

2. Medicina fisica riabilitativa ambulatoriale

2.1 Elettroterapia antalgica, Laserterapia antalgica, Ultrasuonoterapia, Mesoterapia.

Per quanto riguarda le prestazioni per le quali, con la citata delibera n.492 dell'8.3.2002, la Regione ha inteso "esercitare la facoltà di mantenerle tra le prestazioni ricomprese tra quelle indicate dall'allegato 2B" e cioè Elettroterapia antalgica, Laserterapia antalgica, Ultrasuonoterapia, Mesoterapia, se ne definiscono con il presente provvedimento le nuove modalità erogative, condizionando la loro prescrivibilità, da parte dello specialista di cui al punto 2.2, a carico del FSR esclusivamente alla sussistenza delle patologie di seguito elencate con limitazioni funzionali, fermo restando quanto stabilito al successivo punto 2.2.

- Lesioni traumatiche di plessi e/o tronchi nervosi
- Interventi di protesizzazione articolare
- Artroscopie
- Esiti di fratture e/o lussazioni
- Periartriti o tendinopatie acute con evidente compromissione motoria
- Artropatie degenerative (ad esempio gonartrosi, coxartrosi ...ecc.) in fase di acuzie flogistica con riduzione della funzione motoria dell'arto a causa della riacutizzazione
- Esiti di interventi all'apparato locomotore (ad es. tenorrafia, mioraffia...ecc.)
- Dorsolombalgia acuta con significativa limitazione delle attività quotidiane e/o lavorative
- Cervicobrachialgia acuta o lombosciatalgia acuta con irritazione/compressione radicolare
(ad es. da ernia discale)

Le prestazioni suddette dovranno essere contabilizzate separatamente.

2.2 Aspetti generali della erogabilità delle prestazioni di Medicina fisica riabilitativa ambulatoriale

Relativamente alle altre prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale, specifiche indicazioni cliniche rispetto alle quali limitare la erogabilità nell'ambito dei LEA saranno definite con successivo atto deliberativo da adottarsi entro il 31.12.2002, salvo una più generale riformulazione del quadro prestazionale di tutta la branca specialistica sulla base di pacchetti di prestazioni corrispondenti a progetti e programmi riabilitativi individuali. Tuttavia al fine di conseguire nell'immediato apprezzabili incrementi dell'appropriatezza delle prescrizione e delle erogazione, appare necessario definire prioritariamente le modalità di accesso intese come possibilità per l'utenza di fruire del servizio necessario.

A tale fine si ritiene che l'accesso alle prestazioni di **Medicina Fisica e Riabilitazione, comprese quelle di cui punto precedente**, debba avvenire su richiesta del Medico di Medicina Generale, del Medico Pediatra di Libera Scelta o dello Specialista di altra branca che invia il paziente alla valutazione fisiatrica, con prescrizione su ricettario unico regionale, utilizzando la formula semplificata di "visita fisiatrica ed eventuale ciclo di riabilitazione" (con la specifica urgente, sollecita o senza nessuna specifica in base alle classi di priorità A, B, C di cui al Documento sulle liste di attesa approvato con l'Accordo Stato Regioni 11 luglio 2002), in quanto ciò garantisce la globale presa in carico dell'utente per tutto il percorso diagnostico-terapeutico con la formazione di un progetto riabilitativo individualizzato.

Presso il presidio specialistico spetterà pertanto allo specialista fisiatra provvedere alla effettuazione delle visita fisiatrica, alla stesura di uno specifico progetto/programma riabilitativo ed alla prescrizione su un apposito modulo/ricetta aggiuntivo delle prestazioni eventualmente ritenute necessarie, da effettuarsi presso il medesimo centro. La prescrizione dello specialista va sottoscritta con firma leggibile e timbro recante il nome dello stesso specialista.

I moduli/ricetta aggiuntivi sono forniti con numerazione unica progressiva dalle Aziende UU.LL.SS.SS. ai presidi specialistici pubblici e privati accreditati secondo uno schema tipo definito dalla Direzione Regionale Servizi Ospedalieri ed ambulatoriali.

Resta fermo quanto previsto al punto 2.1.

In connessione con quanto sopra previsto è da prevedersi l'attivazione di meccanismi di controllo da parte dell'Azienda ULSS, con la creazione di uno specifico organismo per la verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni inserite nei progetti/programmi riabilitativi, sulla base di linee guida definite dalla competente Direzione Regionale sentite le Società scientifiche interessate e le associazioni rappresentative degli erogatori.

