



REGIONE LAZIO

GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE n. 1431 del 31 ottobre 2002

Oggetto: LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA: individuazione dei criteri di erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 2B del DPCM 29/11/2001-assistenza odontoiatrica-medicina fisica e riabilitazione.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni;

VISTA la legge costituzionale del 18 ottobre 2001 n.3;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in materia sanitaria, sancito l'8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, il quale tra l'altro prevede l'impegno del Governo ad adottare, entro il 30.11.2001, un provvedimento per la definizione dei livelli essenziali di assistenza, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, ed in relazione alle risorse definite nello stesso Accordo;

VISTO l'articolo 6, comma 1, del decreto legge n. 347 del 18 settembre 2001, convertito con modificazioni in legge n. 405 del 16 novembre 2001, che stabilisce che con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30.11.2001, su proposta del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, vengano definiti i Livelli Essenziali di Assistenza ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito il 22 novembre 2001 dalla Conferenza Stato-Regioni e relativo alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, e in particolare i punti 4.2 , 4.3 , 6.1,6.2,6.3 dello stesso che prevedono:

"4.2 Si conviene che vanno apportate, entro il 31 marzo 2002, modifiche al Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, anche in base alle indicazioni contenute nell'allegato 2B e ferme restando le esclusioni di cui all'allegato 2A, assicurando inoltre l'inserimento, in detto nomenclatore, di prestazioni attualmente erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero, per le quali vi sia evidenza di un più appropriato regime di erogazione in sede di specialistica ambulatoriale.

4.3. Le Regioni disciplinano i criteri e le modalità per contenere il ricorso e l'erogazione di prestazioni, che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, anche tenendo conto delle indicazioni riportate nell'allegato 2C.

In sede di prima applicazione la disciplina è adottata dalle Regioni entro il 30 giugno 2002.

.....omissis...

6.1 Si conviene di definire un sistema di manutenzione degli elenchi di prestazioni e servizi inseriti nei LEA, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza per i cittadini in relazione alle risorse definite.

6.2 Si conviene di costituire, entro il 31 marzo 2002, uno specifico organismo a carattere nazionale, di cui facciano parte un numero adeguato di esperti designati dalle Regioni, sul modello della Commissione Unica del Farmaco (CUF).

6.3 A tale organismo è affidato il compito di valutare, nel tempo, i fattori scientifici, tecnologici ed economici che motivano il mantenimento, l'inclusione o l'esclusione delle prestazioni dai LEA, tenuto conto di nuove tecniche e strumenti terapeutici, riabilitativi diagnostici resi disponibili dal progresso scientifico e tecnologico, che presentino evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate, così come l'esclusione di quelle ormai obsolete."

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 del 8.2.2002 - Supplemento Ordinario n. 26 di "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" e i relativi Allegati 1,2 ,3, 3.1 e 4, entrato in vigore il 23 febbraio 2002;

VISTE le "linee guida del Ministero della sanità sulle attività di riabilitazione" del 7 maggio 1998;

VISTA la propria deliberazione 4 agosto 1998 n.4112;

VISTO il decreto Ministero della sanità 20 ottobre 1998;

VISTA la propria deliberazione n. 255 del 1 marzo 2002 con la quale:

- ha preso atto del D.P.C.M. 29 novembre 2001 "DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA"
- ha ridefinito le "Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche" contenute nell'allegato 2B al decreto "lettera c)- medicina fisica,riabilitativa ambulatoriale" includendovi le prestazioni di : Laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasonoterapia e mesoterapia
- ha rinviato, tra l'altro, l'individuazione delle condizioni per l'erogazione nell'ambito e a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni incluse nell'allegato 2B al decreto così integrate, fatto salvo quanto già stabilito per la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri con le DDGR 7 dicembre 2001 n.1887 e 11 gennaio 2002 n.32;

VISTI i chiarimenti forniti dal Ministero della Salute con la nota prot.100/SCPS/LEA/4.3218 del 7.3.2002;

