

*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

## DECRETO N. 64 del 26.09.2011

**Oggetto: Procedura prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici: definizione profili riabilitativi. Modifiche ed integrazioni al decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro del settore sanitario n. 32 del 22 giugno 2010.**

### PREMESSO:

- a. che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b. che in data 24 luglio 2009 la Regione Campania è stata sottoposta a commissariamento, a norma dell'articolo 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- c. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso;
- d. che con deliberazione del 3 marzo 2011 il Consiglio dei Ministri ha nominato il dr. Mario Morlacco e il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- e. che tra gli interventi previsti per l'attuazione del piano di rientro, al punto 12 è disposta la *"implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello aziendale che regionale"*;
- f. che con decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro n. 32 del 22 giugno 2010, si è proceduto alla individuazione di necessari presupposti per l'attivazione di un sistema di monitoraggio e controllo delle attività di assistenza ambulatoriale e domiciliare di medicina fisica e riabilitativa con oneri a carico del S.S.R., apportando parziali modifiche alle *"linee guida per la riabilitazione in Campania"*, in funzione dell'esigenza di soluzioni organizzative più idonee all'attuazione del piano di rientro dal deficit sanitario;
- g. che con decreto del Commissario ad Acta n. 69 del 24 novembre 2010, si è provveduto, in attuazione di quanto stabilito dal citato provvedimento n. 32/2010, alla costituzione di una *"Commissione di monitoraggio dell'applicazione delle linee guida regionali per la riabilitazione e per la definizione di modalità di prescrizione e controllo delle prestazioni di assistenza"*



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

*ambulatoriale e domiciliare di medicina fisica e riabilitativa*” con il compito, tra l’altro, di individuare strumenti appropriati per la definizione di criteri di accesso in relazione alla graduazione della disabilità;

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

**VISTO** il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, con il quale sono stati individuati i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire a tutti gli assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nel rispetto dei principi e nei limiti delle risorse finanziarie pubbliche di cui all’art. 1, commi 2 e 3, del D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

**DATO ATTO** che il D.P.C.M. 29 novembre 2001 nell’allegato 2B individua le prestazioni parzialmente escluse dai livelli essenziali di assistenza sanitaria in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche e che, in particolare, il punto c) del suddetto allegato 2B “medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale”, prevede che l’erogazione delle prestazioni comprese in tale branca sia condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l’età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione ecc..) ovvero a specifiche modalità di erogazione;

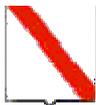
**TENUTO CONTO** che le prestazioni e i servizi inclusi nei Livelli Essenziali rappresentano il livello “essenziale” garantito a tutti i cittadini che le Regioni debbono assicurare sulla base del principio di appropriatezza, inteso sia come appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato sia di appropriatezza come regime di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse, con evidenti ricadute sulla capacità del sistema di assicurare equità di erogazione di prestazioni;

**VISTE** le indicazioni concernenti le prestazioni di assistenza specialistica di cui all’Allegato 3, punto b) del D.P.C.M. 29 novembre 2001;

**RILEVATA** la necessità di attivare un sistema di accesso alle attività di medicina fisica e riabilitativa basato su specifici profili medi di trattamento che consenta un’attività di monitoraggio e di reportistica periodica attraverso cui poter descrivere l’intensità d’uso e la variabilità prescrittiva per intervenire con azioni di audit e miglioramento;

**VISTA** la deliberazione della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004 recante “*Linee guida per la riabilitazione in Campania*”;

**TENUTO CONTO** del Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, approvato dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 1° febbraio 2011 (G.U. n. 50 del 2 marzo 2011 – Supp. Ord. N. 60), che distingue due distinte tipologie di utenti definite in base a differenziati bisogni e livelli di intervento riabilitativo indipendentemente dalla fascia di età di appartenenza:



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- a) “caso complesso”: utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multiprofessionale che effettui una presa in carico omnicomprensiva nel lungo termine mediante un Progetto Riabilitativo Individuale che preveda molteplici programmi terapeutici ;
- b) “caso non complesso”: utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo; tali utenti richiedono una presa in carico ridotta nel tempo; la durata dell'accesso deve essere almeno di 30 minuti;

**PRESO ATTO**, altresì, che il “Piano di indirizzo per la Riabilitazione” evidenzia che *“il processo riabilitativo, con i suoi interventi terapeutici riveste un ruolo indispensabile ed insostituibile fino a quando è presente nel paziente un possibile cambiamento attivo del livello di funzionamento; oltre tale limite è, però, necessario pensare ad un adeguamento dello stile di vita della persona con disabilità analogamente a quanto avviene per persone con disturbi cronici”* valorizzando a tal fine il ruolo dell'attività fisica nell'azione fondamentale di contrasto nel determinismo della cronicità e disabilità, rappresentando in tal senso un logico e fisiologico proseguimento della riabilitazione;

**RAVVISATA** l'esigenza di procedere, preliminarmente, alla individuazione delle condizioni cliniche e dei relativi profili riabilitativi che richiedono un semplice e breve programma terapeutico-riabilitativo attuabile attraverso il ricorso alle prestazioni previste dal D.M. 22/7/1996 e succ. modif. e int., di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale presso i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale, intra od extraospedalieri, come individuati dal D.P.R. 14.01.1997 e dalla D.G.R.C. 7301/2001;

**VISTA** la D.G.R.C. n. 377 del 3 febbraio 1998 avente ad oggetto “Nomenclatore tariffario – Approvazione linee guida” e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTA** la D.G.R.C. n. 1874 del 31 marzo 1998 recante “Prestazioni cliniche e strumentali in regime ambulatoriale in forma diretta. Approvazione nuovo Nomenclatore Tariffario”, di seguito indicato “nomenclatore regionale”, e le successive modifiche ed integrazioni;

**VISTO** il D.M. 20 ottobre 1998 “Individuazione delle patologie assoggettate a specifiche modalità prescrittive delle prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione”;

**VISTA** la D.G.R.C. n. 3958 del 7 agosto 2001 come modificata ed integrata dalla D.G.R.C. n. 7301 del 31 dicembre 2001, concernente la definizione dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e dell'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private e approvazione delle procedure di autorizzazione;

**VISTA** la D.G.R.C. n. 1082 del 15 marzo 2002 avente ad oggetto “DPCM 29 novembre 2001 concernente i Livelli Essenziali di Assistenza; Disposizioni attuative”;

**VISTA** la D.G.R.C. n. 4845 del 25 ottobre 2002 ad oggetto “DPCM 29 novembre 2001 Allegato B Individuazione di percorsi specifici ed indicazioni cliniche per l'erogabilità in modo appropriato di alcune prestazioni ambulatoriali: modifica del nomenclatore delle prestazioni specialistiche”;

**VISTA** la D.G.R.C. n. 1273 del 16/07/2009 concernente “Piano di rientro - prestazioni di medicina



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

fisica e riabilitativa totalmente escluse dai LEA e non più a carico del SSR”;

**VISTA** la D.G.R.C. 41 del 14/02/2011 relativa all’approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: “Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania”;

**PRESO ATTO** del documento, che costituisce l’Allegato Tecnico del presente provvedimento, elaborato dalla Commissione regionale nominata con decreto commissariale n. 69/2010, concernente l’individuazione delle condizioni cliniche acute o in fase di riacutizzazione e/o immediatamente post acute relative a casi non complessi e la definizione dei relativi profili riabilitativi con l’indicazione di:

- a) Classificazione secondo ICD 9 CM, ICD X, ICF;
- b) Tempo appropriato di inizio dall’evento (oltre all’evento acuto si intende anche quello della prima diagnosi);
- c) Obiettivi dell’intervento;
- d) Tempi medi di recupero (intesi come il tempo in cui si registra il miglioramento e/o la risoluzione del caso che possono manifestarsi anche oltre il termine del trattamento);
- e) N. medio di pacchetti per la condizione (ogni pacchetto prevede n.10 accessi);
- f) Tempo medio per seduta;
- g) Prestazioni diagnostico-valutative;
- h) Pacchetti di prestazioni di rieducazione funzionale e di terapia strumentale;
- i) Rationale scientifico;
- j) Tariffe per pacchetti di prestazioni;

**VALUTATO** che i profili riabilitativi di cui all’allegato Tecnico sono prescrivibili su ricettario regionale dal MMG/PLS;

**RITENUTO**, pertanto, che i profili riabilitativi di cui all’Allegato Tecnico rappresentano uno strumento che consente di perseguire i seguenti obiettivi:

- a) semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni;
- b) riduzione del tasso di inappropriatezza;
- c) riduzione liste di attesa per visita specialistica;
- d) ottimizzazione delle risorse;
- e) attività di monitoraggio e di reportistica periodica attraverso cui poter descrivere intensità d’uso e variabilità prescrittiva ed intervenire con azioni di audit e miglioramento;

**PRESO ATTO**, altresì:

- a. che secondo gli indirizzi della letteratura internazionale, per i soggetti con ridotta capacità motoria legata all’età (sindromi algiche da ipomobilità) l’accesso ad un programma di attività motoria risulta il percorso più appropriato;
- b. che tale percorso non è compreso nei livelli essenziali di assistenza assicurati dal Servizio sanitario regionale;
- c. che le frequenti condizioni per le quali sarebbe più appropriato utilizzare corsi di attività motoria, attualmente sono trattate con programmi di riabilitazione per i quali mancano solide evidenze di efficacia clinica;
- d. che risulta necessario attivare l’accesso a tali programmi anche attraverso enti ed associazioni



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

all'uopo deputati;

e. che la presa in carico di tali condizioni non sarà più erogabile a carico del SSR;

**CONSIDERATO** che

per le persone con esiti di patologie croniche stabilizzate (Ictus, vasculopatie cerebrali con conseguenze sul sistema extrapiramidale, Morbo di Parkinson) che non richiedono un intervento riabilitativo specialistico nelle specifiche componenti, ma interventi generali intesi a mantenere le condizioni motorie legate all'autonomia ed autosufficienza ed al mantenimento generale della qualità della vita, è opportuno prevedere, in attesa di soluzioni alternative e per un periodo transitorio di 12 mesi, una presa in carico da parte dei presidi ambulatoriali attraverso l'erogazione di un profilo assistenziale definito

**ATTESO** che:

- a) l'attivazione della procedura prescrittiva ed erogativa basata sui profili riabilitativi di cui all'Allegato Tecnico richiede la modifica del nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni specialistiche afferenti alla branca di medicina fisica e riabilitativa presenti nei relativi pacchetti;
- b) i MMG/PLS, dalla data di applicazione del presente atto, non potranno prescrivere singolarmente le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa presenti nei pacchetti di cui all'Allegato tecnico – Parte B, dovranno invece prescrivere, esclusivamente in riferimento alle patologie indicate nello stesso allegato Tecnico, il profilo riabilitativo specifico per la condizione clinica;
- c) occorre prevedere la realizzazione di incontri di formazione per la corretta implementazione e utilizzazione dei profili riabilitativi rivolti ai MMG/PLS, agli specialisti prescrittori e al personale delle strutture di riabilitazione (medici specialisti, fisioterapisti e logopedisti);
- d) risulta necessario adeguare i flussi informativi attualmente in uso al fine di rilevare l'attività nelle modalità previste dal presente decreto;
- e) risulta opportuno fornire un report semestrale, contenente l'analisi sull'intensità d'uso e la variabilità prescrittiva dei profili riabilitativi che riporti i dati di comportamento medio riscontrati all'interno di ciascun distretto, di ciascuna ASL e dell'intero territorio regionale. Il report dovrà essere inviato alle direzioni delle Aziende Sanitarie, alle Aree di coordinamento regionali della sanità e alla struttura commissariale ai fini della programmazione sanitaria e al fine di intervenire con azioni di audit e di miglioramento;
- f) risulta necessario effettuare una verifica al termine dei 12 mesi di prima applicazione del presente decreto;

**VISTA** la DGRC n. 999 del 21.07.2007 recante "Compiti dell'Agenzia Regionale Sanitaria per la rilevazione ed il controllo delle prestazioni sanitarie – Determinazioni ai sensi della L.R. 18 novembre 1996 n. 25", che ha affidato all'ARSAN il compito di implementare, gestire e sviluppare i sistemi informativi delle prestazioni sanitarie;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

**RILEVATA** l'esigenza di dover assegnare all'ARSAN un periodo di 60 giorni, a far data dalla pubblicazione del presente atto, per l' adeguamento del sistema informativo regionale alle nuove modalità di rilevazione delle prestazioni di cui ai profili riabilitativi indicati nell' Allegato tecnico tenendo conto dell'esigenza di attivare la funzione di reportistica periodica;

**VISTA** la deliberazione n. 377 del 3 febbraio 1998 e successive modifiche ed integrazioni, con cui la Giunta Regionale della Campania ha emanato disposizioni atte a regolamentare la quantità e la qualità delle prestazioni erogabili da parte di strutture pubbliche e private stabilendo, per ciascuna branca ivi contemplata, i carichi di lavoro massimo erogabili da ogni struttura, parametrati all'organizzazione tecnologica, alla dotazione strutturale ed ai coefficienti di personale posseduti;

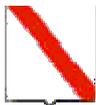
**VISTO** il decreto del commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario n. 25 del 5/4/2011 ad oggetto "Definizione per l'esercizio 2011 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, ex art. 44 e/o alla macroarea della salute mentale e sociosanitario";

**RITENUTO** necessario, alla luce di quanto stabilito con il suddetto decreto commissariale n. 25/2011 e delle innovazioni introdotte con il presente provvedimento, procedere alla modifica di alcuni standards previsti dalla DGRC n 377/98, relativamente ai presidi di assistenza specialistica ambulatoriale, intra od extraospedalieri autorizzati ai sensi della D.G.R.C. 7301/2001, accreditati o provvisoriamente/ temporaneamente accreditati; che erogano attività indirizzate nei confronti di disabilità transitorie e/o minimali che richiedono un semplice e breve intervento terapeutico funzionale, per i quali non è previsto il possesso di una equipé riabilitativa, ridefinendo requisiti di personale come di seguito riportato che sostituisce quanto previsto dalla DGRC 377/98:

