



## **Fabbisogno aggiuntivo di accreditamento di punti erogativi di prestazioni ambulatoriali di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978 – Asl di Lanciano-Vasto-Chieti, Pescara e Teramo**

### **1. Prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e metodologia adottata per la stima del fabbisogno aggiuntivo.**

Le prestazioni sanitarie riabilitative ex art. 26 della L. 833/78 sono dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, dipendenti da qualunque causa, erogate nella fase di riabilitazione intensiva ed estensiva ed in regime di assistenza extraospedaliera residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno, ambulatoriale e domiciliare.

Oggetto del presente documento è l'elaborazione del fabbisogno aggiuntivo di accreditamento di virtuali punti erogativi di riabilitazione ambulatoriale, extramuraria e domiciliare erogati da privato. A questi fini si adotterà il medesimo razionale utilizzato per la stima del fabbisogno aggiuntivo della ASL201 di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, approvato con DGR 343 del 19.06.2023.

Non rientrano nella stima di fabbisogno del presente documento le prestazioni ambulatoriali riabilitative afferenti ai disturbi dello spettro autistico, per cui la DGR 288/23 - nel confermare fino al 2024 i tetti di spesa già stabiliti dalla DGR 807/2022 in capo alle strutture accreditate, pari a € 5,16 milioni di euro - ha definito il principio della presa in carico globale e della continuità assistenziale del paziente da parte dei soggetti accreditati, purché entro i *setting* per i quali le strutture ospitanti risultano essere, con separato budget, contrattualizzate.

Vista la complessità delle elaborazioni e la necessità di disporre di informazioni sistematiche e organizzate del flusso RIA, è stato adottato un criterio empirico utile per giungere ad una valutazione in concreto del fabbisogno di strutture di riabilitazione. A questo fine si è proceduto a concatenare l'informazione di patologia (indicizzando il campo chiave "Diagnosi principale") dei pazienti in cura riabilitativa con l'analogo codice ICD-9-CM del database delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)<sup>1</sup>.

Da un'analisi del flusso delle prestazioni riabilitative sono stati individuati 113 codici di diagnosi (ICD-9-CM) associati ai relativi accessi, già impiegati nel documento tecnico di cui alla DGR 343/23. Si è proceduto quindi ad estrapolare le schede di dimissione ospedaliera delle ASL 202 (Lanciano-Vasto-Chieti), 203 (Pescara) e 204 (Teramo) con i medesimi codici al fine di associare le casistiche di acuzie che possono aver 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, in regione, sono correlati interventi riabilitativi:

---

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


**Primi 25 codici diagnosi per 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

Per i predetti codici, estratti da un campione di circa 5.000 prestazioni riabilitative esaminate, si sono presi in considerazione i codici diagnosi che (sullo stesso campione) cumulano almeno un minimo di 8-10 prese in



carico<sup>2</sup>, giungendo alla stima di una popolazione con schede di ricovero relative a patologie compatibili con prestazioni riabilitative.

La DGR 343/23 ha stimato questa “frontiera del bisogno”, per la ASL 201 di Avezzano-Sulmona-L’Aquila, in circa 2.956 utenti/anno<sup>3</sup>, dato che – rispetto ai 2.453 utenti rilevati dalle PIC RIA territoriali 2017 per Asl201 - denotava un possibile fabbisogno aggiuntivo di 503 utenti. Considerato il numero medio e mediano di utenti per struttura, si è stimato 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.

Per la **ASL 202 di Lanciano-Vasto-Chieti** si osserva una popolazione con schede di ricovero relative a patologie compatibili con la riabilitazione di circa 4.102 utenti/anno, dato che – rispetto ai 4.876 utenti rilevati dalle PIC RIA territoriali 2019 per Asl202 – non evidenzia (secondo il rationale applicato) la presenza di ulteriori fabbisogni accreditabili.

