



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

DefReha[©]

Riabilitazione ospedaliera:
definizione e requisiti minimi

DefReha[©] 3.0



Preambolo

Accanto alla medicina acuta e alla psichiatria, la riabilitazione costituisce uno dei pilastri importanti dell'assistenza medico-sanitaria stazionaria in Svizzera ed è una specializzazione medica altamente specializzata. I Cantoni determinano il fabbisogno della popolazione residente per quanto riguarda le prestazioni nel settore stazionario della riabilitazione e pianificano l'assistenza in maniera corrispondente. Le cliniche di riabilitazione presenti in un elenco cantonale degli ospedali ottengono un mandato di prestazioni ai sensi della LAMal e possono fatturare le proprie prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Dal 2022 tali prestazioni saranno probabilmente raffigurate tramite ST Reha, una struttura tariffale unitaria a livello nazionale e orientata alle prestazioni, come già viene impiegata dal 2012 nell'assistenza ospedaliera acuta con SwissDRG e dal 2018 nella psichiatria ospedaliera con TARPSY.

Le prestazioni di riabilitazione sono attualmente finanziate in modo differente nelle singole cliniche a livello svizzero quanto sono pure definiti in modo eterogeneo i mandati di prestazioni cantonali. Ciò deve cambiare. Affinché prestazioni comparabili possano essere remunerate in modo appropriato, da una parte occorre definire la riabilitazione in modo unitario, inequivocabile e trasparente a livello svizzero e dall'altra parte deve essere chiaro quali requisiti devono adempiere i fornitori di prestazioni a livello di strutture e processi per poter fatturare tramite ST Reha. Si tratta inoltre di determinare i requisiti minimi posti alla qualità delle strutture, dei processi e dei risultati, affinché i Cantoni possano chiederli quali requisiti per ottenere un posto nei loro elenchi degli ospedali.

La base legale per ST Reha sussiste dal 1° gennaio 2012, quando divenne realtà la revisione LAMal relativa al nuovo finanziamento degli ospedali, con l'obiettivo di creare una maggiore trasparenza, di promuovere l'economicità e di correggere gli incentivi errati. Dopo l'entrata in vigore della revisione LAMal nel 2013, le aziende fornitrici di prestazioni hanno elaborato e pubblicato assieme a H+ Gli Ospedali Svizzeri la versione 1.0 di DefReha®. Si trattava allora di descrivere i criteri medico-sanitari per l'avvio e la conclusione della riabilitazione medico-sanitaria. La versione successiva DefReha® 2.0 è stata completata con le definizioni delle prestazioni obbligatoriamente da fornire nella riabilitazione ospedaliera.

Il documento di H+ ora disponibile, DefReha® 3.0 descrive il panorama svizzero della riabilitazione da diversi punti di vista e descrive la struttura della riabilitazione ospedaliera suddivisa in tipi di riabilitazione e in settori trasversali. Il documento descrive inoltre prestazioni minime e condizioni poste alle aziende per la fornitura di prestazioni, riferite al personale, all'infrastruttura e ai processi. La versione DefReha® 3.0 è stata completata con i settori trasversali della riabilitazione, al fine di raffigurare in modo più differenziato le prestazioni caso per caso. Si tratta di una base dettagliata e fondata, elaborata da specialisti, per permettere un'osservazione armonizzata della riabilitazione ospedaliera in Svizzera. È adatta per essere consultata ogni qualvolta si presentano questioni legate alla riabilitazione ospedaliera di persone con limitazioni a livello fisico, psichico e/o sociale a causa di malattia o infortunio e che per questo motivo sono in grado di partecipare in maniera solo ridotta alla vita sociale.

La riabilitazione ospedaliera mira sempre al miglior ripristino possibile delle capacità funzionali e partecipative dei pazienti limitate da malattia o infortunio. Ciò ha pure un grande valore dal punto di vista dell'economia nazionale, visto che i trattamenti eseguiti con successo permettono ai pazienti di ritornare a una vita perlopiù autonoma. Conta ancora di più, però che in tal modo le persone guarite riescono a impiegare le proprie risorse per sé stesse, nella professione o per il prossimo, fornendo così un deciso plusvalore alla società.

Isabelle Moret, presidente di H+ Gli Ospedali Svizzeri

Origine del presente documento

La revisione della LAMal in vigore dal 1° gennaio 2012 relativa al finanziamento ospedaliero richiede anche per la riabilitazione ospedaliera una struttura tariffaria unitaria a livello nazionale, che dovrà permettere di confrontare in modo trasparente le prestazioni.

Il settore dei membri della riabilitazione di H+ Gli Ospedali Svizzeri, rappresentato dalla Conferenza attiva Riabilitazione (AK Reha), e il Segretariato centrale di H+ hanno constatato in relazione ai lavori concernenti la struttura tariffale ST Reha che nella riabilitazione ospedaliera in Svizzera mancano definizioni riconosciute per le prestazioni e i tipi di erogazione delle prestazioni. Per l'elaborazione di una struttura tariffale, tuttavia, la descrizione del tipo di prestazione è essenziale.

