

ATTIVITA' AMBULATORIALE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Premessa

La definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA: prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Sistema Sanitario Nazionale) si riferisce ad un quadro di riorganizzazione delle modalità di offerta dell'assistenza sanitaria che solo marginalmente può essere configurata come elencazione di prestazioni garantite o non garantite, in quanto deve fondarsi sostanzialmente su criteri di priorità di intervento che risultino da una analisi del bisogno sanitario (che viene quindi ad assumere priorità razionalmente proporzionale al bisogno globale ed alla urgenza /rilevanza del medesimo) che deve essere soddisfatto secondo criteri di appropriatezza, continuità e congruità del processo sanitario posto in atto.

Appropriatezza, continuità e congruità vanno intese come erogazione di un servizio che coniughi in modo ottimale il soddisfacimento del bisogno dell'utenza delle esigenze con la scientificità dell'approccio sanitario ed una organizzazione gestionale utile alla valorizzazione delle risorse umane impegnate nel servizio. Ulteriore e fondamentale obiettivo di questa profonda revisione dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria è la capacità del sistema di farsi carico adeguatamente delle situazioni di fragilità sociale, garantendo gli indispensabili rapporti per l'integrazione socio-sanitaria, al fine di contenere le aree di domanda sanitaria inappropriata ed al contempo evitare di vanificare i risultati ottenuti nella fase dell'emergenza/acuzie ospedaliera per l'assenza di una continuità assistenziale con il territorio.

Passare in altre parole da un servizio visto come erogatore di prestazioni ad un servizio di riabilitazione basato sulla presa in carico del paziente con individuazione di precisi outcome funzionali o di qualità di vita.

In questo quadro generale si possono dunque definire ambiti di attività medica essenziale caratterizzanti la nostra disciplina:

- 1) Gestione della complessità clinica: la diagnosi, la prognosi riabilitativa, i progetti ed i programmi conseguenti legati ad un approccio globale che identifichi il paziente come persona e non come organo malato, che si facciano carico della disabilità indipendentemente dalla patologia di base, non sono scindibili da una chiara, competente visione/gestione della stabilità/cronicità del quadro biologico generale del paziente. Ciò consente sia una presa in carico in modo appropriato sia una continuità del processo sanitario .
- 2) Definizione della modificabilità del danno funzionale: è inderogabile e fondamentale per la razionalizzazione dell'offerta riabilitativa che segua e persegua logiche di evoluzione scientifica, costituendo caratteristica fondamentale dello specifico professionale peculiare della nostra disciplina
- 3) Definizione dei risultati: attraverso scale di valutazione clinica implementate secondo la specifica visione delle problematiche del paziente proprie del Medico Specialista in *Medicina Fisica e Riabilitazione*, associate quando necessario a verifiche strumentali per altrettanto specifici items funzionali, la pratica clinica si configura come attività di continua verifica dell'appropriatezza e congruità dell'intervento riabilitativo. Proprio la variabile complessità delle problematiche derivanti da disabilità impone punti precisi di riferimento indispensabili per verificare tempi/modalità/ di intervento e risultati.
- 4) Ottimizzazione dei percorsi del processo sanitario: è una esigenza prioritaria dei pazienti e, nelle condizioni di disabilità grave, delle loro famiglie, così come di chi ha responsabilità dirette nel farsi carico dei pazienti, e parimenti di chi deve decidere l'allocazione delle risorse economiche. E' inscindibilmente legata alla capacità diagnostica e prognostica di chi deve decidere di farsi carico del paziente.
- 5) Ottimizzazione delle risorse umane: la variabile complessità dell'approccio riabilitativo in team interdisciplinare e multiprofessionale, dettata dalla necessità di dare risposte congrue

alle problematiche sanitarie, impone specifiche capacità di organizzazione e di gestione dei professionisti che devono farsi carico responsabilmente del funzionamento del team

- 6) Ottimizzazione della gestione delle risorse economiche: la dirigenza medica deve responsabilmente confrontarsi con la realtà economica, per avere risorse utili a generare gli ottimali processi sanitari ed utilizzarle in modo razionale.

Premesso questo si realizza dunque uno scenario attuale e futuro nel quale sempre maggiore rilevanza andrà ad assumere la capacità professionale del Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione.

La sua attività si caratterizza non tanto per il numero o la tipologia frazionata della singola prestazione, quanto per la efficace ed efficiente generazione di un processo di diagnosi e cura di problematiche sanitarie che potranno avere priorità differenti nel contesto organizzativo generale.

In ogni caso queste attività costituiscono un nodo cruciale del funzionamento del sistema sia che si riferiscano a prestazioni a bassa priorità ma ad elevata incidenza, piuttosto che ad elevata complessità e priorità e relativamente bassa incidenza.

Questi sono i criteri prioritari che improntano l'attività della nostra disciplina medica che vuole mantenere e sviluppare ulteriormente un ruolo solidamente ancorato al progresso scientifico, sensibile all'evoluzione sociale in atto, rispettoso dei bisogni dei cittadini/utenti/pazienti.

Conseguentemente risulta indispensabile il mantenimento e lo sviluppo di una adeguata rete di presidi e servizi sanitari e socio-sanitari finalizzati a soddisfare in continuità i diversificati bisogni della popolazione. Deve essere garantita l'attivazione e la fruibilità di tutte le tipologie di setting: degenze di riabilitazione intensiva ed estensiva, residenzialità e semiresidenzialità intensiva ed estensiva, attività ambulatoriale intensiva ed estensiva ed attività domiciliare.

Questi tipi di setting sono assolutamente coerenti con i criteri ed i principi ispiratori dei Livelli Essenziali di Assistenza, e dunque ne deve essere garantito un utilizzo appropriato ed equo.

Gli strumenti della disciplina di *Medicina Fisica e Riabilitazione* più appropriati per affrontare le problematiche sanitarie specifiche delle singole tipologie di setting vengono individuati dal Medico Specialista in *Medicina Fisica e Riabilitazione* nell'ambito di specifici programmi di intervento.

In particolare per l'attività ambulatoriale si dovrà operare secondo le linee indicate dalla Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione.

Uno degli obiettivi principali coerenti di tale linea organizzativa e gestionale è la riduzione dei ricoveri ospedalieri ed il potenziamento dei punti di assistenza sanitaria territoriale fortemente inseriti nel contesto sociale di riferimento dei pazienti.

