



Regione Siciliana

ASSESSORATO SANITA'

Ufficio Speciale per il monitoraggio del P.S.R.
e per l'accreditamento dei servizi sanitari
e per la programmazione sanitaria

L'ASSESSORE

- VISTO** lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTO** l'Accordo del 08.08.01 tra Governo Regioni e Province Autonome;
- VISTO** l'art. 6 del D.L. 347 del 18/09/01 convertito con modifiche in L. 405 del 16.11.01;
- VISTO** l'Accordo tra Stato-Regioni del 22.11.01 con cui sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza ed il successivo D.P.C.M. del 29.09.01 che ha dato attuazione ai Livelli Essenziali di Assistenza definiti nel precitato accordo;
- VISTA** la L.R. 26 marzo 2002 n. 2 "disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2002";
- TENUTO CONTO** che la Regione, in esecuzione delle norme precitate, deve procedere : in base all'allegato 2B lett. b) alla definizione delle indicazioni di prescrivibilità per l'erogazione delle prestazioni di densitometria ossea; della successiva lett. d) delle indicazioni di prescrivibilità per l'erogazioni delle prestazioni di chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri; dovendo altresì definire per effetto del combinato dell'allegato 2C e dell'allegato 3 le modalità più idonee per la determinazione dei valori soglia e delle modalità erogative dei D.R.G. di cui ai medesimi allegati ;
- PRESO ATTO** che per la definizione di quanto sopra la Regione ha attivato degli specifici tavoli tecnici che hanno esitato i propri lavori con la produzione di documenti che, condivisi, si approvano;
- CONSIDERATO** altresì che per quanto concerne le prestazioni di terapia fisica e riabilitativa di cui all'allegato 2A lett. f) e 2B lett. c) questa Regione è intervenuta con l'art. 123 della L.R. 2/2002 stabilendo, tra l'altro, che le prestazioni "devono essere

regolamentate all'interno del progetto riabilitativo e dei relativi percorsi terapeutici”

TENUTO CONTO che, il tavolo tecnico nominato per la definizione di detti percorsi terapeutici ha ultimato i propri lavori esitando un documento che condiviso, si approva:

D E C R E T A

Art. 1 - Sono approvati e costituiscono parte integrante del presente decreto i sotto elencati allegati:

- **Allegato 1 - Prestazioni di densitometria ossea**
- **Allegato 2 – Chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri**
- **Allegato 3 - Determinazione dei valori soglia e modalità erogative dei D.R.G. di cui all'allegato 2C del DPCM del 22.11.2001**
- **Allegato 4 – Percorsi riabilitativi**

Il presente decreto sarà pubblicato nella G.U.R.S. parte I^ ed entrerà in vigore dal 1° Luglio 2002.

Palermo, 27.06.02

**L'Assessore Regionale alla Sanità
Prof. Ettore Cittadini**

Allegato 1

PRESTAZIONI DI DENSITOMETRIA OSSEA

L'esame densitometrico è indicato nelle seguenti condizioni cliniche:

1. Ipogonadismo e/o menopausa precoce (<45 anni) e chirurgica o chimica. Amenorrea prolungata (>1anno)
2. Trattamenti prolungati (>6mesi) corticosteroidi (> 5 mg/die di prednisone equivalenti)
3. Trattamenti prolungati (>3mesi) con i seguenti farmaci:
 - Fenitoina
 - Fenobarbital
 - Eparina e analoghi
 - Terapia anticoagulante analoghi
4. Storia familiare (parentela di 1° grado) di fratture di femore e vertebrali
5. Riduzione dell'altezza del corpo vertebrale $\geq 4\text{mm}$
6. Indice di massa corporea <19 kg/m
7. Endocrinopatie limitatamente a Iperparatiroidismo, morbo o sindrome di Cushing e maloassorbimento.
8. Precedenti fratture da fragilità (limitatamente a femore, colonna vertebrale, polso)

Controlli successivi

Un nuovo controllo densitometrico è consigliabile solo dopo un intervallo di 18 mesi, in presenza di precedente referto patologico con T-Score >-1 DS".

