



Da [aspat@pec.it](mailto:aspat@pec.it)

Ill.mo Presidente GRC  
On. Vincenzo De Luca  
[capo.gab@pec.regione.campania.it](mailto:capo.gab@pec.regione.campania.it)

p.c. All'Assessore al Bilancio  
Prof. Ettore Cinque  
[ass.bilancio@pec.regione.campania.it](mailto:ass.bilancio@pec.regione.campania.it)

Al Presidente della Quinta Commissione Sanità  
On. Vincenzo Alaia  
[5com.perm.str@pec.cr.campania.it](mailto:5com.perm.str@pec.cr.campania.it)  
[alaia.vin@consiglio.regione.campania.it](mailto:alaia.vin@consiglio.regione.campania.it)

Al Direttore Generale  
Tutela della Salute e Coordinamento  
Avv. Antonio Postiglione  
[dg.500400@pec.regione.campania.it](mailto:dg.500400@pec.regione.campania.it)

**REGIONE CAMPANIA**

**Oggetto: Osservazioni, valutazioni critiche e proposte concernenti la definizione dei tetti di singola struttura esercizio 2022 dei Presidi diabetologici di II° livello attribuiti al privato accreditato ex DGRC 215/2022.**

*Ill.mo Presidente On. Vincenzo De Luca,*

**la scrivente Associazione di Categoria**, nella qualità di latrice degli interessi diffusi e legittimi delle strutture diabetologiche rappresentate (allo stato 19/32) a livello regionale ed al sol fine di contribuire al processo di efficientamento dell'intera Rete Pubblica di Assistenza diabetologica territoriale, da Lei fortemente voluta a partire dalla DGRC 330 del luglio 2016 e da ultimo potenziata con DGRC 544 del dicembre 2020, nella assoluta consapevolezza della Sua sensibilità e disponibilità sul tema, **ritiene**, in ordine alla scadenza ultimativa del 30/6 p.v., **di portare alla Sua attenzione le osservazioni e le doglianze formulate all'unisono da tutte le strutture private accreditate della Branca di Diabetologia** ad esito della adozione del provvedimento giuntale n.215 del 4 maggio u.s.

- **OSSERVAZIONI.**

**PREMESSO**

- **che la predetta 215 ha completato**, sulla base dei *“tetti provvisori”* assegnati con la DGRC 599 del 28 dicembre 2021, **la definizione dei tetti di singola struttura** segnando un cambiamento epocale nell’ambito della Diabetologia da sempre gestita con modalità di tetto di Branca;
- **che la Diabetologia**, afferente alla Macroarea Specialistica Ambulatoriale, **ha da sempre evidenziato una *“critica insufficienza dei fondi destinati alla Branca, già per l’anno 2012, problematica che ha determinato la grave (e ripetuta) sospensione delle attività assistenziali in regime di accreditamento con il SSN e che ha causato notevoli problemi alla salute dei cittadini diabetici nonché un aggravio di spesa dovuto ai ricoveri ospedalieri. Pertanto, si precisa ancora una volta che il budget regionale della Diabetologia non si rivela congruo rispetto alle esigenze assistenziali necessarie fino alla fine di ogni anno”.*** (cfr. DCA n.88 del 24/7/2013 - Burc n.41 del 29/7/2013 - Verbale riunioni sulla appropriatezza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali pagg. 1 e 2);
- **che nel 2013 con il prefato DCA 88 si è provveduto**, nell’ambito del tema dell’appropriatezza erogativa ed a esito dei lavori del Tavolo di consultazione regionale relativo ai tetti di spesa di quell’anno, **a stabilire per la Branca di Diabetologia**, in ossequio alle linee guida e protocolli operativi previsti dalle Delibere GRC nn. 1168/2005 e 642/2009, **l’utilizzo come Indicatori di Processo ed Esito**, rispettivamente:
  - **le prestazioni medie annue per paziente diabetico in cura;**
  - **costo medio annuo per paziente diabetico in cura (valore fissato ad € 220 + - 10% per paziente anno);**
  - **percentuale di pazienti con valori di emoglobina glicata <7g/dl (Hb target).**

