

DELIBERAZIONE N. VIII/3111 DEL 1.8.2006

Oggetto: **MODIFICHE DELLA EROGABILITÀ A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DI ALCUNE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE AI SENSI DEL DPCM 29 NOVEMBRE 2001 SUI LEA E ULTERIORI DETERMINAZIONI RELATIVE ALL'APPROPRIATA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI DAY HOSPITAL ED ALLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO.**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, con particolare riferimento all'art. 1, commi 1,2,3,7 e 8;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito il 22 novembre 2001 dalla Conferenza Stato- Regioni e relativo alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTI:

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di assistenza", con particolare riferimento all'Allegato 2 che, nei diversi punti, 2A, 2B, 2C, reca rispettivamente "Prestazioni totalmente escluse dai LEA", "Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche", "Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione";
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 novembre 2003 di modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001;

RICHIAMATE:

- la deliberazione di Giunta Regionale n. VII/8077 del 18 febbraio 2002, di recepimento del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che dispone un primo provvedimento per garantire l'erogazione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione di cui all'allegato 2A, già prenotate prima dell'entrata in vigore del DPCM medesimo che rimanda ad un successivo provvedimento di Giunta Regionale l'individuazione di criteri di erogazione delle prestazioni previste dall'allegato 2B;
- la successiva deliberazione di Giunta Regionale n. VII/8866 del 24 Aprile 2002 con la quale si è determinato di erogare le prestazioni indicate nella lettera f) dell'allegato 2A "Prestazioni di Medicina fisica e riabilitazione" a carico del SSR sino al 30 giugno 2002 e le prestazioni contenute nell'allegato 2B sino al 30 giugno 2002;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. VII/9569 del 28 giugno 2002 relativa alle determinazioni conseguenti al recepimento del DPCM 29 novembre 2001;

VISTE inoltre le Circolari 14/San del 19.02.2002, 22/San del 24.04.2002 51/San del 27.11.2002, che dettavano disposizioni attuative delle tre deliberazioni sopra citate;

RICHIAMATA altresì la deliberazione di Giunta Regionale n. VII/13796 del 25 luglio 2003 recante modifiche della erogabilità a carico del servizio sanitario regionale di alcune

prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, tra cui quelle indicate agli allegati 2B e 2C del DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

VISTO l'accordo tra Il Governo, le regioni e le province autonome dell' 8 maggio 2003 in materia di iscrizione temporanea negli elenchi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta delle aziende sanitarie locali di temporanea dimora, che ritiene che l'iscrizione temporanea dà diritto a ricevere tutte le prestazioni incluse nei livelli uniformi di assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001, fatta eccezione per le prestazioni escluse dalla mobilità sanitaria;

VALUTATA la necessità di dare piena attuazione ai contenuti di cui all'Allegato 2 A, punto f) ed all'Allegato 2B, punti a) e c) del DPCM sopra indicato, e di modificare l'erogabilità delle prestazioni di cui ai punti b) e d) dell'Allegato 2B, rispettivamente densitometria ossea e chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri, come pure delle prestazioni di cui all'Allegato 2 A, punto f), garantendola ai cittadini residenti in Lombardia, in possesso di attestato di iscrizione al S.S.R.;

RITENUTO altresì di garantire comunque l'erogazione delle prestazioni di cui all'Allegato 2 A, punto f) ed all'Allegato 2B, punti a) e c), già prenotate alla data di approvazione della presente per le quali sia prevista la conclusione dell'erogazione, anche a cicli, entro l'anno in corso;

CONSIDERATO che:

- la D.G.R. VIII/2828 del 27 giugno 2006 sul Piano di prima attuazione dell'Intesa Stato – Regioni sul contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-8 richiama le diverse linee d'intervento in tema di “Governance” delle liste di attesa;
- il sistema regionale di monitoraggio dei tempi di attesa (RL_MTA) ha evidenziato che una percentuale variabile tra il 9 ed il 10 % di utenti prenotati nelle liste non si presenta agli appuntamenti prefissati;
- vi è la necessità di promuovere una sempre maggiore responsabilizzazione dei cittadini per quanto riguarda la prenotazione delle prestazioni ed evitare fenomeni di prenotazioni multiple con conseguente fenomeno di incremento falsato dei tempi medi di attesa del sistema,

RITENUTO di dare indicazione ai soggetti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale affinché gli stessi organizzino le attività di prenotazione prevedendo il più possibile la riscossione, nel caso sia dovuto, del ticket all'atto della prenotazione stessa e di richiamare gli utenti agli adempimenti previsti dal comma 18, art. 4 della legge n. 412 del 1991 in caso di mancato ritiro dei risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio che prevede il pagamento per intero della prestazione usufruita, anche in caso di esenzione;

RICHIAMATA la DGR VI/34766 del 20 febbraio 1998 “direttive in ordine all'attività di day hospital e day surgery”;

CONSIDERATO CHE, ai sensi dell'articolo 4 dell'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005 che, tra gli adempimenti specifici delle Regioni, prevede di adottare provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo, entro l'anno 2007, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20% ed il rispetto

della normativa nazionale in tema di garanzia appropriata dei Livelli Essenziali di Assistenza;

VERIFICATO che a seguito di analisi effettuate a riguardo delle attività di ricovero svolte nel primo quadrimestre del 2006 si è evidenziato un alto numero di episodi di ricovero in day hospital ad indirizzo prevalentemente diagnostico;