**Il Direttore dell'Ufficio Speciale
Dott. Saverio Ciriminna**

**L'Assessore Regionale alla Sanità
Prof. Ettore Cittadini**

Allegato 2

CHIRURGIA REFRAATTIVA CON LASER AD ECCIMERI

La chirurgia refrattiva è una branca dell'oftalmologia volta alla correzione dei vizi di refrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo).

Per l'esecuzione di tale chirurgia viene utilizzato prevalentemente il laser ad eccimeri nelle sue varianti tecniche operatorie PRK (cheratectomia fotorefrattiva) e LASIK (laser in situ cheratonilensi).

Regime di erogazione: Tutti i trattamenti con laser ad eccimeri possono essere eseguiti in regime ambulatoriale.

Considerato che la correzione dei vizi refrattivi viene prevalentemente richiesta a fini estetici, si ritiene che la sua erogabilità da parte del SSN venga limitata alle seguenti condizioni cliniche:

1. ANISOMETROPIE PRIMARIE superiori alle 4 diottrie.
2. ASTIGMATISMI POSTCHIRURGICI ELEVATI (non secondari a chirurgia refrattiva) superiori a 3 diottrie, astigmatismi irregolari.
3. ANISOMETROPIE SECONDARIE ad impianto di cristallino artificiale superiori alle 4 diottrie.
4. DISTROFIE, CICATRICI OD ALTRE OPACITA' CORNEALI.

Il Direttore dell'Ufficio Speciale
Dott. Saverio Ciriminna

L'Assessore Regionale alla Sanità
Prof. Ettore Cittadini

Allegato 3

DETERMINAZIONE DEI VALORI SOGLIA E MODALITA' EROGATIVE DEI D.R.G. DI CUI ALL'ALLEGATO 2C DEL DPCM DEL 22.11.2001

Poiché il passaggio da una forma di ricovero ad un'altra implica la necessaria gradualità in relazione alle vari tipologie della struttura ed all'aggiornamento del personale , si è ritenuto necessario individuare un percorso graduale per modificare la tendenza al ricovero ordinario per le patologie di cui all'allegato 2C in forme diversificate di ricovero quali il Day Surgery ed il Day Hospital .

Analizzato ciascun DRG e quindi ciascuna patologia che viene raggruppata nei singoli DRG riportati nell'allegato stesso, si ritiene indispensabile ed indifferibile, ai fini di ottimizzare e continuare a garantire l'assistenza sanitaria in ambito regionale, indicare i valori percentuale/soglia di ammissibilità al ricovero ordinario per ciascun DRG come sotto specificato .

Ne consegue che l'individuazione delle modalità di erogazione di queste prestazioni , fra l'altro non tutti assimilabili alla stessa modalità di erogazione , deve necessariamente tenere conto di alcuni aspetti particolari legati alla tipologia della prestazione stessa ed al grado di capacità organizzativa della nostra rete assistenziale, passando attraverso l'adeguamento delle tariffe regionali delle prestazioni in regime di ricovero di Day Hospital e Day Surgery , nonché l'inserimento, nel macrolivello dell'assistenza ospedaliera, dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio, e l'assistenza ad alcune patologie croniche e di rilevanza sociale (come ad esempio il Diabete Mellito) .

Appare inoltre opportuno precisare che , all'interno del macrolivello assistenza ospedaliera , in aderenza alla normativa vigente in tema di competenze affidate alle strutture eroganti prestazioni in regime di ricovero , vanno mantenute l'attività di assistenza specialistica ambulatoriale , compresa quella per le patologie croniche ed invalidanti , nonché quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio .

