

**Regione Piemonte - Azienda Sanitaria Locale CN2 "Alba - Bra"**

**D e t e r m i n a z i o n e C o m m i s s a r i a l e**

NUMERO GENERALE	CODICE PROPOSTA				DATA
	BUDGET	ADOTT.	ANNO	PROGR.	
<b>1847</b>	000	DIG	11	0019	<b>30 DICEMBRE 2011</b>

**O G G E T T O :**

**APPROVAZIONE PROTOCOLLO PER L'ACCESSO IN REGIME AMBULATORIALE E DOMICILIARE ALLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE EX ART.26 LEGGE 833/78 PRESSO IL CENTRO DI RIABILITAZIONE FERRERO DI ALBA.**

**I L C O M M I S S A R I O**

Richiamata la determinazione 1680/000/DIG/10/0011 del 22 novembre 2010 con la quale è stato approvato un Protocollo sperimentale per l'accesso in regime ambulatoriale e domiciliare alle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 presso il "Centro di Riabilitazione Ferrero di Alba fino al 31/12/2011;

Visto l'art. 26 della Legge 833/78 inerente le prestazioni di riabilitazione e le loro modalità di erogazione;

Visto l'art. 3 della Legge 104/92 che stabilisce all'ultimo capoverso che: "...le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici";

Vista la D.G.R. n. 43-23753 del 29 dicembre 1997 che prevede il provvisorio accreditamento dei Centri già convenzionati ai sensi dell'art. 26 della Legge 833/78;

Preso atto che il regime di convenzione tra il Centro di Riabilitazione Ferrero e l'A.S.L., è stato superato dalla D.G.R. n. 32-29098/1999 e dalla DCR 616/2000, se pur con alcuni aspetti tuttora indeterminati;

Atteso che con D.G.R. 33-8425 del 17.3.2008 Regione ed ARIS hanno concordato di sottoscrivere un accordo quadro con i Centri di Riabilitazione ex art 26 relativo alla remunerazione inerente alle prestazioni erogate ed ai rapporti contrattuali tra i Centri di Riabilitazione e le A.S.L., ma tale accordo non è per ora stato pubblicato;

*Segue determinazione n. 1847/000/DIG/11/0019 del 30 dicembre 2011*

Atteso che il Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione pubblicato dal Ministero della Salute il 6.10.2010 stabilisce l'importanza del governo clinico, precisando che l'uso corretto delle risorse impone una definizione chiara e precisa dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione, rinviando però a provvedimenti regionali da emanarsi per le strutture ex art 26, per prevederne una collocazione appropriata e garantirne una corretta integrazione nella propria rete riabilitativa;

Nelle more di una ulteriore definizione di quelle che saranno le indicazioni specifiche per l'accreditamento dei Centri di Riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78, e, in particolare, per l'attività ambulatoriale in essi svolta;

Vista la DGR 30-43 del 30.4.2010 disposizioni alle ASR del Piemonte per la gestione in riferimento alle azioni intraprese dall'A.S.L. per contenere la produzione effettiva nel limite del budget, per non ingenerare tensioni nelle liste di attesa agendo sull'articolazione del budget tra le diverse branche;

Vista la DGR 3-360 del 20.7.2010 con cui sono stati approvati i piani di rientro e lo schema di accordo per il perseguimento dell'equilibrio della gestione nell'anno 2010 tra la Regione Piemonte e le Aziende Sanitarie Regionali;

Verificata la necessità di erogare prestazioni terapeutico riabilitative a soggetti, prevalentemente in età evolutiva, portatori di disabilità e disturbi di natura fisica, psichica e sensoriale importanti, spesso multipli, modificabili e con possibili esiti permanenti;

Stabilito che il recupero e l'azione di contenimento del handicap richiedono la presa in carico globale del soggetto disabile mediante la stesura di un Progetto Riabilitativo Individuale e dei relativi programmi attuativi, così come già previsto dal documento della Conferenza Stato Regioni di cui alla G.U. n. 124 del 30/05/1998, Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione;

Considerato che l'A.S.L. CN2 Alba-Bra, con i propri servizi, non ha la possibilità di soddisfare integralmente le esigenze riabilitative globali e complesse di cui sopra ed è pertanto necessario assicurare soluzioni organizzative ed operative adeguate in risposta ai bisogni dell'utenza, rivolgendosi alle strutture provvisoriamente accreditate da anni operanti nel settore, per il conseguimento degli obiettivi funzionali sopradescritti definendo modalità di accesso e ambiti di applicazione;