VISTA la propria deliberazione n.301 dell'8 marzo 2002 con la quale, in attesa della definizione delle condizioni per l'erogazione nell'ambito e a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni incluse nell'allegato 2B al decreto -come integrato dalla predetta deliberazione e fatto salvo quanto già stabilito per la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri con le DDGR 7 dicembre 2001 n.1887 e 11 gennaio 2002 n.32- si è stabilito che le prestazioni di cui all'Allegato 2B al decreto potessero essere erogate secondo le previgenti modalità sino al 30 giugno 2002;

VISTA la propria deliberazione n.863 del 25 giugno 2002 con la quale:

- sono state confermate le attuali modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di assistenza odontoiatrica, di cui alla lettera a) dell'Allegato 2B del DPCM 29.11.2001 fino al 30 ottobre 2002, e le attuali modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri, di cui alla lettera d) dello stesso allegato come definite dalle DDG.R. n.1887/01 e n..32/02;
- è stata consentita fino al 30 ottobre 2002 l'erogazione a carico del SSR delle prestazioni ambulatoriali specialistiche della branca di medicina fisica e riabilitazione di cui alla lettera c) dell'allegato 2B, come integrato dalla DGR n.255/02, ferme restando le indicazioni previste dalla DGR 4112/98, sulla base della predisposizione da parte dei soggetti erogatori pubblici e privati provvisoriamente accreditati di una cartella riabilitativa con l'indicazione del programma riabilitativo individuale, del numero di sedute o, per le prestazioni prescrivibili in ciclo, di cicli, previsto per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici predefiniti, sottoscritta dal responsabile del programma;
- è stata rinviata ad un successivo provvedimento, da adottarsi entro il 30 ottobre 2002 la definizione di percorsi terapeutico riabilitativi per le specifiche patologie;

PRESO ATTO che con determinazione dirigenziale del 4 giugno 2002 n.384/10 A è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico sui LEA composto da funzionari dell'Assessorato, dell'Agenzia di sanità pubblica, delle ASL integrato da esperti designati dalle Associazioni ARIS,AIOP,ANISAP e FEDERLAZIO allo scopo di procedere agli approfondimenti tecnici riguardanti le condizioni di erogabilità delle prestazioni di cui all'allegato 2B e 2C al decreto;

CONSIDERATO che il succitato gruppo di lavoro ha effettuato una disamina delle problematiche connesse alla definizione di percorsi terapeutici riabilitativi a livello regionale, come risultante dal verbale allegato al presente provvedimento, limitandosi ad individuare le condizioni cliniche per le quali sono indicate le prestazioni di: Laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, (diadinamica ed elettroanalgesia transcutanea), ultrasonoterapia e mesoterapia;

CONSIDERATO che allo stato non si dispone ancora di elementi sufficienti a predisporre specifiche indicazioni per disciplinare nuovi criteri di erogabilità delle prestazioni di assistenza odontoiatrica di cui alla lettera a) dell'allegato 2B al decreto, tenendo conto della rilevanza delle stesse per la cittadinanza e dell'esigenza di disporre di aggiornate stime del loro impatto sociale ed economico;

CONSIDERATO, inoltre, che non è stato ancora definito a livello nazionale il **sistema di manutenzione** degli elenchi di prestazioni e servizi inseriti nei LEA previsto dal punto 6 dell'Accordo Stato-Regioni, né è stato costituito lo **specifico organismo nazionale** cui, secondo il predetto Accordo Stato -Regioni, è affidato il compito di valutare, nel tempo, i fattori scientifici, tecnologici ed economici che motivano il mantenimento, l'inclusione o l'esclusione delle prestazioni dai LEA, tenuto conto di nuove tecniche e strumenti terapeutici, riabilitativi diagnostici resi disponibili dal progresso scientifico e tecnologico, che presentino evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate, così come l'esclusione di quelle ormai obsolete.