Nello specifico la rideterminazione dei valori soglia di ammissibilità in regime ordinario ovvero la percentuale per ogni singolo DRG che dovrà essere raggiunto , nell'arco del triennio , in regime di Day Hospital , Day Surgery o Day Surgery + One , tiene conto necessariamente dei seguenti aspetti :

- Epidemiologia : ovvero diffusione della patologia nel territorio regionale ;
- Rilevanza sociale : ovvero tendenzialità della patologia a rischi invalidanti con conseguente elevato costo sociale ;
- Età : appropriate , anche in regime di ricovero ordinario , le prestazioni effettuate in soggetti di età > 65 anni e fra 0-17 anni ;
- L'associazione di una o più patologie a quella di base (come diabete, ipertensione, vasculopatie, cardiopatie, etc.), può rappresentare un'indicazione al ricovero in regime ordinario nella considerazione degli alti rischi cui tali pazienti potrebbero venire sottoposti in caso di diverso regime di ricovero ;
- Valutazione per i singoli DRG delle patologie codificate come prima diagnosi nelle SDO ;
- Indice di attrazione : possono considerarsi appropriate in regime di ricovero ordinario le prestazioni erogate in favore di pazienti provenienti da comuni diversi da quello nel quale viene erogata la prestazione ;

Pertanto si ritiene utile ed indispensabile , sia al fine di continuare a garantire una corretta ed adeguata erogazione delle prestazioni in ambito ospedaliero , sia per favorire una graduale e reale de-ospedalizzazione dei pazienti affetti dalle patologie mediche e chirurgiche

individuate nell'allegato 2C , nonché in riferimento all'allegato 3 lettera a) del DPCM , e tenuto conto di quanto disposto dal P.S.R. attualmente vigente , proporre che nel provvedimento che l'Assessorato dovrà emanare in tema di LEA e con specifico riferimento all'allegato 2C del DPCM 22/11/2001 , vengano inserite le seguenti determinazioni :

1. remunerazione del ricovero giornaliero in Day Surgery e Day Surgery + One Day Surgery stabilendo una tariffa pari al 100% di quella prevista per il relativo DRG corrispondente al ricovero in regime ordinario.
2. Remunerazione del ricovero in Day Hospital secondo tariffa del DRG del ricovero ordinario, limitatamente alla percentuale annua , in linea di massima , dei ricoveri ordinari trasferiti in D.H. secondo l'allegato prospetto :
3. l'assistenza ospedaliera ,di norma si eroga come attività di ricovero ordinario, attività di ricovero in day surgery , day hospital , ospedalizzazione domiciliare e prestazioni ambulatoriali ivi compresi quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio .
4. In riferimento alle attività ambulatoriali , nel rispetto delle leggi vigenti e dei criteri di economicità e di efficienza la riorganizzazione delle branche specialistiche ambulatoriali territoriali deve tenere conto , in ciascun distretto , della capacità di erogazione di prestazioni ambulatoriali specialistiche già erogate dai Presidi Ospedalieri pubblici delle Aziende ASL , dall'ospedalità privata accreditata e dalle Aziende Ospedaliere che insistono nel territorio di competenza .
5. Riordino della rete ospedaliera : nel riordino della rete ospedaliera si dovrà tendere ad incrementare la percentuale di posti letto , nella massima misura possibile , per l'attività in regime di D.H / D.S. ;
6. la presa in carico dei pazienti ricoverati in D.H. nelle strutture pubbliche ed in quelle private accreditate sono regolamentate nella stessa maniera ;

Allegato 2C

ELENCO DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

L'allegato mostra i codici delle patologie per ciascun DRG definiti ad alto rischio di "inappropriatezza " in regime di ricovero ordinario , e le relative percentuali annue da trasferire in regime di ricovero di Day Hospital e Day Surgery nel corso del triennio 2002 – 2004 ; inoltre per quanto riguarda i DRG 019-025 e 429 si ravvisa la necessità di individuare dei DRG Regionali come di seguito indicato :

