

## PRESTAZIONI DI DENSITOMETRIA OSSEA

L'esame densitometrico è indicato nelle seguenti condizioni cliniche:

- 1) ipogonadismo e/o menopausa precoce (< 45 anni) e chirurgica o chimica. Amenorrea prolungata (> 1 anno);
- 2) trattamenti prolungati (> 6 mesi) corticosteroidi (> 5 mg./die di prednisone equivalenti);
- 3) trattamenti prolungati (> 3 mesi) con i seguenti farmaci:
  - fenitoina;
  - fenobarbital;
  - eparina e analoghi;
  - terapia anticoagulante e analoghi;
- 4) storia familiare (parentela di 1° grado) di fratture di femore e vertebrali;
- 5) riduzione dell'altezza del corpo vertebrale 4 mm.;
- 6) indice di massa corporea < 19 kg./m.;
- 7) endocrinopatie limitatamente a ipertiroidismo, iperparatiroidismo, morbo o sindrome di Cushing e maloassorbimento;
- 8) precedenti fratture da fragilità (limitatamente a femore, colonna vertebrale, polso).

*Controlli successivi*

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

## CHIRURGIA RIFRATTIVA CON LASER AD ECCIMERI

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

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

*Regime di erogazione*

Tutti i trattamenti con laser ad eccimeri possono essere eseguiti in regime ambulatoriale.

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

- 1) anisometropie primarie superiori alle 4 diottrie;
- 2) astigmatismi postchirurgici elevati (non secondari a chirurgia refrattiva) superiori a 3 diottrie, astigmatismi irregolari;
- 3) anisometropie secondarie ad impianto di cristallino artificiale superiori alle 4 diottrie;
- 4) distrofie, cicatrici od altre opacità corneali.

## DETERMINAZIONE DEI VALORI SOGLIA E MODALITA' EROGATIVE DEI D.R.G. DI CUI ALL'ALLEGATO 2C DEL D.P.C.M. 22 NOVEMBRE 2001

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

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

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

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

Nello specifico la rideterminazione dei valori soglia di ammissibilità in regime ordinario ovvero la percentuale per ogni singolo D.R.G. che dovrà essere raggiunto, nell'arco del triennio, in regime di day hospital, day surgery o day surgery + one, tiene conto necessariamente dei seguenti aspetti:

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

Pertanto si ritiene utile ed indispensabile, sia al fine di continuare a garantire una corretta ed adeguata erogazione delle prestazioni in ambito ospedaliero, sia per favorire una graduale e reale de-ospedalizzazione dei pazienti affetti dalle patologie mediche e chirurgiche individuate nell'allegato 2C, nonché in riferimento all'allegato 3, lett. a), del D.P.C.M., e tenuto conto di quanto disposto dal P.S.R. attualmente vigente, proporre che nel provvedimento che l'Assessorato dovrà emanare in tema di LEA e con specifico riferimento all'allegato 2C del D.P.C.M. 22 novembre 2001, vengano inserite le seguenti determinazioni:

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

## ELENCO D.R.G. AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZAIN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

L'allegato mostra i codici delle patologie per ciascun D.R.G. definiti ad alto rischio di "inappropriatezza " in regime di ricovero ordinario, e le relative percentuali annue da trasferire in regime di ricovero di day hospital e day surgery nel corso del triennio 2002-2004; inoltre per quanto riguarda il D.R.G. n. 019, 025 e 429 si ravvisa la necessità di individuare dei D.R.G. regionali come di seguito indicato:

- 019 A: malattie dei nervi cranici;
- 019 B: malattie dei nervi periferici;
- 025 A: convulsioni;
- 025 B: cefalea;
- 429 A: disturbi organici;
- 429 B: ritardo mentale.

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

- gradualità della de-ospedalizzazione;
- necessità di garantire il principio della libera scelta dell'utente;
- necessità di rivalutazione tariffaria;
- rilevanza sociale ed epidemiologica;
- patologie associate;
- età e fattori di rischio del paziente.

