



DIRETTIVE PER UNA APPLICAZIONE UNIFORME SUL TERRITORIO REGIONALE DELLE MODALITA' DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA RIABILITATIVA NELLE STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE AI SENSI DELL'ART. 26 DELLA L. 833/78.

1) SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALL'ASSISTENZA RIABILITATIVA.

Hanno diritto ad usufruire delle prestazioni riabilitative presso strutture convenzionate ex art. 26/L. 833 tutte le persone portatrici di handicaps, cioè chiunque abbia subito, per cause congenite o acquisite, a seguito di eventi morbosi o traumatici, menomazioni della funzionalità e delle capacità fisiche e/o psichiche e/o sensoriali, tali da provocare o favorire uno svantaggio sociale ed esistenziale e suscettibili di indurre, se non adeguatamente fronteggiate, processi di emarginazione. Infatti tali prestazioni si distinguono da quelle specialistiche erogate da strutture convenzionate ex artt. 43 e 48/L. 833 per il loro carattere globale di riabilitazione integrata medica e psico-sociale.

Qualora il tipo di menomazione per cui si necessita della prestazione in argomento non risulti formalmente documentato dal possesso di un titolo di invalidità, rilasciato ai sensi della normativa vigente, la U.S.L. di residenza dell'utente valuterà direttamente, tramite i propri servizi specialistici, se il soggetto sia affetto da una menomazione tale da renderlo immediatamente bisognoso di un impegno riabilitativo da espletarsi presso una specifica struttura specialistica in grado di erogare prestazioni globali ed integrate finalizzate non solo al recupero funzionale ma anche a favorire l'inserimento o il reinserimento dell'handicappato. Si precisa che tale valutazione non precostituisce un giudizio sulla invalidità o sul grado della stessa ma ha solo lo scopo di accertare la presenza o meno di una menomazione che rende necessaria l'erogazione tempestiva di prestazioni riabilitative integrate medico-sociali.

Le UU.SS.LL. non dovranno pertanto avviare ai Centri convenzionati ex art. 26:

- a) i soggetti affetti da menomazioni di carattere temporaneo, derivanti da eventi morbosi o traumatici, per il cui recupero funzionale sono necessari soltanto trattamenti di terapia fisica o fisiochinesiterapia che possono essere erogati dalla struttura specialistica pubblica o da quella convenzionata ai sensi degli artt. 43 e 48 della L. 833/78;
- b) i soggetti, specie gli anziani, affetti da patologie di vario genere, accompagnate da particolari condizioni di disagio sociale (situazioni di bisogno o di povertà, mancanza di autosufficienza, stato di emarginazione familiare e sociale), che necessitano di assistenza medico-infermieristica e/o sociale piuttosto che di interventi riabilitativi.



c) i soggetti affetti da una malattia psichiatrica in quanto al loro trattamento sono deputate strutture diverse da quelle previste per i disabili psichici (servizi territoriali di igiene mentale, appositi reparti ospedalieri in caso di situazioni attive o acute).

Poiche' si e' rilevato che tali tipologie di utenti sono spesso assistite impropriamente presso strutture private convenzionate ex art. 26, e' necessario evitare il perpetuarsi di tali situazioni ed adoperarsi per eliminarle o in una prima fase almeno per ridurle.

Per quanto riguarda i soggetti di cui alla lettera a) i necessari provvedimenti devono essere immediatamente adottati anche in considerazione dei diversi oneri a carico della U.S.L., derivanti tanto dalla differente misura del compenso spettante alle strutture private (le rette per prestazioni riabilitative ex art. 26 sono ben maggiori rispetto alle tariffe per la terapia fisica e per la fisiochinesiterapia) quanto dall'esonero dal pagamento del ticket di cui vengono ingiustificatamente a fruire assistiti non portatori di handicap.