Per la **ASL 203 di Pescara** si è stimata una popolazione con schede di ricovero relative a patologie compatibili con la riabilitazione di 3.833 utenti/anno, dato che – rispetto ai 3.068 utenti rilevati dalle PIC RIA territoriali 2019 per Asl202 (180 mila prestazioni) - denota un possibile fabbisogno aggiuntivo di 765 utenti. Considerato il numero medio e mediano di utenti per struttura, la stima è compatibile con un **fabbisogno di accreditamento aggiuntivo di 3 punti erogativi di riabilitazione ex art. 26** (per i setting ambulatoriale, domiciliare ed extramurale).

Per la **ASL 204 di Teramo** gli utenti dotati di schede di ricovero relative a patologie compatibili con la riabilitazione sono risultati 2.322, dato che - rispetto ai 3.330 utenti rilevati dalle PIC RIA territoriali 2017 per Asl204 - non denota la presenza di fabbisogni aggiuntivi accreditabili.

ASL	Accessi ambulatoriali (2022)	Strutture (2021)	Utenti RIA (dati storici)	Acuzie SDO codici sintomatici riabilitazione	Stima fabbisogno utenti aggiuntivi	Stima fabbisogno strutture aggiuntive
201	122.375	15	2.453	2.956	503	2
202	142.997	20	4.876	4.102	0	0
203	178.594	9	3.068	3.833	765	3
204	145.511	11	3.330	2.322	0	0
<b>Abruzzo</b>	<b>589.477</b>	<b>55</b>	<b>13.727</b>	<b>13.213</b>	<b>1.268</b>	<b>5</b>

La definizione di fabbisogni più puntali, elaborati sulla base di dati aggiornati, è condizionata alla normalizzazione dei tracciati RIA oltre che alla disamina dei flussi di mobilità, al cui esito sarà possibile ponderare sia le prestazioni inappropriate, onde evitare effetti distorsivi, sia la tipologia di prestazioni riabilitative richieste.

<sup>2</sup> La stima del fabbisogno di accreditamento è, in questo caso, corrispondente ad un’area di scelta pubblica meritevole di tutela in termini di qualificazione della frazione di offerta di prestazioni riabilitative che hanno cumulato un numero minimo di prese in carico, pari ad 8, per singolo codice diagnosi ICD9-CM. A sua volta, a ciascuna presa in carico, con relativa diagnosi, corrisponde un ciclo di prestazioni riabilitative.

<sup>3</sup> Dato SDO dei ricoveri considerato al 90% quale proxy della stima degli utenti, onde tenere conto delle possibili ri-ospedalizzazioni.



## 2. La spesa pro-capite per assistenza riabilitativa

Un ulteriore elemento di valutazione per la stima dei fabbisogni aggiuntivi accreditabili per il setting in argomento, anche ai fini della programmazione del mix pubblico-privato dell'offerta erogativa, è dato dall'analisi della spesa per assistenza riabilitativa privata ex art. 26 finanziata dal SSR.

Nel 2022 il 75% delle strutture accreditate per la riabilitazione ex art.26 ha erogato in regione prestazioni ambulatoriali/domiciliari; il 25% degli operatori (parte dei quali operativo anche per il setting extramurario) è invece attivo per il setting residenziale e semiresidenziale.

Di seguito si riportano gli accessi in assistenza riabilitativa ambulatoriale tratti dal Modello RIA11, Quadro H.

