

PREMESSA

Per le 3 macroaree (Ospedaliera - Specialistica ambulatoriale - Riabilitazione) le risultanze degli studi istruttori della Direzione Generale e degli Uffici competenti, di seguito riportati, sono state oggetto di confronto con i rappresentanti degli erogatori privati, anche al fine di ricercare una sempre maggiore condivisione, orientata anche alla riduzione del contenzioso.

La prospettiva biennale di regolamentazione del rapporto permetterà agli imprenditori di programmare le attività d'impresa e i relativi investimenti in una nuova dimensione di sicurezza.

SCHEDA FABBISOGNI AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

(branche a visita, cardiologia, diabetologia, FKT, radioterapia, dialisi, radiodiagnostica, medicina nucleare, diagnostica di laboratorio)

Per la prima volta la Regione Campania definisce i fabbisogni di cura dei suoi pazienti e da questa analisi fissa l'ammontare delle risorse da destinare a questa macroarea così complessa, che ordinariamente esaurisce i propri tetti di spesa in tempi prematuri.

Il lavoro tecnico è basato su tre prospettive di analisi che sono state rese coerenti sulla base della popolazione residente e sul consumo di farmaci traccianti che ci danno la misura dello stato di patologia dei cittadini campani. Il popolamento dei dati informatici ci ha permesso dunque di ricondurre al singolo paziente il bisogno di salute.

La prima prospettiva è quella dell'analisi epidemiologica. Sulla base dei dati di consumo di farmaci traccianti patologie (tramite il CIRFF) e su dati di prestazioni rese (da Saniarp) sono stati identificati i numeri di pazienti ammalati per:

- Patologie cardiovascolari
- Diabete
- Malattie respiratorie
- Malattie neuropsichiatriche
- Insufficienza renale e pazienti dializzati
- Stima di pazienti oncologici (qui non è disponibile al momento nessun file che individui in maniera univoca il paziente oncologico - il continuo cambio di farmaci, la contemporanea prescrizione di chemio e radioterapia, le fasi di quiescenza della malattia, le fasi di pausa terapeutica non permettono oggi di avere contezza numerica precisa. La stima è basata su dati AIRTUM nazionali)
- Pazienti con varie patologie (miscellanea)

- Pazienti che non richiedono alcuna prestazione (sani o non cronici)

La seconda prospettiva è quella della standardizzazione nazionale (progetto Mattoni) che prevede per ogni paziente una media annua di prestazioni in questa macroarea pari a 12.

La terza prospettiva è quella della spesa storica che è stata parametrata a quanto invece programmabile dalla fusione delle prime 2 prospettive.

Il fabbisogno è stato suddiviso in 3 aree:

- a) branche a visita, diabetologia, cardiologia, dialisi, radioterapia, FKT
- b) medicina nucleare, radiodiagnostica
- c) diagnostica di laboratorio

Dalla confluenza di analisi comparata basata sulle 3 prospettive è nata la valutazione di programmazione per il biennio 2018/2019 nella quale si è tenuto conto di:

- Incremento dell'attività nelle aziende pubbliche per effetto di aumento del personale, migliore tracciabilità dei flussi, miglioramento delle dotazioni tecnologiche, aumento dell'accuratezza delle registrazioni di prestazioni
- Riequilibrio tra le 3 aree per riorientare il fabbisogno in misura appropriata secondo quanto stimato (riduzione di risorse in misura di circa 5 milioni per l'area Laboratorio e circa 5 milioni per l'area Radiodiagnostica)
- Assegnazione di quote aggiuntive a tutte le altre aree prestazionali, in particolare quelle salvavita (dialisi e radioterapia)

L'obiettivo è quello di tendere ad avvicinarsi quanto più possibile a livelli di prestazioni coerenti con i bisogni di salute della popolazione e tendenti agli standard nazionali, senza ulteriori tagli, effettuando una redistribuzione ragionata, anzi aumentando il plafond per il 2018 di circa 5.500.000,00 e per il 2019 di oltre 2.200.000,00.