D.R.G.	Indice tendenziale nel triennio 2002-2004			N O T E
	day hospital	day surgery	day surgery + one	
006	40	50	85	L'intervento di tunnel carpale in regime ambulatoriale può essere effettuato, ma devono essere identificati le modalità di pagamento ed i requisiti di accreditamento.
019A	10	20	30	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
019B	30	60	90	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
025A	10	20	30	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
025B	5	10	20	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
039	40	60	80	L'intervento di cataratta in regime ambulatoriale può essere effettuato; devono essere identificate le modalità di pagamento ed i requisiti di accreditamento.
040	40	60	80	Con esclusione dello strabismo che continua ad essere effettuato in regime di ricovero ordinario.
041	40	60	80	Con esclusione dei traumi perforanti e grandi lacerazioni degli annessi che continuano ad essere effettuati in regime di ricovero ordinario.
042	40	60	80	Con esclusione dei trapianti di cornea.
055	20	25	30	
065	30	40	60	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
119	20	30	45	Con esclusione dello stripping della grande safena che continua ad essere effettuato in regime di ricovero ordinario.
131	20	40	60	D.R.G. appropriato in regime di ricovero ordinario. Si prevede il regime di ricovero in day hospital, con le percentuali indicate, limitatamente alle patologie identificate con i codici n.: 440.0, 440.1, 440.20, 440.29, 440.3, 440.8, 440.9.
133	15	30	50	Con esclusione dei ricoveri in urgenza e della cardiopatia ischemica identificata con i codici n.: 414.8, 414.9, che continuano ad essere effettuati in regime di ricovero ordinario.
134	10	20	30	Con esclusione dei ricoveri in urgenza. (Si ritiene stabilire questo valore soglia in rapporto all'epidemiologia, alto rischio di complicanze ed associazione con altre patologie).
142	20	40	60	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
158	10	20	30	
160	5	10	15	Con esclusione del laparocele che continua ad essere effettuato in regime di ricovero ordinario.
162	15	30	45	Con esclusione l'ernia recidivante che continua ad essere effettuata in regime di ricovero ordinario.
163	5	10	15	
183	20	40	60	D.R.G. appropriato in regime di ricovero ordinario. Si prevede il regime di ricovero in day hospital, con le percentuali indicate, limitatamente alle patologie identificate con i codici n.: 530.10, 530.11, 530.19, 530.81, 536.8, 536.9.
184	20	40	60	D.R.G. appropriato in regime di ricovero ordinario. Si prevede il regime di ricovero in day hospital, con le percentuali indicate, limitatamente alle patologie identificate con i codici n.: 530.10, 530.11, 530.19, 530.81, 536.8, 536.9.
187	75	90	95	Da considerare come D.R.G. chirurgico.
208				D.R.G. appropriato in regime di ricovero ordinario. (Nel D.R.G. n. 208 confluiscono tutte le patologie acute delle vie biliari che necessitano di impegno diagnostico, terapeutico e clinico).
222	20	30	40	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
232	20	35	50	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
243	15	20	25	Con esclusione degli schiacciamenti vertebrali e metastasi ossee che continuano ad essere effettuati in regime di ricovero ordinario, e dei ricoveri in urgenza.
262	40	50	60	
267	30	35	40	
270	60	70	80	
276	60	70	80	
281	5	10	15	Con esclusione dei ricoveri in urgenza. Da considerare come D.R.G. chirurgico.
282	5	10	15	Con esclusione dei ricoveri in urgenza. Da considerare come D.R.G. chirurgico.
283	30	50	70	
284	30	50	70	
294	20	40	60	D.R.G. appropriato in regime di ricovero ordinario. Si prevede il regime di ricovero in day hospital, con le percentuali indicate, limitatamente alle patologie identificate con i codici n.: 250.00 e 250.01.
301	20	40	60	D.R.G. appropriato in regime di ricovero ordinario. Si prevede il regime di ricovero in day hospital, con le percentuali indicate, limitatamente alle patologie identificate con i codici n.: 240.0-240.9-241.0-241.1-241.9.
324	10	20	30	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
326	15	30	40	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
364	40	50	60	

D.R.G.	Indice tendenziale nel triennio 2002-2004			NOTE
	day hospital	day surgery	day surgery + one	
395	25	50	70	D.R.G. appropriato in regime di ricovero ordinario. (Il D.R.G. n. 395 raggruppa tutte le anemie sia primitive che secondarie con impegno diagnostico, terapeutico e clinico). Si prevede il regime di ricovero in day hospital, con le percentuali indicate, limitatamente alle emoglobinopatie e anemie carenziali già diagnosticate e non complicate.
426	30	60	90	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
427	20	40	65	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
429A	10	20	30	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
429B	30	60	90	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.
467	20	40	60	Con esclusione dei ricoveri in urgenza.

