



Nocera Inferiore, 08 febbraio 2021

Attribuzione delle COM e Del. 72/21 ASL Salerno

Con la Del. n. 72 del 21/1/21 (e la relativa Nota metodologica) la ASL Salerno ha informato sui criteri che verranno utilizzati per l'attribuzione delle COM.

Sono criteri che hanno suscitato dubbi e perplessità per cui vi invitiamo a un confronto e una riflessione comune, con spirito costruttivo e di collaborazione anche con la ASL Salerno.

A. Perché è fondamentale parlarne.

Perché il modo con cui verranno attribuite le COM condiziona il futuro dell'Assistenza Riabilitativa.

Il bivio è tra: a) una modalità imperniata sul passato che rischierebbe di bloccare le possibilità per il settore di crescere e rispondere ai bisogni dei territori; b) una modalità che, al contrario, sia imperniata sullo sviluppo e sulla valorizzazione delle potenzialità delle Strutture.

Il timore è che i criteri della citata delibera n. 72 possano indirizzare verso la prima strada.

Questa nota si pone l'obiettivo di mettere a disposizione degli interessati, in modo sintetico, una valutazione della situazione, degli scenari e delle conseguenziali proposte.

B. Il quadro generale nei suoi punti essenziali

B.1 Il criterio fondamentale scelto è quello del personale. Ovvero le COM verrebbero stabilite in base al personale in dotazione alla struttura l'anno precedente. È un criterio valido? Riteniamo di no perché, ovviamente, **la dotazione di personale deriva dal n° di terapie effettuate.** Non è una variabile indipendente ma al contrario è una variabile dipendente, appunto, dal volume di prestazioni. In sostanza: non è il personale che determina le terapie che si possono effettuare ma, all'opposto, sono le terapie che si possono erogare che determinano il personale di cui la struttura deve dotarsi.

B.2 Determinare le COM sulla base del personale dell'anno precedente, ci sembra comporti inevitabilmente una diminuzione **delle potenzialità e delle reali capacità delle Strutture.** Prendiamo il caso di un centro che lo scorso anno ha operato al di sotto delle sue capacità e quindi con personale inferiore a quello necessario per operare al massimo effettivo delle sue capacità. Calcolare la sua COM sulla base del personale significa congelare la sua produttività: non potrà più erogare le prestazioni appropriate alla sua effettiva capacità, ma sarà costretto a restare nei limiti dell'anno



precedente. Il che rappresenta un danno in termini di occupazione, di risposta ai bisogni del territorio e di utilizzazione di risorse strutturali disponibili.

B.3 Il 2020 è stato un anno del tutto anomalo a causa dell'emergenza pandemica. **Il numero di terapie erogate nel 2020 è il più basso degli ultimi 5 anni**, con un mancato utilizzo da parte della ASL dei fondi assegnati dalla Regione pari a circa 4 milioni (non abbiamo ancora il dato definitivo). È ovvio che a minor numero di prestazioni corrisponde minore personale e quindi COM ridotte. Per cui, a prescindere da ogni altra considerazione, prendere come parametro di riferimento il 2020 non sarebbe logico, in questo come in ogni altro settore.

B.4 Ma anche ammesso che la produzione del 2020 sia stata pari al budget assegnato, o anche cambiando anno da utilizzare come riferimento (2019, 2018 etc.) **a cosa servirebbe bloccare le potenzialità su una "fotografia" del passato (per di più come abbiamo detto su una variabile dipendente) invece di analizzare e sollecitare le possibilità di sviluppo?**

B.5 Non si può credere che si opti ad una propensione al risparmio, a danno delle terapie, producendo meno salute. Questa è una logica che non abbiamo accettato nemmeno nel periodo pre – covid. Eppure l'unica spiegazione ci sembra possa essere proprio quella di una "propensione al risparmio", ovvero spendere meno fondi erogando meno terapie, ovvero "producendo meno salute". Ma questa è una logica che possiamo definire "pre Covid". **Oggi a tutti i livelli, nazionale e regionale, la domanda è quella di produrre più salute.** Sia in questa fase che in quella che sarà la fase post Covid, il potenziamento della medicina territoriale è considerato irrinunciabile, nel nostro caso significa aumentare la produzione utilizzando tutte le potenzialità delle strutture, smaltire le lunghe liste di attesa, rispondere al fabbisogno di salute dei territori.