In questo contesto, H+ ha avviato l'iniziativa volta a formulare le definizioni dei diversi tipi di riabilitazione, come pure i relativi criteri di inclusione e di esclusione per le diverse fasi della riabilitazione. Lo spunto iniziale è stato dato dai lavori preliminari di un gruppo di lavoro condotto dal dott. A. Assimacopoulos (HUG) e da B. Meyer (FHV), che ha creato una prima base messa a disposizione di H+. Nel 2010, lo stesso dott. A. Assimacopoulos e il prof. D. Conen hanno poi rielaborato il modello su mandato di H+, precisando le varie definizioni e redigendo diversi cataloghi di criteri. Per la verifica, la rielaborazione e il consolidamento, la Conferenza attiva Riabilitazione si è rivolta a un comitato redazionale, che a sua volta ha inglobato pareri di esperti tra le file della Conferenza attiva Riabilitazione. A cavallo tra il 2012 e il 2013, il segretariato centrale di H+ ha chiesto un parere sul documento ai membri attivi di tutti i settori, coinvolgendo pure società specialistiche, federazioni, associazioni e gruppi di interesse nel campo della riabilitazione. Nel mese di maggio 2013, la Conferenza attiva Riabilitazione ha preso conoscenza delle modifiche consolidate del documento e ha incaricato il settore Comunicazione di H+ di rileggere la bozza. Nel mese di settembre 2013 la Conferenza attiva Riabilitazione ha presentato al Comitato il documento di principio DefReha® versione 1.0 per decisione. In data 19 settembre 2013 il Comitato di H+ Gli Ospedali Svizzeri ha approvato il documento di principio DefReha® di H+ nella presente versione 1.0.

Il documento "DefReha®" fungerà da punto di riferimento per tutti i lavori dell'associazione nell'ambito dello sviluppo della struttura tariffale. A loro volta, i singoli membri dispongono ora di uno strumento che contribuirà a chiarire le questioni inerenti alle interfacce verso e dalla riabilitazione ospedaliera.

Tutti i gruppi di interesse della riabilitazione ospedaliera – pazienti, fornitori di prestazioni, assicurazioni, Cantoni, SwissDRG SA e autorità di vigilanza – dovrebbero avere un approccio inequivocabile e unitario alle prestazioni, al tipo di erogazione delle stesse e alla tempistica riguardante l'inizio e la fine della riabilitazione. Al fine di concretizzare questa visione unitaria, occorre coinvolgere tutti gli attori e il documento DefReha® potrà essere utile nell'ambito della ricerca del consenso.

La versione 2.0 presentata in data 28.08.2018, a partire dal capitolo 3.2 precisa le prestazioni per ogni tipo di riabilitazione. Le descrizioni raccolgono le conoscenze attuali relative alla fornitura di prestazioni effettiva ed economica ed elencano criteri minimi misurabili per la fornitura di prestazioni caso per caso. In situazioni eccezionali, motivate dal punto di vista medico-sanitario e limitate nel tempo, sono possibili scostamenti dai criteri minimi.

La versione descrive pure i requisiti di criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, infrastrutturale e del personale. Si tratta di requisiti aziendali che dal punto di vista del settore devono essere presupposti per permettere la fornitura di prestazioni della riabilitazione ospedaliera. I requisiti citati sono disciplinati in condizioni cantonali per la partecipazione a strutture tariffali (mandato di prestazioni) e in prescrizioni di polizia sanitaria (autorizzazione d'esercizio).

Le intensità inferiori nell'erogazione di prestazioni o le mancate risorse di personale o di investimenti rendono impossibile la fornitura di prestazioni ai sensi delle definizioni sviluppate nel presente documento. Tali prestazioni non corrispondono alla riabilitazione ospedaliera e in tal senso neppure alla nozione di riabilitazione così come deve essere impiegata nell'erogazione ospedaliera di prestazioni.

La necessità di una versione 2.0 è sorta dallo sviluppo ulteriore della struttura tariffale ST Reha, con sistematica ad albero decisionale, decisa dalla SwissDRG SA, integrando prestazioni di riabilitazione codificabili in quanto caratteristiche rilevanti per il raggruppamento. L'obiettivo dichiarato della SwissDRG SA è garantire maggiormente il riferimento alla prestazione.

Per sviluppare il rilevamento delle prestazioni occorre raffigurare le prestazioni della riabilitazione ospedaliera nella statistica medico-sanitaria dell'Ufficio federale di statistica (UST), ciò che finora non è disponibile in modo integrale. DefReha® 2.0 crea per la prima volta i presupposti per tale raffigurazione. Le prestazioni della riabilitazione ospedaliera sono descritte dal punto di vista del contenuto e delle quantità. Sin dalla fine dell'anno 2016 la FMH e le sue società specialistiche avevano svolto ampi lavori per definire le prestazioni di base nei nove tipi di riabilitazione. Tali lavori della FMH sono stati messi a disposizione anche a H+ e sono in parte confluiti in DefReha® 2.0. Su tale base è ora possibile completare il catalogo delle procedure medico-sanitarie (catalogo CHOP) con le prestazioni della riabilitazione ospedaliera. Unicamente con questi dati della statistica medico-sanitaria rilevati e definiti in modo uniforme a livello nazionale, la competente SwissDRG SA è in grado di elaborare, come da sua decisione, lo sviluppo di una struttura tariffale orientata alle prestazioni basandosi su prestazioni codificate. In tale contesto H+ è un partner affidabile e i suoi membri in passato si sono sempre impegnati, orientandosi alle soluzioni, a favore dello sviluppo ulteriore della struttura tariffale della riabilitazione ospedaliera. Con DefReha® 2.0, da parte dei fornitori di prestazioni, vale a dire coloro che con la propria prestazione generano un beneficio per i pazienti, è stata creata la base per la definizione uniforme di prestazione e requisito minimo per l'erogazione della prestazione.