- a) un Direttore Responsabile Medico Specialista a tempo pieno;
- b) personale dedicato alle attività amministrative e contabili in quantità adeguata ai volumi di attività della struttura;
- c) professionisti della riabilitazione (fisioterapisti e logopedisti) in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta e ai tempi di erogazione dei singoli profili riabilitativi. I presidi possono intrattenere rapporti libero-professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino a un massimo del 28% di personale destinato all'assistenza;
- d) medici specialisti consulenti per almeno n. 2 accessi settimanali in relazione alla tipologia delle condizioni di cui all'Allegato Tecnico del presente provvedimento;
- e) il numero dei profili riabilitativi erogabili dalle strutture accreditate o provvisoriamente/ temporaneamente accreditate ed il relativo numero di pacchetti di prestazioni è vincolato al tetto di struttura;

**PRESO ATTO** del rapporto sulle attività di FKT contenente anche l'analisi dei costi effettuata sulla nuova modalità prescrittiva basata su pacchetti di prestazioni per profilo assistenziale elaborata dall'ARSAN;

**CONSIDERATO** che dall'attuazione del presente provvedimento non derivano ulteriori oneri di spesa a carico delle Aziende Sanitarie e del bilancio regionale;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

**PRECISATO** che per tutto quanto non integrato o modificato dal presente decreto si applicano le disposizioni recate dal decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario n. 32 del 22 giugno 2010;

## DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto;
2. di recepire integralmente l'allegato documento tecnico, elaborato dalla Commissione regionale prevista dal decreto del commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro del Settore sanitario n. 32 del 22 giugno 2010 e nominata con decreto commissariale n. 69 del 24 novembre 2010. Tale documento, che viene allegato al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale (Allegato tecnico - Parte A; Parte B;- Parte C- Parte D;), contiene le procedure di prescrizione, di erogazione e di verifica delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per patologie semplici, basata su specifici profili riabilitativi;
3. di stabilire:
  - 3.1 che i profili riabilitativi riguardano condizioni cliniche che richiedono un semplice e breve programma terapeutico-riabilitativo attuabile attraverso le prestazioni previste dal D.M. 22/7/1996 e succ. modif. e int., di assistenza specialistica ambulatoriale e non richiedono un'equipe riabilitativa. Essi sono erogabili nell'ambito del S.S.R. presso i presidi di assistenza specialistica ambulatoriale intra od extraospedalieri autorizzati ai sensi della D.G.R.C. 7301/2001, pubblici e privati accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati, che erogano attività indirizzate nei confronti di disabilità transitorie e/o minimali (presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale );
  - 3.2 che le modalità di prescrizione e di erogazione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per patologie semplici previste dal decreto commissariale n. 32/2010 sono sostituite con quanto indicato nel "percorso prescrittivo ed erogativo delle prestazioni di recupero e rieducazione funzionale per patologie semplici" definito nell'Allegato Tecnico – Parte A del presente provvedimento a partire dal giorno 01/01/2012;
  - 3.3 che viene superato il sistema di pagamento di tariffe per singola prestazione ed introdotta la remunerazione per ciascun pacchetto prestazionale per la quale si è ritenuto di individuare la Regione Toscana come benchmark ed assumendo quale riferimento la delibera adottata dalla medesima regione avente ad oggetto "*Percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (allegato 2b, DPCM 29 novembre 2001)*";
  - 3.4 che i profili riabilitativi di cui all'allegato Tecnico sono prescrivibili su ricettario regionale dal MMG/PLS;
  - 3.5 che il nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni di assistenza specialistica afferenti alla branca di medicina fisica e riabilitativa, di cui alla DGRC 1874 del 31 marzo 1998 e



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

successive modifiche ed integrazioni, è modificato con i profili riabilitativi e le relative tariffe e riportato nell'Allegato tecnico Parte D del presente provvedimento;

3.6 che a partire dall'1 gennaio 2012 non sarà possibile prescrivere singolarmente le prestazioni incluse nei "Pacchetti Prestazioni" indicati nell'allegato Tecnico parte B. Le "Prestazioni diagnostiche valutative", indicate nello stesso allegato, potranno essere prescritte singolarmente a scopo diagnostico; se erogate all'interno dei "Pacchetti Prestazioni" non generano costi aggiuntivi; il MMG/PLS potrà prescrivere, esclusivamente in riferimento alle condizioni individuate nell'Allegato tecnico del presente atto, ed ivi numerate dal n. 1 al n. 36, il profilo riabilitativo connesso alla stessa per la quale viene richiesto l'intervento, demandando alla competenza della struttura erogatrice, pubblica o privata accreditata o provvisoriamente / temporaneamente accreditata, la possibilità di scegliere, tra quelli indicati, il pacchetto di prestazioni appropriato allo specifico caso clinico trattato;

3.7 che le prestazioni previste dal nomenclatore tariffario di cui al DGRC 1874 del 31 marzo 1998, indicate con i codici sottoelencati, potranno essere prescritte con le procedure previste al punto 2 del decreto n. 32/2010 in quanto sono riferibili a patologie complesse erogabili presso i Centri ambulatoriali di riabilitazione

9336	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
9337	TRAINING PRENATALE
9346	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI
93711	TRAINING PER DISLESSIA
93713	TRAINING PER DISCALCULIA
93714	TRAINING PER DISCALCULIA
93721	TRAINING PER DISFASIA
93781	RIABILITAZIONE DEL CIECO
9383	TERAPIA OCCUPAZIONALE
93831	TERAPIA OCCUPAZIONALE
93892	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI
93893	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI
9391	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE
9399	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE

3.8 che sono eliminate dal suddetto nomenclatore le prestazioni di seguito specificate in quanto non rispondono ai nuovi criteri di prescrizione ed erogazione previsti dal presente provvedimento:

9329	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'
93.353	PARAFFINOTERAPIA
93113	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE A DOMICILIO

3.9 che la ricetta medica può contenere fino al numero massimo di pacchetti di prestazioni indicato per ciascun profilo medio riabilitativo di cui all'allegato Tecnico – Parte B – del presente documento, nel rispetto di quanto previsto dal DM 20 ottobre 1998;

3.10 che esclusivamente per le condizioni croniche stabilizzate negli esiti (Ictus, vasculopatie cerebrali con conseguenze sul sistema extrapiramidale, Morbo di Parkinson), si stabilisce un periodo transitorio, dall'applicazione delle nuove modalità prescrittive ed erogative, di mesi 12 per



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

facilitare il passaggio dalla gestione di tali problematiche da una modalità esclusivamente sanitaria a quella di self management e di coinvolgimento della comunità locale che risulta più appropriata. In tale periodo sarà ancora possibile erogare nei presidi di assistenza specialistica ambulatoriale, intra od extraospedalieri, autorizzati ai sensi della D.G.R.C. 7301/2001, pubblici e privati accreditati o provvisoriamente/ temporaneamente accreditati, il profilo assistenziale di attività motoria indicato con il n. 37 nell'allegato Tecnico – Parte B. L'accesso a tale percorso avviene su prescrizione del Medico di Medicina generale analogamente ai profili riabilitativi previsti per le patologie semplici; tale periodo consentirà di attivare le soluzioni di presa in carico alternative onde evitare il ricorso a livelli assistenziali meno appropriati quanto più economicamente onerosi;

3.11 che se una delle condizioni indicate nell'allegato tecnico – Parte B si verifica in persone che presentano una delle condizioni sottoelencate, il MMG/PLS deve richiedere visita specialistica del medico prescrittore di prestazioni riabilitative dell'ASL, eventualmente a domicilio, che, valutato il caso e identificati i bisogni, individuerà il livello assistenziale più appropriato (cure domiciliari prestazionali o prestazioni di riabilitazione per caso complesso da erogare presso i centri ambulatoriali di riabilitazione).

- a) Scompenso cardiaco 3<sup>a</sup>/4<sup>a</sup> classe NYHA
- b) Insufficienza respiratoria in ossigenoterapia
- c) Esiti recenti di accidenti cerebrovascolari
- d) Patologie neoplastiche in stato terminale
- e) Gravi demenze
- f) Patologie gravi

3.12 che le prestazioni riabilitative volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali potranno essere garantite nell'ambito della più ampia offerta di cure domiciliari secondo gli indirizzi del documento del Ministero della Salute 2006 la "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" di cui alla D.G.R.C. 41 del 14/02/2011;

3.13 che per i presidi di assistenza specialistica ambulatoriale intra od extraospedalieri autorizzati ai sensi della D.G.R.C. 7301/2001, accreditati o provvisoriamente/temporaneamente accreditati che erogano attività indirizzate nei confronti di disabilità transitorie e/o minimali richiedenti un semplice e breve intervento terapeutico funzionale, sono ridefiniti i requisiti di personale come di seguito riportato che sostituisce quanto previsto dalla DGRC 377/98:

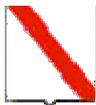
- a) un Direttore Responsabile Medico Specialista a tempo pieno;
- b) personale dedicato alle attività amministrative e contabili in quantità adeguata ai volumi di attività della struttura;
- c) professionisti della riabilitazione (fisioterapisti e logopedisti) in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta e ai tempi di erogazione dei singoli profili riabilitativi. I presidi possono intrattenere rapporti libero-professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino a un massimo del 28% di personale destinato all'assistenza;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- d) medici specialisti consulenti per almeno n. 2 accessi settimanali in relazione alla tipologia di condizioni di cui all'Allegato Tecnico del presente provvedimento;
  - e) il numero dei profili riabilitativi erogabili dalle strutture accreditate o temporaneamente/provvisoriamente accreditate o ed il relativo numero di pacchetti di prestazioni è vincolato al tetto di struttura;
4. di dare mandato alle AA.SS.LL. di informare i MMG/PLS, i medici specialisti e le strutture erogatrici degli adempimenti connessi al presente decreto;
  5. di assegnare all'ARSAN un periodo di 60 giorni a far data dalla pubblicazione del presente atto per l' adeguamento del sistema informativo regionale alle nuove modalità di rilevazione delle prestazioni di cui ai profili riabilitativi indicati nell' Allegato tecnico tenendo conto dell'esigenza di attivare la funzione di reportistica periodica;
  6. di dare mandato all'ARSAN di inviare il report semestrale, contenente l'analisi sull'intensità d'uso e la variabilità prescrittiva dei profili riabilitativi che riporti i dati di comportamento medio riscontrati all'interno di ciascun distretto, di ciascuna ASL e dell'intero territorio regionale, alle direzioni delle Aziende Sanitarie, alle Aree di coordinamento regionali della sanità e alla struttura commissariale ai fini della programmazione sanitaria;
  7. di fare obbligo alla struttura erogatrice di dare immediata comunicazione, all'U.O.A.R. di residenza dell'assistito, dell'avvenuta presa in carico del paziente inviando la scheda riabilitativa riportante gli esiti della prima valutazione ed il programma riabilitativo definito, per consentire, prima del termine dei trattamenti prescritti, le verifiche da parte degli specialisti prescrittori di prestazioni riabilitative individuati dalle ASL. A tal fine, sarà cura del Direttore del Distretto, attraverso la UO della riabilitazione,, di effettuare la programmazione delle ore dei medici specialisti prescrittori di prestazioni riabilitative da dedicare alle verifiche presso le strutture erogatrici con modalità definite a livello locale;
  8. di dare alle UU.OO.AA. RR il compito di verificare trimestralmente l'appropriatezza ed i risultati degli interventi, programmati ed erogati dalle strutture nell'ambito dei profili riabilitativi prescritti dal MMG/PLS, per almeno un campione del 10% degli assistiti; l' eventuale accertata inappropriatazza comporterà il mancato pagamento del corrispettivo; le UU.OO.AA. sono tenute anche al controllo dei requisiti di organizzazione e di personale verificando la loro adeguatezza in relazione al numero di accessi ambulatoriali, alla tipologia dell'attività svolta e ai tempi di erogazione previsti nei programmi riabilitativi;
  9. di impegnare le Aziende Sanitarie ad attivare sul proprio territorio una adeguata diffusione del documento allegato oltre ad incontri di formazione rivolti a tutti gli operatori sanitari, pubblici e privati accreditati, interessati;
  10. di stabilire, altresì:
    - 10.1 che la struttura commissariale si riserva di effettuare una verifica completa sull'andamento e sulle ricadute degli indirizzi e delle procedure previste dal presente decreto al termine del primo anno di applicazione;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- 10.2 che per tutto quanto non integrato o modificato dal presente decreto si applicano le disposizioni recate dal decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario n. 32 del 22 giugno 2010;
- 10.3 che il presente provvedimento è trasmesso al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e sarà modificato con successivi atti di questo Commissario a seguito di eventuali prescrizioni ministeriali;
- 10.4 che il presente provvedimento è trasmesso, a cura della struttura commissariale, all'ARSAN, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la pubblicazione nel BURC;
11. di precisare che dall'attuazione del presente provvedimento non derivano ulteriori oneri di spesa a carico delle Aziende Sanitarie e del bilancio regionale;

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro

*Si esprime parere favorevole:*

Il Sub Commissario ad Acta  
Dott. Mario Morlacco

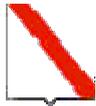
Il Coordinatore della A.G.C. 19  
Dott. Albino D'Ascoli

Il Coordinatore della A.G.C. 20  
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del Settore Fasce Deboli della A.G.C. 20  
Dott.ssa Rosanna Romano

Il Dirigente del Servizio Economico – Finanziario della A.G.C. 19  
Dott. Giancarlo Ghidelli

L'estensore  
Sig.ra Luisa Cappitelli



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

## ALLEGATO TECNICO - PARTE A)

La “Commissione di monitoraggio dell’applicazione delle linee guida regionali per la riabilitazione e per la definizione di modalità di prescrizione e controllo delle prestazioni di assistenza ambulatoriale e domiciliare di medicina fisica e riabilitativa”, istituita con Decreto del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario n. 69 del 24 novembre 2010, ha elaborato il presente documento nell’ambito delle attività volte alla realizzazione di un sistema di accesso alle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa basato su specifici profili assistenziali ed alla attivazione della funzione di monitoraggio e reportistica periodica per la rilevazione della intensità d’uso e della variabilità prescrittiva.