VALUTATO

- di dover dare piena attuazione a quanto previsto dalle linee guida parte integrante e sostanziale dalla citata DGR VI/34766 del 20 febbraio 1998 “direttive in ordine all’attività di day hospital e day surgery” in ordine alle motivazioni del ricovero ed al contenuto assistenziale delle tipologie di day hospital;
- di precisare che il day hospital “fornisce prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche che non possono essere eseguite a livello ambulatoriale in quanto richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta nell’arco della giornata” e che quindi la sola integrazione nella stessa giornata di più procedure diagnostiche non è sufficiente ad indicare l’appropriatezza del day hospital ad indirizzo prevalentemente diagnostico e che lo stesso deve ritenersi appropriato solo nel caso in cui le condizioni cliniche del paziente e/o la complessità delle procedure rendano necessaria sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta e continuativa nell’arco della giornata;
- di precisare altresì che il day hospital ad indirizzo prevalentemente riabilitativo sia da ritenersi appropriato se sono esplicitati la definizione degli obiettivi della terapia, la stesura del programma riabilitativo e gli indicatori di risultato;

RITENUTO che si debba optare per la modalità di erogazione ambulatoriale in mancanza del pieno rispetto di tutte le condizioni di appropriato utilizzo del day hospital stabilite dalla DGR VI/34766 del 20 febbraio 1998 e della condizione riguardante il dh prevalentemente diagnostico che viene modificata prevedendo che l’assistenza sia non solo protratta nell’arco della giornata ma anche contemporaneamente di tipo continuativo;

RITENUTO infine che nel caso in cui le ASL, in occasione delle attività di controllo, finalizzate a verificare la congruenza di codifica e l’appropriatezza di erogazione delle attività sanitarie, riscontrino degli errori e delle incongruenze di tipo non casuale estendano la verifica a tutta la casistica per cui si sono riscontrate le condizioni succitate e risolvano complessivamente il problema riscontrato mediante l’utilizzo degli strumenti previsti dalle norme nazionali e regionali;

RITENUTO opportuno che le presenti disposizioni entrino in vigore per le prestazioni erogate a partire dal 1 settembre 2006 e per i ricoveri ospedalieri in regime di Day Hospital con dimissione a partire da tale data;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente atto sul bollettino ufficiale della Regione Lombardia nonché sul sito web dalla Direzione Generale Sanità;

VALUTATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi in termini di legge

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa, integralmente richiamate:

1. ai sensi e nel pieno rispetto dell'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005 di approvare gli Allegati 1 e 2, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, intitolati rispettivamente "Criteri per l'erogazione con il SSR dell'assistenza odontoiatrica " e "Criteri per l'erogazione con il SSR della Medicina fisica e Riabilitazione " ;
2. di modificare l'erogabilità delle prestazioni di cui ai punti b) e d) dell'Allegato 2B del DPCM 29 novembre 2001, rispettivamente densitometria ossea e chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri, come pure delle prestazioni di cui all'Allegato 2 A, punto f) del DPCM stesso, garantendola ai cittadini residenti in Lombardia, in possesso di attestato di iscrizione al S.S.R.;
3. di disporre, in mancanza del pieno rispetto di tutte le condizioni di appropriato utilizzo del Day Hospital stabilite dalla DGR VI/34766 del 20 febbraio 1998 ed in particolare della condizione riguardante il Day Hospital prevalentemente diagnostico, che viene modificata prevedendo che l'assistenza sia non solo protratta nell'arco della giornata ma anche contemporaneamente di tipo continuativo, che la modalità di erogazione sia ambulatoriale;
4. di stabilire che nel caso in cui le ASL, in occasione delle attività di controllo, finalizzate a verificare la congruenza di codifica e l'appropriatezza di erogazione delle attività sanitarie, riscontrino degli errori e delle incongruenze di tipo non casuale estendano la verifica a tutta la casistica per cui si sono riscontrate le condizioni succitate e risolvano complessivamente il problema riscontrato mediante l'utilizzo degli strumenti previsti dalle norme nazionali e regionali al riguardo emanate;
5. di dare indicazione ai soggetti erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale affinché gli stessi organizzino le attività di prenotazione prevedendo il più possibile la riscossione, nel caso sia dovuto, del ticket all'atto della prenotazione stessa e di richiamare gli utenti agli adempimenti previsti dal comma 18, art. 4 della legge n. 412 del 1991 in caso di mancato ritiro dei risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio che prevede il pagamento per intero della prestazione usufruita, anche in caso di esenzione;
6. di disporre:
 - che le ASL diano la massima priorità alla diffusione delle indicazioni contenute nella presente delibera ed alla loro conseguente applicazione;
 - che le presenti disposizioni entrino in vigore per le prestazioni erogate a partire dal 1 settembre 2006 e per i ricoveri ospedalieri in regime di Day Hospital con dimissione a partire da tale data;
7. di garantire comunque l'erogazione delle prestazioni di cui agli Allegati 1 e 2 già prenotate alla data di approvazione della presente per le quali sia prevista la conclusione dell'erogazione, anche a cicli, entro l'anno in corso;

8. di disporre la pubblicazione del presente atto sul bollettino ufficiale della Regione Lombardia nonché sul sito web dalla Direzione Generale Sanità.

