

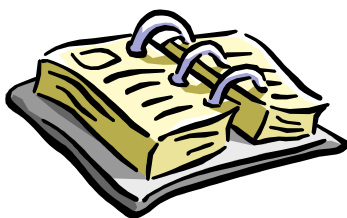


Livelli Essenziali di Assistenza

Il DPCM 29 novembre 2001, sulla base di dati epidemiologici e clinici e dei volumi di risorse, ha definito la erogabilità a carico del SSR delle prestazioni sanitarie stabilendo quattro livelli di assistenza:

1. **Prestazioni garantite dal SSN a tutti i cittadini** e comunque soggette alle limitazioni e condizioni previste dalle disposizioni vigenti.
2. **Prestazioni totalmente escluse dai LEA, quindi non garantite dal SSN.** Sono le prestazioni che non rispondono alle necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN, non soddisfano il principio dell'efficacia ed appropriatezza, non garantiscono un uso efficiente di risorse.
3. **Prestazioni parzialmente escluse dai LEA** in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche.
4. Prestazioni incluse nei LEA –quindi garantite dal SSN – che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare una modalità più appropriata per l'erogazione.

Questa di seguito riportata, è la sintesi ed il compendio delle diverse, successive disposizioni Ministeriali e Regionali in materia alle quali si rimanda per la consultazione integrale.



1. Prestazioni garantite dal SSR a tutti i cittadini.

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

2. Prestazioni totalmente escluse dai LEA non erogabili a carico del SSR.

- DPCM 29 novembre 2001
- DGR VII/8077 del 18/02/2002 "Recepimento del DPCM 29 novembre 2001 –Definizione dei LEA".

Sono prestazioni totalmente escluse dal SSR e quindi a completo carico del cittadino le seguenti:

- a) CHIRURGIA ESTETICA non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- b) CIRCONCISIONE RITUALE MASCHILE
- c) MEDICINE NON CONVENZIONALI (AGOPUNTURA) - fatta eccezione per le indicazioni anestesiológicas - fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate);
- d) VACCINAZIONI NON OBBLIGATORIE in occasione di soggiorni all'estero;
- e) CERTIFICAZIONI MEDICHE (con esclusione di quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni, ai sensi dell'art. 31 del DPR 270/2000 e dell'art. 28 del DPR 272/2000) non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, rilascio patente, porto d'armi, ecc.).
- f) su disposizione della Regione Lombardia, le seguenti PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA AMBULATORIALE:
 - idromassoterapia,
 - ginnastica vascolare in acqua,
 - diatermia a onde corte e microonde,
 - agopuntura con moxa revulsivante,
 - ipertermia NAS,
 - massoterapia distrettuale riflessogena,
 - elettroterapia antalgica (diadinamica),

- trazione scheletrica,
- ionoforesi,
- fotoforesi terapeutica,
- esercizi posturali propriocettivi di gruppo,
- irradiazione infrarossa,
- paraffinoterapia.

3.Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche.

Con provvedimenti del Ministero della Salute e della Regione Lombardia sono state definite le condizioni ed i casi particolari per i quali il Servizio Sanitario Nazionale continua ad assicurare alcune prestazioni sulla base del principio dell'appropriatezza clinica e/o organizzativa:

- **Densitometria ossea**
- **Chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri**
- **Assistenza odontoiatrica**
- **Medicina fisica e riabilitazione**

DENSITOMETRIA OSSEA

Riferimenti normativi :

- DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"
- DGR VII/3111 " Modifiche della erogabilità a carico del SSR di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale ai sensi del DPCM 29 nov. 2000"
- DPCM 5/03/07: Modifica del DPCM 29 novembre 2001, recante:"Definizione dei LEA", pubblicato nella GU 7 maggio 2007, n° 104 – decorrenza maggio 2007.

Il DPCM del 5 marzo 2007 ha apportato alcuni aggiornamenti ai precedenti provvedimenti ridefinendo in particolare i criteri di erogabilità della densitometria ossea a carico del SSR che vanno a sostituire i precedenti definiti dagli allegati 2 e 3 della DGR VII/13796 del 2003.