Per quanto riguarda le situazioni di cui alle lettere b) e c), che si riscontrano prevalentemente nei Centri ad internato ma anche nel caso di trattamenti domiciliari, le UU.SS.LL. dovranno, con la necessaria gradualita', provvedere all'attivazione di piu' adeguate risposte a tali bisogni socio-sanitari. A tal fine e' necessario che ogni U.S.L. provveda preliminarmente ad una quantificazione di tale utenza, fornendone notizia ai comuni di residenza ed all'Assessorato Regionale all'Igiene, Sanita' e Assistenza Sociale, per le eventuali determinazioni di rispettiva competenza.

E' da rilevare infatti che seppure alcune attivita' socio-assistenziali costituiscono un metodo di intervento per il raggiungimento di obiettivi sanitari (nel nostro caso di tipo riabilitativo) i servizi sanitari non devono assumere una funzione surrogatoria in carenza di servizi socio-assistenziali. Si richiamano pertanto le UU.SS.LL. ad evitare l'utilizzazione impropria dei servizi sanitari di riabilitazione ed a formulare eventuali proposte alternative in merito alla risoluzione delle problematiche riscontrate.

2) ACCESSO ALLE PRESTAZIONI RIABILITATIVE

Il cittadino, che intende fruire delle prestazioni riabilitative medico-sociali previste dall'art. 26/ L.833, deve farne domanda alla propria U.S.L. che, verificate preliminarmente le condizioni che danno titolo alla erogazione di tale tipo di assistenza (secondo quanto gia' indicato al punto 1) e disposti gli opportuni accertamenti specialistici, lo assume in trattamento presso i propri Servizi o, in carenza, lo indirizza presso un Centro convenzionato. In questa seconda ipotesi, le UU.SS.LL. devono prioritariamente avviare gli assistiti verso i Centri convenzionati ubicati nel proprio ambito territoriale, anche al fine di evitare disagi per l'utenza e di favorire al massimo i necessari interventi di integrazione con l'ambiente familiare e sociale.

Qualora cio' non sia possibile (per assenza di Centri convenzionati nella U.S.L. o per indisponibilita' di posti) l'utente deve comunque essere indirizzato al Centro piu'



vicino alla sua residenza (o domicilio) o piu' facilmente raggiungibile da essa.

Si ritiene che, anche in considerazione del fatto che la maggior parte dei Centri operanti nella regione sono a carattere polivalente (cioe' destinati al recupero di tutte le menomazioni sia fisiche che psichiche che sensoriali), senza alcuna distinzione in relazione all'eta' ed al sesso degli utenti, il criterio della maggiore vicinanza del Centro alla residenza dell'assistito, e quindi al suo ambiente familiare e sociale, sia quello che garantisce all'handicappato le maggiori possibilita' di recupero e di integrazione e che a tale criterio possa derogarsi soltanto nei casi di avvio ai Centri di riabilitazione specializzati in particolari tipologie di trattamento o per particolari tipologie di handicaps. Ove possibile tale orientamento dovra' essere seguito anche nel caso di ricovero ad internato, quando si tratti di strutture polivalenti.

Di tale criterio e delle sue motivazioni deve essere fornita adeguata informazione all'assistito, che puo' tuttavia, esercitando - direttamente o per il tramite di chi ne ha la tutela - il suo diritto alla libera scelta, chiedere di essere avviato ad un Centro diverso da quello proposto e ritenuto piu' idoneo dalla U.S.L..

Si precisa inoltre che per quanto riguarda l'assistenza domiciliare essa dovra' essere limitata a quegli utenti che per la gravita' della lesione o per altri non meno seri impedimenti (in ogni caso limitati nel tempo) non siano in grado di raggiungere il Centro erogatore delle prestazioni riabilitative.

3) **PRESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO: EMISSIONE DELLA IMPEGNATIVA, DEFINIZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO, PROROGHE.**

Il trattamento riabilitativo, definito dalla U.S.L. di residenza dell'assistito, viene prescritto secondo il disposto dell'articolo 2 della convenzione con emissione di una impegnativa che costituisce l'atto amministrativo con cui la U.S.L. si impegna a fare effettuare dal Centro convenzionato, individuato come luogo di trattamento ottimale per l'assistito, le prestazioni definite in tipologia, durata e forma.

