**Nota metodologica definizione Fabbisogno ex
art 26 L 833/78 – ottemperanza sentenza TAR
NAPOLI SEZIONE PRIMA N. 494/2025**

Sommario

Premessa	4
Metodologia di calcolo del fabbisogno.....	4
Risultato.....	6
Sistemi di monitoraggio e gestione	7

Premessa

Il DCA n. 14/2017 effettuava una ricognizione delle strutture private accreditate con riferimento alle prestazioni ambulatoriali ex art. 26, congiuntamente al volume di prestazioni erogate per abitante, e rilevava che la platea delle strutture già accreditate/provvisoriamente era in grado di soddisfare il fabbisogno programmato in relazione a questa tipologia di attività.

Come già definito nel DCA 14/2017, in virtù del monitoraggio dell'evoluzione della domanda e dell'offerta, la Regione può disporre eventuali aggiornamenti **in riferimento al volume di prestazioni** da programmare.

Il TAR Campania, con sentenza n. 1462 del 7 marzo 2023, ha rilevato un inadempimento da parte della Regione Campania rispetto all'esigenza di definire dinamicamente il fabbisogno delle prestazioni sanitarie con riferimento alle prestazioni ambulatoriali ex art. 26 della Legge n. 833/1978.

Il giudice amministrativo rilevava infatti che quanto prescritto con il DCA n. 14/2017, rispetto all'esigenza del "*monitoraggio dell'evoluzione della domanda e dell'offerta*", poneva un autovincolo in capo all'amministrazione, verso il quale la Regione ha mancato di dare seguito.

Successivamente, con sentenza n. 494 del 20 gennaio 2025, il TAR Campania, rilevata l'inadempienza regionale, ha ordinato alla Regione, entro il termine di 90 giorni, di dare seguito alla sentenza 1462/2023 e definire con proprio atto "*il fabbisogno della branca di cui all'art. 26 della legge n. 833/78, per l'anno 2021 e altresì nell'occasione procedendo dinamicamente alla rilevazione del fabbisogno fino all'attualità*". Nell'eventualità d'inerzia della Regione decorso tale termine, il TAR già individuava il Commissario ad Acta ai fini dell'ottemperanza.

Il presente documento è stato redatto ai fini dell'ottemperanza alle sentenze sopra richiamate e fornisce, attraverso l'analisi dei dati dei flussi regionali, gli atti di programmazione e definizione del fabbisogno regionale per le prestazioni ambulatoriali ex art. 26 **in termini di volumi prestazionali**, come anche indicato dal DCA 14/2017, con particolare attenzione agli anni 2021 e 2025.

La scelta di focalizzarsi su questi due periodi riflette quindi l'esigenza di considerare sia il fabbisogno storico, come ordinato dalle sentenze richiamate, che le prospettive future, alla luce delle più recenti deliberazioni regionali e della definizione dei limiti prestazionali e delle risorse destinate a questa branca sanitaria.

Metodologia di calcolo del fabbisogno

La Regione Campania ha effettuato un'analisi delle metodologie disponibili e un'attività di confronto sulle esperienze maturate in altre regioni italiane.

Va evidenziato che ad oggi, non esiste una metodologia univoca e consolidata per la determinazione del fabbisogno riabilitativo ex art. 26. Tale mancanza è emersa anche dal confronto con le pratiche adottate da altre regioni, dove, nei casi ristretti in cui sono state svolte analisi analoghe, sono emerse soluzioni metodologiche eterogenee.

Alla luce di ciò, si è ritenuto necessario individuare una metodologia che fosse coerente con le finalità specifiche dell'analisi.

Tra le opzioni esaminate, è stata valutata la metodologia proposta nel POAT Salute 2013, la quale prevedeva la stima del fabbisogno delle ASL a partire dal tetto di spesa regionale complessivo e

corretto sulla base dell'età della popolazione residente. Tuttavia, si è ritenuto di integrare tale approccio con ulteriori modelli d'analisi che consentissero di, oltre a verificare la corretta determinazione dei tetti di spesa, anche la previsione dei bisogni assistenziali.

In ragione delle considerazioni sopra riportate, la metodologia scelta per la stima del fabbisogno per le prestazioni ambulatoriali ex art. 26 in termini di prestazioni da erogare, ha comportato l'analisi dei dati storici di produzione, con la successiva proiezione dei volumi futuri tramite l'applicazione di un indice di andamento capace di stimare l'evoluzione della domanda al fine di intercettare in modo dinamico le esigenze della popolazione. È stata utilizzata come **fonte dati il File H**, regolamentato dal **Decreto Dirigenziale n. 17 RC del 30/01/2009**, in quanto consente una valutazione puntuale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture sanitarie nell'ambito della riabilitazione ex art. 26.

