

11. MACROATTIVITA' AMBULATORIALE

<p>BIC</p> <p>PRESTAZIONI AMBULATORIALE DI CHIRURGIA A BASSA INTENSITA' OPERATIVA E ASSISTENZIALE</p> <p>RENDICONTAZIONE</p>	<p>Introdotte con DGR 10804/2009 Allegato A</p> <p>Tali attività sono rendicontate, parimenti alle attività di specialistica ambulatoriale, con il flusso informativo di cui alla circolare 28/SAN ed anche i casi che pernoveranno per 1 sola notte verranno considerati di tipo ambulatoriale in quanto la notte di permanenza in ospedale verrà considerata non di assistenza ma di semplice osservazione (allegato 9).</p> <p>Le disposizioni entrano in vigore a decorrere dalle prestazioni <u>prenotate</u> a far data dal 1° gennaio 2010.</p> <p>Nel nomenclatore tariffario le prestazioni sono contrassegnate dalla lettera H e pertanto sono erogabili solo presso ambulatori protetti, ossia situati nell'ambito d'istituti di ricovero accreditati sia pubblici sia privati.</p> <p>Le prestazioni di chirurgia a bassa intensità complessità fruite dai pazienti extraregione verranno rendicontate regolarmente come prestazioni ambulatoriali (Verbale GdL_ AAC del 21/09/2011).</p> <p>E' possibile prescrivere prestazioni BOCA per pazienti extraregione da parte degli erogatori privati, accreditati e a contratto (Verbale GdL_ AAC del 22/02/2012).</p> <p>DGR 621 /2010</p> <p>Nel caso di effettuazione contestuale di più procedure chirurgiche deve essere scelta quella che il GROUPER 3M individua come principale.</p> <p>Nel caso in cui vengano effettuate contestualmente più procedure di cui solo la principale è contenuta nell'allegato A, tutte le procedure chirurgiche eseguite devono essere ricondotte alla principale e quindi una sola prestazione deve essere rendicontata in 28 SAN.</p> <p>Nel caso in cui vengano effettuate contestualmente più procedure di cui solo la principale <u>non</u> sia contenuta nell'allegato A e qualcuna delle altre invece lo sia, l'episodio segue le normali modalità di rendicontazione in uso per le attività di day surgery o di degenza ordinaria.</p> <p>Per la bassa intensità assistenziale (BIC) il criterio che guida l'attribuzione delle prestazioni al suddetto regime è l' <u>MPR</u> (major procedure related) - (Verbale GdL_ AAC del 19/05/2011).</p> <p>Le prestazioni di istologia e anatomia patologica attinenti alle attività BIC, sono da ritenersi comprese nella tariffa dell'intervento e quindi non devono essere rendicontate a parte.</p> <p>DGR 937 del 01.12. 2010</p> <p>A partire dalle prestazioni erogate dal 01 dicembre 2010, anche in caso di eventuale accettazione da P.S., le prestazioni di cui all'allegato A non avranno l'incremento del 25% e andranno rendicontate in flusso 28/SAN.</p> <p>Se l'intervento viene eseguito nei giorni successivi all'accesso di PS necessita di prescrizione e segue le regole di specialistica (ticket, etc.) - (verbale GdL 09/05/2012).</p> <p>Se l'intervento è effettuato all'interno dell'accesso di PS non necessita di impegnativa ma non può essere incrementato del 25% del valore. Andrà comunque compilata la scheda clinica ambulatoriale con le informazioni necessarie.</p> <p>Le prestazioni afferenti al regime BIC sono consultabili nel NTR 2016.</p>
--	---