2.3 Priorità degli accessi alle prestazioni di Medicina fisica riabilitativa ambulatoriale

Classe A: *Visita Fisiatrica Urgente*

Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona, in un piccolo arco di tempo, la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità, da eseguirsi entro 10 giorni lavorativi.

Premesso che buona parte delle priorità afferiscono agli ambulatori delle U.O. ospedaliere come prestazioni post-dimissione, tramite la prescrizione dei Reparti di Degenza (entro i 30 giorni dalla dimissione), negli altri casi le disabilità per le quali si può chiedere questa classe di priorità sono le seguenti:

1 - DISABILITÀ NEUROLOGICHE

- ESITI DI ICTUS: 1° accesso al massimo entro i sei mesi dall'esordio.

- POLINEUROPATIE PERIFERICHE (ad esempio Guillain-Barré): entro il primo mese dalla dimissione dal Reparto Ospedaliero che ha formulato la diagnosi.
- LESIONI TRAUMATICHE NEUROLOGICHE CENTRALI E PERIFERICHE: entro il primo mese dalla dimissione da un Reparto Ospedaliero o dal trauma.
- ESITI DI INTERVENTO NEUROCHIRURGICO: entro un mese dalla dimissione

2 – DISABILITÀ OSTEOARTICOLARI

- INTERVENTI DI PROTESIZZAZIONE ARTICOLARE: entro il primo mese dall'intervento.
- ARTROSCOPIE ARTICOLARI: entro 20 giorni dall'intervento.
- ESITO DI FRATTURA E/O LUSSAZIONE: entro 15 giorni dalla dimissione o dalla rimozione dell'apparecchio gessato.
- PERIARTRITI O TENDINOPATIE ACUTE CON LIMITAZIONE MOTORIA: entro un mese dall'esordio.
- ARTRITI E ARTROPATIE DEGENERATIVE (ad esempio gonartrosi, coxartrosi ...ecc.) IN FASE DI IMPORTANTE RIACUTIZZAZIONE "FLOGISTICA" CON RIDUZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA DELL'ARTO CONSEQUENTE ALLA RIACUTIZZAZIONE: entro un mese dall'esordio della riacutizzazione.
- TRAUMI ARTICOLARI DISTORSIVI DEGLI ARTI, CHE SIANO STATI IMMOBILIZZATI: entro 15 giorni dalla rimozione del mezzo di immobilizzazione.
- TRAUMI VERTEBRALI CON FRATTURA E/O LUSSAZIONE VERTEBRALE O CON DEFICIT SENSITIVO - MOTORI (ad esempio TRAUMA DISTORSIVO CERVICALE COMPLICATO) : entro 30 giorni dalla dimissione dal Reparto Ospedaliero (NB : i formicolii non sono deficit).
- ESITI DI INTERVENTI ALL'APPARATO LOCOMOTORE (ad esempio TENORRAFIE, MIORRAFIE...ecc.) : entro 15 giorni dall'intervento o dalla rimozione del tutore.

3) – DISABILITÀ RESPIRATORIE

- NEL PRE E NEL POST INTERVENTO DI CHIRURGIA TORACICA: entro un mese dall'intervento.

Classe B: *Visita Fisiatrica Sollecita*

prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità, da eseguirsi entro 20 giorni lavorativi

Le disabilità per le quali si può chiedere questa classe di priorità sono le seguenti:

1) – DISABILITÀ NEUROLOGICHE

- MONONEUROPATIE PERIFERICHE (ad esempio la paralisi periferica del VII°): entro il primo mese dall'esordio.
- SCLEROSI MULTIPLA: dopo una poussée con accentuazione dei deficit funzionali.

2) – DISABILITÀ OSTEOARTICOLARI

- DORSOLOMBALGIA ACUTA CON IMPORTANTE LIMITAZIONE DELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE E/O LAVORATIVE: entro 30 giorni dall'esordio.
- CERVICOBRAHIALGIA ACUTA O LOMBOSCIATALGIA ACUTA CON COMPRESIONE RADICOLARE E DEFICIT SENSITIVO-MOTORI PERIFERICI (ad esempio l'ernia discale): entro il primo mese dall'esordio.
- TRAUMA DISTORSIVO CERVICALE SEMPLICE: solo se infortunio sul lavoro e 1° accesso al Servizio.