Data la necessità di valutare nuove soluzioni organizzative rispondenti alle necessità di cui sopra, atteso che l'attuale regime di autorizzazione preliminare della prestazione è anacronistico ed inoltre di fatto incompatibile con il rispetto dei piani di rientro regionali;

Preso atto del positivo andamento dell'attività a seguito della sperimentazione del "Protocollo Operativo per l'accesso in regime ambulatoriale e domiciliare alle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 presso il "Centro di Riabilitazione Ferrero di Alba valido fino al 31/12/2011;

Su proposta conforme dei Direttori di Distretto (Dott. Luca Monchiero e Dott. Elio Laudani) e del Direttore della SOC Cure Primarie e Domiciliari Dr. Patrizia Corradini;

Acquisito il parere favorevole, per quanto di competenza, dei Direttori Amministrativo e Sanitario (ex art. 3, comma 7, D.Lg.vo 30.12.92, n. 502 e s.m.i.);

*Segue determinazione n. 1847/000/DIG/11/0019 del 30 dicembre 2011*

**D E T E R M I N A**

- di approvare il protocollo per l'accesso in regime ambulatoriale e domiciliare alle prestazioni di riabilitazione ex art.26 legge 833/78 presso il Centro di Riabilitazione Ferrero di Alba, a partire dal 1 gennaio 2012 nei modi e nei termini così come da **allegato** alla presente determinazione;
- di inviare il protocollo d'accesso per l'attività ambulatoriale di riabilitazione ex art. 26 della Legge 833/78:
  - al Centro di Riabilitazione Ferrero di Alba,
  - alla S.O.C. Neuropsichiatria Infantile dell'A.S.L. CN2
  - alla S.O.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale dell'A.S.L. CN2;
  - alla S.O.C. Direzione Sanitaria Ospedaliera di Presidio dell'A.S.L. CN2;
- di dare mandato alla S.O.C. C.P.D. di trasmettere a tutte le Equipres Territoriali dell'A.S.L. CN2 il protocollo affinché venga portato a conoscenza di tutti i Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta;
- di dichiarare la presente determinazione, vista l'urgenza di provvedere in merito, immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 28, comma 2 della Legge Regionale 24 gennaio 1995, n. 10.

Letto, approvato e sottoscritto.

**IL COMMISSARIO**  
Giovanni MONCHIERO  
F.TO MONCHIERO

Sottoscrizione del proponente e per conferma del parere richiamato nel contesto della determinazione:

**IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 1 DI ALBA**  
Luca MONCHIERO  
F.TO MONCHIERO

**IL DIRETTORE DEL DISTRETTO 2 DI BRA**  
Elio LAUDANI  
F.TO LAUDANI

**IL DIRETTORE DELLA SOC**  
**CURE PRIMARIE E DOMICILIARI**  
Patrizia CORRADINI  
F.TO CORRADINI

Sottoscrizione per conferma del parere richiamato nel contesto della determinazione:

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
Gianni BONELLI  
F.TO BONELLI

**IL DIRETTORE SANITARIO**  
Francesco MORABITO  
F.TO MORABITO

*Allegato:*

- *Protocollo per l'accesso alle prestazioni di riabilitazione in regime ambulatoriale e domiciliare del Centro di Riabilitazione Ferrero di Alba*

*Archivio: I.3.10*

*TR/m*

**PROTOCOLLO PER L'ACCESSO IN REGIME AMBULATORIALE E DOMICILIARE ALLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE EX ART.26 LEGGE 833/78 PRESSO IL CENTRO DI RIABILITAZIONE FERRERO S.R.L. DI ALBA.**

**NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

Art. 26 della Legge 833/78: "*Prestazioni di riabilitazione. Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'Unità Sanitaria Locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. ...*"

Art. 2 della Legge 118/71: "... Agli effetti della presente legge, si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di 18 anni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Sono esclusi gli invalidi per cause di guerra di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti per i quali provvedono altre leggi "

Art. 3 della Legge 104/92: "1) È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. 2) La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative. 3) Qualora la minorazione, singola o plurima abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici".