<p>BIC</p> <p><u>SCHEDA CLINICA AMBULATORIALE</u></p>	<p>La scheda clinica ambulatoriale deve contenere almeno le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificazione della Struttura accettante • Numero progressivo • Generalità dell'assistito • Data prenotazione intervento • Anamnesi patologica prossima • Esame obiettivo • Registrazione di eventuali esami clinici effettuati • Diagnosi e terapia • Descrizione dell'intervento operatorio che riporti: tipo, data e durata dell'intervento, tecnica anestesiológica utilizzata, nominativi del personale e firme degli operatori • Indicazioni post-chirurgico • Referti di visite controllo e medicazioni post-chirurgico • Consenso informato al trattamento datato e firmato sia dal paziente che dal personale sanitario • Copia del referto/relazione per il medico curante che contenga almeno: una chiara descrizione del tipo di anestesia utilizzata, dell'eventuale diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la segnalazione dell'esecuzione o meno dell'esame istologico; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza.
<p>BIC ODONTOIATRICHE</p>	<p>DGR X/2989 del 23/12/2014 - allegato A - a decorrere dal 1° gennaio 2015 vengono inseriti nell'elenco delle prestazioni BIC i codici 23.11.B "Estrazione di radice residua" e 23.19.B "Altra estrazione chirurgica di dente". L'attribuzione delle suddette prestazioni al regime BIC, si riferisce alla tipologia di prestazioni finora erogate in DH, ovvero alle condizioni in cui, oltre che i criteri di inclusione nei LEA odontoiatrici (DGR 3111/2006), erano soddisfatti anche i requisiti di appropriatezza propri del regime di ricovero per le prestazioni odontoiatriche, con riferimento alle co-patologie eventualmente presenti (es. disabili gravi, pazienti in TAO), alla minore età, a peculiari necessità anestesiológicas, alla particolare indagine o complessità operativa di talune tipologie di interventi per i quali si richiede talvolta anche una competenza riferita alla chirurgia maxillo-facciale (es. ottavi inclusi o semi-inclusi) ecc. Nei restanti casi dovrà essere valutata l'appropriatezza della BIC versus il regime ambulatoriale semplice.</p> <p>Si precisa che, così come già chiarito per la MAC, è possibile erogare le BIC anche a pazienti pediatrici (0-14 anni), fatta salva l'opzione di scelta da parte del professionista medico per il regime di ricovero protetto a tutela del paziente.</p> <p>Nota RL n. G1.2016.0030662 del 29/09/2016: si precisa che per il cod. 23.11.B, analogamente a quanto già indicato per il codice 23.19.B, la tariffa di 500€ è riconosciuta per <u>settore d'intervento</u> e non per singola estrazione.</p>
<p>BIC</p> <p>GASTROENTEROLOGIA/ ENDOSCOPICA</p>	<p>DGR 2946 del 25.01.2012</p> <p><u>modifica</u> le indicazioni emanate con la DGR 2633/2011 (allegato 10) in merito alla codifica delle procedure di resezione endoscopiche in attività di ricovero e distingue, sulla base del diverso impegno assistenziale richiesto, la procedura di "MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA" da quella di "DISSEZIONE SOTTOMUCOSA ENDOSCOPICA" prevedendo per la succitata mucosectomia l'erogazione in regime di <u>CHIRURGIA ambulatoriale</u> (BIC)</p>

	<p>Cod. 42.33.3 Mucosectomia endoscopica dell'esofago</p> <p>Cod. 43.41.3 Mucosectomia endoscopica dello stomaco</p> <p>Cod. 45.43.2 Mucosectomia endoscopica del colon (si utilizza per la rendicontazione delle mucosectomie effettuate in regime amb. A fronte di diagnosi principale di neoplasia non benigna, a tutela della appropriatezza del ricorso alla procedura) - (GdL Verbale del 09/05/2012).</p> <p>Si richiama quanto presente nel NTR per le prestazioni contraddistinte dai cod. 42.33.3 "Mucosectomia endoscopica dell'esofago" - cod. 43.41.3 "Mucosectomia endoscopica dello stomaco" - cod. 45.43.2 "Mucosectomia endoscopica del colon", contrassegnate nel campo note con la sigla lhca (I/Inserita - H/Ospedaliera - ca/chirurgia ambulatoriale), afferenti alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale a bassa complessità operativa ed assistenziale (BIC)". Si sottolinea pertanto, l'indispensabile presenza della cartella clinica ambulatoriale con i necessari contenuti.</p> <p>Il codice mucosectomia comprende già la possibilità di esecuzione multipla della procedura sullo stesso organo, per cui va rendicontato una sola volta - (GdL Verbale del 09/05/2012).</p>
CIRCONCISIONE - Cod. 64.0	La "circoncisione rituale maschile" (Cod. 64.0) è una prestazione totalmente esclusa dai LEA e pertanto non erogabile a carico del SSR.
<p>MAC</p> <p>MACROATTIVITÀ AMBULATORIALE COMPLESSA E AD ALTA INTEGRAZIONE DI RISORSE</p>	<p>Introdotte con DGR IX/1479 del 30 marzo 2011. Ulteriore normativa di riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DGR IX/1962 del 6 luglio 2011 • DGR IX/2633 del 6 dicembre 2011 • Circolare 14/SAN del 29 dicembre 2011 • DGR IX/2946 del 25 gennaio 2012 • Circolare 1/SAN del 30 gennaio 2012 • Verbale GdL_ AAC del 22 febbraio 2012 • Verbale GdL_ AAC del 09 maggio 2012 • Verbale GdL_ AAC del 21 giugno 2012 • Verbale GdL_ AAC del 13 settembre 2012 • Nota RL H1.0010932 del 10 aprile 2013 • DGR X/1185 del 20 dicembre 2013 • Nota RL H1.2014.0002969 del 24 gennaio 2014 • DGR X/ 2313 del 01 agosto 2014 • Verbale GdL_ AAC del 10 ottobre 2014 • Verbale GdL_ AAC del 27 novembre 2014 • Nota RL H1.2015.0011640 del 16 aprile 2015 • DGR 4702 del 29 dicembre 2015
MAC PRESCRIZIONE	I pacchetti MAC possono essere prescritti solo dagli specialisti che operano presso la Struttura in cui gli stessi vengono erogati. Sono erogabili in ambito di mobilità sanitaria e quindi possono essere fruiti anche da pazienti di provenienza extraregionale ai quali