B.6 In una fase difficilissima sul piano economico ed occupazionale quale quella attuale, l'imperativo è quello di attuare tutte le possibili politiche orientate a creare occupazione. Con il criterio previsto nella Del. n. 72 invece **si sbarrare la strada a qualsiasi possibilità di crescita dell'occupazione** assumendo l'occupazione dell'anno precedente come parametro insuperabile.

B.7 Un'ipotesi concreta che poniamo all'attenzione è quella di determinare le COM su variabili oggettive e indipendenti che misurano le effettive capacità produttive del Centro. Ad esempio la dimensione della struttura, in quanto la dimensione della struttura ne condiziona in modo oggettivo le possibilità di erogare un certo numero di terapie: più è grande la struttura più può essere alta la produttività. Il personale, ovviamente, verrebbe acquisito di conseguenza.

C. Il quadro normativo e i concetti ispiratori

C.1 Nella Del. 72 si legge: *"l'attribuzione della COM avverrà sulla base dei criteri previsti dalla DGRC 6757/96, per la parte riconfermata e richiamata nel DCA 154/2014; le COM saranno determinate in funzione della dotazione organica posseduta."*



Abbiamo già segnalato come questo significhi “ingabbiare” le potenzialità dei centri dentro le prestazioni erogate l’anno precedente.

Di fatto in questo modo la determinazione delle COM non fa altro che riproporre il tetto di spesa. Infatti:

il tetto di spesa determina le terapie erogate - le terapie erogate determinano il personale - il personale determina le COM.

In schema:

$A/\text{tetto di spesa} = B/\text{terapie erogate} = C/\text{personale necessario} = D/\text{COM}$

Per cui in definitiva A (tetto di spesa) è uguale a D (COM).

Ovvero si genera una *circolarità statica* che:

- impedirà qualsiasi sviluppo (di servizi e occupazionale)
- impedirà di considerare il fabbisogno territoriale.

C.2

Il criterio indicato dalla delibera 72 non sembra essere coerente con il quadro normativo.

Nella delibera 72 si cita per il criterio di calcolo il DCA 154/14 e si scrive **Visti** la DGRC 1270 del 28/3/2003 (che richiama la DGRC 377/98) e la DGRC 1272 del 18/9/2003.

Ma:

- il DCA 154/14 in realtà non affronta affatto il tema delle COM.
- Le DGRC 1270/03 e DGRC 1272/03, in verità non risultano recepite dalla stessa delibera.
- La DGRC n. 377/98 fa esplicito riferimento alle Capacità Operative, ma anche qui con criteri diversi da quelli richiamati dalla citata delibera 72.

Vediamo il dettaglio.

C.3

Nello specifico la **DGRC 1270/03** attualmente è **l’unico criterio informatore su cui si basa la definizione delle COM.**

Va ricordato che nacque per sanare la posizione dei centri dal 1997, ovvero in un’epoca in cui i centri erogavano terapie senza alcun controllo e pertanto c’era la necessità di creare un argine. Oggi l’esigenza è inversa, trovandoci in un periodo di pandemia, con assenze dei pazienti anche del 20%, e pertanto vi è l’opportunità/esigenza di allargare la platea delle cure smaltendo finalmente le lunghe liste di attesa.

Nonostante questo (e nonostante sia obsoleta nei principi di attribuzione delle COM) la DGRC 1270/03 garantisce la richiesta di aumento delle COM in base alla struttura posseduta. Ovvero già nel 2003 si delibera che vengano valutati i parametri strutturali, tecnologici e di personale.