Per la versione 3.0 ora disponibile tutti i capitoli dei tipi di riabilitazione sono stati controllati tra di loro per quanto riguarda la coerenza delle indicazioni. Ne sono risultati adattamenti in alcuni tipi di riabilitazione.

Il documento è inoltre stato completato con tre settori trasversali. Questi ultimi possono essere delimitati sia tramite differenti obiettivi di partecipazione sia tramite presupposti differenti a livello organizzativo, infrastrutturale e del personale. La definizione di prestazioni in un settore trasversale deve obbligatoriamente avvenire attraverso una combinazione sensata con un tipo di riabilitazione.

I settori trasversali comprendono la riabilitazione complessa da infortunio e la riabilitazione professionale, come pure la riabilitazione precoce / riabilitazione a sorveglianza elevata.

Per poter erogare la forma complessa della riabilitazione precoce, le aziende hanno bisogno di personale con una formazione particolare e di dispositivi particolari. In Svizzera le prestazioni di riabilitazione precoce sono erogate in maniera differente da regione a regione. In talune regioni le aziende si trovano vicine (a livello di ubicazione e di azienda) all'ospedale acuto e in altri luoghi invece vicine alla clinica di riabilitazione. In entrambi i casi si tratta di prestazioni della riabilitazione ospedaliera che vanno fornite allo stesso modo e secondo la definizione contenuta nel capitolo DefReha® corrispondente. La raffigurazione tariffale di tali prestazioni nella tariffa per la riabilitazione ospedaliera ST Reha è oggettivamente logica e assolutamente necessaria.

Tutti i gruppi di interesse sono invitati a esaminare la base elaborata in DefReha® 3.0 e di prendere contatto con H+. Nel caso ideale DefReha® godrà di un'ampia accettazione e potrà diventare la direttiva generalmente accettata per la riabilitazione ospedaliera in Svizzera.

Con i migliori ringraziamenti alla commissione per la redazione della Conferenza attiva Riabilitazione di H+ che ha raccolto gli ampi riscontri all'adattamento di DefReha® 2.0 a DefReha® 3.0 e li ha redatti allestendo il presente documento.

Commissione di redazione della versione 3.0:

- Prof. Dr. Stefan Bachmann, direttore sanitario e primario di reumatologia/medicina interna delle Cliniche Valens
- Prof. Dr. Christophe Graf, capo del dipartimento di riabilitazione e di geriatria, Ospedali universitari di Ginevra
- Dr. Stefan Goetz, primario/direttore medico, Clinica St. Katharinental, Diessenhofen
- Dr. Gianni Roberto Rossi, CEO Rehaklinik Bellikon
- Markus Tschanz, responsabile tecnico DefReha, H+ Gli Ospedali Svizzeri

Indice

1	Introduzione	7
1.1	Quadro legislativo.....	9
1.2	Osservazione generale del processo di cura verso la riabilitazione	10
1.3	Distinzione tra criteri minimi relativi alla prestazione e criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale	10
2	Riabilitazione in Svizzera: panoramica	11
2.1	Definizione	11
2.2	Obiettivi	12
2.3	Prestazioni di base e condizioni di base per la fornitura di prestazioni.....	13
2.4	Pianificazione dell'assistenza	14
2.5	Raffigurazione della tariffa e potenziale di miglioramento	15
2.6	Posizione della riabilitazione nel processo di cura	17
2.7	Distinzione tra le prestazioni dell'assistenza acuta e della riabilitazione	19
2.8	Distinzione tra la riabilitazione e altri settori	20
2.9	Significato del sistema di forfait per caso SwissDRG della somatica acuta per le prestazioni della riabilitazione ospedaliera.....	23
2.10	Struttura tariffale ST Reha a forfait	24
3	Tipi di riabilitazione e requisiti minimi.....	25
3.1	Criteri per la distinzione dei tipi di prestazioni nella riabilitazione ospedaliera.....	25
3.2	Spiegazioni relative alla rappresentazione grafica	26
3.3	Tipi di riabilitazione (in ordine alfabetico)	27
3.3.1	Riabilitazione geriatrica.....	27
3.3.2	Riabilitazione internistica e oncologica	30
3.3.3	Riabilitazione cardiovascolare - Riabilitazione cardiologica e riabilitazione in caso di affezioni cardiocircolatorie.....	33
3.3.4	Riabilitazione muscolo-scheletrica	36
3.3.5	Riabilitazione neurologica	39
3.3.6	Riabilitazione pediatrica	42
3.3.7	Riabilitazione paraplegiologica	46
3.3.8	Riabilitazione psicosomatica.....	51
3.3.9	Riabilitazione pneumologica	54
3.4	Settori trasversali della riabilitazione ospedaliera	57
3.4.1	Riabilitazione professionale	57
3.4.2	Riabilitazione a sorveglianza elevata / riabilitazione precoce	60
3.4.3	Riabilitazione complessa da infortunio.....	62
4	Riflessioni in merito all'applicazione di contenuti di DefReha® 3.0 a strutture tariffali e mandati di prestazione cantonali e alla codifica di prestazioni di riabilitazione	65

1 Introduzione

Il presente documento è stato redatto allo scopo di definire il concetto di riabilitazione e in particolare della riabilitazione ospedaliera nell'attuale quadro giuridico e, su tale base, di introdurre un sistema di remunerazione valido a livello nazionale per la riabilitazione ospedaliera somatica e psicosomatica. La definizione di casi di psichiatria e di riabilitazione psichiatrica come pure della riabilitazione ambulatoriale e di offerte dell'assistenza transitoria non sono oggetto di DefReha® 3.0.