Non vi è quindi alcuna coerenza con l'impostazione generale della definizione dei LEA nell'esclusione di singole prestazioni, che non determina una migliore possibilità gestionale ed una appropriatezza dell'uso delle risorse in generale, proprio perché non garantisce l'individuazione delle menomazioni e disabilità temporanee o minimali di cui il Servizio Sanitario non intende farsi carico.

La soluzione attualmente individuata dai LEA espone ad un iniquo aggravio economico fasce di popolazione più debole o svantaggiata, e lascia spazio a comportamenti opportunistici con generazione di costi aggiuntivi per erogazione di assistenza impropria rispetto ai criteri dei LEA.

Si ritiene indispensabile che vengano riconsiderati gli specifici punti in questione dei LEA, secondo la logica scientifica e gestionale descritta, sicuramente utile a giungere ad una attuazione ottimale dei LEA a livello delle singole Regioni.

LE STRUTTURE AMBULATORIALI

Attualmente in forza del DPR 14\01\97 sono ad oggi classificate due diverse tipologie di strutture ambulatoriali con mandati diversi :

- 1) **I Presidi Ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale** ospedalieri e territoriali che svolgono attività finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito a eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, per contenere o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico sociale, attraverso un processo che rispetta tutti i passaggi\interventi necessari per un compiuto intervento sanitario e per il successivo passaggio alla fase sociale della riabilitazione. Essi svolgono attività tariffate a norma del DM 22\07\96 come singola prestazione o somma di prestazioni nei confronti di soggetti di tutte le età, prevalentemente per menomazioni\disabilità segmentarie e\o transitorie, di norma con presa in carico sulla base di singoli programmi terapeutico riabilitativi.
- 2) **I Centri Ambulatoriali di Riabilitazione** si differenziano dai precedenti per la globalità del trattamento per disabilità importanti, spesso multiple e con possibili esiti permanenti e per l'azione di contenimento dell'handicap, che richiedono la presa in carico globale del disabile con la stesura di un progetto riabilitativo individuale da parte della équipe multidisciplinare medico psico pedagogica con tariffazione onnicomprensiva di norma su base oraria.

Questa distinzione non risponde più assolutamente a criteri di buona pratica clinica e di corretto uso delle risorse. Infatti nei Presidi si erogano prestazioni a volte di scarsa evidenza clinica di efficacia, frequentemente prescritte con insufficiente appropriatezza, pesantemente sottopagate, mentre ai Centri afferiscono una quantità di trattamenti peraltro molto ben pagati , gran parte dei quali però non risponde ai criteri di appropriatezza trattandosi di interventi su disabilità stabilizzate o a lenta evoluzione spesso necessitanti di provvedimenti con valenza prevalentemente sociale. Nella pratica quotidiana accade non di rado che le due tipologie di ambulatorio forniscano le stesse prestazioni , a casistiche del tutto simili ma tariffate in modo diverso, con tempi di accesso e controlli clinici del tutto differenti, magari inversamente proporzionali ai compensi ricevuti.

Al fine di riordinare il settore si propone un mandato generale onnicomprensivo per la definizione di un unitario "Sistema ambulatoriale riabilitativo" con una articolazione tale che ogni struttura possa erogare una o entrambe le tipologie di attività individuate dal citato DPR :

“Le strutture ambulatoriali di riabilitazione svolgono attività sanitarie di riabilitazione nei confronti di soggetti di tutte le fasce di età su una o entrambe le seguenti tipologie di menomazioni\disabilità :

- a) **attività di riabilitazione intensiva o estensiva per disabilità importanti, spesso multiple e con possibili esiti permanenti per il cui recupero e per l'azione di contenimento dell'handicap conseguente, si richiede la presa in carico globale del disabile con la stesura di un progetto riabilitativo individuale e dei programmi attuativi da parte del team riabilitativo interprofessionale coordinato dal medico fisiatra.**
- b) **attività di riabilitazione estensiva per menomazioni\disabilità segmentarie e\o transitorie di norma con presa in carico sulla base di singoli programmi terapeutico riabilitativi.”**

Funzioni :

Il **servizio ambulatoriale e territoriale** assolve principalmente le seguenti funzioni :

- partecipa ai programmi di prevenzione primaria delle malattie a rischio disabilitante e di educazione della salute della popolazione;

- partecipa ai processi di diagnosi e cura delle malattie a rischio disabilitante per contenere l'insorgenza di danni secondari e terziari, a volte preminenti nel determinare la misura della disabilità residua. In questo senso ogni attività sanitaria sia essa preventiva, diagnostica o terapeutica, ha naturalmente una valenza riabilitativa ;
- eroga assistenza sanitaria riabilitativa primaria per i soggetti affetti da patologie disabilitanti indipendentemente dalla natura della menomazione e dalla fascia di età del paziente presso tutti i reparti ospedalieri, presso day hospital, strutture ambulatoriali ospedaliere e territoriali, strutture protette e centri dedicati, domicilio ;
- assiste, nel caso di servizi collocati all'interno degli ospedali, individui ricoverati presso le U.O. per acuti per il recupero funzionale di disabilità e per la prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di disabilità ;
- eroga assistenza sanitaria riabilitativa per contenere il deterioramento delle capacità funzionali residue nei gravi disabili stabilizzati;
- con riferimento alle fasce di popolazione più deboli, in particolare anziani con problemi, disabili e soggetti in età evolutiva, assicura collegamenti rispettivamente con le unità di valutazione distrettuali e le loro eventuali caratterizzazioni correlate ai bisogni, nonché con i MPLS (Medici Pediatri di Libera Scelta), la famiglia, la scuola, e il servizio di neuropsichiatria infantile e con tutte le strutture che si occupano di riabilitazione in età evolutiva ;
- esplica attività formative e informative nei confronti di altri operatori sanitari e sociali impegnati a vario livello nell'iter riabilitativo e di quanti chiamati a ricevere il disabile al termine del percorso del recupero. Vanno considerati interlocutori privilegiati in questa direzione il MMG (Medico di Medicina Generale), il MPLS, le strutture deputate all'assistenza domiciliare integrata e le strutture residenziali dedicate ai disabili, le realtà del volontariato e dell'associazionismo;
- partecipa alla elaborazione, alla applicazione e alla validazione dei protocolli operativo diagnostici terapeutici per le problematiche di competenza riabilitativa ;
- collabora ai protocolli provinciali e regionali per il rilevamento epidemiologico degli stati di disabilità e per l'anagrafe dei pazienti ;
- offre assistenza tecnica ai servizi deputati alla qualificazione e alla riqualificazione professionale e al servizio sociale per il reinserimento sociale e professionale del disabile e le problematiche correlate (barriere architettoniche, attestazioni di idoneità relativa, Unità Valutazione Multidisciplinare e quant'altro previsto dalla L. 104\92 e dalla L. 328\00) ;
- offre assistenza tecnica per la prescrizione, il collaudo e la verifica programmata degli Ausili, delle Protesi e delle Ortesi, meglio se coordinato con il Centro ausili della ASL di riferimento, con lo scopo di garantire la ottimizzazione dell'uso delle risorse anche attraverso una razionale e economica utilizzazione del patrimonio protesico in dotazione alla azienda.