- 019 A : Malattie dei nervi cranici ;
- 019 B : Malattie dei nervi periferici ;
- 025 A : Convulsioni ;
- 025 B : Cefalea ;
- 429 A : Disturbi organici ;
- 429 B : Ritardo Mentale ;

L'allegato è stato predisposto tenendo conto prioritariamente dei seguenti criteri :

- Gradualità della de-ospedalizzazione
- Necessità di garantire il principio della libera scelta dell'utente
- Necessità di rivalutazione tariffaria
- Rilevanza sociale ed epidemiologica
- Patologie associate
- Età e fattori di rischio del paziente

DRG	Day Hospital - Day Surgery-Day Surgery+One : indice tendenziale nel triennio 2002-2004			Note
006	40	50	85	L'intervento di tunnel carpale in regime ambulatoriale può essere effettuato, ma devono essere identificati le modalità di pagamento ed i requisiti di accreditamento
019A	10	20	30	Con esclusione dei ricoveri in urgenza
019B	30	60	90	Con esclusione dei ricoveri in urgenza
025A	10	20	30	Con esclusione dei ricoveri in urgenza
025B	5	10	20	Con esclusione dei ricoveri in urgenza
039	40	60	80	L'intervento di cataratta in regime ambulatoriale può essere effettuato; devono essere identificate le modalità di pagamento ed i requisiti di accreditamento
040	40	60	80	Con esclusione dello strabismo che continua ad essere effettuato in regime di ricovero ordinario
041	40	60	80	Con esclusione dei traumi perforanti e grandi lacerazioni degli annessi che continuano ad essere effettuati in regime di ricovero ordinario
042	40	60	80	Con esclusione dei trapianti di cornea
055	20	25	30	
065	30	40	60	Con esclusione dei ricoveri in urgenza
119	20	30	45	Con esclusione dello stripping della grande safena che continua ad essere effettuato in regime di ricovero ordinario
131	20	40	60	Drg appropriato in regime di ricovero ordinario . Si prevede il regime di ricovero in Day Hospital , con le percentuali indicate , limitatamente alle patologie identificate con i codici n°: 440.0-440.1-440.20-440.29-440.3-440.8-440.9
133	15	30	50	Con esclusione dei ricoveri in urgenza e della cardiopatia ischemica identificata con i codici n° : 414.8-414.9, che continuano ad essere effettuati in regime di ricovero ordinario.
134	10	20	30	Con esclusione dei ricoveri in urgenza. (Si ritiene stabilire questo valore soglia in rapporto all'epidemiologia,alto rischio di complicanze ed associazione con altre patologie) .
142	20	40	60	Con esclusione dei ricoveri in urgenza
158	10	20	30	
160	5	10	15	Con esclusione del laparocèle che continua ad essere effettuato in regime di ricovero ordinario
162	15	30	45	Con esclusione l'ernia recidivante che continua ad essere effettuata in regime di ricovero ordinario
163	5	10	15	
183	20	40	60	Drg appropriato in regime di ricovero ordinario . Si prevede il regime di ricovero in Day Hospital , con le percentuali indicate , limitatamente alle patologie identificate con i codici n°: 530.10-530.11-530.19-530.81-536.8-536.9
184	20	40	60	Drg appropriato in regime di ricovero ordinario . Si prevede il regime di ricovero in Day Hospital , con le percentuali indicate , limitatamente alle patologie identificate con i codici n°: 530.10-530.11-530.19-530.81-536.8-536.9
187	75	90	95	Da considerare come Drg chirurgico
208				Drg appropriato in regime di ricovero ordinario . (Nel Drg 208 confluiscono tutte le patologie acute delle vie biliari che necessitano di impegno diagnostico, terapeutico e clinico) .
222	20	30	40	Con esclusione dei ricoveri in urgenza
232	20	35	50	Con esclusione dei ricoveri in urgenza
243	15	20	25	Con esclusione degli schiacciamenti vertebrali e metastasi ossee che continuano ad essere effettuati in regime di ricovero ordinario, e dei ricoveri in urgenza
262	40	50	60	