*Segue determinazione n. 1847/000/DIG/11/0019 del 30 dicembre 2011*

D.G.R. 32-29098 del 30.12.1999: *"Oggetto approvazione progetto di riorganizzazione delle attività svolte dal Centro di Riabilitazione "Giovanni Ferrero. ...delibera: pt 6. ... il presidio proseguirà l'attività di diurnato ed ambulatoriale ex art 26 L.833/78, già autorizzata dalla Regione Piemonte ai sensi dell'art. 2 della L.R. 5/87".*

D.G.R. 43-23753 del 29.12.1997: *"Provvisorio accreditamento ai sensi del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. ed attuazione dei centri ed istituti ex art. 26 L.833/78. Le autorizzazioni relative ai singoli interventi, residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari sono rilasciate, su documentata proposta di un medico convenzionato con il SSN o di una struttura pubblica dai competenti servizi sanitari delle ASL ove ha la residenza sanitaria l'assistito, entro 20 giorni dalla richiesta. Trascorso detto periodo l'avvio del trattamento presso il centro si intende autorizzato. Ed entro il medesimo periodo di tempo il centro dovrà garantire l'avvio del trattamento stesso. L'autorizzazione conterrà il piano di trattamento comprendente tipologia, periodicità e frequenza di trattamento, numero complessivo di interventi, indicazione di inizio e termine del trattamento stesso. Il piano di trattamento individuale potrà anche essere redatto dal Centro accreditato sulla base di protocolli riabilitativi concordati con le singole ASL di residenza degli assistiti. Le eventuali richieste di variazione ed integrazione del piano di trattamento devono essere tempestivamente presentate all'ASL autorizzante che provvederà, valutata la richiesta, ad esprimere parere autorizzativo..."*

Prov. Conf. Stato-Regioni 7-5-1998: *"Linee guida del Ministro della Sanità per le Attività di Riabilitazione"*.

DGR 10-5605 del 2 aprile 2007 riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte – prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali e s.m.i.

Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione Ministero della Salute 6 ottobre 2010.

L. 170 del 8 ottobre 2010 nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico.

## **DEFINIZIONI**

Minorazione: *"- Limitazione delle facoltà fisiche o psichiche in seguito a cause psicologiche, lesioni o mutilazioni (Devoto);*

*– diminuzione o perdita delle facoltà corporee o intellettuali (Zingarelli)"*.

Estratto dalla Classificazione internazionale delle menomazioni, disabilità ed handicap (ICIDH)

*Segue determinazione n. 1847/000/DIG/11/0019 del 30 dicembre 2011*

O.M.S. (1980):

Menomazione: “qualsiasi perdita o anomalia di una struttura o di una funzione, sul piano anatomico fisiologico e psicologico. La menomazione è caratterizzata dall’esistenza o occorrenza di anomalia, difetto o perdita (che può essere temporanea o permanente) di un arto, organo o tessuto od altra struttura del corpo o di un difetto di un sistema, funzione o meccanismo del corpo, compreso il sistema delle funzioni mentali.

La menomazione rappresenta la deviazione dalla norma sul piano biomedico dell’individuo e rappresenta la esteriorizzazione di una condizione patologica.”

Disabilità: “limitazione o perdita (conseguente a menomazione) delle capacità di effettuare una attività nel modo o nei limiti considerati normali per un essere umano. La disabilità è caratterizzata da eccessi o difetti nelle abituali attività, prestazioni e comportamenti che possono essere temporanei o permanenti, reversibili o irreversibili, progressivi o regressivi.

Le disabilità possono insorgere come diretta conseguenza di menomazione o come risposte dell’individuo, particolarmente di tipo psicologico, ad una menomazione fisica, sensoriale o di altra natura.

La disabilità riguarda le capacità, intese come attività e comportamenti composti che sono generalmente accettate come componenti essenziali della vita quotidiana. La disabilità rappresenta la oggettivazione di una menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona”.

Handicap: “situazione di svantaggio sociale, conseguente a menomazione e/o disabilità, che limita o impedisce l’adempimento di un ruolo normale per un dato individuo in funzione di età, sesso e fattori culturali e sociali. L’handicap riguarda il valore attribuito ad una situazione od esperienza individuale quando essa si allontana dalla norma. È caratterizzato da una discordanza fra la prestazione e la condizione dell’individuo e le aspettative dell’individuo stesso o del particolare gruppo di cui fa parte.