Tipologie di utenza

Per rispondere al bisogno di Salute in un'ottica di miglioramento della qualità del servizio fornito e per soddisfare al meglio la utenza si raccomanda un cambiamento delle modalità di intervento riabilitativo ambulatoriale per passare da una situazione in cui, come da Nomenclatore Tariffario, si erogano semplici Prestazioni, o si dispensano singoli trattamenti per di più anacronisticamente differenziati per categorie di utenza e non sempre appropriati (in rapporto alla prescrizione affidata spesso non solo allo Specialista competente), a una situazione di presa in carico globale dell'utente sulla base del soddisfacimento dei propri bisogni nell'ambito di Progetti Riabilitativi con l'obiettivo di volta in volta di :

- conseguire la restitutio funzionale ad integrum ;
- limitare comunque menomazioni e disabilità inemendabili, ottimizzando le condizioni di autonomia ed autosufficienza;

- prevenire il degrado funzionale.

Su queste premesse si possono individuare le seguenti tipologie di utenti , appartenenti a qualsiasi fascia di età :

- 1) utenti affetti da disabilità menomazioni\disabilità segmentarie, semplici od anche complesse (cioè interessanti più segmenti e/o organi e/o apparati) sempre di recente insorgenza e radicalmente modificabili a seguito di tempestivo intervento riabilitativo, i quali richiedono un Progetto Individuale e i relativi programmi attuativi con l'intervento di una o più professionalità (team interprofessionale).
- 2) utenti affetti da disabilità a lento recupero , o da disabilità inemendabili od a lenta evoluzione, presi in carico sulla base comunque di uno specifico Progetto Riabilitativo estensivo , talvolta anche a lungo termine.

Criteri di accesso :

Per accesso si intende la possibilità per la utenza di fruire tempestivamente del servizio necessario. In relazione alle risorse disponibili e in rapporto alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che il SSN dovrà assicurare a ogni cittadino su tutto il territorio nazionale, si raccomanda quanto segue :

- A) per l'accesso alle prestazioni è da garantire la priorità alle persone affette da menomazioni\disabilità che abbiano prima di tutto i caratteri della modificabilità e della importanza\complessità. E' da prevedere la possibilità di una priorità inferiore per le menomazioni\disabilità caratterizzate da non acuzie della patologia invalidante e che abbiano una alta incidenza sulla popolazione.
- B) secondo l'attuale legislazione l'accesso alle prestazioni è diretto, su prescrizione dei MMG o dei MPLS sul ricettario unico regionale. In alternativa il MMG o il MPLS può indirizzare l'utente a visita specialistica fisiatrica con richiesta corredata dal sospetto diagnostico. Il fisiatra può prescrivere direttamente tutte le indagini ritenute necessarie per la risposta al quesito dei MMG o al MPLS e, infine, suggerisce a quest'ultimo le terapie ritenute opportune. Questa procedura, nella pratica quotidiana, si è rivelata in molti casi indaginosa e disagiata per l'utente, costretto ad un andirivieni tra i vari medici, fino a rendere difficoltosa la stessa fruizione dei servizi. E' inoltre la causa principale della non-appropriatezza delle prescrizioni e delle aree di inefficacia conseguente . Pertanto, nell'interesse della utenza e contemporaneamente della qualificazione sanitaria e finanziaria del settore, si forniscono le seguenti raccomandazioni :
 - per tutta la casistica rientrante nel punto 1 è raccomandabile prevedere sempre la visita dello specialista Fisiatra in quanto trattasi di garantire la globale presa in carico dell'utente per tutto il percorso diagnostico - terapeutico con la formulazione di un Progetto Riabilitativo individualizzato : Il Medico curante dell'Utente lo potrà quindi inviare al Centro Ambulatoriale pubblico o accreditato indicando il quadro clinico disfunzionale che rende necessario l'intervento riabilitativo.
 - per la casistica rientrante nel punto 2, in un'ottica di collaborazione tra specialisti, MMG e MPLS, è raccomandabile, ferme restando la autonomia decisionale del singolo medico e il rispetto delle diverse competenze, addivenire alla stipula di accordi locali (a livello di Regione o ASL) tra fisiatri, MMG e MPLS con l'obiettivo di giungere alla formulazione di *percorsi*

diagnostici valutativi e terapeutici nonché di protocolli condivisi per specifici problemi. Così è possibile consentire l'accesso diretto della utenza su impegnativa del MMG o del MPLS. Tale modalità potrà comprendere anche talune problematiche rientranti nel punto 1 in rapporto a specifiche situazioni epidemiologiche ed organizzative locali, ed anche l'attuazione di Progetti Riabilitativi di strutture di residenza assistenziale nel territorio

- C) la accessibilità deve essere garantita anche attraverso una moderna, razionale, corretta e prima di tutto trasparente gestione delle liste di attesa, preferibilmente tramite i Centri Unificati di Prenotazione (CUP) per rendere veramente sinergiche ed unitarie le offerte di tutte le strutture all'interno di ogni Azienda Sanitaria.

Setting

Premesso che il setting specifico per ciascuna situazione e i tempi di permanenza vanno individuati sempre all'interno delle competenze accreditate e nell'ambito del Progetto e dei Programmi Riabilitativi, si possono definire i seguenti ambiti generali nei quali il Servizio Ambulatoriale, a seconda della collocazione, svolge la propria attività :

- degenza ospedaliera presso i reparti per acuti per la prima impostazione del progetto riabilitativo e per la prevenzione dei danni secondari ;
- ambulatoriale per soggetti ambulanti o trasportabili ;
- strutture protette (RSA, case di riposo, comunità per disabili ecc.) con l'obiettivo di contribuire alla realizzazione del progetto riabilitativo di struttura e intervenire direttamente in caso di necessità di progetti individuali ;
- domiciliare solo in situazioni specifiche e preferibilmente nell'ambito dei programmi di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).

