

Fabbisogno di accreditamento di ambulatori di riabilitazione ex art. 26 L 833/1978 – Asl 201.**1. Valutazioni programmatiche e di riforma delle prestazioni territoriali di riabilitazione.**

L'Accordo Stato-Regioni sul documento concernente le "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" (Rep. Atti 124/CSR del 4 agosto 2021) ha fornito alle regioni nuovi indirizzi per la revisione dei *setting* collegati all'attività riabilitativa territoriale.

È noto che fino alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza nel 2001, ma anche negli anni immediatamente successivi, la riabilitazione territoriale è stata prevalentemente assicurata dalle strutture ambulatoriali, diurne e residenziali già classificate come 'ex articolo 26 della legge 833/78'. Per comprendere la natura e il ruolo di tali strutture è utile ricordare che ai tempi in cui risale la loro istituzione (collegata alla legge sull'invalidità civile del 1971), il Ministero della Sanità aveva la facoltà di convenzionarsi con centri di riabilitazione e altre istituzioni terapeutiche, per ospitare e "riabilitare" minori e adulti che potessero anche seguire attività di istruzione e di formazione professionale. Queste strutture, pertanto, hanno garantito, insieme alla "rieducazione funzionale e motoria", anche attività formative e di socializzazione specie per le persone con scarse capacità di recupero. L'attivazione di queste strutture è stata una prima risposta alle situazioni di restrizione della partecipazione (handicap)/limitazione delle attività (disabilità), derivate da malattie, di carattere congenito o acquisito e/o progressivo, esitanti in motolesioni, neurolesioni o disadattamenti sociali. La risposta fornita era quindi di tipo integrato tra funzioni riabilitative e didattico-educative (scuola/formazione).

In seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 502/1992, la legge n. 724/1994 sanciva l'entrata in vigore dei nuovi rapporti fondati sull'accreditamento, ribaditi anche dall'introduzione dei primi Lea e della nuova definizione delle attività riabilitative.

Il profilo dell'handicap/disabilità si è notevolmente modificato nel tempo e gli inserimenti nella scuola dell'obbligo e nei corsi di qualificazione professionale hanno ridotto il bisogno collegato all'apprendimento; pertanto, le strutture ex art. 26 si sono successivamente qualificate come strutture prevalentemente riabilitative e, già dopo le Linee Guida del 1998, si sono caratterizzate in due filoni:

- uno strettamente riabilitativo con ricoveri a termine;
- altro con attività di tipo socio-riabilitativo derivanti dall'articolo 8 della legge quadro 104/92.

Con l'entrata in vigore del DPCM 14 febbraio 2001 in materia socio-sanitaria e del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Lea (Allegato 1C - Interventi socio-sanitari) e con l'introduzione dei nuovi criteri per l'attribuzione delle competenze al Ssn ed ai Comuni, nonché del DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Lea, è evidente che il rapporto delle strutture in questione con il SSR deve essere ridefinito. Si dovrà quindi procedere ad accertare la natura e le caratteristiche dell'attività riabilitativa effettivamente svolta e a "ricollocare" ciascuna struttura nel quadro dell'offerta regionale, articolata per livello di intensità dell'intervento e per tipologia di utenti, avviando una riconversione in strutture di riabilitazione "estensiva" o di "mantenimento" per disabili gravi (con quota pagata in parte dal sistema sanitario e in parte dalla persona/famiglia/Comune).

Secondo il documento ministeriale l'attività territoriale di riabilitazione a favore dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali (le cui linee di indirizzo la Regione si impegna a promuovere con prossimi atti di programmazione) trova collocazione all'interno della rete dei servizi di riabilitazione e dovrà svolgersi in stretta integrazione con l'attività erogata dalle strutture di ricovero del sistema ospedaliero, sia nella fase post-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per i pazienti provenienti dal territorio.

2. Considerazioni metodologiche su una valutazione “in concreto” del fabbisogno aggiuntivo di accreditamento di strutture di riabilitazione per la provincia di L’Aquila.

Vista la nota prot. 140081/2023 del Servizio Accreditamento e Accordi Contrattuali, che ha sollecitato l’adozione di un atto di verifica del fabbisogno di prestazioni di riabilitazione ambulatoriale, domiciliare ed extramurale ex art. 26 per il territorio della ASL 201 Avezzano-Sulmona-L’Aquila ai fini della definizione di un procedimento amministrativo sotteso alla richiesta stessa, si procede ad una disamina dell’offerta pubblico-privata esistente e prospettica per i *setting* in argomento.

Data la complessità delle elaborazioni richieste, la metodologia utilizzata – condotta con l’uso di variabili di tipo *proxy* - si limita al territorio della ASL 201, ai fini di fornire un riscontro alla richiesta del Servizio regionale DPF018. Con successivo provvedimento si procederà ad una revisione del fabbisogno relativo all’intera regione.