RITENUTO che in attesa dell'attivazione di detto sistema nazionale è necessario rinviare la definizione di nuove condizioni di erogabilità delle prestazioni di assistenza odontoiatrica;

RITENUTO inoltre opportuno disciplinare i criteri di erogazione delle prestazioni di Laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica (diadinamica ed elettroanalgesia transcutanea), ultrasonoterapia e mesoterapia ricomprese tra le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione di cui alla lettera c) dell'Allegato 2B al decreto, rinviando la definizione di percorsi terapeutico riabilitativi per le specifiche patologie riferiti alle altre prestazioni specialistiche ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione, ai risultati dello specifico organismo nazionale di cui al punto 6 dell'Accordo Stato-Regioni;

RITENUTO altresì necessario, al fine di promuovere un appropriato utilizzo delle prestazioni in questione e di monitorare il percorso riabilitativo, definire il contenuto informativo minimo della cartella riabilitativa prevista dalla DGR 863/02 predisponendone il relativo schema;

RITENUTO di dare mandato all'Agenzia di sanità pubblica, in collaborazione con la competente direzione regionale, di predisporre specifiche linee guida per il controllo, da parte delle Aziende sanitarie locali, delle cartelle riabilitative ambulatoriali, nonché del rispetto delle vigenti disposizioni;

RITENUTO infine, di dare mandato alle Aziende Sanitarie Locali di notificare ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati del territorio di propria competenza la presente deliberazione entro sette giorni dalla data di adozione e di attivare idonei strumenti di informazione nei confronti dei cittadini sul contenuto del D.P.C.M. citato e del presente atto;

all'unanimità,

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente approvate di :

- Confermare le attuali modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di assistenza odontoiatrica, di cui alla lettera a) dell'Allegato 2B del DPCM 29.11.2001;
- Consentire l'erogazione a carico del SSR delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di Laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica (diadinamica ed elettroanalgesia transcutanea), ultrasonoterapia e mesoterapia, ferme restando le disposizioni previste dalla DGR 4112/98, per le indicazioni cliniche riportate in **allegato 2** parte integrante della presente deliberazione, sulla base della predisposizione da parte dei soggetti erogatori pubblici e privati provvisoriamente accreditati di una cartella riabilitativa, redatta in conformità allo schema in **allegato 3** parte integrante della presente deliberazione, con l'indicazione del programma riabilitativo individuale, del numero di sedute o, per le prestazioni prescrivibili in ciclo, di cicli, previsto per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici predefiniti, sottoscritta dal responsabile del programma;
- Rinviare la definizione di percorsi terapeutico riabilitativi per le specifiche patologie riferiti al complesso delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione ad un successivo provvedimento, da adottarsi tenendo conto delle risultanze dello specifico organismo nazionale di cui al punto 6 dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001;

- Dare mandato all'Agenzia di sanità pubblica di predisporre specifiche linee guida per il controllo, da parte delle Aziende sanitarie locali, delle cartelle riabilitative ambulatoriali, nonché del rispetto delle vigenti disposizioni;
- Dare mandato alle Aziende Sanitarie Locali di notificare ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati del territorio di propria competenza la presente deliberazione entro sette giorni dalla data di adozione e di attivare idonei strumenti di informazione nei confronti dei cittadini sul contenuto del D.P.C.M. citato e del presente atto;
- Stabilire che le presenti disposizioni trovano applicazione dalla data della notifica del presente atto ai soggetti erogatori, salvo che per le prestazioni già prenotate la cui effettuazione è prevista entro i trenta giorni successivi alla notifica.
- Stabilire che, fermo restando l'obbligo della cartella riabilitativa come già previsto dalla DGR n.863/02, allo scopo di consentire adeguate misure organizzative, l'adozione dello schema di cui all'allegato 3 al presente provvedimento è obbligatoria a decorrere dal 15° giorno successivo alla notifica del presente provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

ALLEGATO N. 1

La Commissione tecnica incaricata di studiare le condizioni di erogabilità delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa di cui all'allegato 2B, punto C, del D.P.C.M. 29 novembre 2001, composta da:

Prof. Carlo Bertolini
Prof. Francesco Allegra
Dott.ssa Laura Melis
Dott.ssa Cinzia Torri

riassume nel presente documento le proprie osservazioni al riguardo, derivanti dall'attività svolta a decorrere dal 23 luglio 2002.