267	30	35	40				
270	60	70	80				
276	60	70	80				
281	5	10	15				Con esclusione dei ricoveri in urgenza . Da considerare come Drg chirurgico
282	5	10	15				Con esclusione dei ricoveri in urgenza . Da considerare come Drg chirurgico
283	30	50	70				
284	30	50	70				
294	20	40	60				Drg appropriato in regime di ricovero ordinario . Si prevede il regime di ricovero in Day Hospital , con le percentuali indicate , limitatamente alle patologie identificate con i codici n°: 250.00 e 250.01
301	20	40	60				Drg appropriato in regime di ricovero ordinario . Si prevede il regime di ricovero in Day Hospital , con le percentuali indicate , limitatamente alle patologie identificate con i codici n°: 240.0-240.9-241.0-241.1-241.9
324	10	20	30				Con esclusione dei ricoveri in urgenza
326	15	30	40				Con esclusione dei ricoveri in urgenza
364	40	50	60				
395	25	50	70				Drg appropriato in regime di ricovero ordinario . (Il Drg 395 raggruppa tutte le anemie sia primitive che secondarie con impegno diagnostico, terapeutico e clinico) . Si prevede il regime di ricovero in Day Hospital , con le percentuali indicate , limitatamente alle Emoglobinopatie e anemie carenziali già diagnosticate e non complicate .
426	30	60	90				Con esclusione dei ricoveri in urgenza
427	20	40	65				Con esclusione dei ricoveri in urgenza
429A	10	20	30				Con esclusione dei ricoveri in urgenza
429B	30	60	90				Con esclusione dei ricoveri in urgenza
467	20	40	60				Con esclusione dei ricoveri in urgenza

f.to Il Direttore dell'Ufficio Speciale
Dott. Saverio Ciriminna

f.to L'Assessore Regionale alla Sanità
Prof. Ettore Cittadini

ATTIVITA' AMBULATORIALE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Secondo quanto previsto nell'allegato 2B del DPCM del 29.11.01 sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), si è ritenuto di individuare un nuovo approccio più consono agli attuali orientamenti scientifici per definire l'appropriatezza degli interventi riabilitativi ambulatoriali.

Un intervento riabilitativo ambulatoriale è appropriato quando:

1- le condizioni del paziente (*morbosità* = gravità della menomazione ingenerante la limitazione di attività e *comorbilità* = presenza di altre menomazioni o condizioni influenzanti lo stato di salute del paziente) gli consentano di recarsi presso la struttura specialistica in grado di prenderlo in carico .

2- è finalizzato al raggiungimento di **obiettivi riabilitativi** definibili come il miglioramento della funzione e delle attività della vita quotidiana attraverso il miglioramento delle capacità e delle performance (secondo la definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICF)

3- è prevedibile un tempo definito in cui raggiungere tale obiettivo (emendabilità della disabilità)

4- è basato su un Progetto Riabilitativo Individuale e consiste nella presa in carico di una persona disabile dove le procedure inserite sono finalizzate a raggiungere uno o più obiettivi riabilitativi. (superamento "de facto" del Nomenclatore tariffario).

PROGETTO RIABILITATIVO

Questi presupposti conducono alla necessità di strutturare tutta l'attività (organizzativamente ed anche finanziariamente) a **“Progetto”** e non più a prestazione, quindi ad un sistema di valorizzazione sintetico di interventi terapeutici.

Lo specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa coordina il team riabilitativo interprofessionale.

Per quanto riguarda gli interventi diagnostico - valutativi si applicheranno le nuove tariffe, determinate utilizzando come base di calcolo quelle di cui al Decreto dell'Assessore Regionale alla Sanità 11.12.1997.

