

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 maggiore 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