Obiettivi del lavoro:

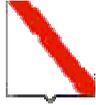
- Semplificazione del percorso di accesso ai trattamenti;
- Maggiore appropriatezza prescrittiva ed erogativa
- Ottimizzazione delle risorse
- Monitoraggio dei profili prescrittivi e interventi di miglioramento

Il documento si riferisce agli interventi di riabilitazione estensiva, erogati presso i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale, come individuati dal DPR 14/01/1997 e dalla DGRC 7301/2001, rivolti al trattamento di disabilità transitorie e/o minimali che richiedono un semplice e breve programma terapeutico-riabilitativo attuabile attraverso il ricorso alle prestazioni previste dal D.M. 22/7/1996, di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, e successive modifiche ed integrazioni.

La commissione ha elaborato i profili assistenziali relativi alla gestione riabilitativa delle patologie semplici, acute e immediatamente post-acute, con l’obiettivo di adattare le risorse ai bisogni assistenziali dei cittadini fornendo il massimo delle prestazioni valutate appropriate a livello nazionale e regionale e quindi ritenute **Livello Essenziale Assistenziale**.

Le condizioni cliniche, cui si riferiscono i profili riabilitativi, sono state individuate secondo le seguenti caratteristiche:

- condizioni cliniche acute o in fase di riacutizzazione e/o immediatamente post acute che hanno determinato una disabilità di tipo segmentario riferibili alle patologie semplici e suscettibili di modificabilità (senza esiti in disabilità strutturata);
- necessità di un unico programma riabilitativo elaborato e condotto da un singolo professionista della riabilitazione
- durata per singola seduta mediamente di 30’



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- interventi erogabili nei presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale ospedalieri o territoriali.

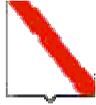
Ciascun Profilo Riabilitativo è accompagnato da un breve razionale scientifico supportato dalle evidenze disponibili nella letteratura in modo da poterne confermare l'appropriatezza prescrittiva. Laddove non disponibili, si è provveduto a inserire delle indicazioni Good Practice Point elaborate dal gruppo di lavoro.

La tabella con i profili riabilitativi, che costituisce l'Allegato tecnico – Parte B), è stata redatta con lo scopo di individuare, per ciascuna patologia:

- a) Classificazione secondo ICD 9 CM, ICD X, ICF
- b) Tempo appropriato di inizio dall'evento (oltre all'evento acuto si intende anche quello della prima diagnosi)
- c) Obiettivi dell'intervento
- d) Tempi medi di recupero (intesi come il tempo in cui si registra il miglioramento e/o la risoluzione del caso che possono manifestarsi anche oltre il termine del trattamento)
- e) N. medio di pacchetti per la condizione (ogni pacchetto prevede n.10 accessi)
- f) Tempo medio per accesso
- g) Prestazioni diagnostico-valutative
- h) Pacchetti di prestazioni di rieducazione funzionale e di terapia strumentale
- i) Razionale scientifico

I profili assistenziali, dettagliatamente esposti nella tabella allegata sono i seguenti:

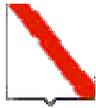
- 1. Paresi del nervo faciale**
- 2. Mononeuriti dell'arto superiore e inferiore di origine meccanica e non meccanica e neuriti multiple**
- 3. Monoartriti** (solo in caso di riacutizzazioni) comprese le riacutizzazioni localizzate in corso di artrite reumatoide
- 4. Fratture arto superiore:**
  - a) Frattura della clavicola (esiti funzionali)
  - b) Frattura della scapola (esiti funzionali)
  - c) Frattura omero compreso paletta omerale (esiti funzionali)
  - d) Frattura radio, ulna (esiti funzionali)
  - e) Frattura ossa carpo e metacarpo (esiti funzionali)
  - f) Frattura di una o più falangi della mano (esiti funzionali)
- 5. Lussazioni arto superiore**
  - a) Lussazione della spalla (esiti funzionali)
  - b) Lussazione del gomito (esiti funzionali)
  - c) Lussazione del polso (esiti funzionali)



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- d) Lussazione delle dita della mano (esiti funzionali)
- 6. Distorsioni dell'arto superiore**
  - a) Distorsione della spalla compreso instabilità gleno omerale (esiti funzionali)
  - b) Distorsione del gomito (esiti funzionali)
  - c) Distorsione del polso (esiti funzionali)
- 7. Lesioni della spalla** (compreso rottura atraumatica della cuffia dei rotatori)
- 8. Traumatismo dei nervi della spalla e del braccio - esiti funzionali-** (compreso avambraccio polso e mano)
- 9. Traumatismo dei muscoli e dei tendini della spalla e del braccio** (compreso avambraccio, polso mano - esiti funzionali)
- 10. Frattura collo femore e di altre parti non specificate del femore di tipo traumatico** (in soggetto < 65 anni) (esiti funzionali)
- 11. Fratture dell'arto inferiore**
  - a) Frattura della rotula (esiti funzionali)
  - b) Frattura della tibia e del perone (esiti funzionali)
  - c) Frattura della caviglia (esiti funzionali)
  - d) Frattura di una o più ossa del tarso e metatarso (esiti funzionali)
  - e) Frattura di una o più falangi del piede (esiti funzionali)
- 12. Lussazioni arto inferiore**
  - a) Lussazione del ginocchio (esiti funzionali)
  - b) Lussazione della caviglia (esiti funzionali)
  - c) Lussazione del piede (esiti funzionali)
- 13. Distorsioni arto inferiore**
  - a) Distorsione dell'anca (esiti funzionali)
  - b) Distorsione del ginocchio (esiti funzionali)
  - c) Distorsione della caviglia (esiti funzionali)
- 14. Disturbi della rotula, lesioni capsulo-legamentose del ginocchio e del menisco**
- 15. Traumatismo di nervi dell'anca e della coscia (compreso gamba, caviglia e piede) esiti funzionali**
- 16. Traumatismo di muscoli e tendini della gamba** (esiti funzionali)
- 17. Frattura della colonna vertebrale senza menzione di lesione del midollo spinale**
- 18. Frattura del bacino** (esiti funzionali)
- 19. Lussazione della mandibola** (esiti funzionali)
- 20. Distorsione del rachide, della regione sacroiliaca e di altre parti non specificate del dorso** (esiti funzionali)
- 21. Disturbi dei plessi e delle radici nervose** (associata a stenosi del canale vertebrale cervicale o lombare) Solo in presenza di limitazione algofunzionale
- 22. Compressione dei plessi e delle radici nervose** (associata a sindrome brachialgica o sciatalgica) Solo in presenza di limitazione algofunzionale persistente
- 23. Limitazione algofunzionale da mal dischi acuto/postacuto** Persistente (2-3 sett.) e o recidivante
- 24. Alterazioni di continuità dell'osso** (Mancata consolidazione)



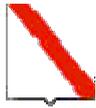
*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- 25.a) Calcificazione e ossificazione dei muscoli (come complicanza di eventi traumatici recenti);**
- b) Malattie dei tessuti molli correlati ad uso, uso eccessivo, pressione**
- 26. Esiti di intervento per impianto di artroprotesi**
  - a) Ginocchio
  - b) Spalla
  - c) Anca
- 27. Trauma da parto del sistema nervoso periferico senza lesione completa del tronco nervoso (paralisi ostetrica)**
- 28. Deformità congenita dell'anca seguito di trattamento ortopedico (displasia dell'anca)**
- 29. Deformazione dei piedi (piede torto congenito)**
- 30. Torcicollo miogeno congenito del neonato**
- 31. Disturbi della voce di origine funzionale (compresi noduli, polipi, edemi e prolapsi) e negli esiti di cordectomia semplice e paralisi cordale ricorrente**
- 32. Disturbi semplici del linguaggio (late talkers, disturbi fonetici semplici)**
- 33. Disturbi miofunzionali odontofacciali (inclusa deglutizione atipica)**
- 34. Disturbo respiratorio semplice senza insufficienza respiratoria**
- 35. Sequele di assistenza chirurgica e medica**
  - a) Linfedema degli arti (post mastectomia arto superiore o altre condizioni patologiche arto inferiore)
  - b) Incontinenza urinaria e/o fecale
- 36. Disturbi infiammatori delle parti molli articolari**
  - a) Disturbi delle sinovie con limitazione algofunzionale
  - b) Borsopatie con limitazione algofunzionale
  - c) Entesopatie con limitazione algofunzionale

Secondo gli indirizzi della letteratura internazionale, per i soggetti con ridotta capacità motoria legata all'età (sindromi algiche da ipomobilità), l'accesso ad un programma di attività motoria risulta il percorso più appropriato. Per maggiore chiarezza si sottolinea che si intendono per **Sindromi algiche da ipomobilità** condizioni di artrosi con disturbo algofunzionale ed altre artropatie non specificate con disturbo algofunzionale caratterizzate da un andamento cronicizzante e con bisogno di adattamento del proprio stato di vita attraverso attività motorie e di self management.

Tale percorso oltre ad assicurare effetti positivi specifici sul miglioramento del dolore, ha il vantaggio di promuovere l'adesione a corretti stili di vita, di favorire le relazioni sociali, di ridurre il rischio di ansia e depressione che rappresenta uno dei più importanti fattori di rischio di sedentarietà dell'anziano. Queste prestazioni sono considerate attività non sanitarie e quindi non erogabili nell'ambito della specialistica ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione.



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Come chiaramente esplicitato dal Piano di indirizzo della Riabilitazione 2011, il Piano nazionale della prevenzione (2010 – 2012) ha valorizzato il ruolo dell'attività fisica nel promuovere non solo il benessere nelle persone sane, ma anche l'azione fondamentale di contrasto nel determinismo della cronicità e disabilità come logico e fisiologico proseguimento della riabilitazione. Il processo riabilitativo riveste infatti un ruolo indispensabile fino a quando è possibile ottenere, nelle persone, un cambiamento attivo del livello di funzionamento; oltre tale limite è, però, necessario pensare ad un adeguamento dello stile di vita della persona con disabilità analogamente a quanto avviene per persone con altri disturbi cronici. Nelle malattie croniche la sedentarietà diventa il minimo comune denominatore che determina e accelera il processo di disabilità.

Per le persone con esiti di patologie croniche stabilizzate (Ictus, vasculopatie cerebrali con conseguenze sul sistema extrapiramidale, Morbo di Parkinson) che non richiedono un intervento riabilitativo specialistico nelle specifiche componenti, ma interventi generali intesi a mantenere le condizioni motorie legate all'autonomia ed autosufficienza ed al mantenimento generale della qualità della vita, è opportuno prevedere, in attesa di soluzioni alternative e per un periodo transitorio di 12 mesi, una presa in carico da parte dei presidi ambulatoriali attraverso l'erogazione di un profilo assistenziale definito che preveda la valutazione preliminare, sedute di educazione e di self management e un corso di attività motoria di gruppo con frequenza bisettimanale per un massimo di 20 accessi. Il profilo assistenziale specifico è indicato nella tabella (Allegato tecnico – parte B) al n. 37.

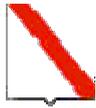
Nel corso dei 12 mesi l'accesso a tale percorso avviene su indicazione del Medico di Medicina generale analogamente ai profili riabilitativi previsti per le patologie semplici.

La gestione dei casi complessi, relativi a elevato grado di disabilità nelle ADL e che richiedono un trattamento multiprofessionale che effettui una presa in carico onnicomprensiva nel lungo termine mediante un Progetto Riabilitativo Individuale che preveda molteplici programmi terapeutici, si svolge nei Centri ambulatoriali di riabilitazione.

### **Percorso prescrittivo ed erogativo delle prestazioni di recupero e rieducazione funzionale per patologie semplici**

1) I profili riabilitativi relativi alle condizioni indicate nella tabella allegata, sono prescritti, utilizzando il ricettario regionale, dal MMG/PLS: in presenza di diagnosi certa; in presenza di documentazione clinica e/o indicazione al trattamento riabilitativo rilasciati a seguito di ricovero ospedaliero; ricorrendo a visita specialistica. Sul ricettario dovrà essere riportata la seguente dicitura: “n..... pacchetti per profilo riabilitativo n.....” indicando, come norma, il motivo clinico per il quale viene richiesto l'intervento.

Il MMG/PLS può ricorrere alla prescrizione fino al raggiungimento del numero di pacchetti previsti dal profilo medio di ciascuna condizione (es. paresi del nervo faciale: n. 3 pacchetti). Qualora lo ritenga opportuno, o in presenza di persone che presentano una delle condizioni sottoelencate, il MMG/PLS deve richiedere la visita specialistica del medico prescrittore di



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

prestazioni riabilitative individuato dalla ASL, eventualmente a domicilio che, valutato il caso ed individuati i bisogni, individuerà il livello assistenziale più appropriato.

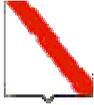
- Scompenso cardiaco 3<sub>a</sub>/4<sub>a</sub> classe NYHA
- Insufficienza respiratoria in ossigenoterapia
- Esiti recenti di accidenti cerebrovascolari
- Patologie neoplastiche in stato terminale
- Gravi demenze
- Patologie gravi

2) Il paziente, munito di prescrizione, si rivolge direttamente al Presidio Ambulatoriale di Recupero e Rieducazione Funzionale, pubblico o provvisoriamente accreditato, che lo prende in carico e ne assume la responsabilità, attraverso i propri specialisti ed i professionisti della riabilitazione, della valutazione e della classificazione del paziente secondo i codici ICF indicati nella tabella. In relazione alla valutazione saranno individuati gli obiettivi e definito il programma riabilitativo in termini di durata complessiva del trattamento, tipo di prestazioni, scelte nell'ambito dei pacchetti relativi al profilo riabilitativo prescritto, indicando il tempo dedicato a ciascuna di esse, il setting di trattamento (individuale o di gruppo), la frequenza settimanale ed l'eventuale scelta specialistica motivata. Tutte le informazioni relative al paziente, alla classificazione, agli strumenti di valutazione utilizzati, al programma riabilitativo e agli obiettivi devono essere riportate nella Scheda Riabilitativa per patologie semplici, di cui si allega facsimile (Allegato Tecnico – parte (C)). Per ciascun profilo riabilitativo prescritto sono previste n. 2 (due) valutazioni, una iniziale ed una finale, al di fuori del tempo dedicato al trattamento e non generano costi aggiuntivi.

3) Il paziente esegue il trattamento come da programma.