I rappresentanti di Parte Datoriale della Commissione, indetta il 14 febbraio 2013, concludevano dichiarando che *<< Pertanto, tale costo medio regionale per paziente diabetico (circa 240 euro annui) potrebbe rappresentare un indicatore economico quali - quantitativo alla base della determinazione dei tetti di spesa rispetto al numero degli iscritti per struttura diabetologica. Sarebbe questo, inoltre, buon strumento di controllo del rispetto del tetto di spesa assegnato ed un corretto metodo di valutazione dell’appropriatezza prescritta clinico - diagnostica >>*;

- che la spesa negli ultimi anni si è sostanzialmente cristallizzata come da sottoriportata tabella:

	DCA 89/2016		DCA 84/2018		DGRC 450 e DCA 10 del 2020 (all. 1 DGRC 621/2020)	
	Prestazioni	Spesa	Prestazioni	Spesa	Prestazioni	Spesa
ASL AVELLINO	202.910	1.715.097	202.910	1.715.097	196.447	1.726.897
ASL BENEVENTO	33.624	185.000	32.952	184.943	27.381	191.632
ASL CASERTA	382.728	3.096.000	382.728	3.096.269	428.734	3.571.025
ASL NAPOLI 1 CENTRO	208.466	1.443.000	208.466	1.442.841	127.060	1.603.700
ASL NAPOLI 2 NORD	0	0	0	0	0	0
ASL NAPOLI 3 SUD	192.181	1.140.353	192.181	1.140.353	126.260	1.115.460
ASL SALERNO	127.929	914.555	127.929	941.555	93.789	954.029
	<b>1.147.838</b>	<b>8.512.005</b>	<b>1.147.166</b>	<b>8.521.058</b>	<b>999.671</b>	<b>9.202.743</b>

in tal modo non consentendo ai Centri diabetologici privati accreditati di scongiurare gli STOP erogativi in corso di esercizio e per alcune annualità facendo ricorso ex post ad addendum contrattuali.

### TUTTO QUANTO PREMESSO

a nostro avviso è **necessaria una valutazione complessiva della Branca** che ne evidenzii sia le carenze del setting sia le criticità dei diversi territori provinciali delle Aziende Sanitarie Locali.

A livello generale la **Tavola “A”** (vedi foglio seguito 3) **consente di documentare un notevole disallineamento tra i volumi prestazionali contrattualizzati (ex DGRC 215/2022) ed il correlato budget economico**; quest’ultimo comporta una significativa riduzione dell’erogazione delle prestazioni afferenti alle linee guida diabetologiche 642 che, come ben noto, prevedono l’erogazione in regime day-surgery di visite specialistiche e di prestazioni clinico - diagnostico - strumentali laboratoristiche, cardiologiche, vascolari, neurologiche, oculistiche, dietologiche, podologiche, etc.







- **Il costo medio prestazionale di Branca è fissato UNIFORMEMENTE IN CIASCUNA ASL al valore di € 9,60.**
- Alle lettere “C” e “D” sono indicati i valori rispettivamente delle “prese in carico” secondo il DCA 83/2019 (Tetto prestazionale 2022 divisore 4,43) ed il DCA 88/2013 (Tetto economico 2022 divisore € 242).

Quest’ultimo dato **“teorico” di 40.964 prese in carico è conforme** con quanto previsto dalle suindicate linee guida (cfr. 25,2 prestazioni annue), ma in realtà le **prese in carico effettive del privato accreditato risultano pari a n. 232.986** (61,5% della popolazione assistita di pazienti diabetici).

Infatti, nella Tavola "A" viene mostrato il disallineamento del budget economico al numero "teorico" di prese in carico secondo linee guida.