Per quanto riguarda la durata delle prestazioni riabilitative si precisa che essa deve essere valutata dai sanitari della U.S.L. tenendo conto dei periodi di tempo presumibilmente necessari a realizzare gli obiettivi riabilitativi, evitando da un lato sovradimensionamenti ingiustificati sotto il profilo sanitario (tali cioe' da mascherare interventi di natura meramente assistenziale) e dall'altro contenimenti irrealistici e puramente formali (per non innescare un meccanismo continuo di richieste di proroghe da parte dei Centri con inutile aggravio di adempimenti solo burocratici da parte della U.S.L.).

In tale ottica, ferma restando la necessita' di effettuare periodici controlli, devono ritenersi superati i massimali relativi alle giornate annue di prestazioni per le singole tipologie (300 per l'internato; 230 per gli altri tipi di trattamento) fissate dalla direttiva n. 121/89, tabella 4.

Per quanto riguarda la durata di ogni singola prestazione riabilitativa, essa non deve comunque essere inferiore a 40/45 minuti di effettivo trattamento, salvo diversa indicazione



degli specialisti della U.S.L., precisata in impegnativa. Nei casi in cui la U.S.L. intenda avviare un proprio assistito ad un Centro ubicato fuori dal suo ambito territoriale, essa deve richiedere d'ufficio il nulla-osta alla U.S.L. titolare della convenzione, che lo rilascia previo accertamento della possibilita' del Centro ad erogare la prestazione richiesta nel rispetto dei massimali convenzionali.

In caso di urgenza il nulla-osta, i cui estremi vanno annotati sull'impegnativa, puo' essere acquisito per le vie brevi, salvo successiva conferma formale.

L'impegnativa che definisce a priori il trattamento riabilitativo verra' integrata con il piano di intervento personalizzato e dettagliato che il Centro deve definire entro 10 giorni dalla ammissione del paziente, secondo il disposto dell'art. 3 della convenzione.

Qualora tra impegnativa e piano di trattamento vi sia coincidenza, l'impegnativa emessa dalla U.S.L. costituisce automaticamente autorizzazione al completamento del piano di trattamento.

Nel caso che il piano di trattamento predisposto dal Centro contenga uno o piu' elementi (tipologia delle prestazioni, durata ecc.) difforni dall'impegnativa, le modifiche introdotte devono ottenere l'autorizzazione della U.S.L. che ha emesso l'impegnativa.

Mancando l'accoglimento espresso da parte della U.S.L. di tali modifiche, il trattamento deve intendersi autorizzato solo entro i limiti ed alle condizioni definite dall'impegnativa.

Terminata questa fase, nei casi in cui l'utente sia stato avviato ad un Centro convenzionato con altra U.S.L., la U.S.L. di residenza trasmette alla U.S.L. di ubicazione del Centro copia di tutta la documentazione sanitaria del caso.

Infatti compete alla U.S.L. titolare della convenzione l'ulteriore trattazione della pratica, sia sotto il profilo sanitario che amministrativo, tanto nei confronti dell'assistito che del Centro.

L'art. 4 della convenzione dispone che, qualora il Centro ravvisi la necessita' di prolungare l'assistenza oltre il termine stabilito dalla impegnativa, deve inoltrare alla U.S.L. titolare della convenzione la domanda di proroga almeno venti giorni prima della scadenza del periodo autorizzato, corredandola della documentazione sanitaria comprovante tale necessita' ed informando per conoscenza anche la U.S.L. di residenza dell'assistito.

Si precisa che qualora la U.S.L. non esprima formalmente la propria decisione in merito alla prosecuzione delle prestazioni riabilitative, le stesse, a termini di convenzione, si intendono tacitamente autorizzate ma non per tutto il periodo richiesto bensì solo fino al momento in cui la U.S.L., effettuati gli accertamenti del caso, manifesti la propria valutazione al riguardo.

Ne consegue che l'eventuale decisione della U.S.L. di non ritenere necessario un ulteriore periodo di trattamento non si configura come revoca di una autorizzazione tacitamente concessa alle condizioni e nei termini richiesti dal Centro, ma come decisione autonomamente assunta a seguito dell'esercizio della potesta' di controllo che la struttura pubblica ha il diritto-dovere di esercitare in qualsiasi momento.