L’handicap rappresenta la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e, come tale, riflette le conseguenze per l’individuo – sul piano culturale, sociale, economico ed ambientale – che nascono dalla presenza di menomazioni e disabilità”.

## **FINALITÀ**

Fra i compiti delle Aziende Sanitarie Locali vi è quello di assicurare l’attività di valutazione e riabilitazione funzionale dei pazienti con un trattamento globale della condizione

*Segue determinazione n. 1847/000/DIG/11/0019 del 30 dicembre 2011*

di menomazione e/o disabilità garantendo un contestuale apporto multidisciplinare medico, psicologico e delle altre figure professionali sanitarie eventualmente coinvolte. In particolare nell'età evolutiva, laddove si possono manifestare le cosiddette "patologie dello sviluppo", intese come quelle condizioni che rallentano alterano o impediscono la fisiologica maturazione psicofisica del soggetto e la piena acquisizione delle sue autonomie funzionali, si rende necessario prendersi cura del paziente con la consapevolezza che riabilitare non significa solo riparare un danno o ripristinare una funzione ma vuol dire evocare competenze, impedire regressioni funzionali, assicurando i necessari apporti multidisciplinari in un processo complesso teso a promuovere lo sviluppo globale, l'autonomia alla comunicazione e la migliore qualità di vita possibile per il paziente e la sua famiglia. Il processo riabilitativo così inteso con i suoi interventi terapeutici riveste un ruolo indispensabile ed insostituibile fino a quando è presente nel paziente un possibile cambiamento attivo; oltre tale limite è però necessario pensare ad un adeguamento dello stile di vita della persona con disabilità, analogamente a quanto avviene per persone con disturbi cronici.

Le prestazioni erogate si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche, di cui al D.M. 22 luglio 1996 e ss.mm.ii. per la presa in carico multidisciplinare del soggetto disabile tramite il progetto riabilitativo individuale.

In particolare, richiamando sia il provvedimento del 7 maggio 1998, Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (G.U. n. 124 del 30 maggio 1998), sia quello del 6 ottobre 2010 Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione del Ministero della Salute, ci si rivolge certamente a individui di tutte le fasce d'età, ma prevalentemente a soggetti in età evolutiva, in particolare a quelli portatori di disabilità grave e/o disturbi di natura fisica, psichica e sensoriale importanti, spesso multipli, per il cui recupero e per l'azione di contenimento del handicap è richiesta la presa in carico globale mediante la stesura di un Progetto Riabilitativo Individuale e dei relativi Programmi attuativi. Nel rispetto dei contributi metodologici della Evidence Based Medicine questi pazienti potranno fruire degli interventi terapeutici indirizzati anche ad un cambiamento attivo della funzione, per poi misurare ove possibile progressi ed acquisizioni anche con lo strumento dell'adeguamento dello stile di vita tramite l'AFA.

Dal momento che l'A.S.L. CN2 non è in grado di sopperire con risorse proprie alle esigenze riabilitative globali e complesse di cui sopra, diventa indispensabile assicurare le prestazioni plurispecialistiche necessarie rivolgendosi preferibilmente a presidi del territorio già convenzionati e per ora provvisoriamente accreditati quale il Centro di Riabilitazione Ferrero di Alba.

#### **TIPOLOGIA DELL'UTENZA**

Le caratteristiche dell'utenza sono riconducibili ai seguenti quadri nosologici:

1) **SOGGETTI IN ETÀ EVOLUTIVA :**

**ASSE 1: SINDROMI PSICHIATRICHE**

**F 84** *Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico.*

F 84.0 Autismo infantile

F 84.1 Autismo atipico

F 84.2 Sindrome di Rett

F 84.3 Sindrome disintegrativi dell'infanzia di altro tipo

F 84.4 Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati

F 84.5 Sindrome di Asperger

F 84.8 Altre sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico

F 84.9 Sindrome non specificata da alterazione globale dello sviluppo psicologico

