

**DGR n° 4438 del 28 marzo 2007:
NUOVE MODALITÀ D'ACCESSO ALLE STRUTTURE RIABILITATIVE
SOCIO-SANITARIE TRASFORMATE (EX IDR ART. 26)
ED APPLICAZIONE DEL TICKET ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI
AREA GENERALE E GERIATRICA**

Strutture riabilitative socio-sanitarie trasformate (ex IDR art. 26) operanti nel territorio dell'ASL di Brescia:

- **Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria in S. Stefano – ROVATO;**
- **Fondazione Ospedale e Casa di Riposo N.P. Richiedei – GUSSAGO;**
- **Centro medico Fondazione Ospedale e Casa di Riposo N.P. Richiedei - PALAZZOLO S/O;**
- **Fondazione Casa di Riposo LONATO.**

Con DGR n. 4438 del 28 marzo 2007, “Ulteriori determinazioni in ordine alle attività di riabilitazione” e con circolare della Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale del 30.03.07, la Regione Lombardia ha definito:

- **Le nuove modalità d'accesso alle prestazioni riabilitative erogate dalle Strutture riabilitative socio-sanitarie trasformate (ex IDR art. 26);**
- **i criteri per l'applicazione del ticket alle prestazioni ambulatoriali effettuate in Area generale e geriatria delle predette strutture.**

Si riporta di seguito il contenuto della circolare regionale che ha dato attuazione alla DGR 4438, integrata con le indicazioni Asl inerenti la prescrizione riportate nella parte “Provenienza dal domicilio, da Comunità Socio-Sanitaria, da Residenza SanitarioAssistenziale per Anziani o per Disabili” a pag. 3

DGR 28 marzo 2007, n. 4438 “Ulteriori determinazioni in ordine alle attività di riabilitazione”

INDICAZIONI REGIONALI IN ORDINE ALLE ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE EXTRAOSPEDALIERA

Con la DGR indicata sono stati definiti i criteri per disciplinare, in fase di prima applicazione, la riscossione del ticket sulle prestazioni ambulatoriali in Area Generale e Geriatrica, del quale era stata disposta l'introduzione a far tempo dal 1° aprile 2007 (ex DGR 13 dicembre 2006, n. 3776 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2007”).

Il provvedimento è conseguente al riordino della riabilitazione che ha realizzato l'unificazione delle regole, della qualità e dell'accessibilità delle prestazioni riabilitative. Seppure la partecipazione alla spesa sanitaria non dovrebbe sostanzialmente riguardare la popolazione che storicamente affersce alla riabilitazione extraospedaliera, in quanto esente o per età o per disabilità accertata, il provvedimento assunto dalla Giunta Regionale presta ulteriore attenzione ai bambini ed ai ragazzi più fragili. E' possibile infatti che qualcuno di loro che fino ad ora ha potuto giovare di un trattamento riabilitativo continuo e gratuito, possa trovarsi in una situazione di non esenzione perché ancora in corso l'accertamento diagnostico o per altre ragioni collegate alla volontà della famiglia.

Questa è la ragione per cui la Giunta Regionale ha introdotto questa compartecipazione solo per i cittadini che abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e che quindi dovrebbero avere terminato il percorso diagnostico ed essere in una situazione di certificazione della disabilità. L'eccezionalità dell'obbligo a partecipare alla spesa nella nostra popolazione fragile e la sua applicazione solo alle prestazioni prescritte dopo il 1° aprile 2007 ci fa prevedere che l'onere organizzativo conseguente sarà minimale o,

quanto meno, graduale nel tempo. Per le eventuali criticità che possono sorgere si trasmettono le note che seguono.

Nel ribadire che le medesime regole vigenti per l'accesso alle prestazioni riabilitative erogate dalle strutture afferenti all'ambito ospedaliero si applicano identicamente anche per l'accesso alle strutture riabilitative extraospedaliere riordinate, pare utile specificare qui di seguito quali sono le modalità per la presa in carico riabilitativo, a seconda della provenienza del paziente.