Un metodo di indennizzo unitario per ogni tipo di riabilitazione ha senso se poggia su definizioni e criteri di distinzione precisi e accettati da tutte le persone coinvolte nel processo di cura: dalla fine dell'assistenza acuta al passaggio alla riabilitazione, dalle cure transitorie alla riabilitazione, fino alla dimissione a casa o al trattamento successivo/ alla post-terapia presso un altro istituto, ad esempio anche un istituto di cura. Il nuovo indennizzo secondo forfait basati sulla prestazione deve fondarsi su una distinzione inequivocabile tra le diverse fasi del processo di riabilitazione. Solo distinguendo chiaramente i contenuti di riabilitazione forniti, inoltre, si rende possibile un calcolo economico con il quale definire una struttura tariffale orientata all'intensità delle prestazioni.

L'obiettivo del presente documento è riassumibile come segue:

- definire criteri medico-sanitari che descrivano la **fine del caso somatico acuto** (fine dei forfait per caso per la somatica acuta);
- formulare criteri che consentano una **distinzione tra i diversi tipi di cura** e di assistenza (ambulatoriale o stazionaria) **dopo** il trattamento di medicina acuta (ambulatoriale o stazionario);
- definire criteri medico-sanitari che descrivono **l'inizio della riabilitazione ospedaliera**;
- definire criteri che stabiliscono **la fine della riabilitazione ospedaliera**.
- L'obiettivo a partire dalla versione 2.0 è la **concretizzazione delle prestazioni** e la definizione di criteri minimi misurabili per ogni tipo di riabilitazione descritta in DefReha® e in particolare anche la descrizione della combinazione inter- e multiprofessionale delle prestazioni. Il lavoro si è focalizzato sulla definizione della prestazione di riabilitazione per ogni tipo di riabilitazione.
- Definizione di **requisiti minimi posti alle condizioni organizzative, infrastrutturali e relative al personale**. Si tratta di requisiti aziendali che dal punto di vista del settore devono essere presupposti per permettere la fornitura di prestazioni della riabilitazione ospedaliera.
- Dal fatto che vengano rilevati nella statistica medico-sanitaria dell'Ufficio federale di statistica con posizioni del catalogo CHOP risulta una parte della base dei dati per una struttura tariffale orientata alle prestazioni. I contenuti di DefReha® servono dunque per derivarne richieste di rilevamenti statistici a livello nazionale di prestazioni della riabilitazione ospedaliera, nella procedura di proposta ordinaria dell'UST per l'adeguamento del catalogo CHOP.
- DefReha® costituisce infine l'opera di riferimento di H+ per il posizionamento della riabilitazione ospedaliera dal punto di vista dei fornitori di prestazioni e per H+ rappresenta la base di discussione con i partner della sanità.
- Rispetto alle versioni precedenti di DefReha®, nella versione 3.0 sono state integrate informazioni riferite all'attuale fornitura di prestazioni e sono stati integrati tre settori trasversali della riabilitazione ospedaliera. Da ciò risulta la definizione delle prestazioni e la descrizione delle necessarie condizioni per la fornitura di prestazioni, esclusivamente però in combinazione sensata con un tipo di riabilitazione.

Il prossimo passo verso una struttura tariffale sempre più orientata alle prestazioni è il raggruppamento dei casi, dei diversi tipi di riabilitazione, rilevante a livello tariffale, attribuendo, mediante il grouper, ogni caso della riabilitazione al gruppo adatto, a seconda delle prestazioni e tenendo conto del grado di dipendenza o del grado di gravità. Spetta alla SwissDRG SA chiarire tutte le questioni relative alla struttura tariffale ST Reha.

Per soddisfare le direttive della LAMal, in una prima fase occorre quindi formulare criteri clinici per distinguere i diversi tipi di prestazione e allestire criteri minimi misurabili per la fornitura di prestazioni. In seguito, la SwissDRG SA procederà a classificare i gruppi di casi di riabilitazione. I casi di psichiatria e di riabilitazione psichiatrica come pure di riabilitazione ambulatoriale e di offerte dell'assistenza transitoria non sono oggetto della struttura tariffale per la riabilitazione ospedaliera. Essi non sono raffigurati in ST Reha a livello tariffale.

1.1 Quadro legislativo

LAMal art. 39 Ospedali e altri istituti

cpv.1 "Gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali) sono autorizzati se:

- garantiscono una sufficiente assistenza medica;
- dispongono del necessario personale specializzato;
- dispongono di appropriate installazioni mediche e garantiscono una fornitura adeguata di medicinali;
- corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati;
- figurano nell'elenco, compilato dal Cantone e classificante le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati;
- si affiliavano a una comunità o comunità di riferimento certificata ai sensi dell'articolo 11 lettera a della legge federale del 19 giugno 2015 sulla cartella informatizzata del paziente.

Art. 49 LAMal Convenzioni tariffali con gli ospedali

Cpv. 1 "(...) Tali importi sono fissati di norma per ogni singolo caso. Essi si rifanno alle prestazioni e si basano su strutture uniformi per tutta la Svizzera. ..."