In altri termini, la copertura economica per ciascun paziente diabetico consente mediamente l'erogazione di sole 4,43 prestazioni annue per complessivi € 42,52 circa anziché € 242, secondo DCA 88/2013.

	<b>CENTRI PRIVATI ACCREDITATI DI DIABETOLOGIA II° LIVELLO</b> <b>Tavola sinottica A</b> <i>concernente tetto prestazionale ex DGRC 215/2022</i> <i>ed impatto budgettario correlato a numero prese in carico pz. Diabetici.</i>
---	--

										<b>TOTALI</b>
<b>A</b>	Tetto economico 2022 DGRC 215	1.659.842	187.850	2.430.600	1.732.658	1.753.240	1.161.077	989.168	<b>A</b>	9.914.435
<b>B</b>	Tetto prestazionale 2022 DGRC 215	172.800	19.552	253.042	180.363	182.552	120.876	102.971	<b>B</b>	1.032.156
<b>C</b>	N. teorico prese in carico (4,43 Pst procapite ex DCA 83/2019)	39.006	4.413	57.120	40.713	41.208	27.285	23.244	<b>C</b>	232.989
<b>D</b>	N° Teorico pazienti correlato a DCA 88/2013 (€242)	6.858	776	10.043	7.159	7.244	4.797	4.087	<b>D</b>	40.964
<b>E</b>	N° pazienti diabetici ex DGRC 544/2020	29.252	19.545	62.202	62.261	65.153	69.060	75.305	<b>E</b>	378.335
<b>F</b>	Incidenza % DCA 88/2013 Vs pazienti diabetici censiti	23,4 %	3,9 %	16,1 %	11,4 %	11,1 %	6,9 %	5,4 %	<b>F</b>	10,80%

*\* In tutte le ASL uniformemente i dati " D " rappresentano il 17,5% dei dati " C " così documentando che il budget economico 2022 è disallineato al numero "teorico" di prese in carico. In altri termini la copertura economica per ciascun paziente diabetico consente mediamente l'erogazione di sole 4,43 prestazioni annue per complessivi € 42,52 circa anziché € 242 (costo annuo ex DCA 88/2013) corrispondenti a 25,2 prestazioni annue, secondo linee guida stabilite dalle Delibere GRC 1168/2005 e 642/2009.*

**Il profilo erogato di sole 4,43 prestazioni per paziente configura un livello di assistenza, come già detto, non in linea con la normativa.**

**Nella sottoriportata Tabella A, viene esemplificato quanto descritto illustrando nel dettaglio le prestazioni erogabili con quota capitaria di € 42,50 scaturenti dai tetti assegnati alle strutture diabetologiche dalla DGRC 215/2022.**

Resta di palmare evidenza che trattasi di una prassi non conforme ed assolutamente inidonea a garantire il principio di presa in carico globale e multifattoriale del paziente diabetico in qualità ed appropriatezza erogativa.

**TABELLA A**

PRESTAZIONI EROGABILI CON QUOTA  
CAPITARIA DI € 42,50 CHE SCATURISCE  
DAI TETTI ASSEGNATI DALLA DGRC 215/22

CODICE CATALOGO	PRESTAZIONE	COSTO
91492001	Prelievo venoso	€ 2,58
90271003	Glicemia	€ 1,17
90281001	Emoglobina glicosilata	€ 7,41
90443001	Esame Urine	€ 2,17
90163002	Creatinina	€ 1,13
90092001	Got	€ 1,04
90045001	Gpt	€ 1,00
89.010.029	Visita Diabetologica di controllo	€ 12,91
89.010.047	Visita Neurologica di controllo	€ 12,91

**9 PRESTAZIONI TOTALI****€ 42,32**

**Nella Tabella B viene descritto, sulla base dell'annosa esperienza clinica, lo screening minimo da garantire al paziente diabetico ai sensi della DGRC 642/2009.**