IL SEGRETARIO

Criteria per l'erogazione con il SSR dell'assistenza odontoiatrica

DPCM 29 nov. 2001 LEA – Allegato 2B, punto a

L'allegato 2B del DPCM sui LEA individua l'assistenza odontoiatrica nella categoria di quelle prestazioni che sono erogabili con il SSN secondo specifiche indicazioni cliniche. In particolare il DPCM rimanda a quanto previsto al comma 5, art. 9 del D.lgs. 502/92 e successive modifiche, che individua le prestazioni oggetto di fondi integrativi del servizio sanitario nazionale; tale comma specifica che all'interno del SSN sono inseriti i programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e l'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

Livelli adeguati di appropriatezza ed equità si ritiene siano raggiungibili individuando criteri per stabilire lo stato di fragilità economico-sociale e condizioni cliniche che selezionino la casistica da sottoporre a trattamento con il SSR.

Partendo da queste premesse si ritengono razionali le scelte che, sulla scorta dei dati epidemiologici, dei criteri d'urgenza, gravità e capacità invalidante della patologia individuano come aventi diritto ai LEA in campo odontoiatrico, in regime ambulatoriale, alcuni gruppi di popolazione come di seguito indicati.

Si ritiene inoltre che le strutture accreditate con il SSR debbano assicurare il trattamento delle emergenze algiche, di quelle legate a processi infiammatori acuti e a quelle relative ai traumi dentali. Quanto sopra comporta che questi pazienti, che hanno patologie emergenti, debbano avere un flusso preferenziale in modo da poter essere valutati e trattati, se rientranti nelle categorie individuate come facenti parte dei LEA.

CRITERI CLINICI

Nell'odontoiatria infantile, per una migliore allocazione delle risorse, alla luce dei rilevanti cambiamenti epidemiologici degli ultimi anni per quanto riguarda la prevalenza delle malattie dento-parodontali nei bambini, i LEA devono farsi carico di potenziare la prevenzione, oltre che ottimizzare gli interventi terapeutici. Le patologie orali pediatriche che oggi risultano avere importanza, anche se con prevalenza modesta e che, se tenute sotto controllo nei primi 14 anni di vita, possono ridurre in modo significativo la spesa sanitaria negli anni futuri, oltre che mantenere la salute orale, sono:

- la carie dentale in soggetti a rischio
- le parodontiti aggressive
- le alterazioni morfologico-funzionali dei mascellari

- le patologie delle mucose orali a rischio per cancerogenicità .

I LEA odontoiatrici nel periodo evolutivo devono essere forniti ai soggetti appartenenti alla fascia d'età dai 0 ai 14 anni, considerati a rischio e cioè con un alto numero di elementi dentari decidui persi o sede di processi cariosi (indice dmft/DMFT>1), e comprendono le seguenti prestazioni, note per l'efficacia in soggetti in permuta dentaria:

- igiene orale professionale;
- applicazione di vernici cario-protettive e/o di sigillanti
- terapia riabilitativa delle lesioni cariose della dentatura decidua con tecniche restaurative provvisorie o minimali (Art)
- terapia delle lesioni dei denti permanenti
- estrazione dei denti decidui con polpa compromessa e applicazione di mantenitori di spazio

Particolare attenzione deve essere riservata ai pazienti ad alto rischio di ammalare di lesioni cariose degli elementi decidui e, su tali soggetti, individuabili da vari fattori quali il livello di igiene orale, fattori sociali e un alto indice dmft/DMFT, dovranno essere effettuati dei protocolli preventivi mirati alla riduzione del tasso di batteri cariogeni presenti nella saliva.

Per mettere in atto azioni preventive efficaci si ritiene opportuno che le strutture accreditate con il SSR assicurino, all'interno dei LEA, su richiesta del pediatra di libera scelta, la prima visita per i bambini con età uguale o inferiore ai 6 anni. Inoltre è opportuno che il bambino minore di 14 anni, che presumibilmente rientra nelle indicazioni cliniche riportate nel presente documento, debba essere valutato da uno specialista odontoiatra operante in struttura accreditata, in modo da poter constatare la sussistenza delle condizioni cliniche e di provvedere, se necessario e previsto, al trattamento relativo.

I LEA devono farsi carico delle terapie odontoiatriche complete dei soggetti con labio-palato-schisi o affetti da malformazioni cranio-facciali congenite.

Dovranno essere sottoposti a trattamento ortopedico-ortodontico i soggetti in fase dinamica di crescita che presentino gravi alterazioni dei rapporti intermascellari tali da pregiudicare una corretta funzionalità dell'apparato masticatorio e/o della crescita facciale.

Alla luce delle interrelazioni tra la patologia orale della madre e la patologia orale del bambino, è inserito nei LEA il controllo delle patologie dento-parodontali della gravida mediante l'applicazione di protocolli dento-parodontali preventivi professionali mirati, al fine d'indirizzare correttamente i comportamenti preventivi della madre, già in fase di gravidanza.

Indipendentemente dall'età a tutti i soggetti affetti da patologie delle mucose orali che non guariscono spontaneamente entro 14 giorni dalla comparsa dei primi segni e sintomi va assicurata la valutazione iniziale e il relativo follow up, se necessario, al fine della prevenzione del carcinoma intra-orali e di altre gravi patologie, come da raccomandazione dell'O.M.S.