**F 90-98** *Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza*

**F 90** Sindromi ipercinetiche

F 90.0 Disturbo dell'attività e dell'attenzione

F 90.1 Disturbo ipercinetico della condotta

**F 91** Disturbi della condotta

F 91.3 Disturbo oppositivo provocatorio

**F 92** Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale

**F 93** Sindromi e disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia

F 93.0 Sindrome ansiosa da separazione dell'infanzia

F 93.1 Sindrome fobica dell'infanzia

**F 94** Disturbi del funzionamento sociale con esordio specifico dell'infanzia e dell'adolescenza

F 94.0 Mutismo elettivo

**F 95** Disturbi a tipo tic

F 95.2 Tic combinati motori e vocali multipli

**F 98** Altri disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza

**F 40-48** *Sindromi nevrotiche legate a stress e somatoformi*

**F 40** Sindromi fobiche

F 40.0 Sindrome senza attacco di panico

F 40.01 Sindrome con attacco di panico

**F 42** Sindrome ossessivo-compulsiva

F 42.2 Associazione di pensieri ossessivi e atti compulsivi

**F 43** Reazioni a gravi stress e sindromi da disadattamento

F 43.0 Reazione acuta da stress

F 43.1 Sindrome post-traumatica da stress

F 43.2 Sindrome da disadattamento

**F 44** Sindromi dissociative da conversione

F 44.0 Amnesia dissociativa

F 44.1 Fuga dissociativa

F 44.2 Stupore dissociativo

**F 45** Sindromi somatoformi

F 45.0 Sindrome di somatizzazione



Segue determinazione n. 1847/000/DIG/11/0019 del 30 dicembre 2011

F 45.2 Sindrome ipocondriaca

## **ASSE 2 : SINDROMI E DISTURBI DA ALTERAZIONE SPECIFICA DELLO SVILUPPO PSICOLOGICO**

**F 80** *Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio*

F 80.0 Disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio

F 80.1 Disturbo del linguaggio espressivo

F 80.2 Disturbo della comprensione del linguaggio

F 80.3 Afasia acquisita con epilessia

**F 81** *Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche*

F 81.0 Disturbo specifico della lettura

F 81.1 Disturbo specifico della computazione

F 81.2 Disturbo specifico delle abilità aritmetiche

F 81.3 Disturbi misti delle capacità scolastiche

**F 82** *Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria*

**F 83** *Disturbi evolutivi specifici misti*

## **ASSE 3 : LIVELLO INTELLETTIVO**

**F 70** *Ritardo mentale lieve*

**F 71** *Ritardo mentale di media gravità*

**F 72** *Ritardo mentale grave*

**F 73** *Ritardo mentale profondo*

## **ASSE 4: CONDIZIONI MEDICHE RIPORTATE NELL'ICD 10 SPESSO ASSOCIATE CON LE SINDROMI ED I DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI**

**Cap. I** Esiti e sequele di alcune malattie infettive e parassitarie

**Cap. II** Esiti e sequele di neoplasie cerebrali, del midollo spinale e di altre parti del SNC

**Cap. IV** Esiti e sequele di malattie endocrine e metaboliche

**Cap. VI** Esiti e sequele di malattie del sistema nervoso

**Cap. VII** Riabilitazione nei deficit sensoriali

**Cap. IX** Esiti e sequele in malattie del sistema circolatorio

**Cap. XVI** Esiti e sequele in alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale

**Cap. XVII** Esiti e sequele di malformazioni congenite, deformazioni ed anomalie cromosomiche

**Cap. XIX** Esiti e sequele di lesioni intracraniche e traumatismi della testa

### **2) SOGGETTI IN ETÀ ADULTA :**

**DISABILITÀ 2: DISABILITÀ COMPLESSE CHE NON RICHIEDONO RICOVERO, MA UN INTERVENTO, PER COMPETENZA ED ATTREZZATURE, ALTAMENTE SOFISTICATO**

*Segue determinazione n. 1847/000/DIG/11/0019 del 30 dicembre 2011*

### **PATOLOGIE CHE DEFINISCONO IL GRADO DI DISABILITÀ**

#### **Conseguenze di lesioni del SNC-SNP**

- Vasculopatie cerebrali
- Sindromi demielizzanti
- Sindromi degenerative progressive
- Sindromi infiammatorie ed infettive
- Traumatismi cranio-encefalici e midollari
- Traumatismi del SNP
- Dislalie, disfonie, disfagie, quali esiti invalidanti di trattamenti chirurgici demolitivi