Nella individuazione dei percorsi terapeutici rivolti alle disabilità conseguenti a patologie di pertinenza della branca di Medicina Fisica e Riabilitativa in sede ambulatoriale si è tenuto conto dei seguenti parametri:

- **Età dell'assistito**
- **Limite temporale di inizio di erogazione dall'insorgenza dell'evento,**
- **Numero massimo di trattamenti su base annua,**

- Durata minima della seduta giornaliera,
- Protocollo riabilitativo.
- Congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente prestazione

PERCORSI TERAPEUTICI ATTIVITA' AMBULATORIALE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

PERCORSO	Durata	Frequenza	Protocollo riabilitativo
PR (1): Disabilità conseguenti a patologie del Sistema Nervoso Centrale polidistrettuale post-acute e croniche.	60 minuti	120 trattamenti annuali o sino al processo di stabilizzazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ried. Neuromotoria effettuabile con ogni metodica scientificamente validata 2. Mobilizzazioni articolari 3. Terapia occupazionale 4. Terapia fisica combinata 5. Addestramento e messa a punto di apparecchi ortesici 6. training per disturbi del linguaggio 7. Esercizi respiratori
		In deroga a quanto sopra tenendo conto della reale esigenza dell'utenza evidentemente comprovata da visita e nuova valutazione fisiatrica. Ulteriore deroga per quanto riguarda i minori in caso di comprovata necessità	
PR (2): Disabilità conseguenti a patologie del Sistema Nervoso Centrale mono distrettuale post-acute e croniche.	45 minuti	120 trattamenti annuali o sino al processo di stabilizzazione	Come sopra
		In deroga a quanto sopra tenendo conto della reale esigenza dell'utenza, evidentemente comprovata da visita e nuova valutazione fisiatrica. Ulteriore deroga per quanto riguarda i minori in caso di comprovata necessità	

PR (3): Disabilità conseguenti a patologie del Sistema Nervoso Periferico polidistrettuali post-acute e croniche.	60 minuti	100 trattamenti annuali o sino al processo di stabilizzazione	Come sopra
		In deroga a quanto sopra tenendo conto della reale esigenza dell'utenza, evidentemente comprovata da visita e nuova valutazione fisiatrica. Ulteriore deroga per quanto riguarda i minori in caso di comprovata necessità	
PR (4): Disabilità conseguenti a patologie del Sistema Nervoso Periferico monodistrettuali post- acute e croniche.	45 minuti	50 trattamenti annuali	Come sopra
		In deroga a quanto sopra tenendo conto della reale esigenza dell'utenza, evidentemente comprovata da visita e nuova valutazione fisiatrica. Ulteriore deroga per quanto riguarda i minori in caso di comprovata necessità	
PR (5): Disabilità secondarie a patologie osteomioarticolari post-traumatiche:			<ol style="list-style-type: none"> 1. Mobilizzazioni articolari 2. Rieducazione funzionale 3. P.N.F. 4. Esercizi propriocettivi 5. Risoluzione manuale di aderenze articolari 6. Training deambulatorio e del passo 7. Terapia fisica combinata 8. Messa a punto di apparecchi ortesici 9. Meccanoterapia
Monodistrettuali	40 minuti	60 sedute annue	
Polidistrettuali	60 minuti	60 sedute annue	
		Inizio temporale o dal giorno dopo l'intervento chirurgico o da quello della rimozione dell'apparecchio gessato	