Tutte le cure odontoiatriche necessarie – con l'eccezione di quelle la cui unica indicazione è di tipo estetico – vanno assicurate a:

1. soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici, con tessera di esenzione codice 051 (Soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici)
2. soggetti affetti da patologie o trattamenti sistemici che aggravano le patologie orodentali o che rendono le cure odontoiatriche a rischio o che comportano trattamenti di particolare complessità quali:
 - Patologie cardiovascolari gravi – Classe NYHA III/IV (codice esenzione 021)
 - Patologie della coagulazione od in terapia anticoagulante (codice esenzione 033)
 - Neoplasie sistemiche come leucemie o linfomi, etc.. (codice esenzione 048)
 - Infezione HIV (codice esenzione 020)
 - Patologie autoimmuni gravi (codice esenzione 015)
 - Insufficienza renale cronica (codice esenzione 023)
 - Cirrosi (codice esenzione 008) e epatopatia cronica attiva (codice esenzione 018)
 - Pazienti in attesa di trapianto (codice esenzione 050) e trapiantati (codice esenzione 052)
 - Precancerosi delle mucose orali
 - Trattamenti radianti nel distretto cervico-facciale
 - Epilessia (codice esenzione 017)
 - Patologie psichiatriche gravi (codice esenzione 044)
 - Pazienti con dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool, (codice esenzione 014)
 - altre patologie non specificate che richiedono un trattamento preferibilmente in strutture ospedaliere al fine di prevenire o trattare eventuali complicanze insorte durante i trattamenti odontoiatrici
3. malattie rare secondo quanto previsto del DPR 279/2001, per quanto correlato alla patologia primaria

4. i soggetti che non possano usufruire di cure convenzionali quali gli edentuli affetti da gravi atrofie dei mascellari ed i portatori di deficit anatomici conseguenti a perdita di tessuti molli e/o duri per neoplasie o traumi .

Le categorie patologiche sopra riportate dovranno essere valutate dallo specialista operante nella struttura accreditata dove si deve svolgere il trattamento. L'assistenza protesica, all'interno delle categorie di pazienti individuati nel presente provvedimento e quindi compresi nei LEA, sarà assicurata tenendo conto di quanto contenuto nella DGR VI/39897 del 27/11/98.

L'accertamento del criterio che determina l'erogabilità della prestazione con il SSR è a carico del prescrittore che stila l'impegnativa.

Si fa presente che l'erogazione con il SSR dell'assistenza odontoiatrica è esclusivamente destinata a pazienti residenti in Regione Lombardia.

CRITERI SOCIO-ECONOMICI

Sono da ritenersi categorie particolarmente vulnerabili dal punto di vista socio economico le seguenti categorie di persone:

1. Gli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia
2. Gli invalidi per servizio (categorie dalla 1a all'8a)
3. Gli invalidi civili al 100%
4. Gli invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza
5. I danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge n. 210/1992
6. Le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari (il coniuge e i figli; in mancanza dei predetti, i genitori)
7. I ciechi e i sordomuti
8. I pazienti sottoposti a terapia del dolore
9. I soggetti rientranti nell'accordo tra Regione Lombardia e Ministero della Giustizia
10. Gli ex deportati da campi di sterminio titolari di pensione vitalizia
11. Gli infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse purché indicato sulla ricetta
12. I titolari di pensione e i familiari a carico, purché il reddito complessivo (riferito all'anno precedente) del nucleo familiare fiscale da essi formato non sia superiore a € 8.263,31 oppure a € 11.362,05 in presenza del coniuge. Tali cifre vanno incrementate di € 516,45 per ogni figlio a carico: ad esempio, se solo un coniuge è

titolare di pensione e ha un figlio a carico, il reddito complessivo non dovrà superare € 8.779,76, se i figli a carico sono due € 9.296,21 etc. Nel reddito complessivo non vanno computati gli assegni di accompagnamento.

13. I disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei Centri per l'impiego e i familiari a carico
14. I lavoratori in mobilità e i familiari a carico
15. I lavoratori in cassa integrazione straordinaria e i familiari a carico
16. I trapiantati d'organo con reddito complessivo del nucleo familiare anagrafico, riferito all'anno precedente, non superiore a € 46.600, incrementato in funzione della composizione del nucleo familiare secondo i parametri desunti dalla scala di equivalenza della tabella 2 D. l.vo 109/1998.

Le categorie sopra riportate possono usufruire dei trattamenti odontoiatrici con il servizio sanitario regionale a prescindere dalla condizione patologica presente.

Criteria per l'erogazione con il SSR della Medicina fisica e Riabilitazione

DPCM 29 nov. 2001 LEA – Allegato 2B, punto c – 2A, punto f

Il DPCM tratta diffusamente la tematica della Medicina fisica e Riabilitazione inserendo molteplici prestazioni tra quelle totalmente escluse dai LEA e le rimanenti prestazioni della branca specialistica sottoposte all'individuazione di determinati criteri per l'erogazione delle prestazioni con il SSR. Questa revisione del ruolo della Medicina fisica e Riabilitazione nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza comporta una riflessione tesa ad una focalizzazione degli interventi da promuovere, tenendo comunque conto della domanda oggi presente. Le attività sanitarie di riabilitazione sono costituite dagli interventi diagnostico-valutativi e terapeutici e dalle altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazioni a contenere o minimizzare la sua disabilità, e il soggetto disabile a relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale. Le attività sanitarie di riabilitazione richiedono la presa in carico globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi attuativi, fatta salva l'eccezione di disabilità segmentarie e/o transitorie limitate. Nel progetto riabilitativo è contemplata l'intima connessione dei programmi di intervento sanitario con gli interventi sociali orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali consentendo il reinserimento del disabile nei diversi cicli della vita sociale e il miglioramento della sua qualità di vita.

Le strutture ambulatoriali si collocano nel contesto della rete delle attività di Riabilitazione definita dalla D.G.R. VII/19883.