1. Premesse.

Occorre effettuare alcune premesse di estrema importanza al fine di definire i vincoli con i quali la Commissione si è trovata a confrontarsi nell'espletamento del proprio mandato.

In primo luogo, si osserva come nella Regione Lazio le attività di riabilitazione ambulatoriale costituiscano una componente autonoma dell'offerta di riabilitazione. Infatti, accanto ad essa, e svolta da soggetti diversi, si attua la riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/78, nelle sue varie forme (residenziale, semi-residenziale, non residenziale tra cui ambulatoriale e domiciliare), nonché la riabilitazione post-acuzie.

Si tratta di una precisazione importante, in quanto tra le varie delibere esaminate vi è anche quella adottata dalla Regione Liguria, nella quale tuttavia non vi è una tale separazione tra erogatori, condizione che, nella specie, ha sensibilmente influenzato la struttura della suddetta delibera.

In secondo luogo, sussiste nella Regione Lazio una ulteriore distinzione all'interno della stessa riabilitazione ambulatoriale, dove non vi è omogeneità tra erogatori pubblici e privati relativamente alle prestazioni effettuabili, numerose delle quali sono riservate all'erogatore pubblico.

Anche qui la precisazione è importante, in quanto la predisposizione di pacchetti riabilitativi, come stabilito nella delibera della Regione Sicilia da noi altresì esaminata, dovrebbe avere come presupposto l'erogabilità da parte di tutti i soggetti delle medesime prestazioni, avendosi altrimenti la conseguenza di poter curare determinate patologie soltanto in ambulatori pubblici e non anche privati.

In terzo luogo, un ulteriore vincolo deriva alla Commissione dall'impossibilità di variare la componente tariffaria. Infatti, tra le delibere esaminate rientra anche quella già menzionata della Regione Sicilia, la quale ha indicato taluni percorsi, senza tuttavia indicarne una corrispondente tariffa. L'adozione di percorsi implicherebbe probabilmente l'adozione di tariffe "da presa in carico", quali quelle che attualmente caratterizzano la componente "ex art. 26", tariffe tuttavia dal valore sensibilmente più elevato rispetto a quello che caratterizza la riabilitazione ambulatoriale. A tale ultimo riguardo, si fa infatti presente che la tariffa media di remunerazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di medicina fisica e riabilitativa nell'anno 2000, al netto degli abbattimenti tariffari, è stata di € 2,99 a prestazione.

2. Considerazioni di carattere tecnico.

Venendo ora agli aspetti tecnici, la Commissione rileva innanzitutto l'impossibilità di indicare, per le singole patologie, condizioni di inefficacia terapeutica.

Gli studi scientifici prodotti dimostrano infatti l'efficacia del trattamento riabilitativo nel suo complesso, rispetto al quale si rende impossibile procedere all'analisi del *contributo* di ciascuna singola prestazione al risultato finale.

Sotto tale profilo, la scelta operata nella delibera della Regione Lazio n. 863/2002 di istituire una cartella riabilitativa si dimostra senz'altro appropriata. Analoga scelta, sia pure appesantita da numerosi cavilli burocratici, è stata adottata nella Regione Veneto con DGR 2227/2002. Occorre, tuttavia, almeno indicare il contenuto minimo della cartella riabilitativa, al fine di evitare disomogeneità a livello applicativo.