Tipologia di personale

Le figure del Team interprofessionale riabilitativo appropriate per il livello ambulatoriale, sono : il fisiatra, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, lo psicomotricista, l'educatore professionale, lo psicologo, il massoterapista, l'animatore, il tecnico ortopedico, l'assistente sociale, l'infermiere. Deve quanto meno essere presente un *Team di base* composto da fisiatra, fisoterapista, logopedista, terapeuta occupazionale e massoterapista (nelle quantità correlate all'epidemiologia ed al carico di lavoro) per passare poi a Team più complessi in relazione alla presa in carico di problematiche più complesse ed articolate. Le figure professionali componenti del Team verranno comunque individuate sulla base del Progetto e dei Programmi Riabilitativi.

In particolare la dotazione e la tipologia di personale della singola struttura debbono rispettare i seguenti criteri :

- essere in relazione alla tipologia di attività per la quale la struttura è accreditata ;
- essere adeguate al volume delle prestazioni erogate e quantificate secondo metodologie e programmi validati ;
- i titoli di studio debbono essere conformi alla legislazione vigente e ai profili professionali;
- la autonomia professionale di ogni operatore è relativa a quanto previsto dal Profilo specifico per la attuazione del Programma assegnato e del Progetto di struttura, nell'ambito della responsabilità unitaria e sintetica del Progetto individuale che fa carico allo Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione.

LA SITUAZIONE IN RAPPORTO AI LEA

Il DPRCM del 29/XI/2001 GU 8/2/2002, all.2a, impone l'individuazione di specifiche indicazioni cliniche per le prestazioni ambulatoriali di Medicina fisica e riabilitativa.

Il concetto di "specifiche indicazioni cliniche" è correlato indispensabilmente con quello di **appropriatezza**.

Premesso che tutte le attività che rappresentano forme alternative al ricovero dovrebbero essere incentivate e non scoraggiate al fine di non favorire il ricorso a prestazioni quantomeno improprie e molto più onerose, si sottolinea quanto segue :

A - APPROPRIATEZZA

Un intervento riabilitativo ambulatoriale è appropriato quando:

- 1- le condizioni del paziente (*morbosità* = gravità della menomazione ingenerante la limitazione di attività e *comorbilità* = presenza di altre menomazioni o condizioni influenzanti lo stato di salute del paziente) gli consentano di recarsi presso la struttura specialistica in grado di prenderlo in carico .
- 2- è finalizzato al raggiungimento di **obiettivi riabilitativi** definibili come il miglioramento della funzione e delle attività della vita quotidiana attraverso il miglioramento delle capacità e delle performance (secondo la definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICF)*
- 3- è prevedibile un tempo definito in cui raggiungere tale obiettivo (emendabilità della disabilità)**
- 4- è basato su una diagnosi riabilitativa deve prevedere una specifica definizione della limitazione della funzione e della limitazione delle attività in una articolazione multidimensionale.
- 5- è basato su un Progetto Riabilitativo Individuale 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).

B- PROGETTO RIABILITATIVO

Questi presupposti conducono alla necessità di strutturare tutta l'attività (organizzativamente ed anche finanziariamente) "a Progetto" e non più a prestazione, analogamente a tutti gli altri settori dell'intervento riabilitativo.

Si potrebbero quindi ipotizzare dei "pacchetti di prestazioni" corrispondenti ai Progetti. Progetti che facciano riferimento in condizioni normali a Percorsi Terapeutico-Riabilitativi generali corrispondenti alla stragrande maggioranza della casistica di competenza ambulatoriale.

Appare quindi fortemente coerente (sia scientificamente che sul piano organizzativo e procedurale) collegare il Progetto ad un sistema di valorizzazione (e di pagamento) a "Pacchetto" e sintetico di interventi diagnostico-valutativi e terapeutici.

Ne consegue che la metodologia finanziaria divenga analoga a quella DRG degli episodi di degenza ospedaliera di ricovero. Si può immaginare che in campo riabilitativo la sigla DRG venga utilizzata con il significato di **Disability Related Group**

Questa impostazione pur essendo ampiamente discutibile dal punto di vista scientifico e culturale in campo riabilitativo, ha però alcuni vantaggi importanti:

- 1- non è del tutto ignota in ambito ministeriale (vedi d.m. 20/10/98 e d.m. 15/01/01)
- 2- uniforma il regime di erogazione tra ex art.26 e ex art.25.
- 3- avvia un processo **virtuoso** di unificazione tra attività ambulatoriale e day hospital riabilitativi .

Per la costruzione del **valore economico** si potrebbe proporre **ad esempio** il seguente schema (linguaggio tratto dai DM già citati). Peraltro gli esempi sotto citati utilizzano dati, cifre e parametri utili esclusivamente solo per illustrare il meccanismo di calcolo economico e non per le indicazioni clinico-terapeutiche che viceversa debbono esser definite e concordate con le Regioni.

A) fase acuta od immediatamente post acuta delle disabilità conseguenti a patologie neurologiche di origine traumatica, vascolare, neoplastica o iatrogena, per ipotesi :

- limite temporale di erogazione dall'evento: 6 – 8 mesi
- numero di sedute medio nel corso di sei mesi dalla data di prima erogazione del “pacchetto”= 30
- composizione del pacchetto (procedure principali*****)
 - 93.11 (esercizi assistiti)
 - 93.22 (training deambulatori e del passo)
 - 93.23 (messa a punto di apparecchio ortesico)
 - 93.24 (addestramento all'uso di apparecchi ortesici o protesici)
 - 93.38 (terapia fisica combinata senza menzione dei componenti)
 - 93.72 (Training per disfasia)
 - 93.83 (terapia occupazionale)
- retribuzione del pacchetto =35 Euro (ipotesi) a seduta per massimo di 30 sedute (valore soglia), oltre il valore soglia 17.50 Euro a seduta per un massimo di 20 sedute; oltre le 50 sedute a totale carico dell'assistito
- ticket se dovuto 3,50 Euro a seduta oppure 100 Euro a pacchetto (indipendentemente dal numero di sedute)

B) fase acuta od immediatamente post acuta delle disabilità conseguenti a patologie traumatiche od ortopediche a carico della spalla, dell'anca, del ginocchio e del femore, del rachide e del bacino o della mano