Art. 59d OAMal Importi forfettari riferiti alle prestazioni

Cpv. 4 "Il legame che deve essere stabilito con la prestazione ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 della legge deve permettere una differenziazione della tariffa secondo il tipo e l'intensità della prestazione."

Le disposizioni nella LAINF, nella LAI e nella LAM divergono da quelle della LAMal qui menzionate e dalle rispettive ordinanze. Come già nella medicina somatica acuta, tuttavia, sussiste il consenso da parte del legislatore sul fatto che per tutti i settori delle assicurazioni sociali debba essere applicato un sistema di remunerazione unitario e valido a livello nazionale, a condizione che si tratti delle medesime prestazioni.

Per prestazioni disciplinate da disposizioni non LAMal, ad esempio

- prestazioni di inserimento professionale, trattandosi tipicamente di prestazioni per cui valgono disposizioni dell'AINF, dell'AI o dell'AM oppure
- prestazioni descritte da disposizioni della legge sul contratto d'assicurazione LCA oppure
- prestazioni remunerate mediante versamenti di tasca propria dei pazienti,

serve una raffigurazione tariffale particolare al di fuori degli importi forfettari riferiti alle prestazioni ai sensi di OAMal art. 59d.

Ordinanza sulle prestazioni, OPre, Allegato 1¹ punto 11

Provvedimenti	Obbligo di prestazione	Condizioni
Riabilitazione ospedaliera	Sì	I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.

¹ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/it

Si cita il primo paragrafo - per le specifiche dettagliate, vedere il punto 11 dell'allegato 1 dell'OPre

1.2 Osservazione generale del processo di cura verso la riabilitazione

Non tutti i pazienti dimessi dopo una cura somatica acuta tornano direttamente nel loro ambiente abituale. Molti necessitano di cure mediche e terapeutiche, come pure di allenamenti in istituti di riabilitazione specializzati. Per altri invece sono indicate prestazioni ambulatoriali, tra cui vi sono anche offerte della riabilitazione ambulatoriale con programmi multiprofessionali o prestazioni delle cure transitorie dopo la degenza ospedaliera in cure acute - ai sensi dell'art. 25a cpv. 2 LAMal. La definizione di queste offerte ambulatoriali non è oggetto del presente documento.

I pazienti possono essere curati direttamente in istituti di riabilitazione ospedaliera senza una degenza acuta precedente, altri necessitano ad esempio alcuni giorni di riposo a domicilio dopo le cure di somatica acuta prima di poter iniziare la riabilitazione ospedaliera.

1.3 Distinzione tra criteri minimi relativi alla prestazione e criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

Per attuare le disposizioni legali menzionate nel capitolo 1.1 per la riabilitazione ospedaliera, le diverse situazioni devono essere identificate in modo inequivocabile e distinte da criteri obiettivi.

La determinazione di forfait secondo il tipo e l'intensità della prestazione esige il rispetto di una procedura in due fasi successive, sotto la responsabilità della SwissDRG SA:

1. definire il tipo di prestazioni diverse - il presente documento intende riassumere il punto di vista dei fornitori di prestazioni e fornire aiuto in tal senso. Oltre ai fattori medico-sanitari che segnano l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera, anche le prestazioni e le combinazioni di prestazioni dei tipi di riabilitazione descritti dovranno essere raffigurati in modo concreto. Fanno parte della definizione²:
 - criteri minimi misurabili per la fornitura di prestazioni
 - criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale
2. stabilire valori soglia per la prestazione fornita all'interno dell'albero decisionale per il raggruppamento dei casi, al fine di tener adeguatamente conto della prestazione nella futura struttura tariffale. All'interno dell'albero decisionale della struttura tariffale occorre creare l'opportunità di raffigurare brevi (massimo tre giorni) criteri minimi inferiori per l'erogazione di prestazioni dovuti al peggioramento dello stato del paziente.
3. Per le prescrizioni provenienti da altre leggi - LAINF, LAI, LAM - il legislatore si attende, nella misura del possibile, che le medesime prestazioni non siano raffigurate con strutture tariffali differenti.

² i criteri minimi misurabili della prestazione si riferiscono alla prestazione al paziente e devono essere misurabili e documentabili a questo livello. I criteri minimi aziendali si riferiscono a prescrizioni cantonali per l'autorizzazione d'esercizio e per il mandato di prestazioni nella riabilitazione ospedaliera.

2 Riabilitazione in Svizzera: panoramica

2.1 Definizione

Secondo la definizione dell'OMS³, la riabilitazione è un processo che mira a ripristinare e a mantenere le capacità fisiche, sensoriali, intellettuali, psicologiche e sociali delle persone con disabilità. La riabilitazione crea le basi per raggiungere il più alto livello possibile di autonomia e autodeterminazione. L'obiettivo primario è quello di ripristinare l'autonomia e l'autodeterminazione per quanto possibile nell'ambiente consueto, per esempio l'attuale situazione abitativa. Se il decorso della riabilitazione dimostra che ciò non è possibile, tale obiettivo va adeguato e/o devono essere previste modifiche nell'ambiente consueto.

In questo senso, la riabilitazione si basa sul modello della salute funzionale ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF – vedi figura 1).