Si legge infatti:

“ha stabilito, per ciascuna branca, ivi contemplate, i carichi di lavoro massimi erogabili da ogni struttura, parametrati alla organizzazione tecnologica, alla dotazione strutturale e ai



coefficienti di personale (superficie dei locali, attrezzature, numero dei dipendenti) posseduti alla data del 31/12/1997, perseguendo, in tal modo, l'obiettivo di contingentamento e di contenimento della spesa pubblica."

Quindi: una delibera pur orientata al contenimento della spesa stabilisce la necessità di valorizzare i parametri di struttura, tecnologici, e secondariamente, di personale.

C.4

Sempre la stessa delibera, risulta prevedere l'opposto di quanto previsto dalla Del. 72.

Non prefigura un blocco statico delle potenzialità delle strutture ma al contrario **sottolinea l'importanza di tenere conto e perfino stimolare l'evoluzione e la crescita dell'offerta dei servizi e della dimensione imprenditoriale.**

Infatti si legge testualmente:

*"Più recentemente, il TAR Campania, chiamato a stabilire se e in che misura le trasformazioni successive alla fase di prima applicazione della delibera 377 del 1998 (autocertificazioni da rendersi con riferimento alla situazione in essere alla data del 31 dicembre 1997) possano ritenersi rilevanti, ha deciso che: - è ammessa la possibilità in astratto **che un Centro, già provvisoriamente accreditato si ristrutturì e conseguentemente avanzi una pretesa ad erogare, nell'ambito del servizio pubblico, prestazioni diverse e/o aggiuntive rispetto a quelle che avrebbe potuto erogare sulla base della dotazione autocertificata alla data 31 dicembre 1997. (TAR Campania I, decisione 4218/2001); - il Centro, nella predetta ipotesi, ha un rilevante interesse ad evolvere la tipologia delle prestazioni erogabili in linea con l'evoluzione della scienza medica, di poter crescere nella dimensione imprenditoriale e migliorare nella capacità di erogare servizi, operando in un mercato arricchito di stimoli concorrenziali con l'interesse pubblico a che il servizio sanitario regionale si sviluppi armonicamente in una equilibrata rispondenza dell'offerta di servizi alla domanda effettiva di assistenza, in conformità agli standard quali-quantitativi stabiliti a livello nazionale e nella pianificazione regionale, nel rispetto delle ineludibili compatibilità economiche finanziarie".***

È evidente che il concetto ispiratore e l'indicazione forniti dalle DGRC 1270-1272 in nome dell'interesse pubblico non mirano al *blocco* delle capacità imprenditoriali ma al contrario al loro *sviluppo* quantitativo e qualitativo.

C.5

La **DGRC n.377/98**, richiamata anche nelle delibere regionali successive, è di fatto a tutt'oggi l'unico atto che contiene un riferimento esplicito ai criteri da adottare per la determinazione delle COM.

Qui si legge:

"C) CAPACITA' OPERATIVA - per strutture di tipo A, B, C"



Dove i tipi di strutture sono distinti in base alle superfici necessarie per l'erogazione delle terapie.

Ovvero:

nella DGRC 377/98 ciascun centro è valutato per la **reale capacità ricettiva e strutturale**, e non per l'organico, che è ovviamente condizionato dalla produzione al momento in cui viene effettuata la rilevazione.

D. Ulteriori elementi di riflessione.

Segnaliamo tre ulteriori elementi che avvalorano quanto sostenuto finora.

D.1

La Del. ASL n. 114 del 10/2/14 e il Decreto 142 del 31/10/14 sull'accreditamento non riportano i numeri di prestazioni giornaliere per l'ambulatorio e il domiciliare. Il che conferma la nostra tesi.

D.2

Il **Tavolo di lavoro della ASL SA** nella riunione del 5/2/19 si esprimeva in questi termini: *“Sul punto 6 – Determinazione delle COM – dopo ampia trattazione sulla COM giornaliera e/o annuale, sugli sforamenti da parte di qualche Centro piuttosto che sul ‘non raggiungimento del tetto’, da parte di altri, si afferma il concetto che **la valutazione della COM rappresenta in realtà una valutazione del livello qualitativo delle prestazioni rese al paziente** – l'ASL stabilirà un percorso di monitoraggio continuo della qualità delle prestazioni (in rapporto al numero degli operatori del Centro).”*.