	<p>l'attività potrà essere prescritta anche da parte di erogatori accreditati e a contratto di diritto privato. Le prescrizioni di pacchetti MAC vanno chiuse tassativamente nell'anno di rilevazione (nota Regione Lombardia H1.2012.0037659 del 24/12/2012)</p>
MAC RENDICONTAZIONE	<p>Rendicontazione 28San dell'attività svolta</p> <ul style="list-style-type: none"> • CAMPO QUANTITA': è posto un limite massimo di 30 in riferimento alle quantità rendicontabili per prestazione e per singolo record. <p>Qualora la prescrizione eccedesse la quantità massima prevista, l'attività effettuata potrà essere rendicontata ripetendo lo stesso codice di prestazione interessato per la parte eccedente i 30 accessi (Regole elaborazione anno 2013).</p> <p>La rendicontazione dovrà essere effettuata ad esaurimento dei pacchetti prescritti in ricetta indicando nel campo "data di contatto" la data di effettuazione della prima (in senso temporale) prestazione e nel campo "data fine erogazione", la data di chiusura del pacchetto (nota RL H1.2014.0002969 24/01/2014).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La possibilità di rendicontazione contemporanea di più MAC è riferita a PERCORSI ASSISTENZIALI DIFFERENTI - (Verbale GdLAAC del 21/06/2012). • Modalità di corretta compilazione del campo relativo al prescrittore nel flusso informativo Circolare 28/san, nel caso di riconduzione in regime di MAC, ad opera dell'Erogatore, di prestazioni erroneamente rendicontate, in un primo tempo, in regime di ricovero con il flusso SDO; si condivide quanto segue: il flusso di rendicontazione riporterà il riferimento dello specialista responsabile della presa in carico del paziente assistito in regime di ricovero e la Struttura erogante si renderà disponibile a fornire, su richiesta degli organi di controllo, la documentazione attestante l'avvenuta correzione a posteriori dell'errata rendicontazione dell'episodio di assistenza (attestazione della cancellazione della pratica di ricovero dal flusso SDO e della sua successiva trasmissione con il flusso ambulatoriale come prestazione MAC) - (Verbale GdLAAC del 10/10/2014). <p>Nota regionale prot. H1.2015.0011640 del 16/04/2015 - Oggetto: DETERMINA AIFA 23 marzo 2015 - Riclassificazione del medicinale per uso umano "LEMTRADA" ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 (Determina n. 303/2015) e modalità di erogazione e somministrazione di NATALIZUMAB e FINGOLIMOD nei pazienti affetti da Sclerosi Multipla.</p> <p>AIFA a partire dal 24/04/2015 ha disposto che sarà possibile utilizzare, in regime di rimborsabilità SSN, il medicinale LEMTRADA (Alemtuzumab) per l'indicazione terapeutica : pazienti adulti con sclerosi multipla recidivante-remittente (SMRR) con malattia attiva definita clinicamente o attraverso le immagini di risonanza. Si individuano come prescrittori i centri già autorizzati alla prescrizione dei farmaci di cui alla nota AIFA 65, individuati e aggiornati con nota regionale prot. H1.2014.0034462 del 21/10/2014.</p> <p>Si rende necessario, per garantire l'appropriatezza e senza necessità di ricorrere al ricovero, un livello assistenziale ambulatoriale complesso e ad alta integrazione di risorse riconducibile alle MAC.</p> <p>Viene disposto che:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ per l'infusione di Alemtuzumab e, in analogia, per l'infusione di Natalizumab e la <u>prima</u> somministrazione di Fingolimod è possibile rendicontare la prestazione MAC 10 a partire dalle somministrazioni/erogazioni effettuate dal 24 aprile 2015. ➤ per l'infusione di Alemtuzumab e Natalizumab la tipologia di File F è la tipologia 2 ➤ per la somministrazione di Fingolimod le tipologie di File F sono: <ul style="list-style-type: none"> • la tipologia 6 per l'indicazione autorizzata