4) La struttura che ha preso in carico il paziente ne dà comunicazione all'U.O.A.R. di residenza dell'assistito, inviando la scheda riabilitativa riportante gli esiti della prima valutazione ed il programma riabilitativo definito, per consentire, prima del termine dei trattamenti prescritti, le verifiche da parte degli specialisti prescrittori di prestazioni riabilitative individuati dalle ASL a campione presso le diverse strutture erogatrici del territorio;

5) Al termine del trattamento, la Scheda Riabilitativa, completata in tutte le sue parti, viene consegnata al MMG/PLS per il tramite del paziente. Una copia della stessa viene recapitata, a cura della struttura, all'U.O. di riabilitazione del distretto di residenza del paziente che la inserisce nel fascicolo personale per le attività di monitoraggio e controllo previste al punto 8 del decreto commissariale n. 32/2010.



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

6) Nel caso in cui il profilo assistenziale medio, indicato per ciascuna patologia, non fosse sufficiente per la soluzione del problema, il MMG/PLS, dopo aver preso visione della scheda riabilitativa esibita dal paziente, richiede visita specialistica del medico prescrittore di prestazioni riabilitative specificando che trattasi di “Visita specialistica per verifica programma profilo riabilitativo n. \_\_\_”.

7) Il medico prescrittore, dopo aver preso visione della scheda riabilitativa e visitato il paziente, se ritiene opportuno, potrà dare indicazione di ampliamento del profilo riabilitativo con richiesta motivata considerando che i tempi di recupero possono essere stati influenzati da gravità della lesione, tipo di danno, complicanze, età.

8) Il MMG/PLS prescriverà, su ricettario regionale, il prolungamento del trattamento indicando il n. di pacchetti ed il relativo profilo riabilitativo e bifferà la lettera “S” di suggerita sulla ricetta del SSR indicando, nel campo a disposizione della Regione, il codice identificativo dello specialista induttore della prescrizione.

Il profilo relativo alla condizione n. 31 può essere erogato solo in piccoli gruppi da 3 a 5 persone. Per gli adulti è necessario che i gruppi siano omogenei per genere e tipologia del disturbo che preveda stessa tipologia di presa in carico.

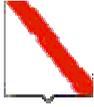
I profili relativi alle condizioni n. 33 e 34 possono essere erogati sia in forma individuale che di piccolo gruppo (da 3 a 5 persone).

Il profilo relativo alla condizione n. 29 può essere utilizzato dopo ogni trattamento interventistico sia chirurgico che di immobilizzazione con apparecchio esterno.

Dall'applicazione delle nuove modalità prescrittive ed erogative dei profili riabilitativi per le patologie semplici, non sarà più possibile prescrivere singolarmente le prestazioni incluse nei pacchetti indicati per ciascun profilo riabilitativo.

Viene superato, di conseguenza, il sistema di pagamento di tariffe per singola prestazione ed introdotta la remunerazione per ciascun pacchetto prestazionale per la quale si è ritenuto di individuare la Regione Toscana come benchmark ed assumendo quale riferimento la delibera adottata dalla medesima regione ad oggetto “Percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (allegato 2b, DPCM 29 novembre 2001)”.

Le tariffe relative a ciascun profilo riabilitativo sono riportate nell'Allegato tecnico – Parte B. Le prestazioni previste dal nomenclatore tariffario di cui al DGRC 1874 del 31 marzo 1998, indicate con i codici sottoelencati, potranno continuare ad essere prescritte con le procedure previste al punto 2 del decreto n. 32 in quanto relative a patologie complesse erogabili presso i Centri ambulatoriali di riabilitazione



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

9336 RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA  
9337 TRAINING PRENATALE  
9346 ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI  
93711 TRAINING PER DISLESSIA  
93713 TRAINING PER DISCALCULIA  
93714 TRAINING PER DISCALCULIA  
93721 TRAINING PER DISFASIA  
93781 RIABILITAZIONE DEL CIECO  
9383 TERAPIA OCCUPAZIONALE  
93831 TERAPIA OCCUPAZIONALE  
93892 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI  
93893 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI  
9391 RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE  
9399 ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE

Si dispone di eliminare dal suddetto nomenclatore le prestazioni di seguito specificate in quanto non rispondono ai nuovi criteri di prescrizione ed erogazione previsti dal presente provvedimento.

93.29 ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'  
93353 PARAFFINOTERAPIA  
93113 RIEDUCAZIONE MOTORIA A DOMICILIO

Sarà necessario aggiornare il flusso informativo regionale, relativo alla specialistica ambulatoriale, al fine di adeguare il contenuto dei tracciati record vigenti alle esigenze informative che scaturiscono dalle nuove modalità prescrittive ed erogative previste nel presente documento, nonchè realizzare un sistema di reportistica periodica che consenta di avviare contestualmente un programma di audit che permetterà di produrre un report periodico per il MMG/PLS e le ASL al fine di valutare la variabilità di utilizzo rispetto alla media e l'appropriatezza d'uso per individuare obiettivi misurabili di miglioramento.

Dovranno realizzarsi incontri di formazione per la corretta implementazione e utilizzazione dei nuovi profili riabilitativi. La formazione dovrà essere rivolta ai MMG/PLS, agli specialisti territoriali prescrittori e al personale delle strutture di riabilitazione (medici specialisti, fisioterapisti e logopedisti).

Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
1 Paresi del nervo faciale	351.0	G51	b280 b730 b760	s230 s310 s320	d110 d330 d350	7 - 30	Identificati dai codici ICF	90	3	30'	a) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare b) 93.08.1 EMG semplice c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice (incluso BFB); b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.6 elettroterapia muscoli normo o denervati viso o mano b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	L'elettroterapia, gli esercizi, il biofeedback, la terapia manuale e il laser sono le modalità terapeutiche più usate in modalità combinata in quanto non sono evidenti risultati di efficacia per somministrazione di singoli trattamenti (Review Cochrane 2008 Texeira LJ et al.). La somministrazione in fase precoce di specifiche tecniche propriocettive neuromuscolari fisioterapiche ha possibilità di ottenere un recupero migliore e più veloce (RCT "Role of Kabat physical therapy in Bell's palsy" 2010 Barbana M et al.) Per le forme sub acute i tempi di recupero sono più brevi rispetto alle forme croniche.	Costo di un pacchetto in Euro  202,3
2 Mononeuriti dell'arto superiore e inferiore di origine meccanica e non meccanica e neuriti multiple	354 / 355	G56	b260 b265 b270 b280 b279 b710 b730	s730 s760	d430 d440 d445 d510 d520 d540 d550 d620 d630	7 - 30	Identificati dai codici ICF	150	3	30'	a) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare b) 93.08.1 EMG semplice c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice (incluso BFB) b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.6 elettroterapia muscoli normo o denervati viso o mano b) 93.39.7 elettroterapia muscoli altri distretti c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l'indispensabile complemento alle terapie per le mononeuriti e l'opzione terapeutica di elezione in modalità combinata e personalizzata all'interno di un programma fisioterapico, in quanto non esiste una chiara superiorità di uno specifico approccio di trattamento, mentre c'è evidenza di efficacia di interventi specifici in casi specifici e circoscritti (Cochrane Review 2003- Green S. et al.).La terapia manuale inoltre, associata ad esercizi domiciliari, in particolare nelle modalità attive rispetto alle passive, migliora l'intensità, la qualità del dolore e i livelli di intensità funzionale, (RCT 2002 – Allison GT. Et al.)	202,3
3 Monoartriti SOLO in caso di riacutizzazioni comprese le riacutizzazioni localizzate in corso di artrite reumatoide	da 716,60 a 716,68	M13	b280 b710	s710 s720 s730 s740 s750 s760 s770	d410 d415 d420 d430 d435 d445 d640	7 - 21	Identificati dai codici ICF	45	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.8 Magnetoterapia a bassa frequenza b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Allo stato attuale l'esercizio terapeutico, pur statisticamente non significativo sulla qualità di vita e sulla capacità aerobica del paziente con monoartrite (Cochrane Review 2008 - Takken T et al.), è raccomandato dalle evidenze scientifiche disponibili, unitamente a programmi post-trattamento e a modelli di autogestione del paziente, quale parte essenziale del trattamento conservativo delle monoartriti (Systematic Review 2010 - Smith N et al.). L'esercizio terapeutico consente nel breve periodo benefici in termini di riduzione del dolore e di miglioramento funzionale (Cochrane review 2008 - Fransen M et al.). Tra le opzioni terapeutiche aggiuntive, la terapia fisica manuale si rileva efficace (RCT 2001 - Fransen M et al.) associata a terapia fisica, migliora la forza muscolare e conduce a una migliore indipendenza funzionale.	195,05

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;

\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropiato dall'evento (GG)	Obiettivi/Interve	Tempi medi recupero	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x sessione	Prestazioni diagnostiche valutative almeno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzion	Struttu	Attivi							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
a) Frattura della clavicola (esiti funzionali)	810 811 812 813 814 815 816 817	S42 s52 s62	b280 b710 b715 b729 b730	S720	d220 d430 d440 d510 d520 d540 d550 d620 d630 d640 d650	0 - 7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione o dal rientro a domicilio dopo intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	120	2	30'	a) 93.04.02 valutazione manuale di funzione articolare: bilancio articolare muscolare Segmentario b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva per patologia semplice c) 93.11.2 Rieducazione motoria attiva e/o passiva per patologia complessa d) 93.26 Risoluzione manuale di aderenze articolari e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 elettroterapia di muscoli di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l'indispensabile complemento alla terapia chirurgica e/o di immobilizzazione delle fratture dell'arto superiore e l'opzione terapeutica di elezione in modalità combinata (massoterapia, mobilizzazione articolare, tecniche di neurofacilitazione propriocettiva) all'interno di un programma fisioterapico, in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per somministrazione di singoli trattamenti (Review Cochrane 2007 - Handoll HHG et al.). La riabilitazione motoria precoce delle fratture dell'arto superiore consente un recupero più rapido, con massimo risultato funzionale ottenuto a un anno (RCT 2007 - Lefevre Colau MM et al.). Nelle fratture non trattate chirurgicamente, non complicate e non scomposte, senza immobilizzazione, la rieducazione motoria precoce (Review Cochrane 2010 - Olliver BJ et al.) o un programma domiciliare di esercizi autosomministrati (RCCS 2009 - Gert D. Krischak et al.) sono una valida alternativa da preferire alla immobilizzazione convenzionale seguita da riabilitazione motoria ritardata. Il programma riabilitativo e la sua modalità di erogazione (frequenza giornaliera, setting terapeutico) verrà formulato sulla base della valutazione del paziente.	231,6
b) Frattura della scapola (esiti funzionali)															
c) Frattura omero compreso paletta omerale (esiti funzionali)															
d) Frattura radio, ulna (esiti funzionali)															
e) Frattura ossa carpo e metacarpo (esiti funzionali)															
f) Frattura di una o più falangi della mano (esiti funzionali)															

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;

\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato dall'evento (GG)	Obiettivi Interventi	Tempi medi recupero condizione	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x sessione	Prestazioni diagnostiche valutative almeno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)							
			Funzion	Struttu	Attivi							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale									
LUSSAZIONI ARTO SUPERIORE 5	a) Lussazione della spalla (esiti funzionali)	718.20				7 giorni dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione o dall'intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.05.02 Analisi dinamometrica dell'arto superiore o inferiore e del tronco c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.04 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.07 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l'indispensabile complemento alla terapia sia chirurgica che di immobilizzazione delle lussazioni degli arti e l'opzione terapeutica di elezione in modalità combinata all'interno di un programma fisioterapico, in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per somministrazione di singoli trattamenti (Review Cochrane 2004 - Handoll HHG, et al.): anche se le recidive sono minori nei pazienti trattati chirurgicamente rispetto agli altri (Systematic Review 2004- Gibson K et al.).	231,6							
	b) Lussazione del gomito (esiti funzionali)	718.21 718.22 718.23 718.24																				
	c) Lussazione del polso (esiti funzionali)	718.31 718.32 718.33 718.34	s43 s53 s63	b280 b710 b715 b730	s730											d430 d440 d475 d510 d520 d540 d550 d620 d640						
	d) Lussazione delle dita della mano (esiti funzionali)	831 832 833 834																				
DISTORSIONI DELL'ARTO SUPERIORE 6	a) Distorsione della spalla (compreso instabilità gleno omerale) (esiti funzionali)					7 - 10 giorni dall'evento	Identificati dai codici ICF	30	1	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) 93.19.1 Esercizi posturali e propriocettivi c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Un intervento precoce di fisioterapia ha un effetto positivo sulla funzione dopo una distorsione acuta (RCT 2010-Hultman K. Et al.). Il trattamento funzionale versus l'immobilizzazione sembra essere la strategia più favorevole nelle forme acute (Cochrane Review 2002 - Kerkhoffs GMMJ et al.) e si dimostra associato a miglioramenti della stabilità articolare sia a livello posturale che della funzione riferita dal paziente(Systematic Review 2010 - Webster KA et al.). Inoltre la mobilizzazione precoce intensiva consente un più rapido ritorno alle attività, riduce l'edema e il dolore rispetto al trattamento in immobilizzazione (RCT 1994 - Dettori JR. et al.), oltre che a migliorare la funzione articolare (RCT 2010 - Bleakley CM et al.) Tra le altre opzioni terapeutiche, la terapia manuale può ridurre significativamente la sintomatologia postdistorsiva di breve periodo, mentre il training neuromuscolare può prevenire le recidive (Systematic Review 2008 - Bleakley CM et al.)	231,6							
	b) Distorsione del gomito (esiti funzionali)	840 841 842	S43 S53 S63	b280 b710 b715 b730	s720 s730											d220 d430 d445 d510 d520 d540 d550 d620 d640						
	c) Distorsione del polso (esiti funzionali)																					

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;