La graduazione della intensità degli interventi, sulla base della complessità e della durata della assistenza richiesta senza soluzione di continuità, rappresenta uno degli aspetti critici di tutto il sistema per ottimizzare l'uso e la quantità delle risorse impiegate.

Nel percorso assistenziale la funzione ambulatoriale costituisce uno dei cardini tra ospedale e territorio e tra riabilitazione sanitaria e sociale. Essa svolge un ruolo importante per completare il progetto riabilitativo, assicurare la continuità assistenziale nelle disabilità importanti e provvedere al trattamento delle patologie e menomazioni/disabilità meno gravi la cui incidenza è tuttavia rilevante. Per rispondere al bisogno di salute in un'ottica di miglioramento della qualità del servizio fornito e per soddisfare al meglio la utenza è auspicabile un cambiamento delle modalità di intervento riabilitativo ambulatoriale per passare da una situazione in cui, come da Nomenclatore Tariffario, si erogano semplici prestazioni e si dispensano trattamenti non sempre appropriati, a una situazione di presa

in carico globale dell'utente sulla base del soddisfacimento dei suoi bisogni nell'ambito di progetti e/o programmi riabilitativi con l'obiettivo di volta in volta di :

- conseguire la restitutio funzionale ad integrum ;
- limitare le menomazioni e disabilità inemendabili contenendo la situazione di handicap
- prevenire il degrado funzionale.

Sulle premesse di cui sopra si possono individuare le seguenti tipologie di utenti, indipendentemente dall'appartenenza a qualsiasi fascia di età :

- 1) utenti affetti da disabilità complesse (interessanti più segmenti e/o organi e/o apparati) di recente insorgenza e modificabili a seguito di intervento riabilitativo che richiedono un progetto individuale e i relativi programmi attuativi con l'intervento di una o più professionalità (team interprofessionale), con il controllo del fisiatra o dello specialista di riferimento.
- 2) utenti affetti da menomazioni/disabilità segmentarie e/o transitorie, modificabili e emendabili sulla base di un programma terapeutico riabilitativo.
- 3) utenti affetti da disabilità a lento recupero o da disabilità inemendabili stabilizzate o a lenta evoluzione presi in carico tramite un progetto riabilitativo a lungo termine.

Chiaramente le esigenze di queste tipologie di pazienti sono molto diversificate tra di loro e condizionano i trattamenti relativi.

Si ritiene opportuno individuare una serie di criteri per la prescrivibilità a carico del SSR delle prestazioni, collegati direttamente al quadro patologico presente. Questo percorso è propedeutico all'individuazione, nel futuro, di pacchetti diagnostici e terapeutici, in modo che per ogni quadro patologico corrisponda un piano di trattamento anche ambulatoriale.

Nello specifico sono state confermate come escluse dai LEA le prestazioni contenute nell'allegato 2A, punto f), ad eccezione di alcune prestazioni che sono state recuperate in quello 2B, quali l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia, la mesoterapia e la laserterapia antalgica, come prevedeva il DPCM.

Su tali prestazioni escluse, laddove sia riscontrabile un criterio di appropriatezza, sarà possibile l'erogazione all'interno dei LEA in fase di definizione contrattuale tra ASL e soggetti erogatori di eventuali Percorsi Diagnostico-Terapeutici.

Nella tabella seguente sono riportati i criteri per l'erogazione delle prestazioni di Medicina fisica e Riabilitazione contenute nei LEA. Sono state incluse nei LEA, e quindi svincolate da limiti di prescrivibilità, alcune prestazioni che, pur essendo nella branca specialistica di Medicina Fisica e Riabilitazione, sono contenute anche in altre branche, quali la Neuropsichiatria Infantile o la Neurologia. Nella tabella è specificato se la prestazione è inclusa nei LEA senza criteri prescrittivi o se è esclusa dai LEA, in quanto sono state

escluse dai LEA anche alcune prestazioni dell'allegato 2B. Nei casi di prestazioni incluse subordinate a criteri sono evidenziati i criteri di appropriatezza dell'erogazione della prestazione, con le patologie relative, i criteri di prescrivibilità ed alcune indicazioni per l'erogazione. I criteri di appropriatezza e i limiti di prescrivibilità devono essere verificati dal medico prescrittore, mentre le indicazioni per l'erogazione devono essere assicurate dalla struttura erogatrice.

Pertanto tutte le persone che rientrano nei criteri clinici riportati nella tabella allegata, residenti in Lombardia, possono usufruire delle prestazioni con il servizio sanitario regionale, con le attuali regole di partecipazione alla spesa.

Il Gruppo regionale lombardo della Società Scientifica S.I.M.F.E.R., d'intesa con il Collegio dei Dirigenti di Struttura Complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione della Regione Lombardia, ha inteso dare indicazioni al fine di perfezionare il percorso di qualità avviato in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza nella gestione delle risorse e nella loro valorizzazione.

A tal fine la Società Scientifica ha contribuito a definire i criteri per la prescrivibilità e l'appropriatezza degli interventi di riabilitazione ambulatoriale della tabella di seguito riportata e ribadisce la necessità di avviare un processo per il superamento di una valorizzazione di singole prestazioni a favore di una valorizzazione forfettaria di "percorsi riabilitativi", attraverso la documentazione di progetto e programmi riabilitativi tramite cartella clinica ambulatoriale e relativa "scheda di dimissione" analoga alla SDO in uso per i ricoveri. Si rimanda alle note della tabella per le definizioni di "Piano-progetto-programma riabilitativo individuale" e di "Cartella Riabilitativa".