**TABELLA B**

DGRC 642/09 SCREENING DIABETOLOGICO MINIMO  
DA GARANTIRE ESCLUSO COMPLICANZE D'ORGANO

CODICE CATALOGO	PRESTAZIONE	COSTO
91492001	Prelievo venoso	€ 2,58
90271003	Glicemia	€ 1,17
90281001	Emoglobina glicosilata	€ 7,41
90143001	Colesterolo Totale	€ 1,04
90141001	HDL Colesterolo	€ 1,43
90432001	Trigliceridi	€ 1,17
90092001	Got	€ 1,04
90045001	Gpt	€ 1,00
90443001	Esame Urine	€ 2,17
90105001	Bilirubina	€ 1,41
90942001	Esame colturale dell'urina	€ 8,31
90163002	Creatinina	€ 1,13
90334001	Microalbuminuria	€ 4,11
89.010.029	Visita Diabetologica di controllo	€ 12,91
89393001	Valutazione della soglia di sensibilità vibratoria	€ 18,59
89.591.002	Test Cardiovascolari valutazione neuropatia autonoma	€ 41,32
89.010.014	Visita Cardiologica di Controllo	€ 12,91
89.520.001	Elettrocardiogramma	€ 11,62
89.010.047	Visita Neurologica di controllo	€ 12,91
95.091.001	Esame del fundus oculi	€ 7,75

**20 PRESTAZIONI TOTALI****€ 151,98**

**Lo schema ovviamente esclude le complicanze d'organo** ed a tal riguardo si riporta quanto rappresentato dal DCA 83/2019 riguardante il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019/2021.

PAZIENTI DIABETICI - DCA 83/2019			
		%	UTENTI PST OCCORRENTI
	MONO – PATOLOGIA	9,50%	31.115 307.920
	CON 1 PATOLOGIA ASSOCIATA	37%	121.182 614.045
	CON 2 PATOLOGIE ASSOCIATE	53,50%	175.223 530.700
		<b>100%</b>	<b>327.520 1.452.665</b>

N.B. Dall'analisi del prospetto si evidenzia che i pazienti con patologie associate sono la quasi totalità della platea assistenziale (di cui il 40% scompensati) e pertanto necessitano di essere trattati in Centri Diabetologici di II° livello da un team multidisciplinare secondo linee guida DGRC 642/09.

I suindicati dati regionali, nell'evidenziare che il 90% dei pazienti diabetici presenta una o più patologie associate (di cui il 40% scompensati), si riferiscono ad una rilevazione epidemiologica del 2019 e pertanto vanno aggiornati sulla base della DGRC 544/2020.

Stante l'aggiornamento dei **dati relativi all'incremento dei pazienti diabetici campani**:

**+ 15,5% popolazione assistita**

**+ 50.815 pazienti diabetici**

**Totale n. 378.335 (6,5%)**

**il volume complessivo di prestazioni da erogare nel 2022**, sempre in relazione al disallineamento dei volumi economici con quelli prestazionali, è **pari a**


**n. 1.670.564 prestazioni.**


#### • VALUTAZIONI E DOGLIANZE.

Alla luce di quanto analizzato, **la scrivente, significa le sottoriportate criticità:**

- Di setting/Branca** per quanto detto circa il disallineamento dei volumi economici con quelli prestazionali correlati che, in piena evidenza, documentano **una programmazione assistenziale**, ci sia consentito, di **“tipologia discount”** assolutamente inidonea a garantire al paziente, in qualità ed appropriatezza, il novero delle visite specialistiche e degli accertamenti necessari alle cure della sindrome diabetica.