Provenienza dal domicilio, da Comunità Socio-Sanitaria, da Residenza SanitarioAssistenziale per Anziani o per Disabili

Per l'iter di accesso alle prestazioni riabilitative, le persone ospitate nelle Strutture di lungoassistenza sociosanitaria residenziali si trovano nelle medesime condizioni di coloro che stanno nel proprio domicilio, con la sola eccezione che le funzioni del Medico di Medicina generale, nelle RSA e nelle RSD, sono svolte dal medico della Struttura.

Il Medico di Medicina generale o il Pediatra di Libera scelta (MMG/PLS), per il paziente proveniente dalla propria abitazione oppure dalla CSS, rilascia l'impegnativa per visita specialistica. Lo specialista della Struttura, se ritiene corretta la presa in carico riabilitativo, stende il Piano Riabilitativo Individuale (PRI) che sarà presentato dal paziente al proprio MMG o PLS, il quale emetterà prescrizione in cui riporterà detto PRI. Il paziente con questa prescrizione ritornerà alla Struttura riabilitativa per iniziare i trattamenti per lui definiti.

A questo proposito l'Asl di Brescia (con nota del novembre 2007) ha definito che

- l'accesso alla Struttura per la prima visita va prescritto su ricettario regionale con la richiesta di "*Visita fisiatrica per definizione di piano riabilitativo individuale*" (sempre corrispondente al codice prima visita). Al paziente sarà consegnata copia del PRI/Pri, o di suo estratto (vedasi modello indicativo allegato);
- l'accesso al trattamento va prescritto, per qualsiasi regime, su ricettario regionale con la dicitura "*Attuazione piano riabilitativo come da modello allegato*"; all'impegnativa va obbligatoriamente allegata

copia del PRI/pri, o di suo estratto, recante timbro e firma del prescrittore.

- al medico prescrittore compete l'indicazione sulle impegnative della eventuale forma di esenzione dal ticket in modo da permettere alla Struttura erogatrice, in caso di prestazione ambulatoriale, la corretta applicazione della partecipazione alla spesa;

A margine si ricorda che, per quanto riguarda eventuali necessità riabilitative gli ospiti di RSA o RSD, così come stabilito dalla DGR n. 19883/2004, accederanno al ricovero ordinario in Area Generale e Geriatrica con prescrizione del medico della Struttura accreditata di provenienza.

Ciò in attesa di ulteriori disposizioni circa la possibilità di dotare di ricettario unico del SSR anche le Strutture di riabilitazione extraospedaliera. Analogamente è utile specificare anche gli altri percorsi.

Provenienza da strutture di riabilitazione extraospedaliera

Posto che può verificarsi che un paziente inizi il trattamento riabilitativo in un'Area ad alta intensità (Specialistica) e prosegua i trattamenti nelle altre Aree (Generale e Geriatrica, Mantenimento) con PRI differenti, si evidenzia che ciò non può costituire la norma. Per casi simili si ritiene comunque opportuno fornire alcune indicazioni.

Il trasferimento di paziente ricoverato, ad es. dall'Area Specialistica all' Area Generale e Geriatrica, deve essere giustificato con la riformulazione di un nuovo PRI: il ricovero del paziente è concluso, la sua cartella clinica viene chiusa e la presa in carico con nuovo PRI in Area riabilitativa differente avviene con una nuova prescrizione del MMG/PLS nel caso in cui la Struttura sia priva del ricettario unico del SSR. In tal caso il nuovo PRI deve essere tempestivamente elaborato dalla Struttura e sottoposto al MMG/PLS in tempi utili per assicurare la continuità della cura.

In altro caso, ad esempio di trasferimento di paziente da una Struttura riabilitativa ad un'altra, nella medesima Area e regime di trattamento e con PRI in corso di completamento, si ritiene di non dover azzerare la soglia e di non dover acquisire una nuova prescrizione medica, ma è indispensabile che copia dell'originaria prescrizione con il PRI e con la quantità dei trattamenti già eseguiti siano trasmesse alla Struttura accettante, affinché termini di

attuare il PRI stesso, che può essere eventualmente rimodulato, ferma restando la soglia di riferimento.