**DISABILITÀ 3: DISABILITÀ DI ENTITÀ RILEVANTE, CRONICHE OD IN FASE DI STABILIZZAZIONE CHE RICHIEDONO UN INTERVENTO RIABILITATIVO NON COMPLESSO NÉ INTENSIVO, MA PROTRATTO NEL TEMPO**

### **PATOLOGIE CHE DEFINISCONO IL GRADO DI DISABILITÀ**

#### **Conseguenze di lesioni del SNC-SNP**

- Vasculopatie cerebrali
- Sindromi demielizzanti
- Sindromi degenerative progressive
- Sindromi infiammatorie ed infettive
- Traumatismi cranio-encefalici e midollari
- Traumatismi del SNP
- Dislalie, disfonie, disfagie, quali esiti invalidanti di trattamenti chirurgici demolitivi

### **MODALITÀ D'ACCESSO**

Il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta dell'assistito, residente nell'ASL CN2, formula la richiesta di visita specialistica per la diagnosi (indicando il sospetto diagnostico) ed eventuale emissione di un Progetto Riabilitativo Individuale da parte dello specialista nella branca (Neuro Psichiatra Infantile o Fisiatra)

Per i pazienti di età inferiore ai 3 anni, il Medico specialista in Neuropsichiatra Infantile di struttura pubblica valuta il paziente, formula una diagnosi e se ritiene che possa trarre beneficio da un percorso riabilitativo redige un PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) su cui devono essere indicati gli obiettivi. Qualora la richiesta sia avanzata da un centro di 2° livello (es ASO, IRCCS), ma il PRI risulti incompleto, questo potrà essere integrato dal Medico specialista in Neuropsichiatra Infantile del Centro Ferrero o di altre strutture definitivamente accreditate.

*Segue determinazione n. 1847/000/DIG/11/0019 del 30 dicembre 2011*

Per i pazienti di età tra i 3 ed i 18 anni, la diagnosi ed il PRI (Progetto Riabilitativo individuale) potranno essere emesse da un Medico specialista in Neuropsichiatria Infantile di struttura pubblica o del Centro Ferrero o di altre strutture definitivamente accreditate.

Qualora la diagnosi formulata rientri tra quelle indicate alla precedente voce tipologia dell'utenza il progetto riabilitativo individuale potrà essere condotto presso il Centro di Riabilitazione Ferrero o a domicilio. Il PRI dovrà essere congruo e appropriato nel trattamento globale, tenuto conto dei precedenti accertamenti diagnostici, delle terapie eseguite e relativa compliance (tipologia, durata, follow up neurodiagnostico documentato nel piano riabilitativo) e del progetto da attuare nel futuro per raggiungere obiettivi documentati. La valutazione specialistica deve tenere conto della patologia del soggetto anche in relazione alla sua età, alla durata del trattamento e delle eventuali prosecuzioni.

La durata del trattamento è di massimo 180 giorni. Sul PRI dovrà essere chiaramente indicato il numero di prestazioni che si ritiene debbano essere erogate mensilmente. Tale dato sarà indicativo del numero massimo di prestazioni erogabili e conseguentemente valorizzabili mensilmente.

Al termine del periodo previsto il paziente verrà dimesso con una relazione dettagliata da parte del Centro in cui si evidenzia: tipologia di intervento, obiettivi prefissati nel PRI, obiettivi raggiunti.

Qualora il paziente sia suscettibile di un ulteriore miglioramento potrà essere redatto un nuovo PRI, con le stesse modalità.

Per i pazienti di età compresa tra i 18 e i 21 anni, residenti nel territorio dell'ASL CN2, che siano già in carico al Servizio di Neuropsichiatria Infantile, la procedura di accesso è identica a quella per i soggetti minorenni.

Per i pazienti di età superiore ai 18 anni, residenti nel territorio dell'ASL CN2, il Fisiatra valuta il paziente, formula una diagnosi e se ritiene che possa trarre beneficio da un percorso riabilitativo redige un PRI (Progetto Riabilitativo individuale) su cui devono essere indicati gli obiettivi. Qualora il medico Fisiatra proponente non appartenga ad una struttura pubblica, ma ad una struttura privata accreditata, il PRI dovrà essere vidimato dal Responsabile del servizio RRF dell'A.S.L. CN2 o suo delegato. Qualora la diagnosi formulata rientri tra quelle indicate alla

*Segue determinazione n. 1847/000/DIG/11/0019 del 30 dicembre 2011*

precedente voce tipologia dell'utenza il progetto riabilitativo individuale potrà essere condotto presso il Centro di Riabilitazione Ferrero. Il PRI dovrà essere congruo nel trattamento globale, tenuto conto dei precedenti accertamenti diagnostici, delle terapie eseguite e relativa compliance (tipologia, durata, follow up neurodiagnostico documentato nel piano riabilitativo) e del progetto da attuare nel futuro per raggiungere obiettivi documentati. La valutazione specialistica deve tenere conto della patologia del soggetto anche in relazione alla sua età ed alla durata del trattamento e delle eventuali prosecuzioni. Anche in questo caso al termine del periodo il paziente verrà dimesso con una relazione dettagliata da parte del Centro in cui si evidenzia: tipologia di intervento, obiettivi prefissati nel PRI, obiettivi raggiunti.

#### **ASPETTI ECONOMICI**

Il complessivo massimo valorizzabile delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare è definito dall'ASL CN2 con apposita comunicazione.

La remunerazione delle attività svolte dal Centro di Riabilitazione Ferrero per i pazienti dell'ASL CN2 attraverso il riconoscimento di un budget economico complessivo di produzione per l'attività ambulatoriale e domiciliare, è correlato ai bisogni dell'ASL CN2 e non alla capacità produttiva del Centro.

Il corrispettivo è sempre preventivato ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari a tariffa regionale.

Modalità di pagamento: a decorrere dalle competenze relative alle attività ambulatoriale e domiciliare erogate nel mese di gennaio 2012, l'ASL CN2 effettuerà il pagamento delle prestazioni realmente effettuate e documentate tramite acconti mensili pari al 90% di 1/12 del budget determinato.

Mensilmente il Centro invierà all'ASL CN2 la fattura come sopra determinata con il dettaglio delle prestazioni erogate e copia dei PRI.

Al termine del primo semestre dell'annualità si procederà al saldo provvisorio a conguaglio della parte residua della quota di preventivo dovuta (nei limiti del 50% del budget assegnato), fatto salvo il minor valore della produzione effettiva.

Entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento sono oggetto di verifica i risultati quantitativi di produzione e le attività svolte rispetto ai volumi di prestazioni concordate ed alle funzioni previste.

Al termine del primo quadrimestre dell'anno successivo si procederà al saldo provvisorio a conguaglio della parte residua della quota di preventivo dovuta, fatto salvo il minor valore della produzione effettiva.

In caso di riscontro positivo si procede alla liquidazione finale del corrispettivo pattuito.

*Segue determinazione n. 1847/000/DIG/11/0019 del 30 dicembre 2011*

In caso di riscontro di prestazioni in contestazione per tipologia, si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate sino alla conclusione dei chiarimenti richiesti.

In caso di variazioni, complessivamente in aumento, dei tariffari regionali si procede mediante rideterminazione del volume massimo delle prestazioni remunerabili nella misura necessaria al mantenimento del limite originario di corrispettivo.

Del pari in caso di riscontro di prestazioni in eccedenza ai volumi previsti, il corrispettivo preventivato permane nella piena validità e l'eventuale attività di fatturazione o richiesta di pagamento correlata alle suddette eccedenze è priva di titolo.

In caso di prestazioni inferiori ai volumi preventivati, si procede ai conguagli di liquidazione in riduzione dei corrispettivi previsti.

Poiché sono valorizzabili solo le prestazioni erogate a pazienti affetti da patologie riconducibili ai quadri nosologici definiti alla voce tipologia dell'utenza, nel caso comunque in cui le verifiche portino ad un conguaglio con saldo negativo, avverrà la trattenuta del conguaglio all'atto del primo pagamento.

Non saranno comunque valorizzabili le prestazioni effettuate da personale privo dei requisiti per l'esercizio della specifica professione, né le prestazioni extra LEA.