## 2. Di Ambiti territoriali/ASL, come illustrato nella Tavola sinottica "B"

 REGIONE CAMPANIA	<b>Tavola sinottica B</b> <i>relativa a correlazione budget di Branca          Diabetologia ex DGRC 215/2022 con media procapite          pazienti diabetici ex DGRC 544/2020.</i>
---	---

						<b>TOTALI</b>		
Budget DGRC 215	1.659.842	187.850	2.430.600	1.732.658	1.753.240	1.161.077	989.168	9.914.435
N° pazienti Diabetici ex DGRC 544/2020	29.252	19.545	62.202	62.261	65.153	69.060	75.305	378.335
Media procapite €	56,7	9,6	39,0	27,8	26,9	16,8	13,1	26,2

*\* I dati si riferiscono unicamente al privato accreditato ed ovviamente devono essere mixati con quelli stabiliti per il Pubblico a gestione statale/diretta ex DGRC 210/2022, allo stato non conosciuti in quanto in corso di redazione i relativi POA.*

dove **si concretizzano intollerabili ed inique disparità di trattamento tra gli erogatori p.a. della Branca**. Ci riferiamo al budget DGRC 215 che ha consolidato (forse per sempre con l'utilizzo dei tetti di singola struttura) una disomogenea e penalizzante attribuzione della media economica procapite per singolo paziente.

Valga per tutte la media della ASL Salerno che risulta, senza tema di smentite, giusto la metà di quella regionale (cfr. € 13,1 Vs € 26,2).

A tal uopo, suggeriamo di porre rimedio sin da subito onde evitare una recrudescenza del contenzioso legale anche da parte degli Organismi di Tutela dei Cittadini e dei Malati che vedono il proprio territorio privato delle opportunità assistenziali garantite alle altre ASL campane.

### 3. Di eccessivi carichi requisiti, sia per le strutture p.a. di recente accreditamento che per quelle preesistenti, quasi tutte ormai al collasso gestionale e finanziario in quanto **il peso dei costi relativi ai requisiti** (strutturali, tecnologici, organizzativi e specifici) **è totalmente sproporzionato rispetto ai ricavi** derivanti dai budget attribuiti alle singole strutture ai sensi della DGRC 215/2022.

Infatti, le 32 strutture diabetologiche territoriali di II° Livello con i soli "requisiti minimi" organizzativi (personale amministrativo, tecnico ed operatori sanitari), previsti per l'accreditamento definitivo/istituzionale devono garantire fino a n. 4.000 prese in carico di pazienti diabetici.

#### Il calcolo è lapalissiano:

- N. 32 Centri x 4.000 pazienti = n.128.000 complessive prese in carico.
- N. 128.000 prese in carico x 242 € annui = € 30.976.000 budget "virtuale".
- **Tetto economico di Branca ex DGRC 215 è di € 9.914.434 pari al 32% (sic!) di quanto mediamente occorrente ai Centri p.a. di Diabetologia per coprire i costi dei requisiti minimi organizzativi richiesti per operare nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.**

Si sottolinea che la problematica della rimodulazione dei requisiti ha un peso notevole nel mantenimento dell'equilibrio di bilancio delle società erogatrici del privato accreditato e, pertanto, si ritiene che posporla e sottovalutarne la portata sia un grave errore in quanto essa incide direttamente e quotidianamente nel merito della qualità delle prestazioni erogabili e comunque rese.

#### 4. Di riduzione del complessivo Volume Prestazionale di Branca.

In considerazione che:

a) l'ultimo dato analitico conosciuto nell'ambito del Sistema Erogativo Accreditato risale al 2018 attraverso il DCA 83/2019.

- **Prestazioni Diabetologia Regione Campania**

TOT. 1.379.196	}	<b>Publico a gestione diretta 274.307 (20%)</b> <b>Privato accreditato 1.104.880 (80%)</b>
----------------	---	---

b) **La Regione Campania** con la recente DGRC 210/2022, in ossequio alla Sentenza Frattini ed alla Deliberazione del Commissario ad acta Ambrosanio, ha stabilito come dead-line per la programmazione del fabbisogno assistenziale l'anno 2018 ma **nulla ha specificato per la Diabetologia da attribuire alla componente pubblica accreditata**, riconducendola all'interno dei complessivi volumi prestazionali delle BAV - Branche a Visita e rinviandosi ai POA (Piani Operativi Aziendali) in corso di redazione presso Unità Ospedaliere e Distretti sanitari territoriali.

c) **La Branca di Diabetologia del privato accreditato** ha visto arretrare per l'anno 2022 la sua posizione assegnata *"provvisoriamente"* con la 599/2021 da 1.124.588 a 1.032.156 prestazioni e in linea con tutte le altre Branche specialistiche della Macroarea **ha subito una retrocessione ai valori del 2018** (cfr. nota ASPAT Prot.68/AP/2022).