Allegato 4

## ATTIVITA' AMBULATORIALE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Secondo quanto previsto nell'allegato 2B del D.P.C.M. 29 novembre 2001 sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), si è ritenuto di individuare un nuovo approccio più consono agli attuali orientamenti scientifici per definire l'appropriatezza degli interventi riabilitativi ambulatoriali.

Un intervento riabilitativo ambulatoriale è appropriato quando:

- 1) le condizioni del paziente (morbosità = gravità della menomazione ingenerante la limitazione di attività e comorbidità = presenza di altre menomazioni o condizioni influenzanti lo stato di salute del paziente) gli consentano di recarsi presso la struttura specialistica in grado di prenderlo in carico;
- 2) è finalizzato al raggiungimento di obiettivi riabilitativi definibili come il miglioramento della funzione e delle attività della vita quotidiana attraverso il miglioramento delle capacità e delle performance (secondo la definizione proposta dall'Organizzazione mondiale della sanità [I.C.F.]);
- 3) è prevedibile un tempo definito in cui raggiungere tale obiettivo (emendabilità della disabilità);
- 4) è basato su un progetto riabilitativo individuale e consiste nella presa in carico di una persona disabile dove le procedure inserite sono finalizzate a raggiungere uno o più obiettivi riabilitativi (superamento "de facto" del nomenclatore tariffario).

*Progetto riabilitativo*

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

Lo specialista in medicina fisica e riabilitativa coordina il team riabilitativo interprofessionale.

Per quanto riguarda gli interventi diagnostico-valutativi si applicheranno le nuove tariffe, determinate utilizzando come base di calcolo quelle di cui al decreto dell'Assessore regionale per la sanità 11 dicembre 1997.

Nell'individuazione dei percorsi terapeutici rivolti alle disabilità conseguenti a patologie di pertinenza della branca di medicina fisica e riabilitativa in sede ambulatoriale si è tenuto conto dei seguenti parametri:

- età dell'assistito;
- limite temporale di inizio di erogazione dall'insorgenza dell'evento;
- numero massimo di trattamenti su base annua;
- durata minima della seduta giornaliera;
- protocollo riabilitativo;
- congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente prestazione.

*Percorsi terapeutici attività ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione*

Percorso	Durata	Frequenza	Protocollo riabilitativo
PR (1): Disabilità conseguenti a patologie del sistema nervoso centrale polidistrettuali post-acute e croniche.	60 minuti	120 trattamenti annuali o sino al processo di stabilizzazione.  In deroga a quanto sopra tenendo conto della reale esigenza dell'utenza evidentemente comprovata da visita e nuova valutazione fisiatrica. Ulteriore deroga per quanto riguarda i minori in caso di comprovata necessità.	1. Rieducazione neuromotoria effettuabile con ogni metodica scientificamente validata 2. Mobilizzazioni articolari 3. Terapia occupazionale 4. Terapia fisica combinata 5. Addestramento e messa a punto di apparecchi ortesici 6. Training per disturbi del linguaggio 7. Esercizi respiratori
PR (2): Disabilità conseguenti a patologie del sistema nervoso centrale monodistrettuali post-acute e croniche.	45 minuti	120 trattamenti annuali o sino al processo di stabilizzazione  In deroga a quanto sopra tenendo conto della reale esigenza dell'utenza evidentemente comprovata da visita e nuova valutazione fisiatrica. Ulteriore deroga per quanto riguarda i minori in caso di comprovata necessità.	Come sopra.

