



Prot. n. 203/AP
Napoli, 30 Maggio 2014

Al Dr. Mario Morlacco
Sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro
dal debito del Settore Sanitario
commissariato.sanita@pec.regione.campania.it

Al Prof. Ettore Cinque
Sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro
dal debito del Settore Sanitario
commissariato.sanita@pec.regione.campania.it

Al Dr. Mario Vasco
Direzione Generale
per la Tutela della Salute
ed il Coordinamento del
Sistema Sanitario Regionale
m.vasco@regione.campania.it

Al Dr. Ferdinando Romano
Dipartimento Salute
e Risorse Naturali
ferdinando.romano@regione.campania.it

Alla Dr.ssa Marina Rinaldi
Dipartimento U.O.D.
Interventi Socio-Sanitari
m.rinaldi@regione.campania.it

Alla Dr.ssa Maria Valeria Di Martino
Commissione DCA 69/2010
valeria.dimartino@ospedalideicolli.it

REGIONE CAMPANIA
Centro Direzionale Napoli
Isola C3
Loro Sedi

Inviata da aspat@pec.it

Aspat Campania
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Centro Direzionale Napoli
Palazzo Esedra Isola F11 - 80143 NAPOLI

Centro Direzionale Isola E/3 – Torre Avalon
80143 NAPOLI

E-mail aspatinforma@gmail.com
Web www.aspatcampania.it





**Oggetto: Documento Commissione Consultiva Permanente ASPAT
Branca Riabilitazione Minimale ex DCA 64/2011
Istanza di incontro urgente per definizione Tetti di Spesa 2014.**

● **ESITI DEL WORKSHOP REGIONALE DEL 10 MARZO 2014**

A seguito del Workshop Regionale dedicato ai MMG e PLS tenutosi in data 10 marzo 2014 **la nostra Associazione**, presente all'evento in qualità di uditrice, **ha rilevato alcune criticità meritevoli di disamina ed abbisognevole di adeguati chiarimenti.**

Premesso che il succitato evento è stato incentrato per gli aspetti formativi esclusivamente su tre dei 36 profili del DCA 64/2011 e s.m.i., segnatamente i PR numeri 21 – 22 e 23 riferiti espressamente a patologie della colonna vertebrale, si è evidenziato che tali profili incidono sul numero totale di prestazioni erogate in tutta la Regione per l'annualità verificata nella misura del 35% del totale erogato.

Inoltre, nella esaustiva relazione tenuta dal Prof. Iocco, quale rappresentante della Commissione Regionale, lo stesso ha messo in luce la notevole quantità di pacchetti erogati per i suddetti profili, quantità che eccede addirittura la media nazionale e di sicuro fonte di non appropriatezza erogativa.

Proseguendo, nel corso del Workshop la Dott.ssa Di Martino ha evidenziato che in contrapposizione al numero elevato di pacchetti erogati per i suddetti profili, si è registrata una notevole carenza, con associata presenza di notevoli liste di attesa, per i profili riabilitativi relativi alle patologie logopediche, nello specifico i numeri 31 – 32 e 33; inoltre, che gli stessi sono prescritti per patologie dedicate prevalentemente a minori e che non trovano risposta in regione Campania presso i Centri Accreditati.

● **OSSERVAZIONI DELLA COMMISSIONE CONSULTIVA**

La Commissione Consultiva ASPAT, in merito a quanto sopra, evidenzia che i dati ARSAN sono significativamente carenti per alcune ASL, e che **il background delle strutture riabilitative eroganti prestazioni per patologie minimali è di natura prettamente ortopedica**, essendo escluso negli anni antecedenti il DCA 64/2011 il trattamento di altre patologie previste oggi nei Profili Riabilitativi, quali quelle logopediche, alcune neurologiche (paralisi del nervo facciale, mononeuriti, ecc) e altre relative a patologie congenite (torcicollo miogeno, piede torto congenito, ecc) trattabili in passato solo in ambito di complessità. Tutto ciò spiega la oggettiva difficoltà delle strutture a rimodulare le proprie capacità operative nel senso dell'acquisizione di ulteriore personale specialistico (foniatra, logopedista, neurologo, etc.).

In ordine all'**inappropriatezza dei pacchetti erogati per i PR 21-22-23**, allo stato, non risultano disponibili:

- i dati ARSAN relativi alla necessaria valutazione, prevista dal DCA 64/2011, delle prestazioni erogate per singolo profilo;
- gli strumenti valutativi posti in essere e soprattutto i risultati raggiunti;

- le evidenze che una quota di patologie non strettamente identificabili in precisi PR (ad es. interventi chirurgici per ernia al disco, interventi chirurgici per stenosi del canale vertebrale, ecc) siano state trattate utilizzando tali profili.

Infine, circa l'**induzione della domanda** sarebbe auspicabile, per dipanare tale dubbio, una verifica dei medici induttori della stessa e, quindi, conoscere:

- quante impegnative sono state "suggerite" dagli specialisti direttori tecnici;
- quante direttamente dai Medici di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta;
- quante dagli Specialisti prescrittori fisiatri delle ASL e/o strutture ospedaliere.