- la tipologia 3 per l'indicazione di cui alla legge n. 648/96

Al fine del corretto utilizzo dei farmaci succitati, si ribadisce la necessità dell'inserimento delle schede AIFA di monitoraggio intensivo nei tempi e modi stabiliti dalla stessa Agenzia.

Deve riportare almeno:

- la UO dove si esegue la prestazione
- il n° progressivo della scheda clinica
- le generalità dell'assistito
- l'anamnesi patologica prossima
- l'esame obiettivo
- la registrazione degli eventuali esami clinici effettuati
- la diagnosi
- il consenso informato al trattamento e/o procedura diagnostica, datato e firmato sia dal paziente che dal personale sanitario
- tipo e descrizione della procedura/prestazione con orario di ingresso e uscita

Nel caso di attività riabilitative complesse è inoltre previsto il PRI/pri, la tabella delle prestazioni di fisioterapia erogate ed i relativi minutaggi.

RELAZIONE PER IL CURANTE

Al termine dell'iter diagnostico/dei cicli di cura viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno:

- una chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata;
- i consigli terapeutici;
- la programmazione del controllo successivo;
- chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza.

In caso di attività ambulatoriale complessa oncologica viene consegnata al paziente una breve relazione su quanto effettuato ed eventuali consigli sulle possibili complicanze

RIABILITAZIONE PER SOGGETTI CON DISABILITA' VISIVA (IPOVEDENTI) - DGR X/2313 del 01 agosto 2014

Si dispone il riconoscimento dell'attività nell'ambito del percorso di macroattività ambulatoriale complessa (MAC) per l'attività riabilitativa svolta sul soggetto ipovedente.

- **MAC 07:** Pacchetto riabilitativo a media complessità per i Centri dedicati all'attività evolutiva (0-18 anni) - da 90 a 120 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente; attività garantite da almeno 3 operatori professionali, il medico specialista così come previsto dal PRI coordina ed integra le attività svolte. Centro per la diagnosi e la riabilitazione funzionale di bambini con deficit visivi e/o multidisabilità, localizzato presso il Presidio Ospedaliero dei Bambini - AO Spedali Civili di Brescia.
- **MAC 08:** Pacchetto riabilitativo a bassa complessità per quelli dedicati agli adulti - almeno 90 minuti di attività riabilitative