PR (6): Disabilità conseguenti a patologie osteomiarticolari degenerative :			Come sopra per i punti da 1 a 9 10. Mobilizzazione colonna 11. Tecniche manipolative Potrà anche essere effettuata terapia di gruppo, ma con diversa tariffazione
Monodistrettuali	40 minuti	40 sedute annue	
Polidistrettuali	60 minuti	40 sedute annue	
		Si potrà andare in deroga qualora l'utente non possa assumere antinfiammatori	
PR (7): Disabilità conseguenti a esiti di gravi ustioni e interventi chirurgici o di tipo demolitivo	50 minuti	60 sedute annue dalla data di dimissione ospedaliera	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mobilizzazioni articolari 2. Rieducazione funzionale 3. P.N.F. 4. Es. propriocettivi 5. Risoluzione manuale di aderenze articolari 6. Training deambulatori e del passo 7. Terapia fisica combinata 8. Messa a punto di apparecchi ortesici
		Deroga in caso di comprovata gravità	
PR (8): Disabilità conseguenti a patologie internistiche.	50 minuti	80 sedute annue per patologie cardiologiche 40 sedute annue per patologie respiratorie 20 sedute annue per patologie urogenitali	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riabilitazione cardiologia 2. Riabilitazione respiratoria 3. Riabilitazione vescicale 4. Terapia fisica combinata 5. Meccanoterapia 6. Terapia di gruppo, da effettuare nella fase finale del processo
		In deroga a quanto sopra in caso di comprovata gravità	
PR (9): Trattamento dei Paramorfismi e Dismorfismi nell'età evolutiva.	50 minuti	100 sedute annue sino all'età di 18 anni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mobilizzazioni colonna vertebrale 2. Meccanoterapia 3. Esercizi posturali 4. Terapie fisiche combinate 5. Esercizi respiratori 6. Terapia di gruppo 7. Presa coscienza a mezzo specchi quadrettati 8. Elongazione

Note relative ai parametri

Durata minima della singola seduta giornaliera espressa in minuti:

si intende il tempo da dedicare ad ogni singola seduta omnicomprensiva di tutte le metodiche riabilitative con le specifica che circa il 50 per cento del tempo indicato, sia dedicato a terapia motoria.

Deroga:

si stabilisce nella misura del 25 % massima la deroga ai trattamenti su base annua. Ulteriore deroga per i minori con comprovata necessità per i P.R. n° 1,2,3,4.

Protocollo riabilitativo :

le prestazioni elencate in ogni protocollo riabilitativo possono essere eseguite o per singola voce o in combinazione tra di loro a seconda della fase della malattia ed a giudizio dello specialista in medicina fisica e riabilitativa.

Le terapie di gruppo e le terapie fisiche non necessitano di un rapporto terapeuta-paziente di uno a uno.

Criteria di accessibilità

Per accessibilità si intende la possibilità per la utenza di fruire tempestivamente del servizio necessario.

Per l'accesso alle prestazioni è da garantire la priorità alle persone affette da menomazioni/disabilità che abbiano i caratteri della modificabilità e della importanza/complessità. E' da prevedere una priorità differita per le menomazioni/disabilità caratterizzate da non acuzie della patologia invalidante e che abbiano una alta incidenza sulla popolazione.

Il MMG e il MPLS redige su apposito ricettario regionale la prescrizione del trattamento riabilitativo con il relativo PR di pertinenza che potrà contenere un solo PR per cicli di 10 sedute rinnovabili.

Qualora il paziente non abbia una precisa diagnosi, è necessaria la visita dello specialista Fisiatra.

Questi dovrà formulare un Progetto Riabilitativo individualizzato, indicando il grado di disabilità rilevata e la scala usata per farlo, l'entità di dolore e la relativa scala e la diminuzione funzionale in gradi; la previsione di miglioramento di esse.

Il Medico di Medicina Generale, presa visione del PR, invia l'utente al Presidio Ambulatoriale, pubblico o privato accreditato.

Una volta preso in carico il paziente, il medico Fisiatra deve descrivere su apposita cartella clinica ambulatoriale la valutazione fisiatrica iniziale, il progetto riabilitativo e il percorso terapeutico; la scheda di dimissione, a trattamento riabilitativo ultimato, con valutazione fisiatrica finale deve essere inviata al MMG ed MPLS.

**Il Direttore dell'Ufficio Speciale
Dott. Saverio Ciriminna**

**L'Assessore Regionale alla Sanità
Prof. Ettore Cittadini**