Per quanto attiene alle cinque voci già appartenenti all'Allegato 2A ed inserite, per effetto delle DGR n. 255/2002 e n. 301/2002, nell'allegato 2B (laserterapia, mesoterapia, elettroterapie antalgiche – diadinamica e tens – e ultrasuonoterapia), la Commissione ha valutato attentamente le possibili vie da intraprendere.

Una prima strada è quella percorsa dalla Regione Lombardia, con DGR 9569 del 29 giugno 2002, la quale ha semplicemente prorogato l'erogazione delle prestazioni "recuperate", in attesa dei risultati del tavolo nazionale di monitoraggio per la verifica dei LEA.

Una seconda strada è quella percorsa con DGR 2227/2002 dalla Regione Veneto, che indica talune patologie rispetto alle quali è possibile procedere alla prescrizione di tali prestazioni.

La Commissione ritiene tale via percorribile, con l'avvertenza tuttavia della possibile incompletezza dell'elencazione che, viste le finalità del provvedimento deliberativo da adottare, dovrebbe necessariamente avere contenuto tassativo.

Si ritiene, invece, del tutto priva di rilievo scientifico la soluzione adottata nella delibera della Regione Emilia Romagna. Basta pensare, al riguardo, alla prestazione n. 93.39.7 (elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti), erogabile limitatamente a patologie post-traumatiche o paralisi periferiche recenti, entro sei mesi, dove è omesso del tutto l'ipototrofismo da non uso per protratta immobilizzazione, non necessariamente post-traumatica. Oppure, alle prestazioni 93.11.1 e 93.11.2, le quali non possono essere associate tra di loro, con la conseguenza che il paziente con lesioni complesse del sistema nervoso centrale o periferico e pazienti politraumatizzati non possono usufruire simultaneamente di una terapia attiva e passiva. Ancora, alla prestazione 93.11.5 (rieducazione motoria in gruppo), erogabile solo per pazienti di età superiore a 18 anni!

Sempre riguardo a tale delibera, dobbiamo da ultimo indicare quanto precisato nella stessa, e in particolare: "N.B. Il gruppo tecnico non è intervenuto sulla individuazione delle tariffe, ma ribadisce la loro grave inadeguatezza, in quanto non coprono i costi di produzione (in molti casi, neppure quello del puro costo del personale)".

3. Le indicazioni cliniche per le prestazioni dell'Allegato 2B.

Si sono a tal fine esaminati i principali trattati e pubblicazioni scientifiche di medicina fisica e riabilitativa, già acquisiti anteriormente alla DGR n. 863/2002.

Trattandosi di prestazioni tutte con effetto antalgico ed antinfiammatorio, si sono indicate le seguenti indicazioni cliniche:

- artropatie infiammatorie e degenerative con limitazione funzionale motoria o in fase di acuzie flogistica;
- esiti di intervento sull'apparato locomotorio eseguiti in artroscopia o a cielo aperto (inclusa protesizzazione articolare);
- poli e mononeuropatie periferiche e centrali, compresi gli esiti di intervento neurochirurgico;

- esiti di fratture, lussazioni e traumi articolari distorsivi (comprese miopatie);
- patologia infiammatoria acuta e degenerativa riacutizzata della colonna vertebrale, con limitazione dell'attività quotidiana e/o lavorativa;
- tendinopatie acute con limitazione funzionale.

In considerazione, tuttavia, del rischio di incompletezza delle indicazioni così proposte, dovrà essere previsto un meccanismo periodico di aggiornamento di tale elenco, con modalità da definire.

Infine, vista la loro funzione complementare rispetto alle altre prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, queste cinque prestazioni dovranno essere associate, nell'ambito del programma riabilitativo complessivo, alle altre prestazioni di cui all'Allegato 2B, punto c). Tale soluzione è quella adottata nella delibera n. 839/2002 della Regione Liguria.