L'indagine densitometrica (erogabile ad intervalli di tempo non inferiore a diciotto mesi) è indicata in presenza di uno dei seguenti fattori di rischio maggiori:

1. PER SOGGETTI DI OGNI ETÀ, DI SESSO MASCHILE E FEMMINILE

a) Precedenti fratture da fragilità (causate da trauma minimo) o riscontro radiologico di fratture vertebrali

b) Riscontro radiologico di osteoporosi

c) Terapie croniche (attuate o previste): corticosteroidi sistemici (per più di tre mesi a posologia $\geq$ a 5 mg/die di equivalente prednisonico), levotiroxina (a dosi soppressive); antiepilettici; anticoagulanti (eparina); immunosoppressori; antiretrovirali; sali di litio; agonisti del GnRH; chemioterapia in età pediatrica(1); radioterapia in età pediatrica(2).

(1) la chemioterapia è prevista quale criterio di accesso per l'età adulta solo se associata a tre o più criteri minori.

(2) la radioterapia è prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a 3 o più criteri minori.

d) Patologie a rischio di osteoporosi

- Malattie endocrine con rilevante coinvolgimento osseo (amenorrea primaria non trattata, amenorrea secondaria per oltre un anno, ipogonadismi, iperparatiroidismo, ipertiroidismo, sindrome di Cushing, acromegalia, deficit di GH, iperprolattinemia, diabete melito tipo I);
- Rachitismo-osteomalacia: sindromi da denutrizione compresa anoressia nervosa e le sindromi correlate, celiachia e sindromi da malassorbimento; malattie infiammatorie intestinali croniche severe, epatopatie croniche colestatiche, fibrosi cistica, insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica; nefrotubolopatie croniche e ipercalciuria idiopatica; emopatie con rilevante coinvolgimento osseo (mieloma, linfoma, leucemia, talassemia, drepanocitosi, mastocitosi).
- Artrite reumatoide (incluso Morbo di Still), spondilite anchilosante, artropatia psoriasica, connettiviti sistemiche, patologie genetiche con alterazioni metaboliche e displasiche dell'apparato scheletrico, trapianto d'organo; allettamento ed immobilizzazioni prolungate (maggiori di tre mesi); paralisi cerebrale, distrofia muscolare, atrofia muscolare e spinale.

2. LIMITATAMENTE ALLE DONNE IN MENOPAUSA

a) Anamnesi familiare materna di frattura osteoporotica in età inferiore ai 75 anni.

b) Menopausa prima di 45 anni.

c) Magrezza: indice di massa corporea < 19 .

**3. L'INDAGINE DENSITOMETRICA E' INOLTRE INDICATA IN PRESENZA DI:
tre o più fattori di rischio minori per donne in menopausa:**

- Età > a 65 anni
- Anamnesi familiare per severa osteoporosi
- Periodi di amenorrea premenopausale superiori a 6 mesi
- Inadeguato apporto di calcio (< a 1.200 mmg/die)
- Fumo: > 20 sigarette/die
- Abuso di alcool (> 60 gr./die)

tre o più fattori di rischio minori per uomini di età > a 60 aa.:

- anamnesi familiare per severa osteoporosi
- magrezza: indice di massa corporea < a 19
- inadeguato apporto di calcio (< a 1.200 mmg/die)
- fumo: > 20 sigarette/die
- Abuso di alcool (> 60 gr./die)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">o L'ACCERTAMENTO DEL CRITERIO CHE DETERMINA L'EROGABILITÀ DELLA PRESTAZIONE CON IL SSR È A CARICO DEL PRESCRITTORE CHE STILA L'IMPEGNATIVA. QUALORA LA PRESTAZIONE NON SIA RICONDUCEBILE AD UNO DEI CRITERI PREVISTI NON PUÒ ESSERE PRESCRITTA SU RICETTARIO REGIONALE E L'ONERE DELLA STESSA È A CARICO DEL PAZIENTE;o VIENE A DECADERE L'ESCLUSIVITÀ DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI DENSITOMETRIA OSSEA IN AMBITO DEL SSR PER I SOLI RESIDENTI IN LOMBARDIA (COME IN PRECEDENZA STABILITO DALLA DGR 3111 DEL 1 AGOSTO 2006) DIVENENDO EROGABILI ANCHE AI RESIDENTI EXTRAREGIONE;o LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI FINALIZZATE ALL'ACCERTAMENTO DELL'ESECUZIONE DELLA PROCEDURA CHIRURGICA RIFRATTIVA E QUELLE NECESSARIE AI CONTROLLI POSTOPERATORI POSSONO ESSERE EROGATE CON IL SSR SOLO SE IL PAZIENTE RIENTRA NELLE CATEGORIE CLINICHE DEFINITE; |
|---|