Altra branca erogante	Cod. prest.	descrizione prestazione	All. p.	Criteri di appropriatezza	Criteri di prescrivibilità	Note vincolanti per l'erogazione
NPI	93311	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA	2A f)	Gravi disabilità da neuro e motolesione in cui l'esercizio in acqua sia facilitante il percorso di recupero.	Erogabile solo su indicazione dello Specialista ed effettuabile solo se ricompresa in un Progetto Riabilitativo Individuale.	L'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione appropriata Presenza del Fisioterapista per tutta la durata della seduta.
NPI	93312	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA	2A f)	Gravi disabilità da neuro e motolesione in cui l'esercizio in acqua sia facilitante il percorso di recupero.	Erogabile solo su indicazione dello Specialista ed effettuabile solo se ricompresa in un Progetto Riabilitativo Individuale.	L'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione appropriata . Presenza del Fisioterapista per tutta la durata della seduta.
	93313	IDROMASSOTERAPIA	2A f)	ESCLUSA DAI LEA		
	93331	GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA	2A f)	ESCLUSA DAI LEA		
	93332	GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA	2A f)	ESCLUSA DAI LEA		
	93341	DIATERMIA AD ONDE CORTE E MICROONDE	2A f)	ESCLUSA DAI LEA		
	93351	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE	2A f)	ESCLUSA DAI LEA		
	93354	IPERTERMIA NAS	2A f)	ESCLUSA DAI LEA		

	93391	MASSOTERAPIA DISTRETTUALE- RIFLESSOGENA	2A	f)	ESCLUSA DAI LEA		
	93393	PRESSOTERAPIA O PRESSO- DEPRESSOTERAPIA INTERMITTEN	2A	f)	Linfedema post-chirurgico, con le stesse indicazioni e/o in associazione a 93392 (linfodrenaggio manuale)	Erogabile solo su indicazione dello Specialista ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	Presenza di appropriata documentazione di indicatori di valutazione ed esito
	93394	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA	2A	f)	ESCLUSA DAI LEA		
	93395	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA	2A	f)	Sindromi algiche acute e croniche Presenza del progetto riabilitativo.	Erogabile solo su indicazione dello Specialista ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	Presenza di valutazione quantitativa del dolore
	93399	ULTRASONOTERAPIA	2A	f)	Sindromi algiche acute e croniche	Erogabile solo su indicazione e dello Specialista ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	
	93431	TRAZIONE SCHELETRICA	2A	f)	ESCLUSA DAI LEA		
	9927	IONOFORESI	2A	f)	ESCLUSA DAI LEA		
	99297	MESOTERAPIA (inclusa antalgica)	2A	f)	Sindromi algiche acute e croniche	Erogabile solo su indicazione Specialistica. Effettuabili non più di 3 trattamenti	Prestazione da effettuarsi esclusivamente dal medico
	9988	FOTOFERESI TERAPEUTICA	2A	f)	ESCLUSA DAI LEA		

	99991	LASER TERAPIA ANTALGICA	2A	f)	Sindromi algiche acute e croniche	Erogabile solo su indicazione dello Specialista ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	Presenza di appropriata documentazione di indicatori di valutazione ed esito
NPI	93011	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	componente essenziale dei programmi riabilitativi	documentata nella cartella riabilitativa
NPI	93012	VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	componente essenziale dei programmi riabilitativi	documentata nella cartella riabilitativa
NPI	93013	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	componente essenziale dei programmi riabilitativi	documentata nella cartella riabilitativa
NPI	93014	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	componente essenziale dei programmi riabilitativi	documentata nella cartella riabilitativa
NPI	9302	VALUTAZIONE ORTOTTICA	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	componente essenziale dei programmi riabilitativi	documentata nella cartella riabilitativa
NPI	9303	VALUTAZIONE PROTESICA	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	componente essenziale del progetto riabilitativo	documentata nella cartella riabilitativa
NPI	93041	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE- bilancio articolare e muscolare generale	2B	c)	disabilità da neuro e motolesione	non ripetibile prima di 10 sedute	documentata nella cartella riabilitativa
NPI	93042	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE- bilancio articolare e muscolare segmentale	2B	c)	disabilità da neuro e motolesione	non ripetibile prima di 10 sedute	documentata nella cartella riabilitativa
NPI	93051	ANALISI CINEMATICA ARTO SUPERIORE O INFERIORE	2B	c)	disabilità da neuro e motolesione	non ripetibile prima di 10 sedute	documentata nella cartella riabilitativa
NPI	93052	ANALISI DINAMOMETRICA ARTO SUPERIORE O INFERIORE	2B	c)	disabilità da neuro e motolesione	non ripetibile prima di 10 sedute	documentata nella cartella riabilitativa

	93053	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE	2B	c)	disabilità da neuro e motolesione	non ripetibile prima di 10 sedute	documentata nella cartella riabilitativa
	93054	TEST POSTUROGRAFICO	2B	c)	disabilità da neuro e motolesione	non ripetibile prima di 10 sedute	documentata nella cartella riabilitativa
	93055	TEST STABILOMETRICO STATICO E DINAMICO	2B	c)	disabilità da neuro e motolesione	non ripetibile prima di 10 sedute	documentata nella cartella riabilitativa
NEURO	93081	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG)	2B	c)	INCLUSA NEI LEA		
NEURO	93082	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA	2B	c)	INCLUSA NEI LEA		
NEURO	93083	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA	2B	c)	INCLUSA NEI LEA		
NEURO	93084	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI Laringei, pe	2B	c)	INCLUSA NEI LEA		
NEURO	93085	RISPOSTE RIFLESSE	2B	c)	INCLUSA NEI LEA		
NEURO	93091	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA	2B	c)	INCLUSA NEI LEA		
NEURO	93092	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA	2B	c)	INCLUSA NEI LEA		
	93111	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE STRUMENTALE COMPLESSA. (minimo 30 min)	2B	c)	Lesioni complesse del sistema nervoso e dell'apparato locomotore con grave disabilità	Erogabile entro i 12 mesi dalla dimissione in patologie acquisite dell'adulto. Erogabile solo su indicazione dello Specialista ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	Disabilità documentata da scala di valutazione. Presenza del Fisioterapista per tutta la durata della seduta.