MAC

SCHEDE CLINICHE AMBULATORIALE

	<p>effettive sul paziente; attività garantite da almeno 2 operatori professionali, il medico specialista così come previsto dal PRI coordina ed integra le attività svolte.</p> <p>Centro di ipovisione situato presso la clinica oculistica dell'AO Spedali Civili di Brescia.</p>
<p>MAC ULTERIORI CHIARIMENTI</p>	<p>In merito alla richiesta circa la possibilità di utilizzo dei posti tecnici MAC per qualsiasi specialità, a prescindere dall'origine del posto letto convertito nell'attuale posto MAC, si rinnova quanto già chiarito in passato (verbale del Gdl del 22/02/2012 punto 1.k), precisando che, come da normativa vigente, il regime MAC non prevede branche specialistiche di afferenza, con ciò intendendosi che qualunque posto tecnico MAC possa essere impiegato per effettuare prestazioni la cui specialità figuri nell'assetto accreditato della Struttura in regime di ricovero (Verbale GdLAAC del 27/11/2014).</p> <p>LE PRESTAZIONI COMPRESSE NEL NTR NON POSSONO ESSERE RICONOSCIUTE COME MAC SE EROGATE COME SINGOLE PRESTAZIONI. Possono essere erogate in pacchetti MAC solo in ben definite situazioni cliniche, chiaramente evidenziate nella relativa cartella ambulatoriale, al fine di giustificare chiaramente il livello assistenziale scelto. In assenza di tale documentazione, in fase di controllo, le prestazioni comprese nel pacchetto MAC potranno essere ricondotte a regime ambulatoriale "semplice" o non riconosciute con oneri a carico del SSR.</p> <p>Eventuali esami conseguenti a procedure rese in MAC (esempio cito/istologici, ecc) sono compresi nella tariffa MAC. Le PRESTAZIONI DI LABORATORIO e di DIAGNOSTICA STRUMENTALE attinenti ai contenuti clinici delle attività MAC in corso, anche se non esplicitamente comprese nella descrizione del pacchetto MAC, sono ricomprese nel citato pacchetto (anche se effettuate in giorni diversi dall'accesso per MAC) e non devono quindi essere rendicontate a parte nel flusso ambulatoriale di cui alla Circolare 28 San.</p> <p>La sovrapposizione tra attività di ricovero e MAC non è consentita: nel caso di passaggio da attività MAC a ricovero il pacchetto MAC NON deve essere rendicontato in quanto compreso nel ricovero conseguente. Se durante il percorso MAC c'è la necessità di un ricovero, il pacchetto MAC va chiuso ed eventualmente riaperto, se necessario, successivamente (Verbale GdL del 21/06/2012)</p> <p>Nel caso di ESAMI DI TOSSICITÀ CHEMIOTERAPICA non effettuati nella giornata di accesso, né nella giornata precedente sono da ricomprendere nel relativo pacchetto MAC, in funzione del costo dell'esame, che se ad alto costo, può essere rendicontato a parte (cfr. Punto 3 del verbale di riunione del 22.02.2012) - (Verbale GdL AAC del 21/06/2012)</p> <p>Nel caso della somministrazione contemporanea di diverse tipologie di FARMACI ANTITUMORALI (es. ev e per os) è opportuno ricomprendere tutto nella MAC di maggiore valore.</p> <p>La MAC 01 (con file F tipologia 5 o 3) sostituisce di fatto il DH 410 J, per cui si applica per omogeneità e correttezza a tutte le giornate del relativo protocollo terapeutico. Questo vale anche in presenza di più giorni di trattamento che vanno rendicontati tutti come MAC 01 e non come ad es. MAC 01 il giorno 1 e MAC 02 il giorno 2 dove il giorno 1 presenta un farmaco ad alto costo ed il giorno 2 invece farmaco a basso costo).</p> <p>La MAC 05 può essere utilizzata anche per rendicontare le manovre interventistiche di TORACENTESI e PARACENTESI effettuate in pazienti NON neoplastici. Verbale GdL del 09/05/2012</p>

RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA, l'attività di valutazione dell'appropriato regime di assistenza (tipologia di MAC) è identificabile dal livello di disabilità (scale di valutazione) più che dalla patologia. Dal punto di vista prescrittivo gli accessi MAC devono essere riservati prevalentemente ai pazienti provenienti dal regime di ricovero. L'attività di gruppo neuromotoria è attività propriamente ambulatoriale e non attività complessa (MAC). Per le attività di gruppo non neuromotorie al momento rimangono attività ambulatoriali semplici.

Il minutaggio richiesto rispetto all'assistenza MAC prevista deve essere chiaramente desumibile dalla documentazione clinica. Le attività di trattamento sono quelle fatte sul paziente, anche dal medico tramite atti medici ma non di semplice valutazione clinica o di coordinamento (Verbale GdL del 13/09/2012).

La MAC può essere erogata a PAZIENTI PEDIATRICI, nel rispetto dei criteri generali di corretto utilizzo della MAC (le prestazioni prettamente ambulatoriali, come ad es. le vaccinazioni, restano tali) fatta salva l'opzione di scelta per il regime di ricovero protetto a tutela del paziente. Verbale GdL 09/05/2012

DGR X/1185 del 20/12/2013 - allegato 3 sub allegato C "Attività riabilitative" - Pacchetti MAC in medicina riabilitativa

Gli interventi riabilitativi non sono riconducibili a diagnosi nosologiche in quanto alla stessa diagnosi possono corrispondere livelli di complessità e bisogni differenziati e quindi impegni di risorse qualitativamente e quantitativamente molto diversi.