La metodologia utilizzata si basa sull'applicazione del **Tasso di Crescita Annuale Composto (CAGR – Compound Annual Growth Rate)**, un indicatore statistico ampiamente riconosciuto per la sua affidabilità nelle analisi previsionali. Questa metodologia è già stata adottata in precedenza per analisi destinate al Ministero nei documenti di programmazione regionale. L'indicatore consente di misurare la crescita media annua di una variabile in un arco temporale definito, tenendo conto delle variazioni non lineari che si verificano tra l'anno iniziale e quello finale. A differenza di altri indicatori statistici, il CAGR tiene conto del modo in cui la crescita si accumula anno dopo anno, permettendo così di ottenere una stima più solida e fedele all'andamento reale nel tempo.

Questa metodologia consente di proiettare l'evoluzione del fabbisogno su base pluriennale, attenuando l'impatto di eventuali picchi o flessioni anomale registrate in singoli anni, che potrebbero distorcere la lettura degli andamenti. Dal punto di vista statistico, il CAGR è frequentemente impiegato in studi economici, demografici e sanitari proprio per la sua capacità di sintetizzare in modo affidabile il comportamento di serie storiche soggette a variabilità, mantenendo al contempo una struttura comparabile tra intervalli temporali differenti.

L'approccio adottato si fonda sul principio secondo cui l'analisi dei dati storici rappresenta un punto di partenza solido per delineare traiettorie previsionali attendibili. Questi dati permettono di rilevare non solo tendenze consolidate, ma anche effetti stagionali, impatti di politiche sanitarie, cambiamenti epidemiologici e dinamiche demografiche che influenzano in modo diretto la domanda di prestazioni riabilitative. In questo scenario, il **CAGR** si configura come lo strumento più efficace per integrare tali variabili in una stima del fabbisogno dinamica, realistica e coerente con l'evoluzione delle esigenze della popolazione campana nel tempo.

Per garantire un'analisi completa e coerente con l'evoluzione della domanda assistenziale nel tempo, è stato preso in considerazione un arco temporale ampio. La metodologia adottata è stata infatti applicata a una base dati riferita agli anni **2017-2024**, così da ricostruire in maniera dinamica l'andamento della domanda e dell'offerta considerando, per ciascun anno oggetto di analisi, i dati relativi ai quattro anni precedenti.

È stato necessario considerare le prestazioni programmate e non erogate a causa dell'emergenza COVID-19. In conformità a quanto disposto dalla **Delibera della Giunta Regionale n. 531 del 30/11/2021**, per garantire una corretta attribuzione delle prestazioni recuperate nel triennio 2021-2023, sono stati applicati dei correttivi per il periodo 2020-2023.

Si riportano di seguito i passaggi effettuati per determinare il numero di prestazioni erogate, per ciascun'azienda, nel 2021-2023 da attribuire alla competenza del 2020:

- **Calcolo della percentuale di erogazione:** ottenuta rapportando le prestazioni effettuate nel 2020 al tetto deliberato in termini di volumi.
- **Determinazione delle prestazioni recuperabili:** qualora la percentuale di erogazione sia risultata compresa tra il 90% e il 100%, la differenza rispetto al 100% è stata moltiplicata al tetto deliberato per stimare il volume di prestazioni recuperabili nel triennio successivo. Nel caso in cui l'erogazione sia risultata inferiore al 90%, il volume delle prestazioni recuperabili nel triennio successivo è stato fissato al 10% del tetto deliberato nel 2020.
- **Le prestazioni ottenute** sono state aggiunte al totale delle prestazioni erogate nel 2020 così da ottenere le prestazioni di competenza del 2020.

Si riporta di seguito il criterio seguito per stimare tali prestazioni per ciascun anno al fine di definire le prestazioni da scorporare per il triennio 2021-2023:

- **Anno 2021:** numero di prestazioni erogate di competenza dell'Azienda nel 2021 rispetto al totale delle prestazioni erogate nel triennio 2021-2023.
- **Anno 2022:** numero di prestazioni erogate di competenza dell'Azienda nel 2022 rispetto al totale delle prestazioni erogate nel triennio 2021-2023.
- **Anno 2023:** numero di prestazioni erogate di competenza dell'Azienda nel 2023 rispetto al totale delle prestazioni erogate nel triennio 2021-2023.