CHIRURGIA REFRATTIVA CON LASER AD ECCIMERI

Riferimenti normativi precedenti:

- DPCM 29 novembre 2001: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"
- DGR VII/3111 : " Modifiche della erogabilità a carico del SSR di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale ai sensi del DPCM 29 nov. 2000"
- DPCM 5/03/07: Modifica del DPCM 29 novembre 2001, recante:"Definizione dei LEA", pubblicato nella GU 7 maggio 2007, n° 104 – decorrenza maggio 2007.

Il DPCM del 5 marzo 2007 ha apportato alcuni aggiornamenti al precedenti provvedimenti in materia di LEA ridefinendo i criteri di erogabilità a carico del SSR della chirurgia refrattiva con laser ad eccimeriche vanno a sostituire i precedenti definiti dagli allegati 2 e 3 della DGR VII/13796 del 2003.

Le prestazioni di chirurgia refrattiva sono incluse nei LEA in regime ambulatoriale limitatamente a:

- 1. Anisometropia superiore alle 4 diottrie d'equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametropie con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato in sede pre-operatoria la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui si sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale (*).**
- 2. Astigmatismo uguale o superiore alle 4 Diottrie.**
- 3. Ametropie conseguenti a precedenti interventi di oftalmochirurgia non refrattiva, limitatamente all'occhio operato, al fine di bilanciare i due occhi.**
- 4. PTK (photo therapeutic keratectomy) per opacità corneali, tumori della cornea, cicatrici, astigmatismi irregolari, distrofie corneali, esiti infausti di chirurgia refrattiva.**
- 5. 7. Esiti di traumi o malformazioni anatomiche tali da impedire l'applicazione di occhiali nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale (*)**

(*) La certificazione di intolleranza all'uso di lente a contatto, ove richiesta, deve essere rilasciata da struttura pubblica diversa da quella che esegue l'intervento e corredata da documentazione anche fotografica.

- o L'ACCERTAMENTO DEL CRITERIO CHE DETERMINA L'EROGABILITÀ DELLA PRESTAZIONE CON IL SSR È A CARICO DEL PRESCRITTORE CHE STILA L'IMPEGNATIVA. QUALORA LA PRESTAZIONE NON SIA RICONDUCIBILE AD UNO DEI CRITERI PREVISTI NON PUÒ ESSERE PRESCRITTA SU RICETTARIO REGIONALE E L'ONERE DELLA STESSA È A CARICO DEL PAZIENTE;
- o LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI FINALIZZATE ALL'ACCERTAMENTO DELL'ESECUZIONE DELLA PROCEDURA CHIRURGICA REFRATTIVA E QUELLE NECESSARIE AI CONTROLLI POSTOPERATORI POSSONO ESSERE EROGATE CON IL SSR SOLO SE IL PAZIENTE RIENTRA NELLE CATEGORIE CLINICHE SOPRA RIPORTATE;
- o VIENE A DECADERE L'ESCLUSIVITÀ DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI CHIRURGIA RIFRATTIVA IN AMBITO DEL SSR PER I SOLI RESIDENTI IN LOMBARDIA (COME IN PRECEDENZA STABILITO DALLA DGR 3111 DEL 1 AGOSTO 2006) DIVENENDO EROGABILI ANCHE AI RESIDENTI EXTRAREGIONE.

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Riferimenti normativi precedenti:

- DPCM 29 novembre 2001: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"
- DGR VIII/3111: " Modifiche della erogabilità a carico del SSR di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale ai sensi del DPCM 29 nov. 2000" -decorrenza 1 settembre 2006
- DGR VIII/010946 del 30.12.2009 "Determinazioni in ordine alla promozione della prevenzione ortodontica e ulteriore razionalizzazione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali"
- DM 11/12/2009 "Verifica delle esenzioni in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite supporto Sistema Tessera Sanitaria"

La DGR n. VIII/3111 del 1.08.2006 relativa alle modifiche di erogabilità a carico del SSR per alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale, fa seguito ai precedenti provvedimenti sui LEA ed, in particolare, al DPCM 29 novembre 2001.