La previsione convenzionale circa la continuazione dei trattamenti in caso di silenzio della U.S.L. interessata e'



Regione Autonoma della Sardegna

finalizzata a non far ricadere sull'utente l'inerzia della U.S.L. ma non esonera la stessa dalla responsabilita' per comportamenti omissivi che non siano oggettivamente giustificati; infatti lo stesso art. 4 prevede che la U.S.L. possa disporre in qualunque momento e comunque almeno trimestralmente accertamenti e verifiche sulle prestazioni erogate dai Centri convenzionati. Pertanto la prassi di consentire indefinitamente la proroga delle impegnative per silenzio-assenso senza disporre i necessari controlli deve ritenersi illegittima sia sotto il profilo sanitario che amministrativo-contabile.

Di norma pertanto la U.S.L., ricevuta la richiesta di proroga, provvedera' attraverso i competenti Servizi (Materno-infantile o Medicina di base) ad attivare sollecitamente le procedure di controllo. Nel caso di assistiti ricoverati in internato il controllo andra' effettuato presso la struttura convenzionata mentre in tutte le altre forme di trattamento (seminternato, ambulatoriale, domiciliare e extramurale) l'assistito verra' chiamato a controllo presso la U.S.L. per essere sottoposto a visita da parte dei sanitari del competente servizio di base oppure, ove necessario e previa intesa con i responsabili delle rispettive strutture, da parte dei sanitari operanti nei Presidi ospedalieri e/o nei Presidi territoriali.

Nell'avviso di convocazione a controllo, l'assistito dovra' essere chiaramente informato che la mancata presentazione a visita, qualora non sia adeguatamente giustificata (a mezzo di certificato rilasciato dal proprio medico curante che attesti in maniera circostanziata la natura e la presumibile durata dell'impedimento), comportera' l'immediata sospensione del trattamento riabilitativo in atto.

Nel caso che dalla documentazione sanitaria prodotta dall'interessato l'impedimento risulti essere di carattere contingente, l'assistito andra' riconvocato appena possibile a visita presso la U.S.L. mentre in caso di impedimento permanente o di lunga durata si dovra' disporre per gli opportuni accertamenti a domicilio.

Qualora la U.S.L., anche con l'utilizzazione del personale dei Presidi ospedalieri e territoriali, non fosse comunque in grado di assicurare i necessari controlli sia all'atto dell'emissione dell'impegnativa che nelle fasi successive, deve darne comunicazione allo scrivente entro il termine improrogabile di 30 giorni dalla data di notifica del presente provvedimento, segnalando le specifiche carenze di organico e/o le esigenze di aumento o attivazione di ore di specialistica ambulatoriale interna.

4) PRESTAZIONI EROGABILI DAI CENTRI DI RIABILITAZIONE CONVENZIONATI. CRITERI PER L'APPLICAZIONE DEI MASSIMALI.

Ciascun Centro di riabilitazione convenzionato puo' erogare soltanto le prestazioni specificamente indicate, in tipologia e quantita' (massimali), al punto c) della premessa di ogni singola convenzione in quanto e' in relazione ad esse che e' stata verificata preventivamente la capacita' operativa del Centro (con riferimento ai locali, dotazione strumentale e organico del personale) in grado di garantire la qualita' standard delle prestazioni riabilitative erogabili nell'arco di tempo di validita' della convenzione.