- limite temporale di erogazione dall'evento: 2-4 mesi
- numero di sedute medio nel corso di sei mesi dalla data di prima erogazione del “pacchetto”= 20
- composizione del pacchetto (procedure principali*****)
 - 93.11 (esercizi assistiti)
 - 93.12 (Altri esercizi muscoloscheletrici attivi)
 - 93.13 (Esercizi contro resistenza)
 - 93.14 (Allenamento nei movimenti articolari)
 - 93.22 (training deambulatori e del passo)
 - 93.23 (messa a punto di apparecchio ortesico)
 - 93.38 (terapia fisica combinata senza menzione dei componenti) etc.
- retribuzione del pacchetto =35 Euro a seduta per massimo di 30 sedute (valore soglia), oltre il valore soglia 17.50 Euro a seduta per un massimo di 20 sedute; oltre le 50 sedute a totale carico dell'assistito
- ticket dovuto 3,50 Euro a seduta oppure 100 Euro a pacchetto (indipendentemente dal numero di sedute)

Nell'ipotesi che una Regione accolga ed applichi tale metodica di valutazione dei costi/tariffe, naturalmente la codificazione del contenuto dei vari percorsi e la specificazione delle varie

procedure dovrà fondarsi sulle specifiche linee guida definite da parte della Società Scientifica in rapporto con gli Assessorati Regionali, ed ovviamente sottoposte a revisione periodica da parte della Società stessa, eventualmente con il contributo di esperti della Regione per gli aspetti organizzativo-gestionali . Inoltre le specificazioni dei contenuti dei diversi Percorsi sul piano “quantitativo” (il numero delle prestazioni ammesse, i cicli eventuali, i limiti temporali, le tariffe etc.) dovranno esser frutto di una valutazione regionale che tenga conto delle potenzialità locali (rete delle strutture, qualificazione, casistica, bisogni etc.)e delle priorità scelte nella logica appunto dei LEA.

NOTE:

* per ATTIVITA' si intende "la prestazione di un individuo nell'eseguire un compito od un azione", le limitazioni di Attività [disabilità] sono le difficoltà che un individuo può avere nel compiere delle attività -i domini della attività sono: l'apprendimento e l'applicazione di conoscenze, la comunicazione, la movimentazione di oggetti, lo spostarsi, la cura di sé, le attività domestiche, la relazionalità interpersonale, il conseguimento degli obiettivi e lo svolgimento delle principali attività ecomico-sociali della vita quotidiana.

** quando non è prevedibile un tempo in cui raggiungere l'obiettivo riabilitativo non significa che non debba darsi la necessità di applicare tecniche riabilitative ma si è di fronte ad un problema di tipo "assistenziale" o "lungoassistenziale" e non solo "riabilitativo"

***(vedi elenco delle diagnosi di funzione o segno dell'ICD9-cm)

**** Insistere sul concetto di procedure anziché di prestazioni significa spostare il contenuto dell'intervento riabilitativo dal piano "amministrativo" a quello "scientifico": la prestazione è un concetto statico, indipendente da chi lo compie e dal perché lo si compie, la procedura è un concetto dinamico in cui le singole prestazioni si inseriscono, in base al progredire dei concetti e delle conoscenze scientifiche proprie della disciplina riabilitativa, in un programma organico. (è ininfluente la specialità dell' esecutore di una infiltrazione di spalla ma è molto diverso se tale infiltrazione è eseguita nell'ambito del processo di recupero di un emiplegico o per consentire ad un soggetto con una rigidità post traumatica di spalla di partecipare al recupero dell'igiene superiore o solo per ridurre la sintomatologia dolorosa di una "periartrite di spalla" non meglio precisata)

***** Procedure riabilitative classificate secondo l'ICD9-cm

QUALI SONO LE PROCEDURE RIABILITATIVE CLASSIFICATE NELL'ICD9-cm :

(La Simfer non si riconosce totalmente in questa elencazione ma è necessario conoscerla per poterla eventualmente utilizzare dato il suo valore documentario)

93 *Terapia fisica, terapia respiratoria, riabilitazione e procedure correlate*

93.0 Diagnostica Fisioterapica

- 93.01 Valutazione funzionale
- 93.02 Valutazione ortottica
- 93.03 Valutazione protesica
- 93.04 Valutazione manuale di funzione muscolare
- 93.05 Valutazione di ampiezza del movimento
- 93.06 Misura di lunghezza degli arti
- 93.07 Misure del corpo Misura della circonferenza cranica Misura della circonferenza addominale
- 93.08 ElettromiografiaEscl.:EMG dell'occhio (95.25)EMG dello sfintere uretrale (89.23)EMG con polisonnogramma (89.17)
- 93.09 Altre procedure di terapia fisica diagnostica

93.1 Esercizi di fisioterapia

- 93.11 Esercizi assistiti Escl.: esercizi assistiti in piscina (93.31)
- 93.12 Altri esercizi muscoloscheletrici attivi
- 93.13 Esercizi contro resistenza
- 93.14 Allenamento nei movimenti articolari
- 93.15 Mobilizzazione della colonna vertebrale
- 93.16 Mobilizzazione di altre articolazioni
- 93.17 Altri esercizi muscoloscheletrici passivi
- 93.18 Esercizi respiratori
- 93.19 Esercizi, non classificati altrove

93.2 Altra fisioterapia con manipolazioni muscoloscheletriche

- 93.21 Trazioni manuali e meccaniche Escl.: trazioni scheletriche (93.43-93.44), trazioni cutanee (93.45-93.46)trazioni della colonna vertebrale (93.41-93.42)
- 93.22 Training deambulatori e del passo
- 93.23 Messa a punto di apparecchio ortesico
- 93.24 Addestramento all'uso di protesi o apparecchi ortesici
- 93.25 Estensione forzata degli arti
- 93.26 Rottura manuale di aderenze articolari
- 93.27 Stretching di muscoli o tendini
- 93.28 Stretching di fascia
- 93.29 Altre correzioni forzate di deformità

93.3 Altre procedure terapeutiche

- 93.31 Esercizi assistiti in piscina
- 93.32 Trattamento a vortice
- 93.33 Altra idroterapia
- 93.34 Diatermia
- 93.35 Altra terapia con calore
- 93.36 Riabilitazione cardiologica
- 93.37 Training prenatale Training per il parto naturale
- 93.38 Terapia fisica combinata senza menzione dei componenti
- 93.39 Altra terapia fisica

93.5 Altre immobilizzazioni, pressioni e cure a ferite Escl.: detersione di ferite (96.58-96.59)

- 93.51 Applicazione di corsetto gessato Escl.: Minerva gessata (93.52)
- 93.52 Applicazione di supporto per il collo collare cervicale
Minerva gessata
- 93.53 Applicazione di altro corsetto gessato
- 93.54 Applicazione di stecca
- 93.57 Applicazione di altra medicazione su ferita
- 93.58 Applicazione di pantaloni a pressione Dispositivo a pressione intermittente