Per consultare il testo integrale del provvedimento vedere in calce al documento.

Il provvedimento declina criteri clinici e criteri socio-economici in base ai quali è stata selezionata la casistica che può fruire di prestazioni odontoiatriche con il SSR in regime ambulatoriale.

L'erogazione con il SSR dell'assistenza odontoiATRICA è esclusivamente destinata a **pazienti residenti in Regione Lombardia.**

CRITERI CLINICI

Odontoiatria infantile e prevenzione

Nell'**odontoiatria infantile** i LEA, e quindi il SSR, devono farsi carico di potenziare la prevenzione, oltre che ottimizzare gli interventi terapeutici.

Le **patologie orali** pediatriche che oggi risultano avere importanza nei primi 16 anni di vita, 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

Le prestazioni odontoiatriche a carico del SSR devono essere garantite ai soggetti appartenenti alla fascia d'età dai 0 ai 16 anni, considerati a rischio e cioè con un alto numero di elementi dentari decidui persi o sede di processi cariosi (indice dmft/DMFT>1)

Le **prestazioni erogabili a carico del SSR**, note per l'efficacia in soggetti in permuta dentaria sono:

- 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.

E' opportuno che il bambino minore di 16 anni, che rientra nelle indicazioni cliniche individuate, debba essere valutato da uno specialista odontoiatra operante in struttura accreditata, in modo da poter constatare la sussistenza delle condizioni cliniche e provvedere al trattamento relativo.

Inoltre, su richiesta del PLS, tutti i bambini con età uguale o inferiore ai 6 anni possono essere sottoposti ad una prima valutazione odontoiatrica presso una Struttura accreditata.

CONTRIBUTO ECONOMICO

In base ai contenuti della DGR VIII/010946, per le famiglie con figli di età compresa tra i 10 e 16 anni, bisognosi di cure preventive di tipo ortodontico, viene introdotta la possibilità di ottenere un contributo di 700,00 €/ciclo terapeutico completo (la cui durata è mediamente di tre anni) per i costi degli apparecchi fissi e mobili.

Il contributo è previsto per i trattamenti che avranno inizio nel corso del 2010 ed effettuati presso le strutture accreditate per chirurgia maxillofacciale ed odontostomatologia.

DESTINATARI DEL CONTRIBUTO

I trattamenti ortodontici in questione sono riferiti ai pazienti portatori di quadri mal occlusivi, riconducibili ad un indice di necessità di trattamento ortodontico (IONT) di grado 4 o 5 (ovvero i gradi più elevati secondo la classificazione scientifica di riferimento).

I potenziali beneficiari, per poter accedere ai contributi:

- o devono essere iscritti nell'elenco assistiti del S.S.R. lombardo e risultare residenti in Regione Lombardia al 1 gennaio 2009;
- o avere un indice di necessità di trattamento ortodontico (IONT) di grado 4 o 5 certificato dalla struttura erogante;
- o far parte di una famiglia con reddito ISEE inferiore o uguale a 18.000,00 €;
- o usufruire del servizio presso strutture ubicate in Regione Lombardia accreditate a contratto per la branca specialistica "odontostomatologia-chirurgia maxillo facciale".

Possono beneficiare dei contributi anche i soggetti di età inferiore ai 10 anni, se affetti da labio-palato schisi o altre anomalie cranio facciali o da condizioni disabilitanti che comportano grave ipotonia muscolare.

I criteri previsti per il riconoscimento del contributo sono consultabili nell'allegato 1 della DGR VIII/010946.

MODALITA' DI FRUIZIONE DEL CONTRIBUTO PER I BENEFICIARI

Avviene all'atto del pagamento alla struttura sanitaria erogante: i beneficiari, previa preliminare verifica da parte della struttura erogante del possesso dei requisiti di accesso al contributo sopraelencati, corrispondono, per gli apparecchi fissi o mobili, solo la differenza tra il costo reale degli stessi e la quota di 700,00€/ciclo/persona.