Percorso	Durata	Frequenza	Protocollo riabilitativo
PR (3): Disabilità conseguenti a patologie del sistema nervoso peri-ferico polidistrettuali post-acute e	60 minuti	100 trattamenti annuali o sino al processo di stabilizzazione  In deroga a quanto sopra tenendo conto della reale esigenza dell'utenza evidentemente comprovata da visita e nuova valutazione fisiatrica. Ulteriore deroga per quanto riguarda i minori in caso di comprovata necessità.	Come sopra.
PR (4): Disabilità conseguenti a patologie del sistema nervoso periferico monodistrettuali post-acute e	45 minuti	50 trattamenti annuali  In deroga a quanto sopra tenendo conto della reale esigenza dell'utenza evidentemente comprovata da visita e nuova valutazione fisiatrica. Ulteriore deroga per quanto riguarda i minori in caso di comprovata necessità.	Come sopra.
PR (5): Disabilità secondarie a patologie osteo-mioarticolari post-traumatiche: — monodistrettuali — polidistrettuali	40 minuti 60 minuti	60 sedute annue 60 sedute annue  Inizio temporale o dal giorno dopo l'intervento chirurgico o da quello della rimozione dell'apparecchio gessato	1. Mobilizzazioni articolari 2. Rieducazione funzionale 3. P.N.F. 4. Es. propriocettivi 5. Risoluzione manuale di aderenze articolari 6. Training deambulatorio e del passo 7. Terapia fisica combinata 8. Messa a punto di apparecchi ortesici 9. Meccanoterapia
PR (6): Disabilità conseguenti a patologie osteo-mioarticolari degenerative: — monodistrettuali — polidistrettuali	40 minuti 60 minuti	40 sedute annue 40 sedute annue  Si potrà andare in deroga qualora l'utente non possa assumere antinfiammatori	Come sopra per i punti da 1 a 9. 10. Mobilizzazione colonna 11. Tecniche manipolative  Potrà anche essere effettuata terapia di gruppo, ma con diversa tariffazione
PR (7): Disabilità conseguenti a esiti di gravi ustioni e interventi chirurgici o di tipo demolitivo		60 sedute annue dalla data di dimissione ospedaliera  Deroga in caso di comprovata gravità	1. Mobilizzazioni articolari 2. Rieducazione funzionale 3. P.N.F. 4. Es. propriocettivi 5. Risoluzione manuale di aderenze articolari 6. Training deambulatorio e del passo 7. Terapia fisica combinata 8. Messa a punto di apparecchi ortesici
PR (8): Disabilità conseguenti a patologie internistiche.	50 minuti	80 sedute annue per patologie cardiologiche 40 sedute annue per patologie respiratorie 20 sedute annue per patologie urogenitali  In deroga a quanto sopra in caso di comprovata gravità	1. Riabilitazione cardiologia 2. Riabilitazione respiratoria 3. Riabilitazione vescicale 4. Terapia fisica combinata 5. Meccanoterapia 6. Terapia di gruppo, da effettuare nella fase finale del processo
PR (9): Trattamento dei par-morfismi e dismorfismi nell'età evolutiva.	50 minuti	100 sedute annue sino all'età di 18 anni	1. Mobilizzazioni colonna vertebrale 2. Meccanoterapia 3. Esercizi posturali 4. Terapie fisiche combinate 5. Esercizi respiratori 6. Terapia di gruppo 7. Presa coscienza a mezzo specchi quadrettati 8. Elongazione

#### Note relative ai parametri

Durata minima della singola seduta giornaliera espressa in minuti:

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

Deroga: si stabilisce nella misura del 25% massima la deroga ai trattamenti su base annua. Ulteriore deroga per i minori con comprovata necessità per i protocolli riabilitativi nn. 1, 2, 3, 4.

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

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

#### Criteri di accessibilità

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

Per l'accesso alle prestazioni è da garantire la priorità alle persone affette da menomazioni/disabilità che abbiano i caratteri della modificabilità e

della importanza/complessità. E' da prevedere una priorità differita per le menomazioni/disabilità caratterizzate da non acuzie della patologia invalidante e che abbiano una alta incidenza sulla popolazione.

Il M.M.G. e il M.P.L.S. redige su apposito ricettario regionale la prescrizione del trattamento riabilitativo con il relativo P.R. di pertinenza che potrà contenere un solo protocollo riabilitativo per cicli di 10 sedute rinnovabili.

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

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

Il medico di medicina generale, presa visione del protocollo riabilitativo, invia l'utente al presidio ambulatoriale, pubblico o privato accreditato.

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

(2002.26.1602)

---