93.4 Trattamento manipolativo di osteopatia

93.66 Linfodrenaggio Pompa linfatica

93.5 Riabilitazione del linguaggio e della lettura e riabilitazione del non vedente

93.71 Training per dislessia

93.72 Training per disfasia

93.73 Training per linguaggio esofageo

93.74 Training per difetto del linguaggio

93.75 Altro training del linguaggio e terapia

93.6 Altra terapia riabilitativa

93.81 Terapia ricreazionale Terapia diversiva Terapia del gioco Escl.: gioco psicoterapeutico
(94.36)

93.83 Terapia occupazionale Terapia delle attività della vita quotidiana

93.85 Riabilitazione vocale

93.89 Riabilitazione non classificata altrove

93.7 Terapia respiratoria

93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)

93.91 Respirazione a pressione positiva intermittente

93.94 Medicamento respiratorio somministrato per mezzo di nebulizzatore Terapia nebulizzata

93.99 Altre procedure respiratorie Drenaggio posturale Ventilazione a pressione negativa continua
[CNP]

PERCORSI TERAPEUTICI **DI PERTINENZA DELLA BRANCA** **MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA** **IN SEDE AMBULATORIALE**

Si possono classificare le disabilità d'interesse Fisiatrico, conseguenti a condizioni patologiche di vario ordine, in diversi raggruppamenti omogenei con la logica dei **Disability Related Group** :

DRG 1) disabilità conseguenti a patologie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico primitive e secondarie -*post acute*-

DRG 1.1) disabilità conseguenti a patologie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico primitive e secondarie -*croniche*-

DRG 2) disabilità conseguenti a patologie osteomioarticolari traumatiche e non, acute ed immediatamente post-acute

DRG 3) disabilità conseguenti ad interventi chirurgici ed esiti di ustioni gravi

DRG 4) disabilità conseguenti a patologia reumatica infiammatoria

DRG 5) disabilità conseguenti a patologie internistiche di interesse riabilitativo

DRG 6) disabilità conseguenti a paramorfismi e dismorfismi dell'età evolutiva

DRG 7) disabilità conseguenti a patologie osteomioarticolari croniche e/o osteoporosi

DRG 8) disabilità conseguenti a patologie osteomioarticolari in fase algica

Per ciascuno di questi raggruppamenti si possono definire dei **Percorsi Terapeutici** rispondenti ai criteri essenziali della efficacia, congruità ed adeguatezza in rapporto ai solidi dati dell'evidenza scientifica presente nella Disciplina a livello nazionale ed internazionale , i quali sono attivati dal **Medico di Medicina Generale e che danno origine a Progetti Riabilitativi individuali prescritti e condotti dallo Specialista Fisiatra**, come successivamente indicato.

Ciò peraltro consente l'ottimizzazione della tutela dell'Utente in quanto il suo trattamento sarà guidato e seguito dallo Specialista dell'Ambulatorio (pubblico o privato Accreditato) al quale è stato avviato dal suo Medico Curante di Medicina Generale, che ha rilevato l'esigenza e l'utilità di cure Ambulatoriali a seguito di una variazione significativa ed "acuta" delle condizioni funzionali.

Quindi il MMG mantiene la guida continuativa dell'assistenza del proprio paziente, inviando per le cure del caso all'Ambulatorio di MFR con l'indicazione del "problema clinico" rilevato (ad es. si invia per "lombalgia riacutizzata" oppure per "riduzione dell'autonomia deambulatoria" etc.).

I trattamenti comunque definiti e personalizzati dal Fisiatra nell'Ambulatorio dovranno rientrare all'interno di congruità predefinite sul piano clinico (cosa è congruo trattare in regime ambulatoriale, per quanto tempo etc.) e sul piano metodologico (quali sono gli strumenti terapeutici adeguati alle diverse situazioni, in termini di indicazioni, modalità di erogazione etc.).

Consente altresì la definizione di procedure di verifica dell'efficacia dei trattamenti realizzati (in termini funzionali, di tempi, e di costi per il SSN) realizzando un vero percorso che lega il MMG e

lo Specialista Fisiatra, parallelamente lega il Centro Ambulatoriale con le altre strutture della rete sanitaria come l'Ospedale, e lega le strutture pubbliche e quelle private accreditate in una progettazione e verifica unitaria degli interventi in questa Disciplina.

Nota: è evidente come il rispetto dei tempi sotto indicati come “*finestra terapeutica*” per l'accesso alle Attività Ambulatoriali, dipende strettamente dal parallelo rispetto dei criteri di appropriatezza e congruità degli episodi di ricovero ospedaliero eventualmente presenti nella storia dei Pazienti.

DRG 1.1 e 1.2) DISABILITA' CONSEGUENTI A PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO PRIMITIVE E SECONDARIE

Trattandosi di situazioni cliniche complesse, caratterizzate da fasi di evoluzione differenziate e da molteplici problematiche, la presa in carico deve includere una formalizzata valutazione della Disabilità e della Limitazione alla Autonomia-Autosufficienza del soggetto.

ESITI DI ICTUS CON EMIPLEGIA: 1° accesso (al massimo entro i sei mesi dall'esordio)

POLINEUROPATIE PERIFERICHE (ad esempio GUILLAIN-BARRE'): entro il primo mese dalla dimissione dal Reparto Ospedaliero che ha formulato la diagnosi.

LESIONI TRAUMATICHE NEUROLOGICHE PERIFERICHE (PLESSI E TRONCHI NERVOSI): 1° accesso (entro il primo mese dalla dimissione da un Reparto Ospedaliero o dal trauma).

MONONEUROPATIE PERIFERICHE (ad esempio la paralisi periferica del VII°): entro il primo mese dall'esordio.

SCLEROSI MULTIPLA: entro un mese dalla diagnosi o dopo una poussée con accentuazione dei deficit funzionali.

- valutazione formalizzata della modificabilità del quadro e prognosi;
- Progetto Riabilitativo individuale;
- trattamento riabilitativo secondo tecniche definite in base al quadro clinico e all'obiettivo;
- bilancio formalizzato dell'intervento e conseguente adattamento del piano terapeutico;
- rivalutazione finale e programmazione del follow up.

Una classificazione orientativa delle tecniche cui si può ricorrere, pur tenendo presente l'estrema variabilità dei quadri funzionali all'interno della stessa patologia, prevede:

a) trattamento di RIEDUCAZIONE MOTORIA, in tutte le sue espressioni tecniche.

b) TERAPIA OCCUPAZIONALE

c) RIEDUCAZIONE NEUROPSICOLOGICA

d) ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA prevista la prosecuzione di trattamenti impostati nel periodo di degenza, e prestazioni di TERAPIA FISICA solo se eventualmente indicate all'interno del Progetto Riabilitativo individuale.