\*\*"l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato dall'evento (GG)	Obiettivi Interventi	Tempi medi recupero condizione	N. medio pacchetti	Tempo medio x sess	Prestazioni diagnostiche valutative altrimenti	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzion	Strutt	Attivi							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
7 Lesioni della spalla (compreso rottura atraumatica della cuffia dei rotatori)	719.61 719.81 719.91 727.61	M75	b280 b710 b715 b730 b735	s720	d445 d510 d540 d640	In continuità post intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare bilancio articolare e muscolare segmentaria (catena cinetica dell'arto superiore) b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva per patologia semplice b) 93.11.2 Rieducazione motoria attiva e/o passiva per patologia complessa c) 93.19.1 Esercizi posturali propriocettivi d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) 93.39.8 Magnetoterapia a bassa frequenza c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Le evidenze disponibili non privilegiano l'uso di un protocollo rispetto ad un altro (Bennel K et al. 2009). L'efficacia dei programmi fisioterapici è supportata da moderate evidenze per il miglioramento del dolore e della funzione del complesso articolare della spalla, maggiormente efficace è il trattamento di fisioterapia miofasciale per trigger points attivi. Il programma include anche trattamenti con esercizi e mobilizzazione per il recupero graduale del rom articolare che sono efficaci in particolari disturbi della cuffia dei rotatori e nella capsulite adesiva (Ron.C et al., 2009). Ci sono prove per sostenere l'uso della fisioterapia nei casi specifici conseguenti ad intervento chirurgico per lesione della cuffia dei rotatori (Gree S. et al., 2003) da iniziare precocemente come range di movimento continuo passivo ed in maniera progressiva per contrastare le complicanze di rigidità articolare (Klintberg IH et al. 2009).	214,45
8 Traumatismo dei nervi della spalla e del braccio - Esiti Funzionali- (compreso avambraccio polso e mano)	907.4	S44	b280 b265 b710 b730 b735	s720 s730	d430 d440 d445 d449 d475 d510 d540 d640 d650	dipendente dall'entità del danno	Identificati dai codici ICF	150	3	45'	a) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare bilancio articolare e articolare segmentario (catena cinetica dell'arto superiore) b) 93.08.1 EMG semplice c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice incluso BFB b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Il programma riabilitativo precoce deve essere focalizzato sul recupero della motilità delle articolazioni e della motricità generale dell'arto attraverso esercizi di rieducazione motoria attiva e passiva per il recupero della flessibilità e della forza. (Good Practice Point)	152,85
9 Traumatismo dei muscoli e dei tendini della spalla e del braccio (compreso avambraccio, polso mano) esiti funzionali	959.2 959.3 959.4	S46	b280 b715 b730 b735	s720 s730	d430 d440 d445 d475 d510 d540 d640 d650	dipendente dall'entità del danno	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare bilancio articolare e muscolare segmentaria (catena cinetica dell'arto superiore) d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/ passiva per patologia semplice b) 93.11.2 Rieducazione motoria attiva e/o passiva per patologia complessa c) 93.19.1 Esercizi posturali - propriocettivi d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.8 Magnetoterapia a bassa frequenza b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	I tempi di recupero sono dipendenti dall'entità del danno tissutale (1°, 2° o 3° grado) (Kellet 1986.Acute soft tissue injuries : a review of the literature). Il trattamento precoce ha inizio con una mobilizzazione cauta e massaggi delicati a monte e a valle della lesione per favorire la giusta crescita e il corretto allineamento spaziale delle fibre e ridurre le aderenze con i tessuti circostanti.. La riabilitazione si baserà sull'educazione del paziente, sulla riduzione progressiva dei tempi di applicazione dei dispositivi di protezione, stecche, cerotti e bendaggi, sulla mobilizzazione attivo-assistita e poi attiva. (Good Practice Point)	214,45

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;

\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato ( dall'evento (GG o dal rientro a domicilio dopo intervento chirurgico	Obiettivi interventi	Tempi medi recupero condizione	N. medio pacchetti	Tempo medio x se	Prestazioni diagnostico valutative almeno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzio	Strutu	Attivit							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
10 Frattura collo femore e di altre parti non specificate del femore di tipo traumatico (in soggetto < 65 anni) (esiti funzionali)	820.8 820.9 821	S72	b280 b710 b715 b730 b755	s740 s750 s760	d410 d435 d450 d475 d510 d520 d530 d540 d620	0 - 7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione o dal rientro a domicilio dopo intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	60	3	30	a) 93.01.2 Valutazione monofunzionale b) 93.04.1 Valutazione manuale di funzione muscolare c) 93.05.1 Analisi cinematica dell'arto superiore o inferiore o del tronco d) 93.05.2 Baropodometria statica e dinamica e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 rieducazione motoria individ. In motuleso segmentale semplice b) 93.19.1 esercizi posturali propriocettivi c) 93.22 training deambulatori e del passo compreso addestram protesi- ortesi d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l' indispensabile complemento alla terapia chirurgica delle fratture di femore, e costituisce all'interno di un programma fisioterapico l'opzione terapeutica di elezione, in modalità articolata ( massoterapia, mobilizzazione segmentaria, tecniche di neurofacilitazione propriocettiva, rieducazione funzionale, deambulazione assistita) in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per applicazione di protocolli riabilitativi basati su singole tecniche (Systematic Review 2009- Smith TO et al.). In aggiunta alla terapia riabilitativa convenzionale , le prove di efficacia disponibili sottolineano fortemente l'efficacia del trattamento osservazionale di azione (AOT) in particolare sul recupero motorio (RCT 2010-Bellelli et al.), e la necessità di implementare le capacità prescrittive del processo riabilitativo da parte del fisioterapista (Longitudinal Observational Study-2008- Renan C. Castello et al.).Il programma riabilitativo e la sua modalità di erogazione (frequenza giornaliera e settimanale, setting terapeutico) verrà formulato sulla base della valutazione del paziente.	228,2
11 ESTI FUNZIONALI DI FRATTURE DELL'ARTO INFERIORE a) Frattura della rotula b) Frattura della tibia e del perone c) Frattura della caviglia d) Frattura di una o più ossa del tarso e metatarso e) Frattura di una o più falangi del piede	822 823 824 825 826	T12 S52 S82 S92	b280 b710 b720 b729 b730 b735	s750	d410 d415 d420 d435 d450 d455 d460	0 - 7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione o dal rientro a domicilio dopo intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	60	3	45'	a) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare bilancio articolare e muscolare segmentario (catena cinetica dell'arto inferiore) b) 93.05.1 Analisi cinematica dell'arto superiore o inferiore o del tronco c) Analisi Dinamometrica dell'arto superiore o inferiore o del tronco d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) 93.19.1 Esercizi posturali propriocettivi c) 93.22 Training deambulatori e del passo d) 93.26 Risoluzione manuale di aderenze articolari e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l' indispensabile complemento alla terapia chirurgica e/o di immobilizzazione delle fratture dell'arto inferiore, e costituisce all'interno di un programma fisioterapico l'opzione terapeutica di elezione, in modalità articolata ( massoterapia, mobilizzazione segmentaria, tecniche di neurofacilitazione propriocettiva, rieducazione funzionale, deambulazione assistita) in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per applicazione di protocolli riabilitativi basati su differenti tecniche (Systematic Review 2010 - Smith TO et al.) La riabilitazione postoperatoria precoce dà nel breve periodo benefici particolarmente sulla mobilità articolare (Systematic Review 2006-Smith TO et al.) In aggiunta alla terapia riabilitativa convenzionale , le prove di efficacia disponibili sottolineano l'efficacia del training progressivo di resistenza in acqua in particolare sulla forza muscolare e sulla limitazione della mobilità (RCT 2010- Anu Valtonen et al. ), e l'uso di bracing pneumatico (Revisione Cochrane 2005- Rome K et al.) Il programma riabilitativo e il setting terapeutico) verrà formulato sulla base della valutazione del paziente.	228,2

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;  
\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato dall'evento (GG)	Obiettivi Interventi	Tempi medi recupero condizione	N. medio pacchetti	Tempo medio x sessione	Prestazioni diagnostiche valutative almeno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzion.	Strutt.	Attivi							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
a) Lussazione del ginocchio (esiti funzionali)	836 (da .3 a .69) 837 838	S83 S93	b280 b710 b715 b730 b735	s750	d410 d435 d446 d450 d455 d475 d620 d640	7 giorni dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione o dall'intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.05.01 Analisi cinematica dell'arto superiore o inferiore o del tronco c) 93.05.02 Analisi dinamometrica dell'arto superiore o inferiore o del tronco d) 93.05.5 Test stabilometrico statico e dinamometrico e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.22 Training deambulatori e del passo b) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice Incluso: Biofeedback c) 93.19.1 - 93.19.2 Esercizi posturali propriocettivi individuali o collettivi d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.07 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l'indispensabile complemento alla terapia sia chirurgica che di immobilizzazione delle lussazioni degli arti e l'opzione terapeutica di elezione in modalità combinata all'interno di un programma fisioterapico, in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per somministrazione di singoli trattamenti (Review Cochrane 2004 - Handoll HHG, et al.): anche se le recidive sono minori nei pazienti trattati chirurgicamente rispetto agli altri (Systematic Review 2004- Gibson K et al.).	228,2
b) Lussazione della caviglia (esiti funzionali)															
c) Lussazione del piede (esiti funzionali)															
a) Distorsione dell'anca (esiti funzionali)	843 844 845	S73 S83 S93	b280 b710 b715 b730	s750	d220 d410 d435 d450 d455 d475 d510 d520 d540 d620 d640	7 - 10 giorni dall'evento	Identificati dai codici ICF	30	1	30'	a) 93.01.2 valutazione funzionale segmentaria b) 93.04.2 Bilancio articolare e muscolare segmentario c) 93.05.1 Analisi cinematica dell'arto superiore o inferiore o del tronco d) Analisi Dinamometrica dell'arto superiore o inferiore o del tronco e) 93.08.1 Elettromiografia semplice-Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo f) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.22 Training deambulatori e del passo b) 93.11.4 rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice Incluso: Biofeedback c) 93.19.1 Esercizi posturali propriocettivi d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Un intervento precoce di fisioterapia ha un effetto positivo sulla funzione dopo una distorsione acuta (RCT 2010-Hultman K. Et al.). Il trattamento funzionale versus l'immobilizzazione sembra essere la strategia più favorevole nelle forme acute (Cochrane Review 2002 - Kerkhoffs GMMJ et al.) e si dimostra associato a miglioramenti della stabilità articolare sia a livello posturale che della funzione riferita dal paziente(Systematic Review 2010 - Webster KA et al.). Inoltre la mobilizzazione precoce intensiva consente un più rapido ritorno alle attività, riduce l'edema e il dolore rispetto al trattamento in immobilizzazione (RCT 1994 - Dettori JR. et al.), oltre che a migliorare la funzione articolare( RCT 2010 - Bleakley CM et al.) Tra le altre opzioni terapeutiche, la terapia manuale può ridurre significativamente la sintomatologia postdistorsiva di breve periodo, mentre il training neuromuscolare può prevenire le recidive (Systematic Review 2008 - Bleakley CM et al.)	230,4
b) Distorsione del ginocchio (esiti funzionali)															
c) Distorsione della caviglia (esiti funzionali)															

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;

\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotta nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato dall'evento (GC)	Obiettivi Interventi	Tempi medi recupero	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x sessione	Prestazioni diagnostiche valutative almeno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzione	Struttura	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
14 Disturbi della rotula, lesioni capsulo-legamentose del ginocchio e del menisco (Trattamento post chirurgico)	717 844	S83	b280 b710 b715 b730 b735	s750	d410 d435 d455	0-7 giorni dalla dimissione	Identificati dai codici ICF	45	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.05.01 Analisi cinematica dell'arto superiore o inferiore o del tronco c) 93.05.02 Analisi dinamometrica dell'arto superiore o inferiore o del tronco d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.16 mobilizzazione di altre articolazioni c) 93.22 training deambulatori e del passo d) 93.19.1 Esercizi posturali - propriocettivi e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Il programma fisioterapico nelle sindromi dolorose femoro-rotulee deve affrontare le alterazioni specifiche di ogni paziente considerando fattori quali forza, allineamento del tronco, dell'anca e del piede (Ireland ML et al., 2003). Il trattamento deve iniziare in fase immediatamente post acuta e deve prevedere la mobilizzazione, il recupero muscolare e la rieducazione al carico e alla deambulazione. Per ridurre il dolore e migliorare la funzione si sono dimostrati efficaci anche il biofeedback e l'utilizzo di cerotti per fissare la rotula (Bizzini M et al. 2003). Dopo intervento chirurgico l'intervento riabilitativo ha come obiettivo quello di favorire il recupero funzionale garantendo la protezione del trapianto e prevenendo le complicanze post operatorie. Una recente revisione ha evidenziato che l'obiettivo principale del trattamento post operatorio è quello di affrontare il controllo del dolore, range di movimento, rafforzamento del quadricipite e controllo prossimale dell'arto inferiore. (Fithian DC et al., 2010). Una recente revisione (Fithian DC et al., 2010) ha evidenziato che un protocollo accelerato senza rinforzo post operatorio, in cui gli obiettivi sono la riduzione del dolore del gonfiore e dell'infiammazione, riguadagnando range di movimento, forza e controllo neuromuscolare, offre importanti vantaggi e non comporta problemi di stabilità.	215,75
15 Traumatismo di nervi dell'anca e della coscia (compreso gamba, caviglia e piede) esiti funzionali	907,5	S74	b265 b280 b710 b730 b735 b760 b770	s740 s750	d410 d420 d430 d435 d450 d455 d470 d475 d540 d640	7 - 21	Identificati dai codici ICF	150	3	45'	a) 93.01.3 Valutazione monofunzionale b) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare (bilancio articolare e muscolare segmentario catena cinetica) c) 93.08.1 Elettromiografia semplice d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.2 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.22 Training deambulatori e del passo c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Un programma fisioterapico rappresenta, allo stato attuale l'indispensabile complemento o una vera e propria alternativa alla terapia chirurgica e/o di immobilizzazione nei traumi di nervi di anca, coscia, gamba e caviglia. E' infatti l'opzione terapeutica di elezione in modalità combinata (mobilizzazione articolare, tecniche di terapia manuale, rieducazione motoria, stimolazione elettrica neuromuscolare) (Cochrane Review - 2009, Cameron ID et al.) e multidisciplinare (Systematic review - 2007, Albert J et al.). Non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per somministrazione di singoli trattamenti (Cochrane Review 2010, Crotty M et al.). La riabilitazione motoria precoce dei traumi di nervi dell'arto inferiore, attraverso un trattamento funzionale (Cochrane Review 2002, Kerkhoffs GMMJ et al) è una valida strategia da preferire alla immobilizzazione seguita da tardiva riabilitazione motoria. In particolare, nel breve periodo, c'è forte evidenza dell'efficacia di tecniche di mobilizzazione articolare (Clinical Trial 2007, Reid A et al), della stimolazione elettrica neuromuscolare combinata all'esercizio (Systematic Review 2010, KIN terapia manuale (Systematic Review 2008, Bleakley CM et al), nella riduzione dei sintomi e nel miglioramento funzionale. Nel lungo periodo gli esercizi a catena cinetica chiusa ed aperta (Cochrane Review 2003, Heintjes E et al) mostrano una maggiore efficacia, mentre un programma di esercizi di resistenza progressiva consente miglioramenti nelle performances fisiche e nella qualità di vita del paziente (RCT 20101, Mangione KK et al).	152,85