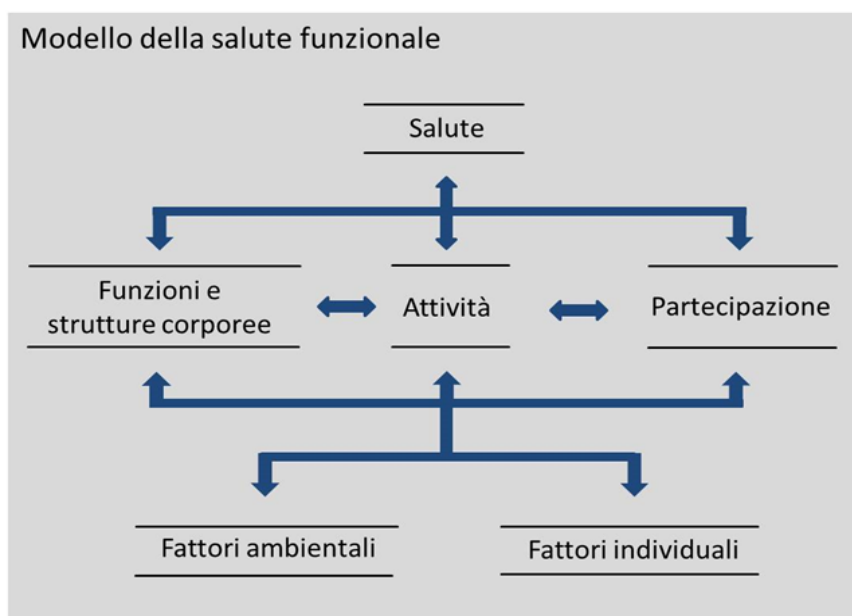


Figura 1: modello della salute funzionale secondo i criteri ICF

Questo modello, basato sulla classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, descrive la situazione non solo secondo la diagnosi della malattia (ICD-10), bensì anche da un punto di vista globale che coinvolge la quotidianità, il lavoro e il tempo libero del singolo. Esso si basa sulla classificazione internazionale dell'efficienza, della disabilità e della salute ICF.

Per quanto riguarda i fattori ambientali, occorre chiedersi se un determinato settore (come relazioni familiari, situazione abitativa e professionale, mezzi di trasporto) influisca in modo positivo o negativo sulle capacità. I fattori personali rappresentano lo sfondo sul quale si svolge la vita di una persona: vi fanno parte elementi demografici come l'età e il sesso, ma anche psicosociali come le esperienze personali e l'ambiente circostante.

³<http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>, Übersetzung SW!SS REHA unveröffentlicht.

2.2 Obiettivi

Ai sensi dell'ICF, la riabilitazione persegue gli obiettivi seguenti:

1. eliminare danni a livello di organi
2. eliminare disturbi di attività mediante allenamento o elaborazione di opportunità funzionali di compensazione per disturbi rilevanti della vita quotidiana
3. ridurre le restrizioni nella partecipazione e i disturbi nell'attività tramite adattamenti dell'ambiente al paziente in misura economicamente ragionevole, ad es. con mezzi ausiliari
4. pianificare individualmente la terapia partendo dalle condizioni individuali e dal coinvolgimento di fattori di contesto quali fattori psicosociali e ambientali
5. comunicare strategie preventive (per lo più prevenzione secondaria)

In tal senso, la riabilitazione volta a mantenere lo stato della situazione e a impedire un'eccessiva diminuzione delle funzionalità è indicata anche in caso di malattie croniche e di situazioni palliative.

Si mira al raggiungimento degli obiettivi mediante le cure più diverse nel quadro di un complesso di misure terapeutiche. Quest'ultimo può contenere prestazioni che, considerate in maniera isolata, non adempiono i criteri di prestazione obbligatoria che deve essere assunta dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). La giurisprudenza vigente⁴ ha accolto l'assunzione di tali prestazioni da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel quadro di un complesso di misure terapeutiche, a condizione che l'indicazione per la prestazione e la stragrande maggioranza delle prestazioni siano costituite da prestazioni obbligatorie dell'AOMS.

⁴ Tale giurisprudenza è stata codificata nell'art. 71a cpv. 1 lett. a OAMal, con riferimento a medicinali. I principi generali inoltre sono deducibili anche dalla regolamentazione dell'art. 64 cpv. 3 LPGa (commentario KIESER sulla LPGa, N 31 ss. relativa all'art. 64). Secondo giurisprudenza e letteratura la condizione è che le misure siano strettamente connesse tra di loro e che complessivamente prevalga la prestazione obbligatoria. → DTF 120 V 200 cons. 7b; 139 V 509 cons. 5.2; Sentenza del Tribunale federale 9C_108/2014 del 26 settembre 2014 cons. 3.1; Sentenza del TFA K 153/06 del 28 novembre 2007 cons. 3.5.2 s.; cfr. pure DTF 134 V 1 cons. 6.2.1

Una connessione qualificata in tal modo sussiste quando la misura non obbligatoria rappresenta una condizione indispensabile per l'attuazione di prestazioni obbligatorie. DTF 130 V 532 cons. 6.1; Sentenza del TAF K 991 dell'11 maggio 1998 cons. 3, in: RAMI 1998; p. 306

2.3 Prestazioni di base e condizioni di base per la fornitura di prestazioni

Per **prestazioni di base** intendiamo prestazioni che sono standard per tutti i pazienti della riabilitazione ospedaliera e che devono essere fornite.