La suddivisione da noi proposta in due sottogruppi (1.1 e 1.2) in relazione all'”*acuzie della patologia d'origine, ma non del quadro funzionale*” pare utile e scientificamente valida, ma deve essere approfondita ed articolata nelle valutazioni a livello attuativo regionale.

DRG 2) DISABILITA' CONSEGUENTI A PATOLOGIE OSTEOMIOARTICOLARI TRAUMATICHE E NON, ACUTE ED IMMEDIATAMENTE POST-ACUTE

Data l'estrema variabilità dei quadri, è giustificato il ricorso a tutte le prestazioni di terapia fisica . medicina manuale e rieducazione, purchè inserite in un Progetto Riabilitativo individuale del quale siano definiti e formalizzati gli obiettivi. Dovranno essere garantite ove opportuno, per la loro efficacia, anche le prestazioni di : laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, l' ultrasuonoterapia , la mesoterapia, l'ipertermia, l' esercizio assistito in acqua e la massoterapia.

INTERVENTI DI PROTESIZZAZIONE ARTICOLARE: entro il primo mese dall'intervento.

ARTROSCOPIE ARTICOLARI: entro 20 giorni dall'intervento.

ESITO DI FRATTURA E/O LUSSAZIONE: 1° accesso (entro 15 giorni dalla dimissione o dalla rimozione dell'apparecchio gessato).

PERIARTRITI O TENDINOPATIE ACUTE CON GRAVE COMPROMISSIONE MOTORIA: entro un mese dall'esordio.

TRAUMI ARTICOLARI DISTORSIVI DEGLI ARTI, CHE SIANO STATI IMMOBILIZZATI: entro 15 giorni dalla rimozione del mezzo di immobilizzazione.

TRAUMI VERTEBRALI CON FRATTURA E/O LUSSAZIONE VERTEBRALE O CON DEFICIT SENSITIVO - MOTORI (ad esempio TRAUMA DISTORSIVO CERVICALE COMPLICATO) : 1° accesso (entro 30 giorni dalla dimissione dal Reparto Ospedaliero)

ESITI DI INTERVENTI ALL'APPARATO LOCOMOTORE (ad esempio TENORRAFIE, MIORRAFIE...ecc.) : entro 15 giorni dall'intervento o dalla rimozione del tutore.

Poichè il quadro funzionale, si modifica in corso di trattamento, sono giustificabili cicli di trattamento superiori o inferiori alle dieci sedute previa rivalutazione dello Specialista responsabile del Progetto.

DRG 3) DISABILITA' CONSEGUENTI AD INTERVENTI CHIRURGICI ED ESITI DI USTIONI GRAVI

In conformità alla valutazione del danno funzionale e/o della tecnica chirurgica adottata, lo specialista Fisiatra, predisporrà l'intervento nell'ambito delle tecniche di rieducazione motoria.

Il programma terapeutico riabilitativo potrà essere completato da prestazioni di elettroanalgesia quando coesista una importante componente algica.

Dovranno essere garantite anche le prestazioni di: laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia, la mesoterapia, la massoterapia.

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

Il trattamento degli esiti di MASTECTOMIA può contemplare l'impiego di terapia complessa decongestionante (drenaggio linfatico manuale, bendaggio mobile multistrato con associata rieducazione motoria). Dovranno essere garantite anche le prestazioni di : laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia.

Poichè il quadro funzionale si modifica in corso di trattamento, sono giustificabili cicli superiori o inferiori alle dieci sedute previa rivalutazione Fisiatrica.

DRG 4) DISABILITA' CONSEGUENTI A PATOLOGIA REUMATICA INFIAMMATORIA

ARTROPATIE DEGENERATIVE (ad esempio GONARTROSI, COXARTROSI ...ecc.) IN FASE DI IMPORTANTE RIACUTIZZAZIONE "FLOGISTICA" CON RIDUZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA DELL'ARTO CONSEGUENTE ALLA RIACUTIZZAZIONE: entro un mese dall'esordio della riacutizzazione.

Data l'estrema variabilità del quadro di disabilità conseguente alla patologia, è necessario personalizzare l'intervento, facendo ricorso a pratiche di rieducazione motoria e, se indicato nel programma, di medicina manuale e supporto trofico ed antalgico. Dovranno essere garantite in tale ottica anche le prestazioni di: laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia, la mesoterapia, l'esercizio assistito in acqua.

DRG 5) DISABILITA' CONSEGUENTI A PATOLOGIE INTERNISTICHE DI INTERESSE RIABILITATIVO (quali ad es. Insufficienza respiratoria e cardiocircolatoria, disturbi vescico-sfinterici etc.)

Il Progetto Riabilitativo individuale definito dallo Specialista FISIATRA di norma si prevede il ricorso alle tecniche di Rieducazione motoria , all' esercizio assistito in acqua ed alla massoterapia, a cui possono esser associate a trattamenti con apparecchiature e mezzi fisici laddove utili a completare e supportare l'efficacia complessiva.

DRG 6) DISABILITA' CONSEGUENTI A PARAMORFISMI E DISMORFISMI DELL'ETA' EVOLUTIVA

Il FISIATRA elabora e formalizza il Progetto Riabilitativo individuale in funzione di obiettivi correlati all'evoluzione della patologia durante le fasi di accrescimento. Le prestazioni congrue di norma sono la Rieducazione Motoria, l'esercizio in acqua , l'addestramento all'utilizzo di Ortesi , la Terapia Occupazionale.

DRG 7) DISABILITA' CONSEGUENTI A PATOLOGIE OSTEOMIOARTICOLARI CRONICHE

Si includono in questo raggruppamento quelle patologie, non derivanti direttamente da traumatismi o interventi chirurgici, caratterizzate da limitazione funzionale e da condizioni di dolore a carattere ricorrente. Per l'osteoporosi, sia primitiva che post-menopausale, sono proponibili le stesse modalità di trattamento (gruppo, individuali), ovviamente con contenuti più specifici.

La scelta terapeutica più idonea è l'attività motoria finalizzata e la modalità più efficace di attuazione appare il lavoro attivo di gruppo perchè ricco di stimoli ed altamente motivante per il recupero dell'Autonomia personale.