Provenienza da struttura ospedaliera

I pazienti dimessi da Struttura Ospedaliera, per i quali sia necessario prevedere un periodo di riabilitazione, così come possono accedere direttamente alla riabilitazione in sede ospedaliera, ugualmente hanno accesso diretto alle Strutture di riabilitazione extraospedaliera per i trattamenti in regime di ricovero ordinario nelle tre diverse aree (Specialistica, Generale e Geriatrica, Mantenimento).

Ovviamente questo passaggio diretto è possibile laddove il medico ospedaliero abbia la possibilità di emettere direttamente la prescrizione.

Se il paziente è dimesso al domicilio con lettera di dimissione recante il PRI definito dal medico ospedaliero, la Struttura riabilitativa extraospedaliera può evitare di sottoporre il paziente a prima visita per la presa in carico ed avviare il ciclo di trattamenti previsti nel PRI.

Nel caso in cui la Struttura Ospedaliera sia priva del ricettario unico del SSR, il PRI deve essere tempestivamente elaborato dallo specialista della Struttura Ospedaliera e sottoposto al MMG/PLS in tempi utili per assicurare la continuità della cura.

Lo stesso percorso sopra delineato è da seguire per paziente lombardo dimesso da Ospedale fuori regione Lombardia.

Pazienti lombardi provenienti da istituti di riabilitazione extraospedaliera ex art. 26, l. 833/78 ubicati in altre regioni.

Il percorso per l'accesso alle prestazioni riabilitative in Struttura extraospedaliera lombarda è identico a quello di paziente proveniente dal domicilio.

Pazienti extraregionali

I pazienti residenti in altre Regioni, provenienti da casa propria o dall'Ospedale, accedono alle strutture riabilitative extraospedaliere lombarde previa autorizzazione della ASL di residenza che si assume l'obbligo di compensare l'onere di spesa derivante, utilizzando la vecchia modulistica che vigeva per gli IDR ex art. 26, L. 833/78 oppure altra modalità di impegno.

Tale prassi è da considerarsi transitoria sino a che non saranno definite modalità di compensazione a livello nazionale anche per queste prestazioni. Anche tali pazienti, qualora non esenti, sono tenuti al pagamento del ticket con le stesse modalità dei pazienti lombardi.

Pazienti stranieri non residenti

Per tale tipologia di pazienti si rimanda alla normativa sanitaria vigente.

Applicazione del ticket sulle prestazioni ambulatoriali

Con la DGR n. 4438/2007 è stata disposta l'applicazione del ticket sulle prestazioni ambulatoriali in Area Generale e Geriatrica erogate sia dalle Strutture accreditate ai sensi della d.g.r. n. 19883/2004 sia dagli Istituti di riabilitazione ex art. 26, Legge 833/78 che sono ancora nel percorso di riordino, esclusivamente sulle prescrizioni emesse a partire dal 1° aprile 2007. E' invece diverso il numero di trattamenti prescrivibili con singola impegnativa come oltre indicato.

Trattamenti riabilitativi

La DGR n. 4438/2007 dispone che una sola prescrizione medica venga rilasciata dal MMG/PLS per l'intero ciclo riabilitativo in regime ambulatoriale, individuale o di gruppo, indicando la fascia d'impegno e il numero di sedute previste nel PRI, purché entro il limite massimo indicato nella d.g.r. n. 19883/2004 per le tre fasce d'impegno e per i disabili in età evolutiva:

- Fascia 1 max 30 sedute
- Fascia 2 max 40 sedute
- Fascia 3 max 60 sedute
- Disabili in età evolutiva max 180 sedute

I trattamenti oltre soglia saranno remunerati con tariffe abbattute così come previsto dalla DGR n. 20774/2005 (regola generale che vale per tutte le attività riabilitative nelle diverse Aree e regimi).