Di seguito si elencano le strutture di riabilitazione pubbliche e private presenti nell’anagrafica regionale all’anno 2017 - anno di prima produzione dell’istanza di parere di compatibilità programmatica della struttura dalla cui istanza deriva la rideterminazione del fabbisogno – per la ASL aquilana:

Anno	Codice Regione	Codice USL	Codice struttura	DENOMINAZIONE
2017	130	201	130043	CONSORZIO SAN STEF.AR.
2017	130	201	130073	FOND.P.ALBERTO MILENO ONLUS
2017	130	201	130083	CENTRO SAN VENANZIO
2017	130	201	130087	ANESIS S.R.L.
2017	130	201	130088	SERV RIAB AVEZZANO
2017	130	201	130091	CENTRO MEDISALUS S.R.L.
2017	130	201	130093	CENTRO FISIOT.RIAB.MEDICAL MAR
2017	130	201	130097	FOND.P.ALBERTO MILENO ONLUS
2017	130	201	130099	NOVA SALUS SRL
2017	130	201	130104	CONSORZIO SAN STEF.AR.
2017	130	201	130144	SAN RAFFAELE SPA
2017	130	201	130148	CENTRO RIAB VILLA DOROTEA
2017	130	201	130150	CENTRO EX ART 26 PIZZOLI
2017	130	201	130151	CENTRO RIAB COLLEMAGGIO
2017	130	201	130158	SERV RIAB. SULMONA

Ai fini di una valutazione in concreto del fabbisogno di strutture di riabilitazione, si è proceduto a concatenare l’informazione di patologia (indicizzando il campo chiave “Diagnosi principale”) dei pazienti in cura riabilitativa nell’anno 2017 con l’analogo codice ICD-9-CM del database delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)¹ della ASL 201.

Per gli accessi riabilitativi si sono presi in considerazione i *setting* di riabilitazione ambulatoriale, extramuraria e domiciliare.

Da un’analisi del flusso delle prestazioni riabilitative per la ASL201 sono stati individuati 113 codici di diagnosi (ICD-9-CM) associati ai relativi accessi. Si è quindi proceduto ad estrapolare le schede di dimissione ospedaliera della ASL201 con i medesimi codici al fine di associare le casistiche di acuzie che possono aver

¹ Si è presa in considerazione la banca dati SDO 2019, non distorta dal dato pandemico.

generato, a valle, la domanda di trattamenti riabilitativi. Di seguito si riportano, a titolo esemplificativo, i primi 25 codici diagnosi – classificati per numerosità decrescente - cui sono correlati interventi riabilitativi:

ICD-9-CM	Descrizione
3159	Ritardo non specificato dello sviluppo
3155	Disturbi misti dello sviluppo
4382	Emiplegia/emiparesi
332	Morbo di Parkinson
340	Sclerosi multipla
31531	Disturbo del linguaggio espressivo
31532	Disturbo misto del linguaggio espressivo e della comprensione
2990	Disturbo autistico
3320	Paralisi agitante
343	Paralisi cerebrale infantile
3152	Altre difficoltà specifiche dell'apprendimento
434	Occlusione delle arterie cerebrali
344	Altre sindromi paralitiche
V492	Problemi motori degli arti
315	Ritardi specifici dello sviluppo
3079	Altri e non specificati sintomi o sindromi speciali, non classificati altrove
71509	Artrosi generalizzata, sedi multiple
3153	Disturbi evolutivi dell'eloquio o del linguaggio
3154	Disturbo di sviluppo della coordinazione
4570	Sindrome linfadematosa postmastectomia
3441	Paraplegia
7282	Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove
331	Altre degenerazioni cerebrali
7580	Sindrome di Down
342	Emiplegia e emiparesi

Estraendo, su un campione di circa 5.000 prestazioni riabilitative esaminate, i codici diagnosi che (sullo stesso campione) cumulano almeno un minimo di 8-10 prestazioni, si giunge alla stima di una popolazione con schede di ricovero relative a patologie compatibili con la riabilitazione di circa 2.956 utenti/anno², dato che – rispetto ai 2.453 utenti rilevati dalle PIC RIA territoriali 2017 per Asl201 - denota un possibile fabbisogno aggiuntivo di 503 utenti. Considerato il numero medio e mediano di utenti per struttura, la stima è compatibile con **un fabbisogno di accreditamento aggiuntivo di 2 strutture di riabilitazione ex art. 26 (per i setting ambulatoriale, domiciliare ed extramurale) per il territorio della provincia di L'Aquila.**

² Dato SDO dei ricoveri considerato al 90% quale proxy della stima degli utenti, onde tenere conto delle possibili ri-ospedalizzazioni.