Criteri di inclusione dei pazienti

Ambulatoriale semplice	Criteri di inclusione	Necessità di un programma di trattamento prestabilito declinabile in codici ambulatoriali secondo i criteri LEA, senza esigenze di coordinamento o simultaneità di intervento di più figure professionali
Ambulatoriale complesso MAC	Criteri di inclusione	Necessità di un programma di trattamento flessibile, variabile nel tempo, con intensività delle cure, con esigenza di coordinamento o simultaneità di intervento di più figure professionali
DH riabilitativo	Criteri di inclusione	Necessità di usufruire di requisiti strutturali (posto letto diurno) atti a consentire lo svolgimento di cure riabilitative intensive, laddove siano necessari interventi osservazionali, assistenziali o di monitoraggio prolungati

TEMPO DEDICATO AL TRATTAMENTO	OPERATORI CONVOLTI	CODICE MAC
-------------------------------	--------------------	------------

90 min	2 operatori - attività diagnostico-terapeutica o di coordinazione ed integrazione da parte del medico specialista quando necessarie (<i>almeno ogni 12 accessi</i>)	MAC 08
Tra 90 min e 120 min	3 operatori - attività diagnostico-terapeutica o di coordinazione ed integrazione da parte del medico specialista quando necessarie (<i>almeno ogni 8 accessi</i>)	MAC 07
> 120 min	3 operatori - attività diagnostico-terapeutica o di coordinazione ed integrazione da parte del medico specialista quando necessarie, <u>in ogni accesso</u> . L'intervento del medico contribuisce al soddisfacimento del requisito "tempo"	MAC 06

Definizioni operative relative alle procedure riabilitative in regime MAC

- **TEMPO:** il tempo effettivo dedicato ad attività valutative e terapeutiche specificatamente riabilitative sul paziente.
- **ATTRIBUZIONE INIZIALE DEL LIVELLO MAC:** il codice MAC deve essere prescritto inizialmente, la MAC è remunerata ad accesso per cui l'individuazione del codice MAC in riferimento al singolo accesso deve essere corretta. Se il PRI già previsto per la sua realizzazione necessita dell'associazione - in accessi distinti - di due o più livelli di complessità, questi potranno essere prescritti sulla stessa impegnativa specificandone il n° di accessi massimi rispettivamente previsti per ogni livello.
- **IL NUMERO DEGLI ACCESSI:** deve essere definito a priori sulla base delle valutazioni iniziali del prescrittore; saranno poi rendicontati gli accessi effettivamente effettuati; il medico deve rendicontare sulla scheda clinica ambulatoriale la verifica clinico/riabilitativa del PRI e pri (almeno ogni 8/12 accessi).
- **PROVENIENZA DEL PAZIENTE:** è considerata appropriata la provenienza da qualsiasi setting degenziale per acuti o riabilitativo o anche da setting territoriale, incluso il domicilio, purchè il PRI ed il pri riportati nella scheda clinica ambulatoriale giustifichino lo specifico passaggio di setting.
- **FIGURE PROFESSIONALI:** gli operatori professionali che possono intervenire in un'attività MAC sono tutti gli operatori coinvolti in un programma riabilitativo, all'interno di un PRI: medico fisiatra, altro medico specialista, psicologo con competenze neuropsicologiche, infermiere, assistente sociale e altre figure come fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, ecc. Qualora partecipano al PRI con funzione riabilitativa altre figure professionali sanitarie, la scheda clinica ambulatoriale ne deve motivare il significato riabilitativo.

La figura professionale del medico è parte integrante e requisito organizzativo indispensabile della MAC. Il medico partecipa agli accessi e documenta presenza e attività con la cadenza stabilita per ciascun livello MAC.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">➤ TRATTAMENTI IN GRUPPO: limitatamente alla riabilitazione cardiologica e pneumologica può essere accettata un'attività riabilitativa in regime MAC effettuata anche in gruppi non superiori a 6 pazienti ciascuno, purchè l'attività sia articolata e proposta come Progetto Riabilitativo di Struttura alle ASL di competenza e da queste valutata e recepita.➤ ESAMI DI LABORATORIO e ACCERTAMENTI STRUMENTALI DI BASE: devono essere compresi nella MAC, se richiesti, a percorso MAC iniziato e finalizzati alla fattibilità di procedure di diagnosi funzionale e di terapia coerenti con PRI (es. routine ematologica, RX torace o segmento osseo). Non devono essere comprese procedure diagnostico-terapeutiche di elevata complessità (es. esame urodinamico, videofluoroscopia per la deglutizione, trattamento della spasticità focale con Baclofen, ecografia muscolo-tendinea), ne procedure relative a comorbidità non influenti su PRI o pri.➤ CHIUSURA FINE ANNO: come da Circolare 14/san è obbligatoria |
|--|---|