- Valutazione specifica all'ammissione e alla dimissione
- Di regola, documentazione del caso e del decorso riferita all'ICF e all'ICD
- Coordinamento della riabilitazione documentato e attivamente garantito
 - per definire, verificare e adeguare gli obiettivi della riabilitazione;
 - per un impiego ottimale dell'équipe di cura;
 - per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione.
 Il coordinamento è diretto da medici e posto sotto la loro responsabilità.
- Piani individuali con terapie singole e offerte per gruppi
- 1 volta alla settimana visita di riabilitazione interdisciplinare con il coinvolgimento del personale medico, terapeutico, curante e che si occupa del coordinamento delle dimissioni⁵. Ulteriori prestazioni mediche secondo il bisogno.
- Coinvolgimento di pazienti e familiari
- Impiego coordinato, individuale dell'équipe di riabilitazione multiprofessionale e interdisciplinare secondo gli obiettivi di riabilitazione stabiliti per attuare le misure di riabilitazione.
- Pianificazione dell'assistenza d'uscita e successiva strutturata e avviata per tempo

Per **condizioni di base** di tipo personale od organizzativo intendiamo condizioni che il fornitore di prestazioni deve adempiere per tutti i tipi di riabilitazione.

- Cure infermieristiche a livello di SSS o SUP 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in loco.
- Servizio di presenza da parte di personale medico 24 ore su 24 e 7 giorni su 7
- Sostegno vitale di base (basic life support) garantito 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da parte di personale formato
- Équipe di riabilitazione definita a seconda del tipo di riabilitazione

A seconda del risultato del coordinamento della riabilitazione caso per caso (la scelta non è una condizione di base) possono far parte dell'équipe di riabilitazione i seguenti gruppi professionali:

- Medici specialisti in riabilitazione
- Fisioterapisti
- Ergoterapisti
- Logopedisti
- Psicologi/neuropsicologi
- Assistenti sociali
- Dietisti
- Personale curante con conoscenze ampliate ed esperienza nel processo di riabilitazione⁶
- Personale addetto alla formazione dei pazienti
- Terapisti complementari
- Educatori
- Insegnanti

⁵ Coordinatore di riabilitazione, servizi sociali, ecc.

⁶ A questo proposito, non esiste ancora una definizione generalmente vincolante del termine con una comprensione chiarita e uniforme del contenuto, né esistono regolamenti sulla formazione continua che corrispondano a una formazione continua riconosciuta a livello nazionale nel sistema educativo svizzero.

- Spiritual care / sostegno spirituale

Le prestazioni di base e le condizioni di base descritte in modo generale nel presente capitolo ora sono descritte nel dettaglio per ogni tipo di riabilitazione e per tre settori trasversali dal [capitolo 3.3](#). Le descrizioni raccolgono le conoscenze attuali relative alla fornitura di prestazioni effettiva ed economica e i criteri minimi misurabili per la fornitura di prestazioni.

2.4 Pianificazione dell'assistenza

Dato che in Svizzera l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera è di responsabilità cantonale, alla fine ogni Cantone definisce i propri criteri. Giusta l'art. 39 cpv. 2 LAMal i Cantoni sono tenuti a coordinare la pianificazione. Gli articoli 25, cpv. 2, 39 cpv. 1 e 3, 49 e 56 LAMal formano il quadro giuridico per l'obbligo di remunerazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. H+ Gli Ospedali Svizzeri sostiene l'applicazione uniforme di criteri comparabili impiegati nell'attribuzione di mandati di prestazioni.

DefReha® appoggia tale richiesta tramite una distinzione uniforme

- tra le prestazioni di riabilitazione e altre prestazioni di post-terapia nel [capitolo 2.8](#)
- tra i diversi tipi di riabilitazione dal [capitolo 3.3](#)
- tra casi di somatica acuta e di riabilitazione tramite la descrizione di criteri all'inizio e alla fine della riabilitazione ospedaliera

e tramite la definizione

- di criteri minimi misurabili per la riabilitazione ospedaliera dal [capitolo 3.3](#) per ogni tipo di riabilitazione
- di tre settori trasversali della riabilitazione ospedaliera dal [capitolo 3.4.2](#)

2.5 Raffigurazione della tariffa e potenziale di miglioramento

Basi legali prima della raffigurazione tariffale:

- Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS): fondamentalmente, la cifra 11 (riabilitazione) dell'allegato 1 dell'Ordinanza sulle prestazioni OPre precisa le condizioni alle quali la riabilitazione ospedaliera è remunerata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie: «...Assunzione dei costi solamente previa garanzia speciale dell'assicuratore e con esplicita autorizzazione del medico di fiducia.» L'Ordinanza sulle prestazioni non chiede un'ulteriore differenziazione per quanto riguarda la garanzia da parte dell'assicuratore circa l'assunzione dei costi, ad esempio secondo il tipo di riabilitazione.
- Nella Legge sull'assicurazione contro gli infortuni vige il principio delle prestazioni in natura. L'assicurazione mette a disposizione dell'assicurato la prestazione. Per quanto riguarda le prestazioni - in particolare nel settore della riabilitazione professionale - la LAINF si scosta dalle prestazioni della LAMal.