L'abbattimento tariffario non viene applicato nel caso di ulteriori trattamenti (oltre le soglie definite) a persone affette da patologie di cui al primo elenco

deliberato con DGR n. 1375/2005 o a persone per le quali lo specialista della Struttura certifica che la patologia da cui è affetta è assimilabile a quelle di cui all'elenco citato che potrà essere periodicamente aggiornato.

Eccezionali ma possibili passaggi da una fascia a minore impegno ad un'altra ad impegno maggiore comportano l'emissione di una nuova prescrizione con PRI da parte del MMG/PLS.

Piano riabilitativo individuale: prestazioni riabilitative prescrivibili

La DGR n. 3111/2006 che, tra l'altro, ha modificato l'erogabilità a carico del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.) di alcune prestazioni di Specialistica ambulatoriale ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), deve essere ritenuta un punto di riferimento normativo essenziale anche per le prestazioni di Generale e Geriatrica ambulatoriale.

Il Piano Riabilitativo Individuale dovrà prevedere pertanto le prestazioni erogabili a carico del S.S.R. indicate nell'Allegato 2 della d.g.r. 3111/2006, con la precisazione che ulteriori prestazioni sono prescrivibili solo ed esclusivamente se in aggiunta a prestazioni ricomprese nei LEA, a condizione che le prestazioni LEA costituiscano la parte preponderante del pacchetto riabilitativo. Stessa regola vale per le prestazioni di musicoterapia, danzaterapia, rieducazione equestre, etc.

Durata della seduta ambulatoriale per pazienti in età evolutiva

Con riferimento alla durata della seduta per riabilitazione ambulatoriale per pazienti in età evolutiva (con età inferiore ai 18 anni), la d.g.r. n. 4438/2007 ha stabilito in 45 minuti la durata convenzionale di una singola seduta, con la possibilità di un massimo di 2 sedute per giornata.

La remunerazione stabilita -cioè le tariffe unificate di € 40 per trattamenti individuali e di € 14 per quelli di gruppo- è riferita ad ogni singola seduta di almeno 45 minuti.

Pagamento del ticket

I cittadini non rientranti nelle categorie esenti in base alle normative vigenti sono tenuti alla contribuzione alla spesa sanitaria mediante il pagamento dei ticket che si riportano in base alle norme attualmente in vigore:

- Prime visite 23 € più 10 € di quota fissa;

- Ciclo di trattamenti riabilitativi ambulatoriali 46 € più 10 € di quota fissa; Le modalità di riscossione sono analoghe a quanto avviene presso le Strutture accreditate per la branca Specialistica ambulatoriale di Medicina fisica e Riabilitazione.

Quanto disposto dalla DGR n. 4438/2007 in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria, non si applica ai pazienti minori di 18 anni.

Tutte le somme rimosse dai pazienti lombardi sono all'interno del budget, così come disposto con la deliberazione citata; invece quelle rimosse da pazienti extraregionali sono aggiuntive al budget della Struttura, fermo restando il principio che il ticket costituisce quota parte delle tariffe.

Al MMG/PLS compete di riportare sull'impegnativa il Piano Riabilitativo Individuale oltre ad indicare l'eventuale regime di esenzione.

In base alla vigente normativa, sono esenti dal ticket i seguenti soggetti, fermo restando la disposizione della DGR 4438/2007 di applicare il ticket limitatamente ai pazienti maggiorenni:

- i cittadini con età inferiore a 6 anni o superiore a 65, purché appartenenti a nucleo familiare fiscale con reddito lordo complessivo non superiore a 36.151,98 euro, riferito all'anno precedente;
- i titolari di pensioni sociali ed i familiari a carico;
- i disoccupati (compresi i lavoratori in mobilità) e i famigliari a carico, i titolari di pensioni al minimo ultrasessantenni e i famigliari a carico: entrambe queste condizioni sono subordinate all'appartenenza a nucleo familiare fiscale con reddito complessivo lordo, riferito all'anno precedente, inferiore a 8.263,31 euro, 11.362,05 euro se con coniuge a carico, incrementato di 516,45 euro per ogni figlio a carico;
- gli invalidi civili con percentuale superiore ai 2/3, o con assegno di accompagnamento, o con indennità di frequenza;
- i ciechi e i sordomuti di cui agli artt. 6 e 7 della Legge 482/68;
- gli infortunati sul lavoro e gli affetti da malattie professionali per le prestazioni correlate;
- le categorie dalla I alla V degli invalidi di guerra e per servizio e gli invalidi per lavoro con percentuale superiore a 2/3 sono totalmente esenti, mentre sono esenti solo per le prestazioni correlate alla patologia invalidante le categorie dalla VI all'VIII e gli invalidi per lavoro con percentuale inferiore a 2/3;

- le categorie di cittadini esenti per patologia o condizione sono individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001 che definiscono le 51 condizioni e gruppi di malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione generale o solo per alcune prestazioni correlate. Il D.M. Sanità 279/2001 definisce le malattie rare e le relative esenzioni per le prestazioni efficaci ed appropriate per il trattamento, il monitoraggio e la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

In sostituzione della documentazione attestante le condizioni per l'esenzione, potrà essere prodotta autocertificazione resa ai sensi del DPR n. 445/2000. La modulistica per tale autocertificazione è disponibile presso tutti gli uffici delle Aziende Sanitarie Locali.

Attività di informazione

Le Strutture di riabilitazione si dovranno attivare per dare informazioni esaustive sia sulle modalità di riscossione del ticket presso di esse, sia sulle condizioni che consentono l'esenzione dal pagamento dello stesso. Affinché le attività di informazione siano il più possibile diffuse e precise, si ritiene che le Aziende Sanitarie Locali debbano attivarsi in tal senso ed, in particolare, debbano fornire ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di libera scelta tutte le informazioni e le indicazioni necessarie non solo per l'emissione delle prescrizioni ma per favorire il loro prezioso contributo al percorso riabilitativo di ogni singolo paziente.

Budget e debito informativo

Le somme corrispondenti alla riscossione dei ticket sono incluse nei budget definiti per le strutture erogatrici; pertanto il ticket va considerato un'anticipazione rispetto alla remunerazione spettante, da congruarsi in sede di rendicontazione trimestrale.

Tariffe per trattamenti di gruppo

Con la DGR n. 4438/2007 sono state definite, ad integrazione della DGR n. 20774/2005 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni relative all'attività di riabilitazione", le seguenti remunerazioni tariffarie per i trattamenti di

gruppo a soggetti in età evolutiva in regime Diurno continuo e Ambulatoriale in Area Generale e Geriatrica:

- Tariffa unificata di € 21 a persona per trattamenti di gruppo in regime Diurno continuo
- Tariffa unificata di € 14 a persona per trattamenti di gruppo in regime Ambulatoriale

Si precisa che nel caso di riabilitazione collettiva in regime ambulatoriale (sia per gli adulti sia per i minori), il gruppo si compone di un minimo di 3 sino a un massimo di 5 persone.

Con riferimento ai trattamenti in regime Diurno continuo, se il paziente riceve prevalentemente trattamenti collettivi, si applica la tariffa prevista per il gruppo.

Ad ulteriore chiarezza, si precisa che la d.g.r. n. 4438/2007 introduce la contribuzione alla spesa sanitaria con il pagamento del ticket solo ed esclusivamente per il regime Ambulatoriale in Area Generale e Geriatrica, quindi tutti i trattamenti riabilitativi erogati negli altri regimi - Ricovero ordinario, Diurno continuo e Domiciliare- non devono prevedere pagamento di ticket da parte dei pazienti.

Nel rimarcare nuovamente che, per gli intenti ed in osservanza dei principi che stanno alla base del riordino del sistema riabilitativo lombardo, in assenza di indicazioni specifiche, le ASL devono orientare l'azione delle strutture accreditate secondo le regole previste per il sistema riabilitativo ospedaliero, si forniscono qui di seguito alcune ulteriori indicazioni.