3) – DISABILITÀ RESPIRATORIE

PATOLOGIE RESPIRATORIE CRONICHE RIACUTIZZATE (ad esempio la BPCO riacutizzata): entro 15 giorni dall'episodio di riacutizzazione.

4) – OGNI CASO DI DIMISSIONE DA UN REPARTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE CHE NECESSITI DI PROSECUZIONE AMBULATORIALE DEL PROGETTO RIABILITATIVO

5) – DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA (si raccomanda l'attuazione di ambulatori dedicati)

Classe C: Visita Fisiatrica

prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza

la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità , da eseguirsi entro 180 giorni lavorativi

Le disabilità attribuibili a questa classe di priorità sono le seguenti:

1) – DISABILITÀ NEUROLOGICHE

tutte le patologie che hanno superato l'anno dall'insorgenza

2) – DISABILITÀ OSTEOARTICOLARI

tutte le patologie inemendabili (croniche) in fase non flogistica pur con riduzione della funzione motoria/articolare:

- esiti di intervento di protesizzazione (dopo un anno dall'intervento)
- esiti di frattura e/o lussazione (dopo un anno dall'intervento)
- artrite ed artropatia degenerativa (ad esempio artrosi vertebrale, coxartrosi, gonartrosi, ecc.)
- esiti di intervento dell'apparato locomotore (ad un anno dall'intervento)

3) – DISABILITÀ RESPIRATORIE

patologie respiratorie cronicizzate.

2.3.1 CLASSI DI PRIORITÀ PER IL RICOVERO IN RIABILITAZIONE (codice 56)

Tenendo presente che in Riabilitazione più che al tempo di attesa per il ricovero si deve tener conto dell'appropriatezza, per evitare un aumento del tasso di ospedalizzazione si ritiene che debbano considerarsi appropriate solo le disabilità/menomazioni facenti riferimento alle classi A, B, e C .

CLASSE A: disabilità neurologiche e ortopediche entro 30 giorni dalla dimissione da un reparto per acuti .

CLASSE B: disabilità neurologiche e ortopediche che presentano riacutizzazione della sintomatologia o che necessitano di controlli periodici della funzionalità globale.

CLASSE C: disabilità inemendabili (croniche) ad esempio le patologie artroreumatiche, in cui la gravità delle menomazioni ingeneranti la limitazione di attività, o la concomitante presenza di altre menomazioni o condizioni influenzanti lo stato di salute del paziente, gli impediscano di accedere ambulatorialmente ad una struttura specialistica di riabilitazione. In ogni caso non possono occupare più del 10% della dotazione dei posti letto.

Il tutto dev'essere ben esplicitato, durante la presa in carico, dal progetto e programma riabilitativo.

2.4. Partecipazione alla spesa

In riferimento alle prestazioni di cui ai punti 2.1 e 2.2, si stabilisce che il numero massimo di prestazioni per ricetta è determinato in 60 prestazioni

Il pagamento della quota di partecipazione alla spesa è determinato in euro 18,60 (per la visita fisiatrica) più la quota relativa ai trattamenti, fino ad un massimo ulteriore di euro 36,15, in caso di prescrizione ed effettuazione del ciclo di prestazioni. In caso di prescrizione di un numero di prestazioni superiori a 60, va versata la corrispondente quota aggiuntiva di partecipazione alla spesa.

2.5 Prestazioni escluse

In riferimento alle prestazioni che, per effetto di quanto previsto ai punti 2.1, 2.2 nonché di quanto previsto alla DGRV 492/2002, restano escluse dai LEA , esse continuano ad essere erogate dai presidi specialistici pubblici, con messa a carico dell'utente dell'intero importo tariffario previsto dal vigente Nomenclatore Tariffario, salvo quanto stabilito al successivo punto 2.6.

Tali importi saranno aggiornati con successivo provvedimento deliberativo della Giunta Regionale, su istruttoria congiunta delle competenti Direzioni regionali.

2.6 Entrata in vigore delle disposizioni

L'entrata in vigore delle disposizioni di cui al presente allegato è fissata al 1 ottobre 2002***, fermo restando che le prestazioni che, per effetto di quanto previsto ai punti 2.1, 2.2, restano escluse dai LEA, purchè prescritte in data pari o anteriore alla data di pubblicazione delle presente deliberazione sul BURV e prenotate entro e non oltre il 10° giorno successivo a detta data , sono erogabili fino al 31 Dicembre 2002.

***Differimento all' 1.11.2002 della data di entrata in vigore, approvato con D.G.R. n.2736 del 30.9.2002