Peraltro in considerazione della necessita' di evitare una



eccessiva rigidita' nell'applicazione dei massimali convenzionali che potrebbe comportare disagi per l'utenza, si ritiene opportuno, nel rispetto del tetto globale della spesa programmata e salvaguardando la qualita' dell'assistenza erogata, adottare i seguenti criteri di flessibilita':

- a) all'interno della capacita' operativa convenzionale complessiva di ciascun Centro, i massimali fissati per le diverse tipologie di prestazione (ad eccezione dell'internato) possono essere superati di una percentuale comunque non superiore al 30%, a condizione che l'aumento di una tipologia di trattamenti sia compensata da una pari diminuzione di un'altra delle tipologie convenzionate. In nessun caso potra' essere comunque superata la capacita' operativa del Centro prevista nel decreto assessoriale di autorizzazione all'apertura e al funzionamento;
- b) nel caso che piu' Centri gestiti da un medesimo ente siano convenzionati con una stessa U.S.L., puo' essere consentita una modificazione in diminuzione o in aumento delle prestazioni previste in convenzione per i singoli Centri, purché il massimale globale delle prestazioni convenzionate (cioe' quello risultante dalla somma delle prestazioni convenzionate per i singoli Centri operanti nella U.S.L.) non risulti superato. Restano escluse da tale flessibilita' le prestazioni erogate in regime di internato. In nessun caso potra' comunque essere superata la capacita' operativa dei diversi Centri prevista nei decreti assessoriali di autorizzazione all'apertura e al funzionamento. Dovra' essere garantita in tali casi la mobilita' del personale tra Centro e Centro in modo da assicurare il rispetto degli standards.

5) ORGANIZZAZIONE INTERNA DEI CENTRI CONVENZIONATI E VIGILANZA

I Centri convenzionati sono tenuti a comunicare alle UU.SS.LL. di competenza l'orario settimanale di funzionamento della struttura per i trattamenti erogati in regime di seminternato, ambulatoriale e domiciliare.

I Centri sono tenuti a compilare, per ogni assistito, una cartella clinica dalla quale risultino le generalita' complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli accertamenti effettuati e le eventuali modifiche di diagnosi, il programma di riabilitazione, i giudizi collegialmente formulati dall'equipe tecnico-sanitaria, nonche' le eventuali interruzioni di trattamento.

Le cartelle cliniche dovranno portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della direzione sanitaria, che deve vigilare sulla loro regolare compilazione. Fatta salva la legislazione vigente in materia di segreto professionale, le cartelle cliniche devono essere esibite, a richiesta, agli organi incaricati della vigilanza.

Deve essere altresì tenuto un registro delle presenze giornaliere degli assistiti a degenza diurna ed ambulatoriale. Le prestazioni domiciliari vanno documentate mediante la compilazione di apposita scheda dalla quale risulti il tipo, la durata e la data (giorno e ora) del trattamento, firmata, in occasione di ogni trattamento, dall'assistito o, in caso di impedimento, da un familiare.



I trattamenti extramurali (cioè quelli eseguiti all'interno di una struttura in cui l'utente è inserito per svolgere una attività di studio, di lavoro o di altro tipo) e quelli domiciliari devono essere effettuati garantendo l'intervento di tutta l'equipe tecnico-sanitaria del Centro ed il sistematico collegamento funzionale con esso.

I Centri devono curare la tenuta di apposita documentazione da cui risulti la presenza in servizio del personale dipendente e di quello convenzionato, con l'indicazione del numero delle ore prestate giornalmente.

Tutto il personale del Centro, ad esclusione dei medici e delle altre figure tecniche laureate, deve essere assunto con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e ad esso deve essere applicato il Contratto Collettivo Nazionale delle Case di Cura private e dei Centri di riabilitazione.

Per il personale a rapporto di consulenza (medici specialisti in fisiatria, in neuropsichiatria infantile, in neurologia, ortopedia, psichiatria o altra disciplina attinente alla tipologia dell'utenza, psicologi, psicopedagogisti) le relative convenzioni devono riportare la natura dell'attività professionale che deve essere garantita, l'impegno orario settimanale e la durata del rapporto stesso. Il Centro è obbligato a trasmettere semestralmente alla U.S.L. competente ed alla Regione i dati relativi all'attività svolta e al personale in servizio, sulla base di appositi moduli predisposti dall'Assessorato.

La vigilanza sui Centri di riabilitazione viene esercitata dalla U.S.L. nel cui ambito territoriale è ubicato il Centro stesso nonché, per quanto riguarda il mantenimento dei requisiti strutturali e gestionali, anche dall'Assessorato Regionale all'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale.