



ARIS

Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari
Sezione Centri di Riabilitazione Puglia e
Basilicata

Prot. n. 8/PR/DL

Acquaviva delle Fonti, 17 luglio 2015

Ai sigg.

dott. VINCENZO POMO
DIRETTORE AREA
POLITICHE DELLA SALUTE

dott.ssa ELENA MEMEO
A. P.
RIABILITAZIONE – STRUTTURE
RESIDENZIALI
E SEMIRESIDENZIALI

LORO SEDI

OGGETTO: R.R. n. 12/2015 – RICHIESTA INCONTRO

L'emanazione di nuovi Regolamenti, genera a volte discordi interpretazioni circa l'applicazione di alcune procedure. Con l'ultimo, il n. 12 del 22 aprile 2015 riguardante la Riabilitazione, affiorano, atteggiamenti burocratico-sanitari che, nel rallentare i dovuti adempimenti, producono, a danno soprattutto dell'utenza, effetti non positivi nei rapporti tra le Istituzioni pubbliche e le strutture private accreditate.

Si ritiene, quindi, di sottoporre all'attenzione delle SS. LL. alcune segnalazioni per le quali si rende necessario un'azione chiarificatrice.

Preme rilevare, innanzitutto, come il R. R. in questione, per alcuni aspetti, non abbia ancora sotterrato la distorta interpretazione delle disposizioni impartite con la deliberazione di G. R. n. 691/2011 **691/2011** ad oggetto *Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari* da parte della ASL BA (cfr. deliberazione Direttore

generale n. 2077 del 6/12/2013). Conseguentemente, per via di una non uniforme applicazione sul territorio, si registrano, a danno degli utenti e delle loro famiglie, spiacevoli disguidi burocratici che possono essere eliminati soltanto con un definitivo intervento esplicativo.

Le segnalazioni più preoccupanti, tuttavia, riguardano l'accesso alla riabilitazione in regime semiresidenziale laddove il passaggio burocratico dalla proposta del MMG o PLS all'autorizzazione rilasciata dalla competente U. O. dipartimentale viene configurato con varie ed opposte prassi.

Certamente, la comprensibile incertezza interpretativa delle norme spinge gli operatori verso una non condivisibile 'prudenza' nel correlare l'oggettiva diagnosi con gli obiettivi riabilitativi. Accade spesso, quindi, ad esempio, che, nei previsti passaggi di responsabilità tra competenze distrettuali e sovradistrettuali, ad una dichiarata 'gravità' della diagnosi segua l'indicazione di un trattamento riabilitativo di tipologia inferiore non corrispondente alle effettive esigenze sanitarie. Tale determinazione, ovviamente, stravolge il prescritto "progetto riabilitativo" costringendo gli operatori a predisporre un "programma riabilitativo" non corrispondente ai necessari specifici interventi per l'effettiva tipologia della disabilità se non, addirittura, a rinunciare alla presa in carico del paziente.

I relativi atti, se possono essere discussi con il più legittimo esito nell'ambito di una ASL, non è possibile - pur tralasciando i separati ma correlati aspetti di compensazione amministrativa - dividerli con facilità nell'esercizio del diritto alla libera scelta, allorché le procedure d'accesso coinvolgono le strutture di due distinte ASL. E' documentabile, nella fattispecie, come una richiesta d'inserimento di un minore "con la gravità, la complessità e l'urgenza del caso" da parte di una ASL territorialmente competente, disposto per di più con il sigillo della valutazione U.V.M., possa essere ritardata, motu proprio, dal disconoscimento per via cartacea dalle strutture distrettuali di altra ASL nel cui territorio insiste il Centro di riabilitazione individuato per il percorso riabilitativo.

Identiche considerazioni, ancora, per le 'ammissioni' al trattamento riabilitativo ambulatoriale. A fronte di abbondanti e permanenti liste di attesa, si allungano ancor di più tempi, obliando le procedure di cui, ad esempio, alla Deliberazione della Giunta regionale n. 1003/1999 e a consolidati protocolli d'intesa. Soprattutto, senza specificare alcun codificato parametro, si dichiarano 'obsoleti' o non 'aggiornati' i relativi progetti riabilitativi per dedurre la non riconducibilità del quadro clinico alla disciplina di cui all'art. 26/l. 833/78. Ovviamente, la susseguente contraria dimostrazione, nell'aggravarsi delle liste di attesa, non attenua mai l'inutile perdita di tempo e il ritardato trattamento.

In tale generale contesto non si possono tralasciare le perplessità circa le verifiche delle UU.VV.MM. le cui conclusioni, a volte, appaiono proiettate esclusivamente verso un prefissato, quasi obbligato, livellamento di ...base. Se da un lato, pertanto, si tenta di privilegiare il beneficio economico della Pubblica Amministrazione, dall'altro si demolisce, tout court, ogni serio 'progetto' riabilitativo.

Non c'è bisogno, a tal proposito, di evidenziare le apprensioni delle famiglie che, spesso, riguadagnano il diritto alla salute invocando giusta comprensione nelle sedi opportune.

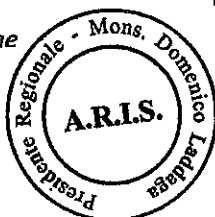
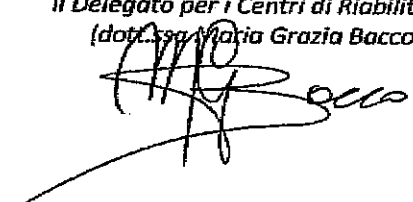
Per completezza, infine, preme segnalare l'impossibilità, al momento, di ricavare certezza interpretativa e pragmatica - alla luce, anche, delle recenti modificazioni apportate all'art. 60 del R. R. n. 4/2007 - sulla globale evoluzione regolamentare circa il 'progetto' ed il 'programma' riabilitativo nel passaggio dall'età evolutiva a quella adulta. La complessità della questione emerge, ancor più preoccupante, specie se inserita nel contesto del più ampio conseguente impegno di programmazione da parte delle interessate strutture.

Le su esposte considerazioni, a parte il corredo di probante documentazione, provengono dalle quotidiane esperienze acquisite sul campo. Esperienze preziose che, se valorizzate, possono essere adottate per rendere più agevole i percorsi della riabilitazione sui tavoli di condivisa attenzione al paziente.

Allo scopo, l'ARIS, chiede di poter incontrare le SS. LL. nei tempi e nei modi che si riterranno più opportuni.

Con fiduciosa attesa, si porgono distinti saluti.

Il Delegato per i Centri di Riabilitazione
(dott.ssa Maria Grazia Bacco)



Il presidente ARIS regionale
(mons. Domenico Laddaga)