Occorre infatti valorizzare l'autonomia e la responsabilizzazione del soggetto rispetto ai problemi della sua patologia. Il risultato dell'intervento, date le caratteristiche della patologia, può essere raggiunto e mantenuto solo attraverso l'adozione di un modello motorio corretto, da esercitare costantemente e da introdurre nelle attività quotidiane.

L'intervento terapeutico quindi è imperniato prevalentemente su attività motorie di gruppo, con finalità anche educative.

Il momento educativo consiste nel rendere il soggetto consapevole del fatto che il benessere sperimentato in sede terapeutica può essere aumentato solo se viene attuata una corretta igiene articolare. Per questo è indispensabile che i principi acquisiti vengano inseriti nei ritmi e nelle abitudini di vita.

Dovranno essere garantite anche le prestazioni di: laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia , la mesoterapia, la termoterapia endogena ed esogena, l' esercizio assistito in acqua e la massoterapia.

E' indicata la costituzione di gruppi caratterizzati da problematiche omogenee (disturbi prevalenti del rachide, cingolo scapolare, e costituiti da un numero compreso tra 5 e 10 persone)

Esistono SPECIFICHE CONTROINDICAZIONI, in presenza delle quali non è attuabile il ricorso ad attività motorie di gruppo:

- alterazioni cardio respiratorie gravi
- deficit percettivi e cognitivi tali da impedire la comunicazione tra terapeuta e paziente
- presenza di ipertensione instabile
- psicosi
- presenza di irritazione radicolare in fase algica
- traumi recenti (inferiori ad un anno) nella sede interessata, inclusi crolli vertebrali (inferiori a 6/8 mesi) nei soggetti con osteoporosi
- patologia neurologica associata
- gravi limitazioni articolari distrettuali, incompatibili con le modalità di attuazione delle attività di gruppo

DRG 8) DISABILITA' CONSEGUENTI A PATOLOGIE OSTEOMIOARTICOLARI IN FASE ALGICA

Questo percorso si riferisce a condizioni di DOLORE nelle quali coesiste una limitazione funzionale riferibile alla difesa antalgica ed alle sue sequele .

PERIARTRITE O TENDINITE ACUTA IPERALGICA CON LIMITAZIONE FUNZIONALE A CAUSA DEL DOLORE (SPALLA DOLOROSA ACUTA, EPICONDILITE ACUTA, PERIARTRITE D'ANCA ACUTA ...ecc.): entro il primo mese dall'esordio.

DORSOLOMBALGIA ACUTA CON IMPORTANTE LIMITAZIONE DELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE E/O LAVORATIVE: non prima di 10 giorni e non dopo 30 giorni dall'esordio.

CERVICOBRACHIALGIA ACUTA O LOMBOSCIATALGIA ACUTA CON COMPRESSIONE RADICOLARE E DEFICIT SENSITIVO-MOTORI PERIFERICI (ad esempio l'ERNIA DISCALE): entro il primo mese dall'esordio.

TRAUMA DISTORSIVO CERVICALE SEMPLICE.

Le prestazioni terapeutiche si basano esclusivamente su trattamenti di recupero funzionale e motorio segmentale e/o globale rispetto alla perdita di autonomia conseguente al quadro doloroso-disfunzionale; in tal senso possono avere senso anche interventi di medicina manuale e strumentali paralleli, di valore prettamente sintomatico, che possono utilizzare:

- elettroterapia antalgica
- ultrasuonoterapia
- laserterapia per i fenomeni flogistici riferiti ai tessuti molli periarticolari
- mesoterapia
- massoterapia
- termoterapia endogena ed esogena
- ipertermia.

INDICAZIONI CONCLUSIVE :

Alla luce delle indicazioni contenute nel **DPCM** ciascuna delle Regioni entro i prossimi mesi deve determinare contenuti terapeutici, modalità, procedure ed investimenti correlati all'attività ambulatoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione.

Questo documento si offre alle Regioni come piattaforma unitaria, validata e complessiva per impostare e qualificare questa impegnativa e delicatissima opera.

Sulla base di questa impostazione quindi potranno essere definite nell'atto di recepimento dei LEA da parte della Regione, procedure, priorità e limiti specifici, in rapporto alle proprie decisioni in tema di Politica Sanitaria ai sensi della normativa vigente e nel rispetto degli obiettivi essenziali del DPCM. Ad es. potranno esser stabiliti limiti temporali di accesso e di erogazione in rapporto all'acuzie della manifestazione disfunzionale o dolorosa, limiti di ripetitività nell'arco dell'anno per lo stesso problema, limiti di copertura delle Prestazioni da parte del SSN e quindi eventuale contribuzione diretta ed integrativa (ad es. potrebbe esser definito che per ciascuna persona sono garantiti dal SSN solo 2 o 3 tipologie di prestazioni tra quelle indicate congrue ed efficaci in ciascun Gruppo). Tale processo potrà consolidare l'integrazione tra strutture pubbliche e private accreditate in una sorta di contrattualizzazione finalizzata alla costruzione di una vera Rete dei Servizi Territoriali offerti alla popolazione disabile, fondata sulla base di chiare indicazioni di evidenza, efficacia ed adeguatezza clinica ed organizzativa messa a disposizione da parte della Società medico-scientifica di Medicina Fisica e Riabilitazione.

Inoltre la Regione potrà attivare anche meccanismi di raccolta dati sulle tipologie di accessi alle strutture Accreditate, di verifica dei risultati (visto che dovranno esistere precise schede individuali dei Programmi Riabilitativi effettuati delle motivazioni funzionali e dei loro effetti) e quindi anche per la programmazione dell'ottimale utilizzo delle risorse impiegate per l'abbattimento di attese e per il miglioramento dell'utilizzo della rete ambulatoriale al fine di velocizzare e qualificare quanto possibile la dimissione dai Reparti Ospedalieri di Riabilitazione e di Specialità Cliniche ad essa afferenti per il completamento del recupero dei pazienti (come Ortopedia, Geriatria, Neurologia etc.).

A livello regionale e/o livello delle varie Aziende USL potranno essere inoltre definiti, sulla base dei principi di questi Percorsi Riabilitativi dei meccanismi di stretta e sinergica collaborazione tra Medici di Medicina Generale e strutture della Rete Ambulatoriale di Medicina Fisica e Riabilitazione allo scopo di fornire l'accesso e l'erogazione, nel rispetto naturalmente dei criteri fondamentali di congruità, appropriatezza ed evidenza, in rapporto ad esempio alle problematiche a maggiore prevalenza nelle fasce di popolazione più fragile o più anziana.