NB: In riferimento alla DGR n.9581 del 11.06.2009, la Regione Lombardia ha precisato che gli Odontoiatri possono utilizzare i ricettari del Servizio Sanitario Nazionale per prescrivere le procedure diagnostiche o terapeutiche relative alle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche.

Odontoiatria e malformazioni

Il SSR garantisce le terapie odontoiatriche complete per i soggetti con **labiopalatoschisi o affetti da malformazioni cranio-facciali congenite**.

Odontoiatria e trattamenti ortopedico-ortodontico

Possono 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**.

Odontoiatria e gravidanza

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.

Odontoiatria e patologia tumorale

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-orale e di altre gravi patologie, come da raccomandazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Odontoiatria per particolari condizioni morbose

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 (codice di esenzione 051)
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 rientranti nel gruppo “difetti ereditari della coagulazione” od in terapia anticoagulante (codice esenzione 02 - 033)
 - Neoplasie sistemiche come leucemie o linfomi, ecc.. (codice esenzione 048)
 - Infezione HIV (codice esenzione 020)
 - Patologie autoimmuni gravi (codice esenzione 015 – 009 – 006 – 028)
 - Insufficienza renale cronica (codice esenzione 023)
 - Cirrosi (codice esenzione 008) e epatopatia cronica attiva (codice esenzione 016)
 - 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)
 - Pazienti con diabete Mellito (codice esenzione 013)
 - 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. Esenti per malattie rare, per quanto correlato alla patologia primaria;
4. 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.

L'accertamento del criterio che determina la erogabilità della prestazione a carico del SSR è a carico del medico prescrittore che stila l'impegnativa per "visita odontoiatrica"; conseguentemente lo specialista, operante nella struttura accreditata, valuta la tipologia di trattamento necessario, secondo le indicazioni contenute nel provvedimento.

All'interno delle categorie di pazienti individuati nel presente provvedimento e quindi compresa nei LEA, deve essere assicurata anche l'assistenza protesica odontoiatrica se ritenuta necessaria e complementare ai trattamenti.

CRITERI SOCIO-ECONOMICI

Le categorie sotto riportate possono fruire dei trattamenti odontoiatrici a carico del SSR a prescindere dalla condizione patologica presente:

1. invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia ed ex deportati dai campi di sterminio (codice esenzione IG11P – IG31P)
2. invalidi per servizio (categorie dalla 1a all'8a) (codice esenzione IS12 – IS22 – IS42)
3. invalidi civili al 100% (codice esenzione IC13)
4. invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza (codice esenzione IC14)
5. danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge n. 210/1992 (codice esenzione PT44 – PV44)
6. vittime del dovere, vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari (il coniuge e i figli; in mancanza dei predetti, i genitori) (codice esenzione VD44 – VT43 – VT43>80 – VT 43.2)
7. ciechi e i sordomuti (codice esenzione IA16 – IA23 – ID23)
8. pazienti sottoposti a terapia del dolore (codice esenzione TDL)
9. soggetti rientranti nell'accordo tra Regione Lombardia e Ministero della Giustizia (codice esenzione F01)
10. infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse purché indicato sulla ricetta (codice esenzione L04)
11. titolari di pensioni 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. Nel reddito complessivo non vanno imputati gli assegni di accompagnamento.
12. Lavoratore/trice in mobilità, cassa integrazione straordinaria, in cassa integrazione in deroga e loro familiari fiscalmente a carico, anche nel caso di figli a carico al 50%, senza limite di reddito, per la durata della condizione. (codice esenzione E08)
13. disoccupati (cittadini che abbiano cessato per qualunque motivo "licenziamento, dimissioni, cessazione di un rapporto a tempo determinato" una attività di lavoro dipendente o autonomo) immediatamente disponibili allo svolgimento ed alla ricerca di una attività lavorativa e iscritti al Centro per l'Impiego e loro familiari a carico (anche nel caso di figli a carico al 50%) appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo inferiore a € 8.263,31 incrementato a € 11.362,05 in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico. (codice esenzione E02)
14. disoccupati (cittadini che abbiano cessato per qualunque motivo "licenziamento, dimissioni, cessazione di un rapporto a tempo determinato" una attività di lavoro dipendente o autonomo) immediatamente disponibili allo svolgimento ed alla ricerca di una attività lavorativa e iscritti al Centro per l'Impiego e loro familiari a carico (anche nel caso di figli a carico al 50%) appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo superiore a € 8.263,31 incrementato a € 11.362,05 in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico. (codice esenzione E09)