Al fine di garantire una continuità di erogazione delle prestazioni da parte del Centro di Riabilitazione nel corso dell'anno, il budget annuale dovrà essere ripartito in dodicesimi con riconoscibilità nel semestre successivo di quanto non prodotto e non valorizzato nel semestre precedente nello stesso anno (termine oltre il quale decade la possibilità di compensazione), salvo specifiche deroghe di volta in volta concordate. Non saranno valorizzabili invece le prestazioni effettuate nel mese di riferimento in eccesso rispetto al budget mensile; qualora però nella programmazione si preveda una riduzione d'attività nei mesi estivi, il budget dei mesi di Luglio, Agosto e Settembre potrà essere equamente redistribuito in proporzione su tutte le altre mensilità.

Dovrà essere garantita assoluta priorità di programma ed intervento nei confronti di :

a) soggetti titolari di indennità di accompagnamento o handicappati in condizioni di gravità (art. 3 comma 3 della L. 104/92), con ulteriore priorità ai pazienti in età evolutiva;

rispetto, in primo luogo, ai seguenti utenti:

b) soggetti minori con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o invalidi civili o handicappati ai sensi dell'art. 3 comma 1 della Legge 104/92

nonché, in secondo luogo:

c) soggetti privi di riconoscimenti di invalidità.

La struttura si impegna a garantire il rispetto delle priorità di cui sopra, anche attraverso autocertificazioni periodiche quadrimestrali, attestanti l'assenza di lista d'attesa relativa ai soggetti di cui ai punti a) e b), per i quali verrà prioritariamente garantita la presa in carico.

*Segue determinazione n. 1847/000/DIG/11/0019 del 30 dicembre 2011*

**DURATA**

Il presente protocollo ha vigenza dal 1 gennaio 2012 al 31 dicembre 2013.

E' data alle parti facoltà di recesso anticipato, con preavviso di almeno 30 gg., comunicato con raccomandata A.R.

Letto, approvato e sottoscritto.

Alba \_\_\_\_\_ 2012

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE**  
del Centro di Riabilitazione Ferrero  
Sig.ra Margherita Artusio

**IL COMMISSARIO**  
ASL CN2  
Dr. Giovanni Monchiero

*Segue determinazione n. 1847/000/DIG/11/0019 del 30 dicembre 2011*

<p>Invio al controllo della <b>Giunta della Regione</b>, ex art. 2, c. 1, L.R. 30 giugno 1992, n. 31                  prot. n. _____ del _____,                  ricevuta dalla Regione in data _____</p> <p>Richiesta chiarimenti da parte della Regione                  prot. n. _____ del _____</p> <p>Risposta chiarimenti da parte della Regione con nota                  prot. n. _____ del _____,                  ricevuta dalla Regione in data _____</p> <p>Provvedimento conclusivo del procedimento                  n. _____ del _____</p> <p><input type="checkbox"/> declaratorio di nullità o decadenza  <input type="checkbox"/> di annullamento o non approvazione  <input type="checkbox"/> di approvazione</p>	<p>Invio al <b>Collegio Sindacale</b>                  Prot. n. _____ del _____</p> <p>Invio alla <b>Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci:</b>                  Prot. n. _____ del _____</p> <p><b>CERTIFICATO DI REGISTRAZIONE CONTABILE</b>                  Si dichiara l'avvenuta registrazione contabile da parte della S.O.C. Gestione Economico-Finanziaria Alba, li _____                  IL FUNZIONARIO INCARICATO                  _____</p> <p><b>CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE</b>                  Si certifica che la presente determinazione è stata posta in pubblicazione presso l'Albo dell'A.S.L. CN2, il _____ per quindici giorni consecutivi                  IL FUNZIONARIO INCARICATO                  S.O.C. AFFARI GENERALI                  Silvia BARACCO                  F.TO BARACCO</p>
<b>CERTIFICATO DI ESECUTIVITA'</b>	
<p>Provvedimenti soggetti al controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> per decorrenza dei termini  <input type="checkbox"/> per approvazione da parte della Giunta della Regione</p>	<p>Provvedimenti <b>non</b> soggetti al Controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il <b>30 DICEMBRE 2011</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> essendo immediatamente eseguibile  <input type="checkbox"/> essendo trascorsi dieci giorni dalla pubblicazione (art. 3, L.R. 30/06/92, n. 31)</p>
IL FUNZIONARIO INCARICATO S.O.C. AFFARI GENERALI Silvia BARACCO F.TO BARACCO	