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;  
\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotta nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CA	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato ( dall'evento (GG	Obiettivi Interventi	Tempi medi recuper	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x se	Prestazioni diagno- valutative almeno	Pacchetti Prestazioni		Rationale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzio	Strutu	Attivi							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
16 Traumatismo di muscoli e tendini della gamba (esiti funzionali)	959,6	S86	b280 b730 b735 b760 b770	s750	d410 d415 d430 d435 d450 d455 d475 d640	dipendente dall'entità del danno	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare segmentaria (catena cinetica dell'arto inferiore) d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.11.2 Rieducazione motoria attiva e/o passiva c) 93.19.1 Esercizi posturali - propriocettivi d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	I tempi di recupero sono dipendenti dall'entità del danno tissutale ( 1°, 2° o 3° grado) (Kellert 1986.Acute soft tissue injuries : a review of the literature). Il trattamento precoce ha inizio con una mobilizzazione cauta e massaggi delicati a monte e a valle della lesione per favorire la giusta crescita e il corretto allineamento spaziale delle fibre e ridurre le aderenze con i tessuti circostanti.. La riabilitazione si baserà sull'educazione del paziente, sulla riduzione progressiva dei tempi di applicazione dei dispositivi di protezione, stecche, cerotti e bendaggi, sulla mobilizzazione attivo-assistita e poi attiva. (Good Practice Point)	215,75
17 Frattura della colonna vertebrale senza menzione di lesione del midollo spinale	805	T08	b280 b710 b715 b730	S760	d410 d445 d450 d455 d475 d510 d520 d540 d620 d640	0 - 7 dall'avvenuta consolidazione	Identificati dai codici ICF	60	3	30'	a) 93.01.3 Valutazione monofunzionale b) 93.04.02 Valutazione manuale di funzione articolare: bilancio articolare e muscolare Segmentario oppure c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria in motuleso segmentale semplice b) 93.19.1 esercizi posturali propriocettivi (individuale) c) 93.11.2 esercizi posturali in gruppo d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.8 Magnetoterapia b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Per lo stato dell'arte la terapia fisica rappresenta l' indispensabile complemento alla terapia chirurgica e/o di immobilizzazione delle fratture vertebrali, e costituisce l'opzione terapeutica di elezione (mobilizzazione segmentaria e globale, rieducazione globale propriocettiva), in modalità articolata, secondo le relative disponibili prove di efficacia. In particolare, nell'immediato postoperatorio delle fratture vertebrali gli esercizi e la terapia manuale (RCT 2010- Bennell KL et al.) garantiscono vantaggi nella gestione clinica precoce del paziente. Nel successivo periodo (dalle 4 alle 6 settimane dopo l'intervento) per programmi intensivi di esercizi c'è forte evidenza di beneficio (Systematic Review 2003- Ostelo RW et al.), di più veloce decremento del dolore e della disabilità del paziente (Cochrane Review 2008- Ostelo RWJG et al.). Nel periodo ancora successivo il paziente trova beneficio nella terapia fisica e in un programma progressivo di deambulazione su treadmill con supporto del peso corporeo (RCT 2006-Whitman Julie M et al.). Il programma riabilitativo e la sua modalità di erogazione (frequenza giornaliera e settimanale, setting terapeutico) verrà formulato sulla base della valutazione del paziente.	221,3

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;  
\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato dall'evento (GG)	Obiettivi Interventi	Tempi medi recupero condizione	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x sessione	Prestazioni diagnostiche valutative altrimenti	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attivi							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
18 Frattura del bacino (esiti funzionali)	808	T02	b280 b710 b715 b730	S750	d410 d450 d455 d475 d510 d520 d540 d620 d640	0 - 7 dall'avvenuta consolidazione	Identificati dai codici ICF	30	2	30'	a) 93.04.02 Valutazione manuale di funzione articolare: bilancio articolare e muscolare segmentario b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 9311.4 Rieducazione motoria in motuleso segmentale semplice b) 93.22 Training deambulatori e del passo c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l' indispensabile complemento alla terapia chirurgica e/o di immobilizzazione delle fratture del bacino e costituisce all'interno di un programma fisioterapico l'opzione terapeutica di elezione, in modalità articolata in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per somministrazione di singole strategie di intervento ( Systematic Review Cochrane 2010- Crotty M et al.) Le fratture di bacino dovrebbero essere trattate riabilitativamente secondo le più aggiornate evidenze per ottenere i migliori risultati possibili e un uso ottimale di risorse limitate ( Hip fractures Evidence-based Guidelines Update 2010). Nell'immediato postoperatorio delle fratture del bacino la riabilitazione multidisciplinare (Systematic Review Cochrane 2009- Handoll HHG. et al.), insieme a programmi riabilitativi coordinati (Systematic Review 2005 - Cameron ID), e alla fisioterapia in acqua ( RCT 2009- Ann E. Rahmann et al.) consentono complessivamente risultati migliori Nella riabilitazione postoperatoria non in regime di ricovero programmi di riabilitazione domiciliare (RCT 2005- Jau-Yih Tsauo et al.), precoce deambulazione (RCT 2006- Oldmeadow LB et al.) , training su tapisroulaint con sostegno corporeo (NRCT 2009- Giangregorio LM et al.) accelerano il recupero funzionale e delle DLA. Il programma riabilitativo e la sua modalità di erogazione (frequenza giornaliera e settimanale, setting terapeutico) verrà formulato sulla base della valutazione del paziente.	221,3
19 Lussazione della mandibola (esiti funzionali)	830	M24	b280 b710 b715 b730	S710	d330	7 - 10 giorni dalla diagnosi/evento	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione monofunzionale b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) 93.16 mobilizzazione di altre articolazioni c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.6 Elettroterapia muscoli normo o denervati viso o mano b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Il programma riabilitativo consiste in terapia manuale ed esercizi di mobilizzazione articolare specifici sia della regione temporo-mandibolare che di quella del rachide cervicale. Il trattamento tende a ridurre il dolore, sia alla pressione che all'apertura della bocca, e a ripristinare l'omeostasi posturale, il tono e la coordinazione muscolare (La Touche R, 2009)	231,6

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;

\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato dall'evento (GG)	Obiettivi Interventi	Tempi medi recupero	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x sessione	Prestazioni diagnostiche valutative almeno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funziona	Struttura	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
20 Distorsione del rachide, della regione sacroiliaca e di altre parti non specificate del dorso (esiti funzionali)	846 847	T08	b280 b710 b715	s760	d220 d410 d420 d430 d435 d450 d455 d475 d510 d520 d540 d620 d640	7 - 15 giorni dall'evento	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria (intero rachide) b) 93.04.2 Bilancio articolare e muscolare segmentario (intero rachide) c) 93.05.4 Test posturografico d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva c) 93.19.1 Esercizi posturali-proprioceettivi d) 93.15 Mobilizzazione della colonna vertebrale e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Importantissima è la diagnosi e utile la valutazione funzionale attraverso tests di positività al dolore di elevata sensibilità e specificità che possono essere utilizzati anche per controllare il sintomo dolore e l'efficacia di trattamenti specifici (Laslett M. et al 2008). La riabilitazione motoria precoce (nelle prime due settimane) attraverso un trattamento funzionale attivo, senza immobilizzazione (Systematic Review 2002, Weinhardt C et al) è una strategia altamente raccomandata per i precoci vantaggi che per la sua economicità (RCT 1997, Giebel GD). In particolare, nel breve periodo, c'è forte evidenza dell'efficacia di tecniche di mobilizzazione articolare (RCT 1998, Borchgrevink GE et al) effettuate senza immobilizzazione del paziente e di esercizi di stretching (RCT 2003, Harvey LA et al), rispetto alla riduzione del dolore, all'aumento della forza e della flessibilità del paziente e alla sua qualità di vita.	221,3
21 Disturbi dei plessi e delle radici nervose (associata a stenosi del canale vertebrale cervicale o lombare) Solo in presenza di limitazione alfofunzionale	353 723 724	G54	b265 b280 b735 b780	s120	d410 d415 d430 d435 d440 d445 d450 d455 d475 d620 d640 d510 d540	0 - 7 giorni dalla diagnosi	Identificati dai codici ICF	150	3	45'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.04.1 Valutazione manuale di funzione muscolare ed articolare del rachide c) 93.05.1 Analisi cinematica e/o dinamometrica del tronco d) 93.08.1 Elettromiografia semplice (EMG) e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice c) 93.15 Mobilizzazione della colonna vertebrale d) 93.19.1 Esercizi posturali - proprioceettivi individuali o collettivi e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Il programma fisioterapico deve privilegiare la modalità combinata (Massoterapia, esercizi di rinforzo muscolare e di flessibilità, tecniche di stabilizzazione, elettroterapia) (Cochrane Review 2009, Cameron ID et al) e multimodale (RCT 2003, Wunschmann BW et al.) in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per somministrazione di singoli trattamenti (Systematic Review 2000, Van Tulder M et al). Nel post operatorio (almeno 4-6 settimane dopo l'intervento) c'è una forte evidenza di efficacia di un programma riabilitativo intensivo (Systematic Review 2003, Ostelo RW et al.), con una più rapida regressione della disabilità rispetto a programmi a bassa intensità (Cochrane Review 2008, Ostelo RW et al), con una riduzione del dolore e dei costi a carico del paziente (RCT 2007, Mannion AF et al.) e con un miglioramento dei parametri funzionali (RCT 2009, Koc Zet et al.). Il trattamento conservativo rimane una ragionevole opzione (Prospective Study 2003, Houédakor J et al.) attraverso tecniche di terapia manuale combinate ad esercizi di flessione chemigliortano la mobilità intervertebrale e neurale, la funzione muscolare (2003, e di rinforzo muscolare che riducono il dolore e migliorano la funzione fisica (Systematic Review 2010, Iwamoto J et al.).	255,35

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;  
\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato dall'evento (GG)	Obiettivi/Interve	Tempi medi recuper	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x sess	Prestazioni diagnosticative almeno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzion	Struttu	Attivi							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
22 Compressione dei plessi e delle radici nervose (associata a sindrome brachialgica o sciatalgica) Solo in presenza di limitazione algofunzionale persistente	723.3 724.3 722 722.10	G55	b280 b730 b735 b760 b770 b780	s120	d410 d415 d420 d430 d435 d440 d445 d450 d455 d470 d475 d510 d540 d620 d640	0 - 7 giorni dalla diagnosi	Identificati dai codici ICF	120	3	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.04.1 Valutazione manuale di funzione muscolare (bilancio articolare e muscolare) c) 93.05.1 Analisi cinematica e/o dinamometrica del tronco d) 93.08.1 Elettromiografia semplice (EMG) e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice c) 93.15 Mobilizzazione della colonna vertebrale d) 93.19.2 Esercizi posturali - propriocettivi e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	La riabilitazione motoria precoce, attraverso un trattamento funzionale combinato (mobilizzazione articolare passiva e attiva, tecniche di terapia manuale, esercizi di stabilizzazione spinale, training di rieducazione motoria, stimolazione elettrica neuromuscolare) (RCT 2006, Cairns MC et al), è una valida strategia da preferire alla immobilizzazione e al riposo seguiti da tardiva riabilitazione motoria, soprattutto in relazione alla riduzione del dolore e al miglioramento funzionale (Cochrane Review 2010, Dahm KT). In particolare, nel breve periodo, c'è forte evidenza di opzione strategica preferenziale, in termini di efficacia e di risorse economiche, di tecniche di mobilizzazione articolare di breve periodo (RCT 2005, Klaber Moffett JA), della elettroterapia interferenziale (RCT 2001, Hurley DA et al), della terapia manuale di mobilizzazione spinale (RCT 2003 Korthals-de Bos IB et al), di una terapia attiva individuale (RCT 2007, Roche G et al).	152,85
23 Limitazione algofunzionale da mal di schiena acuto/postacuto Persistente (2-3 sett.) e o recidivante	737.10 737.20	M61	b280 b710 b730 b750 b760 b770	s760	d410 d415 d420 d430 d449 d450 d455 d460 d470 d475 d510 d540 d620 d640 d650 d660 d770	5 - 30 giorni dall'esordio	Identificati dai codici ICF	40	1	30'	a) 93.01.1 Valutazione funzionale globale b) 93.04.1 Valutazione manuale di funzione muscolare c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.11.5 Rieducazione motoria in gruppo c) 93.15 Mobilizzazione della colonna vertebrale d) 93.19.1 - 93.19.2 Esercizi posturali - propriocettivi individuali o collettivi e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.8 Magnetoterapia a bassa frequenza b) 93.35.2 Irradiazione infrarossa c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Il trattamento fisioterapico individuale è efficace sul miglioramento del dolore e dello stato funzionale in forma combinata sia con tecniche di rieducazione motoria che di terapia fisica strumentale particolarmente nelle forme sub acute. Nelle forme recidivanti la terapia di gruppo è sostenuta da moderate evidenze nel medio/lungo termine. (Review Cochrane 2008, Hayden J et al. - 2011 Heymans MW et al)	255,35