	93112	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE. (minimo 30 min)	2B	c)	Lesione sistema nervoso periferico, problemi della deglutizione, incontinenza e gravi disabilità non necessitanti trattamento strumentale (eccetto biofeedback)	Nelle lesioni del SNP, effettuabile entro 4 mesi dall'evento acuto. Gravi disabilità e piano perineale per Biofeedback, entro 12 mesi dalla dimissione. Erogabile solo su indicazione dello Specialista ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	Disabilità documentata da scala di valutazione. Presenza del Fisioterapista per tutta la durata della seduta.
	93113	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA (minimo 30 min)	2B	c)	Esiti fratturativi, protesi articolari, patologie dell'apparato locomotore	Fratture e protesi articolari, effettuabile entro sei mesi dall'evento. Patologie croniche del rachide, non oltre 1 ciclo all'anno. Erogabile solo su indicazione dello Specialista ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo.	Disabilità documentata da scala di valutazione. Presenza del Fisioterapista per tutta la durata della seduta.
	93114	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE. (30 min)	2B	c)	Esiti fratturativi, protesi articolari, patologie dell'apparato locomotore ev. necessitanti biofeedback	Fratture e protesi articolari, effettuabile entro sei mesi dall'evento. Patologie croniche del rachide non oltre 1 ciclo all'anno. Erogabile solo su indicazione dello Specialista ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo.	Disabilità documentata da scala di valutazione. Presenza del Fisioterapista per tutta la durata della seduta.
	93115	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO	2B	c)	Patologie muscoloscheletriche e neurologiche a carattere cronico degenerativo. Gravi scoliosi idiopatiche evolutive.	Erogabile solo su indicazione Specialistica. Effettuabile un solo ciclo all'anno. Escluse gravi scoliosi idiopatiche evolutive.	Incluso intervento educativo. Presenza del Fisioterapista per tutta la durata della seduta. Gruppi max di 5 persone.
	9315	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE	2B	c)	Afezioni mediche del dorso	Erogabile solo su indicazione Specialistica. Effettuabili non più di 3 trattamenti	Prestazione da effettuarsi esclusivamente dal medico

	9316	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI	2B	c)	Sindromi disfunzionali articolari	Erogabile solo su indicazione Specialistica. Effettuabili non più di 3 trattamenti	Prestazione da effettuarsi dal medico o sotto controllo medico
	93181	ESERCIZI RESPIRATORI per seduta individuale	2B	c)	Patologia polmonare acuta/cronica. Altre patologie che si avvalgono della riabilitazione respiratoria	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo individuale	Presenza di documentazione strumentale dei parametri ad indicazione e termine del trattamento. Presenza del Fisioterapista per tutta la durata della seduta.
	93182	ESERCIZI RESPIRATORI per seduta collettiva	2B	c)	Patologia polmonare acuta/cronica. Altre patologie che si avvalgono degli della riabilitazione respiratoria	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo individuale	Presenza di documentazione strumentale dei parametri ad indicazione e termine del trattamento . Max 5 persone Presenza del Fisioterapista per tutta la durata della seduta.
NPI	93191	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI	2B	c)	Patologie muscoloscheletriche e neurologiche	Fratture e protesi effettuabile non oltre 6 mesi dall'evento. Patologie croniche del rachide senza lesione documentabile (non oltre 1ciclo/anno) Erogabile solo su indicazione Specialistica	la gravità deve essere documentata da scala di valutazione appropriata . Presenza del Fisioterapista per tutta la durata della seduta.
NPI	93192	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI GRUPPO	2B	c)	ESCLUSA DAI LEA		
NPI	9322	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO incluso addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausili o istruzione	2B	c)	Disabilità da neuro e motulesioni e per addestramento all'uso protesi ortesi e ausili.	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	la gravità deve essere documentata da scala di valutazione appropriata. Presenza del Fisioterapista per tutta la durata della seduta.
	9326	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI	2B	c)	Esiti immobilizzazione, postchirurgia, ustioni,	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	Presente documentazione scritta della valutazione pre/post-trattamento. Presenza del Fisioterapista per tutta la durata della seduta.