Disabili in età evolutiva: Psicoterapia - Attività di counseling alle famiglie e di raccordo con la scuola e con il territorio

L'intervento di psicoterapia in età evolutiva è per ora riconoscibile come seduta di trattamento riabilitativo all'interno del numero di sedute previste dal PRI ed è pertanto remunerato con la tariffa unificata di € 40, definita per la seduta ambulatoriale generale e geriatrica.

Si coglie l'occasione per ribadire che le tariffe sono state individuate in base all'onere globale medio dei casi trattati. Questo significa che ogni singola tariffa non esprime il costo del singolo trattamento, della prestazione d'opera del singolo professionista o della équipe di cura e di assistenza coinvolta in

ogni singola seduta. Ed è questa la ragione per cui nella riabilitazione in età evolutiva non si riscontra la realizzazione da parte delle strutture erogatrici di attività di counseling alla famiglia e di raccordo con gli operatori della scuola, avendo ricompreso nella tariffa unificata questi “minuti di assistenza” per sostenere il buon inserimento scolastico del bambino disabile e per attivare gli adeguati sostegni nel contesto abituale di vita.

Sottolineiamo comunque che queste prestazioni di natura indiretta, certamente utili per l’ottenimento di buoni risultati anche sul piano dell’integrazione sociale, verranno rilevate con il debito informativo e costituiranno oggetto di riflessione regionale per individuare ancora più correttamente il loro “peso” nel percorso riabilitativo.

Durata dei trattamenti

Per i pazienti in età evolutiva che compiono il diciottesimo anno durante un trattamento riabilitativo si indica di effettuare l’intero completamento del ciclo in corso, con le stesse regole e tariffe applicate ai minori, così come già definito dal PRI.

Ambulatori periferici

Questi ambulatori devono effettuare le loro attività di riabilitazione in orari diversi da quelli durante i quali presso la sede stessa si svolge altro genere di attività e servizi.

La presenza del medico anche presso queste sedi periferiche sarà garantita attraverso modalità diverse individuate in accordo con la ASL territorialmente competente.

Standard di personale per le attività riabilitative ambulatoriali generali e geriatriche

Le attività di musicoterapia, arteterapia, rieducazione equestre, ecc sono svolte da personale con adeguata formazione per svolgere queste attività; pertanto il titolo di studio di fisioterapista non costituisce requisito indispensabile da richiedere alle Strutture accreditate.

La figura del Pedagogista può essere conteggiata come Educatore ai fini dello standard riabilitativo.

Rapporti con le U.O.N.P.I.A.

Con la DGR n. 19883/2004 è stato definito per la riabilitazione generale e geriatria ambulatoriale e domiciliare rivolta a soggetti disabili in età evolutiva che ulteriori necessità identificate dallo specialista dovranno essere condivise dalla Unità Operativa di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (UONPIA) di riferimento.

Per i bimbi trattati in regime diurno continuo, deve essere invece valutata all'inizio di ogni anno scolastico, da parte dell'UONPIA, l'impossibilità di ottemperare all'obbligo scolastico.

Per UONPIA di riferimento si intende quella che aveva preso in carico il piccolo paziente, oppure, nel caso di bimbo che mai ha acceduto a questo servizio, quella di sua residenza.

Prestazioni riabilitative erogate ad utenti di servizi socio sanitari accreditati
Durante questo primo anno di attuazione della riforma i Centri Diurni per Disabili che abbiano in carico persone che usufruiscono contemporaneamente di prestazioni riabilitative in Strutture riordinate ai sensi della DGR n. 19883/2004 non possono rendicontare la giornata in cui il loro utente fruisce di tali prestazioni, essendo esse già dovute dal CDD medesimo.

Le prestazioni riabilitative necessarie dopo un evento acuto, potranno essere erogate dalle Strutture riabilitative senza gli abbattimenti sopra previsti per i CDD.