\*Le "Prestazioni diagnosticative valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;  
\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato dall'evento (GG)	Obiettivi Interventi	Tempi medi recupero	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x sessione	Prestazioni diagnostiche valutative almeno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzic	Struttu	Attivi							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
24 Alterazioni di continuità dell'osso (Mancata consolidazione)	733.82	M84	b280 b729 b730 b735	s730 s750 s760	d410 d415 d430 d435 d445 d450 d455 d460 d475 d510 d520 d540	Identificati dai codici ICF	120	3	45'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.8 Magnetoterapia b) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Il programma riabilitativo deve prevedere, oltre alla terapia strumentale, la mobilizzazione del tratto interessato e un'attività motoria con contrazioni muscolare, oltre a una rieducazione motoria attiva. (Good Practice Point)	214,45	
25 a) Calcificazione e ossificazione dei muscoli (come complicanza di eventi traumatici recenti) b) Malattie dei tessuti molli correlati ad uso eccessivo, pressione	728.1 - 728.12	M61 M70	b280 b749	s770	s770	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.8 Magnetoterapia b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Un intervento precoce di fisioterapia e la mobilizzazione accelera il recupero funzionale e migliora l'outcome (Good Practice Point)	152,85	

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;

\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotta nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato e dall'evento (GG)	Obiettivi Interventi	Tempi medi recupero condizione	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x se	Prestazioni diagnostiche valutative almeno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzione	Struttura	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
Esiti di intervento per impianto di artroprotesi a) Ginocchio b) Spalla c) Anca	V43.60 V43.61 V43.64 V43.65	Z45	b280 b710 b715 b730 b750 b770 b810	s720 s730 s750	d410 d415 d430 d449 d450 d455 d460 d470 d475 d510 d540 d620 d640 d650 d660 d770	subito dopo la dimissione ospedaliera in paziente stabilizzato	Identificati dai codici ICF	120 che diventano 150 nella protesi completa di spalla	3 (4 nella protesi completa di spalla)	45'	a) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare b) 93.05.1 Analisi cinematica dell'arto superiore o inferiore o del tronco c) 93.05.2 Analisi dinamometrica dell'arto superiore o inferiore o del tronco d) 93.05.5 Test stabilometrico statico e dinamico e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.2 Rieducazione motoria attiva e passiva b) 93.19.1 Esercizi posturali - propriocettivi c) 93.22 Training deambulatorio e del passo d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati b) 93.39.8 magnetoterapia c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	GINOCCHIO Il trattamento fisioterapico migliora il ROM articolare in flessione del ginocchio (RCT - Chow TP et al. 2010). Il trattamento attraverso l'esercizio funzionale fino a 3-4 mesi è efficace, ulteriori benefici oltre questo periodo non sono evidenti (studio con metanalisi 2007 Minns L et al.). I primi miglioramenti in seguito alla riabilitazione, si evidenziano dopo circa 6 settimane dall'intervento chirurgico (Ahmed R et al. 2010). SPALLA: l'attivazione precoce con un protocollo di fisioterapia completo, ben definito e controllato è sicuramente consigliato. La mobilizzazione precoce ma cauta è infatti utile per prevenire lo sviluppo della rigidità della spalla (Amifeyz R, 2008) I risultati sono il miglioramento del dolore sia a riposo che durante tutta la gamma dei movimenti (RCT 2008, Hultenheim Klinberg et al.), anche se non sono evidenti risultati statisticamente significativi a favore di una mobilizzazione precoce piuttosto che tardiva (RCT 2007, Agorestides I et al.). Il protocollo riabilitativo è specifico ed individuale ed è collegato al tipo di protesi. Mira al ripristino della funzionalità muscolare ed articolare (Drake CN, 2007) e deve essere progettato per ripristinare l'intero meccanismo di stabilizzazione muscolare e migliorare la funzionalità dell'arto nel suo insieme (Pasiero PT, 2009). ANCA: La fisioterapia dopo la fase ospedaliera è utile (Minin MC, 2010) e facilita il recupero funzionale (Sharma V, 2010). Il programma specifico è condotto a seconda delle vie di accesso utilizzate durante l'intervento chirurgico e mira al controllo del dolore e, in maniera graduale, al miglioramento del ROM articolare, al rinforzo muscolare, alla stabilità e al recupero della deambulazione (Lesch DC, 2010). Miglioramenti sono stati osservati a 12 settimane dall'intervento anche utilizzando un programma fisioterapico in terapia di gruppo che si è dimostrata una modalità di erogazione efficiente (CT Gultrie CR, 2009). La stimolazione elettrica è efficace per migliorare la forza muscolare (Oskanion TL, 2008)	255,35

26

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;  
\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato c dall'evento (GG)	Obiettivi/Interventi	Tempi medi/ recupero condizione	N. medio pacchetti	Tempo medio x se	Prestazioni diagnostiche valutative all'interno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzione	Struttura	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
27 Trauma da parto del sistema nervoso periferico senza lesione completa del tronco nervoso (paralisi osterica)	767.7	P14	b265 b270 b730	s710 s720	d410 d415 d445	10 - 30 giorni dalla nascita	Identificati dai codici ICF	180	5	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare (bilancio articolare e muscolare catena cinetica) c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria segmentale in motuleso segmentale b) 93.16 Mobilizzazione di altre articolazioni c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervate b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Sebbene il trattamento fisioterapico basato sui principi neurofisiologici non sia ancora stato supportato da prove certe, esso deve essere comunque somministrato per i primi 6 mesi di vita del bambino. Risultati migliori sono legati alla precocità della presa in carico (Review 2009 Bahm J et al)	231,6
28 Deformità congenita dell'anca seguito di trattamento ortopedico (displasia dell'anca)	754.3 754.30 754.31	Q65	b715 b730	s720	d450	0-7 giorni dopo l'immobilizzazione o intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	30	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.2 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.16 Mobilizzazione di altre articolazioni c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Nei bambini un programma di abilitazione fisioterapica è utile per favorire la mobilità articolare, l'equilibrio e la funzione deambulatoria all'interno dello sviluppo motorio nelle sue tappe fisiologiche (Good Practice Point). Negli adulti l'intervento postchirurgico precoce è utile e segue un programma specifico a seconda delle vie di accesso utilizzate durante l'intervento chirurgico. Si basa sul controllo del dolore, sul miglioramento del ROM articolare, sul rinforzo muscolare, la stabilità, il recupero della deambulazione. (Rottinger H, 2006 e Goto et al., 2009)	231,6
29 deformazione dei piedi (piede torto congenito)	754 754.50 754.51 754.52 754.53 754.59	Q66	b715 b730	s750	d450	10 - 20 giorni dalla nascita	Identificati dai codici ICF	60	3	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.2 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.16 Mobilizzazione di altre articolazioni c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Un programma di fisioterapia precoce e intensivo è efficace e prevede tecniche di manipolazione e mobilizzazione. Utile anche il trattamento indiretto con l'addestramento del care giver (Good Practice Point)	231,6

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;

\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato dall'evento (GG)	Obiettivi Intervento	Tempi medi recupero	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x sessione	Prestazioni diagnostiche valutative almeno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzione	Struttura	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
30 Torcicollo miogeno congenito del neonato	754.1	Q67	b510 b710 b730 b735	s710	d 415	10 - 30 giorni dalla nascita	Identificati dai codici ICF	60	3	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.2 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.16 Mobilizzazione di altre articolazioni b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Il risultato migliore, sia per scongiurare un eventuale intervento chirurgico, sia per ottenere un recupero soddisfacente è condizionato alla precocità della diagnosi e dell'inizio del trattamento fisioterapico che deve coinvolgere anche i genitori, soprattutto in quelle forme dove non c'è presenza di asimmetria facciale. (Petronic I. et al., 2010)	152,85
31 Disturbi della voce di origine funzionale (compresi noduli, polipi, edemi e prolapsi) e negli esiti di cordectomia semplice e paralisi cordale ricorrente	478.30 478.31 478.32 478.33 478.34 478.4 478.5 784.40 784.41 784.49	R49	b310 b340 b440	s340 s398 s399 s430	d330	30 - 60 giorni dalla diagnosi e/o dall'intervento di cordectomia	Identificati dai codici ICF	150	3	30'	a) 93.01.2 valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.18.1 Esercizi respiratori b) 93.72.2 Training logopedico c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata		La terapia logopedica è efficace per migliorare la funzione vocale attraverso la combinazione di interventi diretti e indiretti che devono essere previsti nel programma riabilitativo integrandosi durante il tempo previsto per la durata media del trattamento (Review Cochrane 2007 - Ruotsalainen JH et al.). In presenza di indicazione chirurgica per presenza di noduli od altra patologia di natura comunque funzionale, la presa in carico deve comunque prevedere un periodo di trattamento pre intervento (n. 1 pacchetto) e il completamento subito dopo l'intervento chirurgico (Good Practice Point). Il programma riabilitativo viene erogato esclusivamente in piccoli gruppi (3-5 pazienti) omogenei per genere negli adulti.	50,97 (costo per terapia di gruppo)
32 Disturbi semplici del linguaggio (late talkers, disturbi fonetici semplici)	315.31	R47	b320 b398 b399	s398	d330	15 - 30 giorni dalla diagnosi	Identificati dai codici ICF	240	5	30'	a) 93.01.3 Valutazione monofunzionale b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.72.2 Training logopedico b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata		La diagnosi è appropriata tra i 3 e i 5 anni di età del bambino. Il programma logopedico deve prevedere una fase precoce di trattamento diretto (4 mesi) ed una successiva di monitoraggio per la generalizzazione e il consolidamento delle competenze linguistiche acquisite attraverso trattamento anche di tipo indiretto per la verifica dei tempi e delle modalità di sviluppo del linguaggio (Good Practice Point).	152,9

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;

\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotta nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato dall'evento (GG)	Obiettivi Interventi	Tempi medi recupero	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x sessione	Prestazioni diagnostiche valutative alternative	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzione	Struttura	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
33 Disturbi miofunzionali odontofacciali (inclusa deglutizione atipica)	524.50	K07	b320 b510	s320	d550 d560	30 - 60 giorni dalla diagnosi	Identificati dai codici ICF	150	3	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.72.2 Training logopedico b) 93.18.1 - 93.18.2.Esercizi respiratori individuali e di gruppo c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Il trattamento va iniziato al termine del periodo di transizione dalla deglutizione infantile a quella adulta (5 - 7 anni di età) e considerando il grado di collaborazione del bambino. L'età consigliata per il trattamento è tra gli 8 e i 10 anni. Il programma logopedico deve prevedere una presa in carico più intensiva nel primo periodo (30 giorni), ed un periodo successivo di monitoraggio per accompagnare il processo di modificazione e automatizzazione e verificarne l'esito con incontri distanziati progressivamente nel tempo. (Good Practice Pont).	152,9 (per terapia individuale) 50,97 (per terapia di gruppo)
34 Disturbo respiratorio semplice senza insufficienza respiratoria	491.21 494.1	J22	b440 b445	s430	d450 d455	dipendente dalla condizione	Identificati dai codici ICF	30	2	30'	a) 93.01.2 valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.18.1 Esercizi respiratori individuali b) 93.18.2 Esercizi respiratori in gruppo c) 93.99 Altre procedure respiratorie d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata		Nei pazienti con sindromi ostruttive in fase di riabilitazione (es. bronchiectasie e BPCO) o restrittive, quali esiti di intervento chirurgico o di pleurite, in condizioni di stabilità clinica e senza insufficienza respiratoria, può essere efficace un programma di fisioterapia. (GPP)	152,9 (per terapia individuale) 50,97 (per terapia di gruppo)

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;

\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

Descrizione condizione	Codice ICD9/CN	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato e dall'evento (GG)	Obiettivi Interventi	Tempi medi recuper	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x sessione	Prestazioni diagnostiche valutative almeno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzionamento	Struttura	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
a) Linfedemi degli arti (post mastectomia arto superiore o per altre condizioni patologiche arto inferiore)	457.0 457.1	Y88	b280 b415 b710 b730	s410 s420 s720	d430 d445 d470 d475 d510 d540 d640	7 gg. dall'esordio	Identificati dai codici ICF	90	2	60'	a)93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b)ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.2 Massoterapia per drenaggio linfatico b) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva c) 93.11.2 Rieducazione motoria attiva e/o passiva d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	La terapia fisica è la modalità terapeutica più comunemente usata in forma combinata (linfodrenaggio manuale, esercizi di mobilizzazione articolare, compressione) all'interno di un programma fisioterapico in quanto non sono evidenti risultati di efficacia per somministrazione di singoli trattamenti (Review Cochrane 2008 - Preston NJ et al.). La riabilitazione motoria precoce dell'arto favorisce il miglioramento del ROM articolare, del dolore e del linfedema (Review Cochrane 2010 - McNeely ML et al.). Il programma riabilitativo e la sua modalità di erogazione (frequenza giornaliera e settimanale) verrà formulato sulla base della valutazione del paziente.	152,90 (costo per n. 5 accessi di 60 minuti)
b) Incontinenza urinaria e/o fecale	618.8	R15 R32	b525 b620	s610	d530 d770	15 - 20	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a)93.04.1 Valutazione manuale della funzione muscolare segmentaria (PC test) b) 93.08.4 EMG dei muscoli perineali c)ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.18.1 Esercizi respiratori c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Nel trattamento delle incontinenze urinarie vengono utilizzati il rinforzo della muscolatura del pavimento pelvico, il biofeedback, la stimolazione elettrica e la terapia comportamentale. Nelle incontinenze urinarie post partum c'è evidenza che il trattamento di riabilitazione sia efficace (raccomandazione di grado A per il training dei muscoli del pavimento pelvico - Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians ). Per le incontinenze fecali e urinarie post-chirurgiche alcune recenti revisioni sistematiche evidenziano l'assenza di studi i cui risultati presentino evidenze sufficienti a favore del trattamento riabilitativo (Review Cochrane 2007 - Hunter KF et al., Systematic Review 2007 WITHDRAWN - Hay-Smith J et al.)	162,27

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;

