centro ex UVA DSB 63 ASL Salerno**

dott. Grazia Gentile – Dirigente Responsabile UOSD Riabilitazione e Protesica

Nocera Inferiore, 21 Ottobre 2023

**Il Dirigente Responsabile
UOSD Riabilitazione e Protesica ASL Salerno**

dott. Grazia Gentile

Prot. N° 1698

Salerno, 14 novembre 2023

Alla cortese attenzione
ing. Gennaro SOSTO
Direttore Generale
direzione generale@aslsalerno.it

Al Direttore Sanitario
direzione sanitaria@aslsalerno.it

dott.ssa Ernesta MELE
U.O.C. Assistenza accreditata
assistenza accreditata@aslsalerno.it

dott.ssa Grazia GENTILE
SSD Riabilitazione e Protesica
g.gentile@aslsalerno.it

ASL SALERNO
Via Nizza, 146 - 84124 Salerno (SA)
protocollo generale@pec.aslsalerno.it

e p.c.

Alle Associazioni di Categoria
AISIC
aisic@pec.it

ANFFAS
presidente@pec.anffas.sa.it

ANPRIC
anpric@pec.it

ARIS
ariscampania@pec.leonet.it

NOCACAMPANIA
novacampania@pec.it

Oggetto: Verbale Commissione Aziendale nota ASL n. 138197 del 10/07/2023

In riferimento all'oggetto corre l'obbligo segnalare che la recente Procedura Aziendale del 21 ottobre 2023 firmata dalla dott.ssa Grazia Gentile - Dirigente Responsabile della UOSD Riabilitazione e Protesica dell'ASL Salerno - tratta con approssimazione e superficialità una problematica complessa partendo da affermazioni "apodittiche" che non trovano riscontri fattuali.

La procedura aziendale prevista dovrebbe governare la "transizione delle cure per utenti in assistenza riabilitativa residenziale ex art. 26 da lungo periodo (>240 giorni)", in parole comprensibili il trasferimento dai Centri residenziali di riabilitazione estensiva ad altri e più appropriati setting assistenziali.

Semberebbe un ottimo obiettivo sempre ché

- L'appropriatezza prescrittiva venga declinata in funzione dei bisogni assistenziali individualizzati e non della riorganizzazione dei servizi territoriali;
- Non si parificano i bisogni delle persone con disabilità ai bisogni delle persone anziane;
- Si abbia contezza che procedure aziendali sperimentali tengano conto dell'evoluzione della normativa e, soprattutto, rispetti i principi fondanti il SSN: **equità, uguaglianza e universalità**;

- Non si confonda la valutazione Multidisciplinare con la valutazione Multispecialistica peraltro imprecisita e qualificata dalla partecipazione del medico con doppia specializzazione!!!

La Procedura Aziendale non sembra procedere in questa direzione.

Attivare una procedura sperimentale per un particolare "target di utenti", assistito nei servizi residenziali di riabilitazione estensive perché autorizzati dalle UVBR distrettuali, confligge con i principi del SSN e configura un atto di discriminazione diretta.

Non è accettabile che la **PROCEDURA AZIENDALE SPERIMENTALE** ignori che la Regione Campania con D.C.A. n. 142 del 13.11.2012 abbia recepito l' Accordo tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 10 febbraio 2011 contenente il "Piano di Indirizzo per la Riabilitazione", che promuove la realizzazione del Percorso riabilitativo unico integrato, imperniato sui criteri di accessibilità, tempestività degli interventi, continuità ed appropriatezza delle cure, efficacia, coinvolgimento attivo dell'utente, empowerment, valutazione dell'efficacia e dell'efficienza della presa in carico, sulla base del Progetto Riabilitativo Individuale elaborato con i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nell'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute).

Non si comprende la necessità di integrare le UVBR che nelle AA.SS.LL. è costituita da un team di professionisti, che prevede Medici Prescrittori in carico alle UU.OO. della Riabilitazione distrettuale (fisiatra e/o neuropsichiatra infantile e/o audiologo-foniatra e/o oculista e/o neurologo e/o pneumologo e/o cardiologo), psicologo, professionista della riabilitazione coordinatore, assistente sociale, dai professionisti della riabilitazione e/o dell'assistenza (fisioterapista e/o logopedista e/o infermiere e/o ortottista/assistente in oftalmologia e/o terapeuta occupazionale e/o terapeuta della neuro psicomotricità dell'età evolutiva e/o educatore professionale), sociologo, animatore di comunità.

La DGRC 482/2004 prevede, inoltre, che a questo nucleo di base si possono aggiungere in consulenza, l'ortopedico, l'urologo, lo psichiatra, il chirurgo plastico o altri specialisti, competenti per la fase acuta, lo psicologo clinico, il dietista, il tecnico ortopedico e il bioingegnere: in relazione alle specifiche necessità individuali e del momento.

Non è accettabile che la **PROCEDURA AZIENDALE SPERIMENTALE**, possa indicare strumenti che l'OMS ha bandito da oltre 20 anni.

Spiace dover rilevare che nessun confronto è inoltre avviato con le strutture accreditate per definire percorsi condivisi al fine di ottimizzare le procedure per la presa in carico dei pazienti, anche in considerazione che tutta l'attività messa in campo equivale nel concreto a definire modalità di "scarico" di utenti particolarmente fragili.

Per quanto espresso sale sempre più prorompente nelle determinazioni di questa sigla sindacale la necessità di attivare lo stato di agitazione e l'eventuale tentativo di conciliazione in preparazione dello sciopero generale di tutto il settore.

All. 1 Verbale Commissione Aziendale nota ASL n. 138197 del 10/07/2023

Il Coordinatore Sanità Privata
Antonio De Sio

Il Capo Dipartimento Sanità Pubblica e Privata
Pietro Antonacchio

Il Segretario Provinciale
Alfonso Della Porta

Il Segretario Generale
Miro Amatruda

*Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993*