● **APPROPRIATEZZA E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

Per quanto riguarda specificamente la **problematica dell'appropriatezza prescrittiva in riabilitazione**, è opportuno precisare che:

- 1) **Il problema inizia**, nella prevalenza dei casi, **dalla valutazione del bisogno riabilitativo in sede di ricovero ospedaliero** (reparto di ortopedia, neurologia stroke units, neurochirurgia , rianimazione, etc.). Nella nostra regione molto spesso il percorso post dimissione dei pazienti, a cui ad esempio è stata impiantata una artroprotesi di anca o di ginocchio , o post discectomia per ernia del disco lombare, continua a prevedere un ricovero in riabilitazione intensiva cod. 56 della durata anche di 30 giorni.
Tali pazienti dopo l'intervento deambulano in prima od in terza/quinta giornata e, se non ci sono complicanze, vengono dimessi. **Il suggerimento che formuliamo è quello di trattare questi pazienti ambulatorialmente** (sono previsti idonei profili riabilitativi) al massimo dopo un breve ricovero in riabilitazione intensiva di 7 giorni.
- 2) **Molti pazienti** dopo una ricostruzione del legamento crociato anteriore del ginocchio (previsto trattamento ambulatoriale - PR 14) o dopo una sutura della cuffia della spalla (previsto trattamento ambulatoriale - PR 7) **vengono ricoverati in DH riabilitativo** (spesso anche in strutture pubbliche) **con notevole aggravio dei costi ed evidente inapproprietezza.**
- 3) **Numerosi pazienti** con neurolesioni e disabilità importanti **non trovano disponibilità di ricovero** (con aumento dei tempi di ricovero in rianimazione , stroke units e altri reparti per acuti) in riabilitazione intensiva a causa dell'occupazione del posto letto da parte di pazienti che tranquillamente potrebbero trovare risposta in regimi ambulatoriali di cure.
- 4) **Tanti pazienti** affetti da dolore cronico muscolo scheletrico (causa più frequente di dolore – in Italia ne soffre 1 persona su 4) **non trovano alcuna risposta se non nelle strutture di riabilitazione ambulatoriale per patologie semplici** e tali pazienti nell'80 % hanno dolore alla colonna vertebrale (PR 21,22,23), per cui è ovvio che tali profili siano i più frequenti a livello ambulatoriale.

- **PROPOSTE DI MODIFICA AI PERCORSI RIABILITATIVI (PR)**

Resta di palmare evidenza l'immediata necessità da parte della scrivente Commissione Consultiva ASPAT di proporre delle modifiche ai singoli PR relativamente a tempi di inizio, codici ICD9-10 e ICF, nonché l'eventuale ingresso di ulteriori PR oltre ad un'attenta verifica/correzione dei PR già esistenti.

Urge pertanto un confronto con la Parte Pubblica in merito alle problematiche rilevate, nel tentativo di uniformare le attività su tutte e sette le Aziende Sanitarie Locali, rendere omogenei i percorsi di cura e garantire l'appropriatezza prescrittiva in primis e successivamente quella erogativa.

- **TETTI DI SPESA E BUDGET 2014**

Inoltre, **da un'attenta disamina** di quanto "estorto" alla vecchia FKT attraverso il meccanismo dell'osmosi e i vari correttivi regionali a taglio lineare afferenti alla spending review, anche alla luce dei dati raccolti con un questionario conoscitivo proposto alle strutture associate ASPAT in merito all'applicazione del DCA 64/2011 per gli anni 2012 e 2013, **appare imprescindibile una rimodulazione del tetto di spesa regionale per la Branca di FKT** che preveda, così come anche più volte ribadito dalla Dott.ssa Di Martino nel corso del Workshop, il tempo medio di startup della nuova modalità prescrittiva ed erogativa stimabile in non meno di 3 anni.

Si rileva, inoltre, che le **liste di attesa** non hanno subito riduzioni significative in quanto la domanda prestazionale in proiezione supera l'offerta contrattualizzata dei singoli Centri: ciò è evidenziabile dal **raggiungimento precoce** (circa 45 gg. lavorativi) **dei limiti di budget** e dalla conseguente impossibilità delle strutture p.a. di garantire la clausola pattizia 8-quinquies della **continuità assistenziale** a tutto il 31/12.

Ulteriore problema è rappresentato dalle **verifiche a campione** effettuate dalle ASL che risultano disuniformi, troppo fiscali e poco inclini al concetto di condivisione previsto dal DCA 64/2011 e che impongono la formulazione di linee-guida su base regionale.

=== /// === /// ===

Per tutto quanto sopra riportato, la scrivente Commissione Consultiva Permanente ASPAT

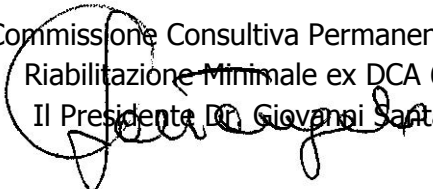
RICHIESTE

Alle SS.LL.Ill.me **la convocazione di un incontro urgente ai fini di audit per discutere i dati di erogazione e quelli relativi alle verifiche effettuate ai sensi del DCA 93/2012 ed eventuali modifiche da apportare ai tetti di spesa anno 2014.**

Certi di ogni benevola considerazione, si resta in attesa di pronto riscontro alla presente.

Cordiali saluti.

Commissione Consultiva Permanente Branca
Riabilitazione Minimale ex DCA 64/2011
Il Presidente Dr. Giovanni Santangelo



Il Presidente
Dr. Pier Paolo Polizzi