\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotta nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato dall'evento (GG)	Obiettivi Interventi	Tempi medi recupero	N. medio pacchetti condizione	Tempo medio x sessione	Prestazioni diagnostiche valutative almeno	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzionale	Strutturale	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		
a) Disturbi delle sinovie con limitazione algofunzionale	354.0 726 727.2 727.3	M65 M68 M71 M76 M77	b280 b710	s770 s750 s730 s740	d435 d450 d455	10 - 30 giorni dopo terapia medica	Identificati dai codici ICF	45	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	Il programma fisioterapico in modalità combinata (mobilizzazione articolare, esercizi posturali, rieducazione motoria, training isocinetico e neuromuscolare), presenta evidenza di efficacia nella riduzione dei sintomi, nell'incremento della mobilità e della funzionalità (Systematic Review 2002, Cleland L et al). In particolare c'è forte evidenza che gli esercizi a catena cinetica aperta e chiusa riducano le forze di reazione articolare (RCT 2008, Bizzini M et al) e siano efficaci nella riduzione del dolore (Cochrane review 2003, Heintjes E et al). Il training isocinetico può accelerare la riabilitazione, rafforzare la muscolature periarticolare e mantenere la stabilità articolare (RCT 2008 Li X-H et al.)	195,05
b) borsopatie con limitazione algofunzionale															
c) Entesopatie con limitazione algofunzionale															
<b>ATTIVITA' MOTORIA</b>															
Descrizione condizione	Pacchetto prestazioni erogabili		N. max pacchetti prescrivibili in un anno	Tempo medio per accesso	Razionale										
Esiti stabilizzati da patologie croniche	n. 20 accessi comprensivi di: 2 Valutazioni, n. 2 incontri di educazione sanitaria, sedute di attività motoria di gruppo con cadenza bisettimanale (max n. 8 persone)		2	60'	Il processo riabilitativo è indispensabile fino a quando è presente un possibile cambiamento attivo del livello di funzionamento. Oltre a tale limite è necessario pensare ad un adeguamento dello stile di vita della persona con disabilità analogamente a quanto avviene per persone con altri disturbi cronici. Nelle malattie croniche la sedentarietà diventa il minimo comune denominatore che determina e accelera il processo di disabilità. (Piano di indirizzo della riabilitazione 2011). La lettura scientifica sull'argomento evidenzia che vi è un allarmante tasso di inattività fisica fra gli anziani, e una forte evidenza per gli effetti benefici dell'attività fisica sulla salute e sulla qualità di vita tra anziani. I ricercatori dovrebbero considerare la progettazione e la sperimentazione di programmi che includono le strategie per migliorare l'auto-efficacia insieme con la promozione dell'attività fisica come mezzo per prevenire la disabilità e migliorare la qualità della vita tra gli adulti più anziani. (Motl RW, McAuley E, 2010 "Physical activity, disability, and quality of life in older adults")		60								

\*Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate all'interno dei pacchetti non generano costi aggiuntivi;

\*\* "l'ulteriore scelta specialistica motivata" introdotte nei programmi individuali non generano costi aggiuntivi

NOME ..... COGNOME .....

CF ..... DATA DI NASCITA ☐.....

RICETTA N..... DOTT..... S.....

DIAGNOSI .....

ICD9 ..... ICD X ..... DATA 1^ prescrizione

profilo n..... n. pacchetti .....

VALUTAZIONE INIZIALE

data ..... Responsabile della valutazione:.....

strumento utilizzato ..... esito .....

CLASSIFICAZIONE ICF

Funzioni

Strutture

Attività

OBIETTIVI

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

PROGRAMMA RIABILITATIVO

(n. sedute settimanali, tipologia di prestazioni, durata delle sedute, durata del trattamento, eventuali indicazioni di trattamento indiretto o autosomministrato, professionista responsabile del programma)

VALUTAZIONE FINALE	Data.....
--------------------	-----------

strumento utilizzato ..... esito .....

RISULTATI
-----------

<b>Obiettivo 1.</b> raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
<b>Obiettivo 2.</b> raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
<b>Obiettivo 3.</b> raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
<b>Obiettivo 4.</b> raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
<b>Obiettivo 5.</b> raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto

<b>OSSERVAZIONI ULTERIORI</b>
-------------------------------

Firma dello specialista

Firma del Fisioterapista/Logopedista

.....

.....

CF

DATA ulteriore prescrizione

profilo n.....

n. pacchetti .....

EVENTUALE REVISIONE PROGRAMMA RIABILITATIVO

(Indicare i motivi e gli obiettivi per i quali è necessaria la revisione del programma e specificarne le modifiche)

VALUTAZIONE FINALE Data.....

strumento utilizzato ..... esito .....

RISULTATI

<b>Obiettivo 1.</b> raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
<b>Obiettivo 2.</b> raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
<b>Obiettivo 3.</b> raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
<b>Obiettivo 4.</b> raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto
<b>Obiettivo 5.</b> raggiunto note	parzialmente raggiunto	non raggiunto

Firma dello specialista  
.....

Firma del Fisioterapista/Logopedista  
.....


**Regione Campania**

Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

**ALLEGATO TECNICO - PARTE D**  
**BRANCA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA**

**Profili riabilitativi per patologie semplici**

codice profilo	Denominazione profilo riabilitativo	tariffa (in €) per 1 pacchetto di 10 accessi
PR1	PROFILO RIABILITATIVO PER PARESI DEL NERVO FACIALE	<b>202,3</b>
PR2	PROFILO RIABILITATIVO PER MONONEURITI DELL'ARTO SUPERIORE E INFERIORE DI ORIGINE MECCANICA E NON MECCANICA E NEURITI MULTIPLE	<b>202,3</b>
PR3	PROFILO RIABILITATIVO PER MONOARTRITI SOLO IN CASO DI RIACUTIZZAZIONI, COMPRESSE LE RIACUTIZZAZIONI LOCALIZZATE IN CORSO DI ARTRITE REUMATOIDE	<b>195,05</b>
PR4a	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DELLA CLAVICOLA (esito funzionali)	<b>231,6</b>
PR4b	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DELLA SCAPOLA (esito funzionali)	<b>231,6</b>
PR4c	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA OMERI COMPRESO PALETTA OMERALE (esito funzionali)	<b>231,6</b>
PR4d	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA radio, ulna (esito funzionali)	<b>231,6</b>
PR4e	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA OSSA CARPO E METACARPO (esito funzionali)	<b>231,6</b>
PR4f	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DELLA MANO (esito funzionali)	<b>231,6</b>
PR5a	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DELLA SPALLA (esito funzionali)	<b>231,6</b>
PR5b	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DEL GOMITO (esito funzionali)	<b>231,6</b>
PR5c	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DEL POLSO (esito funzionali)	<b>231,6</b>
PR5d	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DELLE DITA DELLA MANO (esito funzionali)	<b>231,6</b>
PR6a	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO INSTABILITA' GLENO OMERALE) (Esiti funzionali)	<b>231,6</b>
PR6b	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO (esito funzionali)	<b>231,6</b>
PR6c	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DEL POLSO E DELLA MANO (esito funzionali)	<b>231,6</b>
PR7	PROFILO RIABILITATIVO PER LESIONI DELLA SPALLA (COMPRESO ROTTURA ATRAUMATICA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI)	<b>214,45</b>
PR8	PROFILO RIABILITATIVO PER TRAUMATISMO DEI NERVI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO AVAMBRACCIO, POLSO E MANO)- esiti funzionali	<b>152,85</b>

**Regione Campania**

Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

**ALLEGATO TECNICO - PARTE D  
BRANCA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA**

***Profili riabilitativi per patologie semplici***

PR9	PROFILO RIABILITATIVO PER TRAUMATISMO DEI MUSCOLI E DEI TENDINI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO AVAMBRACCIO, POLSO E MANO) esiti funzionali	<b>214,45</b>
PR10	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA COLLO FEMORE E DI ALTRE PARTI DEL FEMORE DI TIPO TRAUMATICO (IN SOGGETTO < 65 ANNI) - esiti funzionali	<b>228,2</b>
PR11a	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DELLA ROTULA	<b>228,2</b>
PR11b	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DELLA TIBIA E DEL PERONE	<b>228,2</b>
PR11c	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DELLA CAVIGLIA	<b>228,2</b>
PR11d	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DI UNA O PIU' OSSA DEL TARSO E METATARSO	<b>228,2</b>
PR11e	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DEL PIEDE	<b>228,2</b>
PR12a	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DI GINOCCHIO (esiti funzionali)	<b>228,2</b>
PR12b	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DELLA CAVIGLIA (esiti funzionali)	<b>228,2</b>
PR12c	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DEL PIEDE (esiti funzionali)	<b>228,2</b>
PR13a	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DELL'ANCA E DELLA COSCIA (esiti funzionali)	<b>230,4</b>
PR13b	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DEL GINOCCHIO E DELLA GAMBA (esiti funzionali)	<b>230,4</b>
PR13c	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE (esiti funzionali)	<b>230,4</b>
PR14	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI DELLA ROTULA, LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DEL GINOCCHIO E DEL MENISCO (TRATTAMENTO POST CHIRURGICO)	<b>215,75</b>
PR15	PROFILO RIABILITATIVO PER TRAUMATISMO DI NERVI DELL'ANCA E DELLA COSCIA - COMPRESO GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE - (esiti funzionali)	<b>152,85</b>
PR16	PROFILO RIABILITATIVO PER TRAUMATISMO DI MUSCOLI E TENDINI DELLA GAMBA (esiti funzionali)	<b>215,75</b>
PR17	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DELLA COLONNA VERTEBRALE SENZA MENZIONE DI LESIONE DEL MIDOLLO SPINALE	<b>221,3</b>
PR18	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DEL BACINO (esiti funzionali)	<b>221,3</b>
PR19	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DELLA MANDIBOLA (esiti funzionali)	<b>231,6</b>
PR20	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DEL RACHIDE, DELLA REGIONE SACROLIACA E DI ALTRE PARTI NON SPECIFICATE DEL DORSO (esiti funzionali)	<b>221,3</b>


**Regione Campania**

Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

**ALLEGATO TECNICO - PARTE D  
BRANCA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA**
**Profili riabilitativi per patologie semplici**

PR21	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI DEI PLESSI E DELLE RADICI NERVOSE (ASSOCIATA A STENOSI DEL CANALE VERTREBALE CERVICALE O LOMBARE) <b>Solo in presenza di limitazione algofunzionale</b>	<b>255,35</b>
PR22	PROFILO RIABILITATIVO PER COMPRESSIONE DEI PLESSI E DELLE RADICI NERVOSE (ASSOCIATA A SINDROME BRACHIALGICA O SCIATALGICA) ( <b>solo in presenza di limitazione algofunzionale persistente</b> )	<b>152,85</b>
PR23	PROFILO RIABILITATIVO PER LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE DA MAL DI SCHIENA ACUTO/POSTACUTO PERSISTENTE (2-3 SETTIMANE) E O RECIDIVANTE	<b>255,35</b>
PR24	PROFILO RIABILITATIVO PER ALTERAZIONI DI CONTINUITA' DELL'OSSO (MANCATA CONSOLIDAZIONE)	<b>214,45</b>
PR25a	PROFILO RIABILITATIVO PER CALCIFICAZIONE E OSSIFICAZIONE DEI MUSCOLI (COME COMPLICANZA DI EVENTI TRAUMATICI RECENTI)	<b>152,85</b>
PR25b	PROFILO RIABILITATIVO PER MALATTIE DEI TESSUTI MOLLI CORRELATI AD USO ECCESSIVO, PRESSIONE	<b>152,85</b>
PR26a	PROFILO RIABILITATIVO PER ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI GINOCCHIO	<b>255,35</b>
PR26b	PROFILO RIABILITATIVO PER ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI SPALLA	<b>255,35</b>
PR26c	PROFILO RIABILITATIVO PER ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI ANCA	<b>255,35</b>
PR27	PROFILO RIABILITATIVO PER TRAUMA DA PARTO DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO SENZA LESIONE COMPLESSA DEL TRONCO NERVOSO (PARALISI OSTERTICA)	<b>231,6</b>
PR28	PROFILO RIABILITATIVO PER DEFORMITA' CONGENITA DELL'ANCA SEGUITO DI TRATTAMENTO ORTOPEDICO (DISPLASIA DELL'ANCA)	<b>231,6</b>
PR29	PROFILO RIABILITATIVO PER DEFORMAZIONE DEI PIEDI (PIEDE TORTO CONGENITO)	<b>231,6</b>
PR30	PROFILO RIABILITATIVO PER TORCICOLLO MIOGENO CONGENITO DEL NEONATO	<b>152,85</b>
PR31	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI DELLA VOCE DI ORIGINE FUNZIONALE (COMPRESI NODULI, POLIPI, EDEMI E PROLASSI) E NEGLI ESITI DI CORDECTOMIA SEMPLICE E PARALISI CORDIALE RICORRENZIALE ( <b>terapia di gruppo costituito da 3 a max 5 persone</b> )	<b>50,97</b>
PR32	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI SEMPLICI DEL LINGUAGGIO (LATE TALKERS, DISTURBI FONETICI SEMPLICI)	<b>152,9</b>
PR33	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI MIOFUNZIONALI ODONTOFACCIALI (INCLUSA DEGLUTIZIONE ATIPICA) <b>terapia individuale</b>	<b>152,9</b>


**Regione Campania**

Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

**ALLEGATO TECNICO - PARTE D  
BRANCA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA**
**Profili riabilitativi per patologie semplici**

PR33	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI MIOFUNZIONALI ODONTOFACCIALI (INCLUSA DEGLUTIZIONE ATIPICA) (terapia di gruppo costituito da 3 a max 5 persone)	50,97
PR34	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBO RESPIRATORIO SEMPLICE SENZA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA terapia individuale	152,9
PR34	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBO RESPIRATORIO SEMPLICE SENZA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (terapia di gruppo costituito da 3 a max 5 persone)	50,97
PR35a	PROFILO RIABILITATIVO PER LINFEDIEMI DEGLI ARTI (POST MASTECTOMIA ARTO SUPERIORE O PER ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE ARTO INFERIORE)	152,9 (costo per n. 5 accessi di 60 min.)
PR35b	PROFILO RIABILITATIVO PER INCONTINENZA URINARIA E/O FECALE	162,27
PR36a	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI DELLE SINOVIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE	195,05
PR36b	PROFILO RIABILITATIVO PER BORSOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE	195,05
PR36c	PROFILO RIABILITATIVO PER ENTESOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE	195,05

codice profilo	Denominazione profilo riabilitativo	tariffa (in €) per 1 pacchetto di 20 accessi
PR37	ATTIVITA' MOTORIA per esiti stabilizzati da patologie croniche	60,00