- **LE CONCLUSIONI.**

La scrivente, al sol fine di contribuire alla risoluzione delle descritte criticità della Branca di Diabetologia del privato accreditato regionale,

#### **TUTTO QUANTO DESCRITTO ED EVIDENZIATO**

Ritiene doveroso rifarsi alle linee direttrici espone nella *"seconda indagine civica sul diabete"* da Stefano A. Inglese nel corso del convegno di CittadinanzAttiva tenutosi a Napoli nell'aprile scorso alla luce del contesto epidemiologico nazionale.

- **I PAZIENTI DIABETICI E LE INDICAZIONI DI CITTADINANZATTIVA.**

L'indagine sostanzialmente tesa a descrivere il quadro delle opportunità per i pazienti diabetici e per gli stakeholders delle regioni del sud Italia <<restituisce una presa in carico delle persone con diabete, da parte dell'SSN, fortemente sbilanciata sui Centri diabetologici, di ottimo livello, ma con un ruolo ancora residuale della dimensione territoriale. L'integrazione tra centri specialistici e cure primarie, così fortemente promossa dal Piano nazionale sulla malattia diabetica, è ancora tutta da costruire>>.

- **Il piano nazionale sulla malattia diabetica.**

<<Le regioni si sono impegnate ad attuarlo, anche se con le modalità organizzative che ritengono più adeguate, esercitando l'autonomia decisionale riconosciuta loro (...) il valore del Piano non risiede solo nelle indicazioni sul terreno della integrazione, della multidisciplinarietà nella presa in carico delle persone con diabete, dell'attenzione per la prevenzione, ma anche nella proposta di una impostazione comune su tutto il territorio nazionale, che dovrebbe contribuire ad assicurare maggiore omogeneità e garantire eguale diritto di accesso, qualità e sicurezza alle cure ed all'assistenza alle persone con diabete>>.

- **Le opportunità del PNRR e la medicina del territorio.**

<<C'è poi l'occasione straordinaria rappresentata dalla riflessione sulla riorganizzazione dell'assistenza sul territorio, dopo l'esperienza con la pandemia da COVID-19. Il diabete, e le sue esigenze di presa in carico integrata e multidisciplinare rappresentano concretamente quella necessità, sottolineata da più parti, che accanto agli investimenti sulle strutture, Case ed Ospedali di comunità, piuttosto che Centrali Operative Territoriali di coordinamento, si dedichino tempo, attenzione, competenze ed energie ai processi, senza i quali anche gli investimenti strutturali rischiano di lasciare il tempo che trovano. La gestione delle persone con diabete dovrebbe diventare un esempio concreto del lavoro di riorganizzazione dei modelli di assistenza sul territorio. Ciò garantirebbe maggiore concretezza alla riflessione sui modelli organizzativi territoriali e, al tempo stesso, rappresenterebbe una opportunità per dare finalmente una accelerazione ai percorsi di integrazione che riguardano la gestione del diabete>>.

- **La centralità del diabete nell'ambito delle cronicità.**

<<Più in generale, è venuto probabilmente il momento di recuperare la centralità del diabete nell'ambito delle cronicità, a partire dal contesto epidemiologico e dalla sua evoluzione, ma non solo. Esigenze di integrazione e multidisciplinarietà, ruolo evidente della prevenzione, valore della autogestione della malattia e della personalizzazione dei percorsi di cura ed assistenza, rapporto evoluto con le tecnologie, ne fanno un vero e proprio paradigma, che può contribuire a mettere a fuoco strategie efficaci per contrastare disparità e disuguaglianze. E per superare quella inerzia che da troppo tempo sembra essere il tratto distintivo delle politiche sul diabete>>.