Risultato

Di seguito sono riportati i dati ottenuti dall'applicazione della metodologia descritta e dei correttivi adottati per l'anno 2021:

ASL	2021
ASL Avellino	117.308
ASL Benevento	210.196
ASL Caserta	488.543
ASL Napoli 1	539.589
ASL Napoli 2	626.858
ASL Napoli 3	765.612
ASL Salerno	542.633
Totale regione	3.290.739

Figura 1: Stima fabbisogno 2021

Di seguito sono riportati i dati ottenuti dall'applicazione della metodologia descritta e dei correttivi adottati per l'anno 2025:

ASL	2025
ASL Avellino	262.560
ASL Benevento	243.990
ASL Caserta	575.048
ASL Napoli 1	661.967
ASL Napoli 2	705.212
ASL Napoli 3	863.953
ASL Salerno	692.999
Totale regione	4.005.729

Figura 2: Stima fabbisogno 2025

Sulla base dell'analisi condotta e dei dati emersi nell'ambito della stima del fabbisogno, in relazione alla programmazione regionale e alle capacità erogative espresse a livello aziendale, si osserva quanto segue:

1. Con riferimento all'annualità 2021, il fabbisogno stimato evidenzia un allineamento con la programmazione definita a livello regionale, evidenziando a livello regionale anche volumi inferiori rispetto alla programmazione dei volumi prestazionali definiti con DGRC 532/2021, a dimostrazione di un soddisfacimento di fabbisogno tale da non determinare esigenze di accreditamento di nuove strutture;
2. per l'annualità 2025, il fabbisogno stimato secondo la metodologia sopra descritta evidenzia un margine di scostamento rispetto ai volumi prestazionali previsionali definiti con DGRC 545/24 per l'anno di riferimento; tale scostamento è considerato fisiologico ed è riassorbibile con l'applicazione del meccanismo già definito e normato di utilizzo delle economie nei limiti delle previsioni regionali e della procedura approvata, nonché dalla distribuzione di un'ulteriore quota pari all'1% del tetto delle prestazioni ambulatoriali da destinare ai casi urgenti ed indifferibili per soggetti in età evolutiva.

Sistemi di monitoraggio e gestione

L'Accordo sancito, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 124/CSR), sul documento concernente "*Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione*" fornisce indicazioni per la corretta

L'Intesa, sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR), concernente il nuovo il Patto per la salute per gli anni 2014 – 2016, che all'articolo 5, comma 22, relativo al sistema informativo sulle prestazioni delle strutture territoriali della riabilitazione, ha previsto che "*La Cabina di regia del NSIS, ai sensi dell'articolo 3 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, determina le modalità e i tempi di realizzazione, i contenuti informativi e*

il periodico aggiornamento del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni di riabilitazione effettuate in strutture territoriali, comprese le strutture ex articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)";

Con decreto del Ministero della Salute del 7 agosto 2023, nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), è istituito il "Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza riabilitativa" (di seguito denominato SIAR).

Il flusso prende in considerazione i trattamenti riabilitativi erogati, nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento di cui all'articolo 34 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», in favore di persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali.

La regione Campania, precedentemente all'emanazione di tale decreto, ha avviato la procedura per l'informatizzazione e gestione dei piani di riabilitazione individuali e per l'accesso ai servizi territoriali per la disabilità, individuando in Soresa spa il soggetto attuatore di tale attività coerentemente con il Piano di sviluppo dei sistemi informativi sanitari di cui alla DGRC 548 del 28/09/2023.

Nell'ambito dello sviluppo della piattaforma SINFONIA, il flusso regionale per la riabilitazione territoriale denominato SIR ricomprende le prestazioni ambulatoriali, domiciliari, residenziale e semiresidenziali e ha l'obiettivo di gestire l'accesso, la transizione dell'utente tra i diversi setting di cura, monitorare le prestazioni, l'erogazione e gli esiti dei piani di riabilitazione. La piena operatività della piattaforma regionale consentirà il monitoraggio delle prestazioni di riabilitazione programmate e erogate, onde permettere una valutazione d'impatto delle politiche programmatiche, nonché dell'appropriatezza prescrittiva. Inoltre, consente di monitorare l'andamento della spesa e costituisce un valido strumento di programmazione e gestione delle domande di prestazioni.