Per cui il personale rappresenta una variabile dipendente e consequenziale delle terapie attribuite e quindi non può essere in sé un elemento di valutazione delle COM.

D.3

Nel **DCA 41/18** è prevista *“per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari, ...la riduzione della distanza negativa di alcune ASL dalla media regionale di prestazioni pro capite pari a 0,85 finalizzata ad un parziale e progressivo riequilibrio territoriale fra le ASL”*.

La ASL Salerno ha una media di prestazioni pro capite che è minore di 0,11 prestazioni pro capite rispetto alla media regionale (ovvero 0,78 contro una media regionale di 0,89). In termini di risorse ciò significa che la ASL Salerno ha diritto, per riequilibrarsi con la media regionale, a ulteriori disponibilità pari a 5 milioni di euro.

Questo è un aspetto fondamentale perché l'adozione del criterio del personale per l'attribuzione delle COM si trasformerebbe innegabilmente nell'impossibilità per la ASL di utilizzare le risorse che le spettano.

In sostanza: quando si arriverà, come auspicato dalla stessa ASL, ad attribuire a Salerno il tetto di spesa commisurato al numero dei suoi abitanti si rischierà di non avere le COM necessarie perché cristallizzate al 2020 (o ad altro anno del passato). Così la ASL si condannerebbe da sola a restare indietro rispetto al resto della Regione.



E. Valutazioni consequenziali.

Sulla base di quanto esposto, possiamo evidenziare le seguenti valutazioni di sintesi:

- 1) le COM non possano essere in nessun modo avulse dal **fabbisogno della popolazione**, che rappresenta il primo e fondamentale criterio di attribuzione secondo una logica di equità ed efficacia;
- 2) il fabbisogno della popolazione va considerato in crescita sia per l'allungamento della vita media della popolazione, sia per la particolarità del momento storico, legato all'insorgenza della pandemia (pandemia/post pandemia), sia per quanto riguarda la sottostima della ASL Salerno, nettamente inferiore rispetto alla media regionale;
- 3) le COM di ciascuna struttura sono quelle previste secondo i criteri della DGRC 377/98;
- 4) in una logica che non sia di *blocco delle opportunità* ma di *valorizzazione delle potenzialità* in termini di servizi e sviluppo (anche occupazionale), risulterebbe più funzionale, oltre che coerente con il quadro normativo, determinare le COM considerando come elementi di valutazione per ogni struttura: le capacità ricettive, le dotazioni impiantistiche, le dotazioni tecnologiche, la qualità delle prestazioni;
- 5) il personale va costantemente valutato dal distretto nell'assegnare le terapie;
- 6) è il tetto di spesa a stabilire il numero delle prestazioni necessarie da assegnare, non le COM, che invece devono misurare, appunto, la *capacità operativa massima* che una struttura è in grado di porre al servizio del sistema sanitario.

Aggiungiamo due quesiti che ci sembrano particolarmente significativi:

1. non sarebbe stata opportuna una delibera regionale che indicasse i criteri informativi per la determinazione delle COM? (ribadendo che non possono dipendere esclusivamente dal personale in quanto si tratta di una variabile dipendente dalle terapie contrattualizzate);
2. non sarebbe stato giusto consultarsi con le OOSS dei lavoratori, considerando quanto la questione sia determinante per il presente e il futuro del personale?

Come abbiamo detto all'inizio **su questi temi si determinerà il futuro del nostro settore, della possibilità di rispondere ai bisogni dei cittadini, dei lavoratori.**

Vorremmo discuterne con Voi. So che sarebbe necessario, ma so anche che è difficile, forse perché si è persa l'abitudine al confronto. Il che significa però che le cose poi vanno avanti a prescindere da come vorremmo che andassero. E poi non potremo lamentarcene.

Spero in un vostro riscontro, con le vostre opinioni e le vostre intenzioni.

Grazie per l'attenzione,

**Il Direttore Scientifico del Centro Studi Villa dei Fiori
Dott. Francesco D'Addino**