4. Il contenuto minimo della cartella riabilitativa.

Infine, la cartella riabilitativa di cui alla DGR 863/2002 dovrà contenere i seguenti elementi: nome e cognome del paziente e del relativo medico di base; anamnesi patologica remota attinente al ciclo di fisioterapia; anamnesi patologica prossima; eventuale ricovero entro i 180 giorni precedenti l'inizio dell'erogazione delle prestazioni; patologie che controindicano le prestazioni da eseguire; esame obiettivo locale; diagnosi; prestazioni da eseguire.

Roma, 14 ottobre 2002.

ALLEGATO N. 2

INDICAZIONI PER L'EROGAZIONE A CARICO DEL SSR DELLE PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

Le prestazioni di seguito elencate, incluse nell'allegato 2B al DPCM 29.11.01, lettera c) sono erogabili a carico del SSR, ferme restando le disposizioni previste dalla DGR 4112/98, per le seguenti indicazioni cliniche:

- artropatie infiammatorie e degenerative con limitazione funzionale motoria o in fase di acuzie flogistica;
- esiti di intervento sull'apparato locomotorio eseguiti in artroscopia o a cielo aperto (inclusa protesizzazione articolare);
- poli e mononeuropatie periferiche e centrali, compresi gli esiti di intervento neurochirurgico;
- esiti di fratture, lussazioni e traumi articolari distorsivi (comprese miopatie);
- patologia infiammatoria acuta e degenerativa riacutizzata della colonna vertebrale, con limitazione dell'attività quotidiana e/o lavorativa;
- tendinopatie acute con limitazione funzionale.

Tali prestazioni devono essere erogate sulla base della predisposizione della cartella riabilitativa, redatta in conformità allo schema in **allegato 3**, con l'indicazione del programma riabilitativo individuale, del numero di sedute o, per le prestazioni prescrivibili in ciclo, di cicli, previsto per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici predefiniti, sottoscritta dal responsabile del programma.

PRESTAZIONI

<u>CODICE</u>	<u>Descrizione</u>	<u>BRANCA</u>	<u>TIPO</u>
93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Diadinamica Per seduta di 10 minuti (Ciclo di dieci sedute)	56	C*
93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	56	C*
93.39.9	ULTRASONOTERAPIA Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	56	C*
99.29.7	MESOTERAPIA	82	E
99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta	56	E

* erogabile dai soggetti privati provvisoriamente accreditati

ALLEGATO N. 3

Cartella Clinica Riabilitativa Ambulatoriale

Cartella N.

Per la identificazione di percorsi terapeutici relativi alla attività ambulatoriale di medicina fisica e riabilitativa (Del. R.L.863, 28.6.02)

Struttura	Denominazione:..... Codice struttura..... Asl di competenza:
Paziente	Cognome: Nome: Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Luogo e data di nascita: O Codice Fiscale:
Provenienza Paziente	Medico generico: <input type="checkbox"/> Medico specialista: <input type="checkbox"/> Medico ASL: <input type="checkbox"/> Ospedale: <input type="checkbox"/> Accesso diretto: <input type="checkbox"/>
Ricovero Ospedaliero entro 180 giorni precedenti la prenotazione	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Si specificare la patologia se correlata al trattamento riabilitativo:
Anamnesi Patologica Remota	Malattie precedenti che possano interferire con l'esecuzione del ciclo terapeutico:
Anamnesi Patologica Prossima	Malattie recenti per le quali il paziente richiede di sottoporsi a ciclo terapeutico:

Controindicazioni	Malattie che possano controindicare il ciclo terapeutico proposto:
Esame locale	Esame del distretto corporeo interessato dalla patologia riscontrata:
Progetto Riabilitativo	Riportare le terapie prescritte: Riportare le terapie consigliate:
Esami Specialistici	Riportare quali esami specialistici il paziente ha eseguito al momento della presa in carico:
Diagnosi della Patologia in Corso	Indicare la patologia utilizzando la classificazione internazionale delle malattie (ICDIXCM):
Data:

Il Medico responsabile del programma

.....