Odontoiatria d'urgenza

Il provvedimento prevede, infine, che le strutture accreditate con il SSR assicurino **il trattamento delle emergenze algiche**, di quelle legate a **processi infiammatori acuti** e a quelle relative ai **traumi dentali**.

MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Riferimenti normativi precedenti:

- DPCM 29 novembre 2001: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"
- DGR VII/8077 del 18/02/2002 "Recepimento del DPCM 29 novembre 2001 –Definizione dei LEA"
- DGR VII/3111: "DGR VII/3111: " Modifiche della erogabilità a carico del SSR di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale ai sensi del DPCM 29 nov. 2000" .decorrenza 1 settembre 2006
- Nota Asl prot n°157055 del 19 novembre 2007.

La DGR VIII/3111

- definisce le prestazioni erogabili a carico del SSR e ne esclude altre
- stabilisce i **"Criteri clinici di erogabilità e condizioni"**:
 - criteri di appropriatezza (ad es. disabilità gravi da neuro - motolesione..)
 - criteri di prescrivibilità (ad es. talune prestazioni sono erogabili solo su indicazione dello specialista, oppure se inserite in progetto riabilitativo individuale..);
 - note vincolanti per l'erogazione (ad es. l'indicazione deve essere documentata da scala di valutazione).
- stabilisce che la erogabilità a carico del SSR lo è per i soli **cittadini residenti in Lombardia**,

Si rimanda all'allegato della DGR 3111 per la consultazione delle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione e delle relative note.

Inoltre l'Asl di Brescia con nota del 19 novembre 2007 (v. sezione Riabilitazione – Comunicazioni) ha disposto che le prestazioni di terapia fisica previste nei LEA secondo la DGR 3111 e sottoriportate, **possono essere prescritte e poste a carico del SSR soltanto nei casi di menomazione/disabilità per le quali risulta necessaria l'associazione con trattamenti di tipo riabilitativo/rieducativi**; viceversa, non possono essere prescritte a carico del SSR nei casi di menomazione/disabilità segmentaria e/o transitoria per le quali non risulti indicata la contestuale effettuazione di trattamenti riabilitativo/rieducativi da eseguire con operatori/tecnici della riabilitazione.

Le prestazioni di terapia fisica di cui alla DGR VIII/3111 sono le seguenti:

- Pressoterapia o pressodepressoterapia intermittente cod.93393
- Elettroterapia antalgica cod. 93395
- Ultrasuonoterapia cod. 93399
- Laserterapia cod. 99991
- Elettroterapia di muscoli normo o denervati mano-viso cod. 93396
- Elettroterapia di muscoli normo o denervati cod. 93397

Sono trattamenti riabilitativo/rieducativi di cui alla DGR VIII/3111:

- Esercizio assistito in acqua cod. 93311e 93312
- Rieducazione motoria individuale motuleso grave strumentale complessa cod. 93111

Aggiornamento: maggio 2012

Asl Brescia- Dipartimento Cure Primarie- Servizio Assistenza Primaria - U.O. Percorsi Sanitari

- Rieducazione motoria individuale in motuleso grave semplice cod.93112
- Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale strumentale complessa cod.93113
- Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice cod.93114
- Rieducazione motoria di gruppo cod. 93115
- Esercizi respiratori cod.93181 e 93182
- Esercizi posturali propriocettivi cod. 93191
- Training deambulatori del passo cod. 9322
- Risoluzione manuale di aderenze articolari cod. 9326
- Massoterapia per drenaggio linfatico cod. 93392

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

Criteri 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.

Criteri 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 INTERMITTENTE	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)	Affezioni 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:

- a. 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 Equipes 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

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

Criteri 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.

Criteri 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 INTERMITTENTE	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:

- a. 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 Equipes 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