SCHEDA RIABILITAZIONE (EX ART. 26)

L'analisi del fabbisogno ha avuto inizio da una mappatura regionale delle strutture esistenti, affinché la programmazione potesse arricchirsi anche di una componente di geolocalizzazione. Infatti l'erogazione ambulatoriale e domiciliare della riabilitazione può avere una relazione positivo/negativa con la distanza del paziente dal luogo di erogazione. Non tutti i cittadini possono permettersi ogni giorno, per i vari cicli di terapia, di sobbarcarsi viaggi di numerosi chilometri.

Lo studio del fabbisogno si è poi declinato sulle prestazioni rese sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo. Finora sono riscontrabili grandi divergenze nel numero di prestazioni procapite per i cittadini delle varie ASL.

Uno degli obiettivi principali del lavoro svolto è stato quello di tendere ad un progressivo riequilibrio di tale anomala ripartizione pro-capite che deriva da un fabbisogno elaborato finora solo in base alle strutture ed al loro tetto storico (che semplicemente si incrementava solo percentualmente, così che la struttura che già aveva un tetto maggiore continuava a crescere in maniera esponenziale). La programmazione attuale colma in maniera significativa il gap per le ASL carenti. In base alla mappatura regionale delle strutture si cerca anche di assegnare un tetto di spesa con diverso incremento, in base alla distribuzione dei centri, tenendo conto della popolazione residente di riferimento (dove ci sono pochi centri questi vanno sostenuti con

maggior potenzialità per soddisfare il bisogno della popolazione ed evitare che i pazienti si muovano verso centri lontani).

Al contempo una valutazione qualitativa delle prestazioni ha permesso di individuare sacche di inappropriata (permanenza nel circuito riabilitativo per oltre 5 anni) o un ridotto uso di strumenti organizzativi che possono assottigliare le liste di attesa (lavoro a piccoli gruppi). Così sono state previste possibilità di incremento per le aziende che effettuano una rivalutazione dell'appropriatezza del percorso di cura sia in termini di durata che in termini di organizzazione.

È prevista infine la migrazione di tutte le attività riabilitative, fin dall'atto della prescrizione, su apposito circuito informativo che renderà unica la lista di attesa aziendale. In tal modo le false liste di attesa, determinate dallo stesso paziente che si iscrive a più centri, vengono superate dalla lista unica informatizzata.

L'incremento previsto per l'intera macroarea per il 2018 è pari a oltre 5.800.000, euro.

In sintesi le principali novità del provvedimento registrano diverse disposizioni finalizzate a garantire pari opportunità di accesso dei cittadini campani alle prestazioni riabilitative, a ridurre il fenomeno delle lunghe attese per le prestazioni, a rafforzare il governo di Regione e ASL del sistema.

Quindi i punti principali da segnalare sono:

1. Complessivo incremento delle prestazioni programmate e del budget per poco meno di 6 Milioni di Euro per ciascun anno;
2. Parziale riduzione del divario di alcune ASL (Avellino, Caserta e Salerno) dalla media regionale delle prestazioni procapite per il setting Ambulatoriale/Domiciliare, con incremento delle prestazioni e del relativo budget;
3. Incremento delle prestazioni e del relativo budget di Ambulatoriale Piccolo Gruppo, che a parità di costi è più appropriato per diverse condizioni di disabilità e raggiunge contemporaneamente più utenti;
4. Indirizzi più chiari per la definizione dei tetti di struttura in considerazione anche di specifiche situazioni locali e bisogni di assistenza
5. Impegni e vincoli per ASL e strutture per monitoraggio dell'appropriatezza
6. Indirizzi per migliore utilizzo dei setting residenziali e semiresidenziali
7. Rafforzamento del ruolo dei Nuclei Territoriali di Neuropsichiatria Infantile nella presa in carico anche riabilitativa
8. Mandato a Direzione Tutela Salute, SORESA e Saniarp per migliorare i sistemi informativi e per gestione delle liste d'attesa, a partire dal secondo semestre 2018. Presupposto per una migliore programmazione futura.
9. Incremento degli acconti mensili sui pagamenti alle strutture erogatrici dal 90% al 95%
10. Eliminazione della mensilizzazione dei tetti annuali