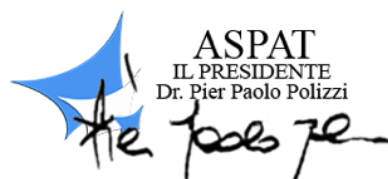
- **LE PROPOSTE.**

In sinergia con quanto formulato sul tema del Diabete dal maggior Ente Nazionale di Tutela dei Diritti del Malato, l'ASPAT

**CHIEDE**  
alla S.V. Ill.ma

1. **La convocazione urgente delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative di un Tavolo Regionale di Confronto** per la disamina delle criticità evidenziate e documentate con la presente nota;
2. **L'adozione entro il 30/6 pv di un provvedimento emendativo della DGRC 215/2022 concernente tetti di spesa anno 2022 - Branca Diabetologia per riequilibrare e rimodulare nell'ordine:**
  - ✓ Il rapporto contrattuale tra budget di Branca e volumi prestazionali correlati, ai sensi del DCA 88/2013.
  - ✓ Il volume complessivo del Tetto di prestazioni attribuite al privato accreditato per l'esercizio 2022, al netto di quanto affidato alla componente pubblica accreditata a gestione statale/diretta ai sensi della DGRC 210/2022.
  - ✓ La media economica procapite per singolo paziente delle ASL disallineate alla media regionale, allo stato fissata in € 26,2.
  - ✓ Il carico dei requisiti minimi indicati dal regolamento n.1 del 2007 (all.A - scheda ST6) per l'accreditamento definitivo/istituzionale delle Strutture diabetologiche di II° Livello ad oggi totalmente sproporzionato rispetto ai budget attribuiti alle singole strutture ai sensi della DGRC 215/2022.
3. **La fissazione** da parte della V° Commissione Consiliare Permanente Sanità e Sicurezza Sociale - Regione Campania **di un Forum Tematico dedicato alla Rete di assistenza diabetologica** attraverso il quale recepire anche il contributo delle Associazioni e degli Organismi degli Utenti in sanità ed avviare una riflessione condivisa sulle innovazioni ed opportunità derivanti dal PNRR nell'ambito della riforma della medicina territoriale.

Con osservanza.



ASPAT  
IL PRESIDENTE  
Dr. Pier Paolo Polizzi

**Allegati: n. 4 Tavole sinottiche e tabelle.**

- \* La presente nota è stata redatta con il contributo dell'Avv. Giuseppe Fortunato - Difensore Civico Regione Campania.

**IL MIO**  
*diabete*  
**NON PUO' PIÙ**  
**ASPETTARE**



il Difensore Civico Giuseppe Fortunato:  
**ASSISTENZA IMMEDIATA**  
**E BUDGET REALE**

[www.civicrazia.org](http://www.civicrazia.org)



## **TABELLA A**

*PRESTAZIONI EROGABILI CON QUOTA  
CAPITARIA DI € 42,50 CHE SCATURISCE  
DAI TETTI ASSEGNATI DALLA DGRC 215/22*

<b>CODICE CATALOGO</b>	<b>PRESTAZIONE</b>	<b>COSTO</b>
91492001	Prelievo venoso	€ 2,58
90271003	Glicemia	€ 1,17
90281001	Emoglobina glicosilata	€ 7,41
90443001	Esame Urine	€ 2,17
90163002	Creatinina	€ 1,13
90092001	Got	€ 1,04
90045001	Gpt	€ 1,00
89.010.029	Visita Diabetologica di controllo	€ 12,91
89.010.047	Visita Neurologica di controllo	€ 12,91