	93352	IRRADIAZIONE INFRAROSSA	2B	c)	ESCLUSA DAI LEA		
	93353	PARAFFINOTERAPIA	2B	c)	ESCLUSA DAI LEA		
	9337	TRAINING PRENATALE	2B	c)	INCLUSA NEI LEA		
	93392	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO	2B	c)	Linfedema	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	Devono essere effettuate misure del diametro inizio e fine ciclo,
	93396	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI MANO-VISO	2B	c)	Paralisi periferiche da denervazione. "Bed resting" postacuzie. Ipotrofia da immobilizzazione post-traumatica	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo. Effettuabile non oltre 6 mesi dall'evento acuto (12 mesi per paralisi periferiche)	Presenza di appropriata documentazione di indicatori di esito
	93397	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI	2B	c)	Paralisi periferiche da denervazione. "Bed resting" postacuzie. Ipotrofia da immobilizzazione post-traumatica	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo. Effettuabile non oltre 6 mesi dall'evento acuto. (12 mesi per paralisi periferiche)	Presenza di appropriata documentazione di indicatori di esito

	93398	MAGNETOTERAPIA	2B	c)	(Campi ElettroMagnetici Pulsanti) Post eventi fratturativi solo in ritardi consolidamento osseo. Trattamento del dolore in cedimento vertebrale documentato.	Non ammessa entro tempi standard di consolidamento	Disponibilità di idonea documentazione comprovante l'indicazione
NPI	93711	TRAINING PER DISLESSIA	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	L'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione appropriata
NPI	93712	TRAINING PER DISLESSIA	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	L'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione appropriata
NPI	93713	TRAINING PER DISCALCULIA	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	L'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione appropriata
NPI	93714	TRAINING PER DISCALCULIA	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	L'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione appropriata
NPI	93721	TRAINING PER DISFASIA LOGOPEDIA	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	L'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione appropriata
NPI	93722	TRAINING PER DISFASIA LOGOPEDIA GRUPPO	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	Presenza Logopedista per tutta la durata della seduta.
	93781	RIABILITAZIONE DEL CIECO	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	Presenza di personale addetto a Riabilitazione del non vedente o dell'ipovedente con documentata competenza.
	93782	RIABILITAZIONE DEL CIECO	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	Presenza di personale addetto a Riabilitazione del non vedente o dell'ipovedente con documentata competenza.

NPI	9383	TERAPIA OCCUPAZIONALE	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	L'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione appropriata . Presenza del Terapista Occupazionale per tutta la durata della seduta.
NPI	93831	TERAPIA OCCUPAZIONALE-GRUPPO	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	L'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione appropriata. Presenza del Terapista Occupazionale per tutta la durata della seduta.
NPI	93891	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	L'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione appropriata
NPI	93892	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	L'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione appropriata. Presenza di personale addetto a Riab. Cognitiva (incluso Terapista Occupazionale) con documentata competenza.
	93893	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI -GRUPPO	2B	c)	INCLUSA NEI LEA	Erogabile solo su indicazione Specialistica ed effettuabile solo se ricompresa in un progetto riabilitativo	L'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione appropriata. Presenza di personale addetto a Riab. Cognitiva (incluso Terapista Occupazionale) con documentata competenza per tutta la seduta.

NOTE:

Le prestazioni evidenziate in grigio vengono escluse in questa fase da rimborsabilità - si ritiene di collocare la loro appropriatezza in pacchetti di prestazioni per obiettivi su patologie.

Laddove indicato che l'erogazione debba essere conseguente alla stesura di un **piano riabilitativo individuale** validato da un Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione l'applicazione di tecniche riabilitative scollegate e/od in assenza di un piano riabilitativo individuale non può essere considerata di per sé un "intervento riabilitativo" e, pertanto, non può essere retribuita come tale.

Il Medico specialista in MFR responsabile della stesura del piano riabilitativo deve in esso certificare:

- che le condizioni di disabilità del paziente* possano significativamente migliorare in un tempo ragionevole (e generalmente prevedibile) in base alla verifica compiuta sul potenziale di recupero effettivo del paziente (prognosi riabilitativa) o, in alternativa,

- b. che la presenza di specifici stati di malattia, pur non potendosi formulare una prognosi riabilitativa che preveda un significativo miglioramento od un tempo definibile, richieda l'intervento di Personale Tecnico qualificato.

** L'identificazione del livello di disabilità e/o compromissione funzionale deve avvenire in riferimento a strumenti di valutazione della disabilità, delle abilità residue o della funzionalità, identificate in base a riconosciuti standards di pratica medica. Gli strumenti utilizzati devono essere resi disponibili in ogni momento per l'espletamento di eventuali azioni di controllo o nel caso di trasferimento del paziente da una modalità di trattamento ad un'altra o tra diverse Equipe riabilitative.*

Documentazione necessaria

Perché ad un Erogatore possa essere riconosciuta e retribuita la fornitura di servizi riabilitativi per ciascun paziente deve essere in ogni momento presente (in originale od in copia) e verificabile la seguente documentazione:

Richiesta di accesso ai servizi riabilitativi: Impegnativa del SSR emessa da soggetti autorizzati (Medico di base, struttura accreditata etc.) che attesti la richiesta di presa in carico

Laddove indicata nella tabella

Cartella riabilitativa contenente i seguenti documenti:

1 - **Progetto riabilitativo individuale** (firmato dal Medico specialista responsabile dell'organizzazione dell'attività riabilitativa all'inizio della presa in carico e ogni qualvolta si apportano modifiche allo stesso) che costituisce il riferimento per ogni intervento svolto

2 - **Consenso informato al trattamento**, ove richiesto

3 - **Diario clinico** compilato dallo specialista con frequenza almeno pari a quella della revisione del piano riabilitativo, contenente comunque gli interventi eseguiti direttamente dallo specialista

4 - **Scheda tecnico riabilitativa** e di eventuali allegati connessi, firmata dal/dai TdR che erogano le prestazioni contenute nel piano di riabilitazione individuale, deve essere aggiornata quotidianamente o tutte le volte che si effettua una prestazione