### Accessi riabilitativi ambulatoriali ex art. 26

Codice patologia	Asl201	Asl202	Asl203	Asl204
1-Neurologica	37.897	61.681	48.140	54.274
2-Pneumologica	2.381	1.969	5.894	2.429
3-Cardiologica	807	26	1.907	410
4-Motoria	21.542	15.002	20.915	13.209
5-Psico-sensoriale	9.881	1.055	200	5.451
6-Neuropsichiatrica infantile	41.611	57.222	99.740	50.459
7-Altro	8.256	6.042	1.798	19.279

Fonte: elaborazioni su dati Mod. RIA11

Nel Rapporto OASI 2022 – Osservatorio sulle Aziende e sul sistema sanitario italiano, CERGAS e Università Bocconi osservano che, in Italia, *“Il setting riabilitativo si conferma essere quello che presenta la maggiore variabilità interregionale in termini di spesa per assistenza accreditata: considerando il coefficiente di variazione (CV9) la variabilità è pari al 76%, in linea con quanto osservato negli anni precedenti. La spesa media pro capite a livello nazionale non ha subito variazioni rilevanti (€ 28 nel 2021 vs € 27 nel 2020 e € 28 nel 2019), e si continuano ad osservare regioni in cui l'attività riabilitativa è quasi integralmente erogata da strutture pubbliche (PA Bolzano, PA Trento, Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia, tutte con una spesa accreditata pro capite inferiore a 10 euro), a fronte di altre che presentano un contributo più cospicuo da parte di erogatori privati”*.

Nel rapporto si evidenzia che *“Basilicata e Liguria presentano dati di spesa pro capite per assistenza riabilitativa privata accreditata pari rispettivamente a 64 € e 63 €, con altri quattro contesti regionali che superano la quota dei 50 euro (Marche, Abruzzo, Molise e Campania)”*.

Il fabbisogno empiricamente stimato al par. 1 attraverso la cennata metodologia è indirettamente confermato dal livello di spesa SSR pro capite per le prestazioni ex art. 26 (complessivamente € 59.550.198 annui, confermati fino al 2024), più elevato – sia in termini assoluti che pro capite - per le province di Teramo e Chieti e inferiore nelle province di L'Aquila e Pescara e mediamente pari, nel 2022, ad € 47 pro capite.



<b>Tetti di spesa 2022-24 (DGR 374/2022)</b>	<b>Tetto di spesa</b>	<b>Popolazione 2022</b>	<b>Spesa pro capite 2022</b>
ASL 201	6.556.465 €	287.151	23 €
ASL 202	20.752.399 €	371.975	56 €
ASL 203	14.535.122 €	312.320	47 €
ASL 204	17.706.212 €	298.414	59 €
<b>Totale</b>	<b>59.550.198 €</b>	<b>1.269.860</b>	<b>47 €</b>

Fonte: elaborazioni Servizio DPF020

**Spesa SSN per assistenza riabilitativa privata accreditata (valori € pro capite – 2021)**

<b>REGIONE</b>	<b>Riabilitativa accreditata, € pro capite</b>
Piemonte	38
Valle d'Aosta	37
Lombardia	8
P.A. di Bolzano	4
P.A. di Trento	1
Veneto	6
Friuli-Venezia Giulia	12
Liguria	63
EmiliaRomagna	0
Toscana	20
Umbria	11
Marche	55
Lazio	40
<b>Abruzzo</b>	<b>52</b>
Molise	54
Campania	57
Puglia	40
Basilicata	64
Calabria	38
Sicilia	39
Sardegna	30
<b>ITALIA</b>	<b>28</b>

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2022 (Rapporto OASI 2022)

In senso tendenziale, l'analisi dello stato della spesa e l'implementazione degli interventi volti a migliorare e riconvertire l'offerta sanitaria pubblica, anche di riabilitazione ambulatoriale, nell'ambito della Missione 6-Salute del PNRR, in particolare quelli previsti nelle Case di Comunità, inducono a ritenere che nel medio-lungo periodo dovrà essere l'offerta pubblica a colmare i margini di domanda inevasa, anche a fini di riassorbimento della mobilità passiva. I fabbisogni stimati in termini di punti erogativi aggiuntivi (o di equivalenti "utenti aggiuntivi") da implementare con l'offerta accreditata privata, avendo caratteristiche di maggiore elasticità di intervento, consentono invece di intervenire nell'orizzonte di breve periodo sull'adeguamento dell'offerta.