**9 PRESTAZIONI TOTALI**

**€ 42,32**



## TABELLA B

DGRC 642/09 SCREENING DIABETOLOGICO MINIMO  
DA GARANTIRE ESCLUSO COMPLICANZE D'ORGANO

CODICE CATALOGO	PRESTAZIONE	COSTO
91492001	Prelievo venoso	€ 2,58
90271003	Glicemia	€ 1,17
90281001	Emoglobina glicosilata	€ 7,41
90143001	Colesterolo Totale	€ 1,04
90141001	HDL Colesterolo	€ 1,43
90432001	Trigliceridi	€ 1,17
90092001	Got	€ 1,04
90045001	Gpt	€ 1,00
90443001	Esame Urine	€ 2,17
90105001	Bilirubina	€ 1,41
90942001	Esame colturale dell'urina	€ 8,31
90163002	Creatinina	€ 1,13
90334001	Microalbuminuria	€ 4,11
89.010.029	Visita Diabetologica di controllo	€ 12,91
89393001	Valutazione della soglia di sensibilità vibratoria	€ 18,59
89.591.002	Test Cardiovascolari valutazione neuropatia autonoma	€ 41,32
89.010.014	Visita Cardiologica di Controllo	€ 12,91
89.520.001	Elettrocardiogramma	€ 11,62
89.010.047	Visita Neurologica di controllo	€ 12,91
95.091.001	Esame del fundus oculi	€ 7,75

**20 PRESTAZIONI TOTALI**

**€ 151,98**



# CENTRI PRIVATI ACCREDITATI DI DIABETOLOGIA II° LIVELLO

## Tavola sinottica A

concernente tetto prestazionale ex DGRC 215/2022 ed impatto budgettario correlato a numero prese in carico pz. Diabetici.



**TOTALI**

	A	B	C	D	E	F			
Tetto economico 2022 DGRC 215	1.659.842	187.850	2.430.600	1.732.658	1.753.240	1.161.077	989.168	A	9.914.435
Tetto prestazionale 2022 DGRC 215	172.800	19.552	253.042	180.363	182.552	120.876	102.971	B	1.032.156
N. teorico prese in carico (4,43 Pst procapite ex DCA 83/2019)	39.006	4.413	57.120	40.713	41.208	27.285	23.244	C	232.989
N° Teorico pazienti correlato a DCA 88/2013 (€242)	6.858	776	10.043	7.159	7.244	4.797	4.087	D	40.964
N° pazienti diabetici ex DGRC 544/2020	29.252	19.545	62.202	62.261	65.153	69.060	75.305	E	378.335
Incidenza % DCA 88/2013 Vs pazienti diabetici censiti	23,4 %	3,9 %	16,1 %	11,4 %	11,1 %	6,9 %	5,4 %	F	10,80%

*\* In tutte le ASL uniformemente i dati " D " rappresentano il 17,5% dei dati " C " così documentando che il budget economico 2022 è disallineato al numero "teorico" di prese in carico. In altri termini la copertura economica per ciascun paziente diabetico consente mediamente l'erogazione di sole 4,43 prestazioni annue per complessivi € 42,52 circa anziché € 242 (costo annuo ex DCA 88/2013) corrispondenti a 25,2 prestazioni annue, secondo linee guida stabilite dalle Delibere GRC 1168/2005 e 642/2009.*



## Tavola sinottica B

relativa a correlazione budget di Branca  
Diabetologia ex DGRC 215/2022 con media procapite  
pazienti diabetici ex DGRC 544/2020.



								<b>TOTALI</b>
Budget DGRC 215	1.659.842	187.850	2.430.600	1.732.658	1.753.240	1.161.077	989.168	9.914.435
N° pazienti Diabetici ex DGRC 544/2020	29.252	19.545	62.202	62.261	65.153	69.060	75.305	378.335
Media procapite €	56,7	9,6	39,0	27,8	26,9	16,8	13,1	26,2

**\* I dati si riferiscono unicamente al privato accreditato ed ovviamente devono essere mixati con quelli stabiliti per il Pubblico a gestione statale/diretta ex DGRC 210/2022, allo stato non conosciuti in quanto in corso di redazione i relativi POA.**