Raffigurazione della tariffa

- nel settore dell'AOMS: attualmente per ogni offerente di riabilitazione ospedaliera vi sono contratti diversi con la raffigurazione tariffale delle prestazioni di riabilitazione. Le pratiche sono molto diverse le une dalle altre. Ciò cambierà con l'introduzione del nuovo finanziamento degli ospedali e le prescrizioni della LAMal per una struttura tariffale uniforme a livello nazionale. La struttura tariffale uniforme «ST Reha» sarà elaborata dalla SwissDRG SA, come previsto dalla legge.
- Per la LAINF valgono disposizioni simili: La tariffa viene negoziata tra le cliniche e le assicurazioni, rappresentate dalla Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM). La struttura tariffale uniforme «ST Reha» sarà determinante pure per il settore della LAINF. Per le prestazioni assunte nella LAINF, ma non nella LAMal, occorre un'ulteriore raffigurazione tariffale individuale di tali prestazioni tra la CTM e le aziende coinvolte.

Possibilità di miglioramento della raffigurazione tariffale

- in particolare il processo di riabilitazione andrebbe raffigurato anche a livello tariffale. A nostro avviso sussiste un grosso potenziale di miglioramento nelle interfacce e nei punti di contatto verso strutture assistenziali e tariffe diverse. Motivazione: il beneficio maggiore per i pazienti dato dall'interfaccia tra la cura acuta e la riabilitazione risiede nella definizione adeguata dell'indicazione e nel momento ottimale per il trasferimento al fornitore di prestazioni adeguato e, secondo le informazioni aggiornate, a stabilirlo in modo più efficace sono congiuntamente i medici curanti su entrambi i lati del punto di contatto. Può capitare, in questo frangente, che la riabilitazione ospedaliera possa iniziare anche dopo una «pausa» in seguito al trattamento acuto o acuto ospedaliero oppure dopo il trattamento presso le cure acute e transitorie CAT.
- Le prestazioni che non costituiscono prestazioni di riabilitazione, ad esempio dialisi, terapie oncologiche o terapie onerose per combattere il dolore, che devono aver luogo durante la riabilitazione ospedaliera, vanno tenute in considerazione sia nei mandati di prestazione cantonali sia nella raffigurazione tariffale, ad esempio con remunerazioni supplementari applicabili in ST Reha o tariffate separatamente.
- L'attuale obbligo di chiedere preventivamente a medici di fiducia e medici assicurativi l'autorizzazione per la riabilitazione ospedaliera necessita un'osservazione armonizzata a livello nazionale per quanto riguarda l'allestimento di indicazioni. I fornitori di

prestazioni si aspettano dal legislatore e dai partner che si persegua congiuntamente l'eliminazione dell'attuale processo non efficace di garanzia finanziaria. Altrimenti il rischio è che la disparità di trattamento dei pazienti prosegua sistematicamente. Le procedure di garanzia dell'assunzione delle spese che si dilungano o sono svolte con modalità differenti celano inoltre il pericolo che le degenze della somatica acuta ospedaliera si prolunghino inutilmente. Attualmente non è chiaro chi dovrebbe assumersi i costi supplementari che ne deriveranno.

- L'idea all'origine della garanzia dell'assunzione delle spese risale a un periodo in cui la separazione tra riabilitazione, cura balneare e benessere non era così chiara. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) poteva allora prevenire un ricorso ingiustificato alle prestazioni solo con questa ordinanza. Oggi invece si tratta di definire le diverse sfaccettature e fasi della riabilitazione in modo generale e accettato da tutti. Ne fanno parte i criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera e la definizione delle prestazioni. Questa è la modalità migliore per contrastare malintesi, incertezze o incentivi monetari motivati unilateralmente o l'accusa rivolta agli attori di essere motivati da egoismo e che non agiscano secondo le intenzioni del paziente.
- H+ sostiene per principio l'elaborazione della tariffa stabilita dalla SwissDRG SA verso una struttura tariffale orientata alle prestazioni. Importante è l'ammissione chiara che il raggruppamento della struttura tariffale non avviene secondo diagnosi. Con l'ausilio delle descrizioni delle prestazioni approvate in DefReha® 3.0 H+ s'impegnerà nel processo di proposta per la rielaborazione del catalogo CHOP. La discussione politica relativa alle prestazioni della riabilitazione ospedaliera e della relativa tariffazione comprese regole uniformi di applicazione e di fatturazione deve svolgersi tra i partner tariffali nella SwissDRG SA e non può essere delegata ad altri collegi.

2.6 Posizione della riabilitazione nel processo di cura

In generale, alcuni criteri possono descrivere lo stato di un paziente alla fine del periodo durante il quale è stato sottoposto a cure somatiche acute (nella maggior parte dei casi in regime stazionario, ma anche ambulatoriale):

- lo stato medico è stato accertato, la diagnostica per le cure acute è conclusa;
- le prime fasi terapeutiche sono state avviate e, insieme alle parti in causa, sono valutate come tollerabili ed efficaci;
- trattamenti che richiedono l'assistenza acuta sono stabiliti e possono proseguire in altro luogo o sono conclusi
- non sussistono più rischi acuti per la vita del paziente.

Non appena queste condizioni sono soddisfatte, fondamentalmente il paziente può lasciare la struttura per l'assistenza acuta.

Se lo stato medico esige misure riabilitative fino al ripristino dello stato di salute migliore possibile rispettivamente al contenimento del danno alla qualità di vita dovuto alla malattia o all'infortunio, la cura stazionaria o ambulatoriale va proseguita in un istituto di riabilitazione.

I punti di partenza per la riabilitazione e dunque i fattori da tenere in considerazione per l'allestimento di indicazioni sono:

- la situazione del trattamento delle funzioni e strutture fisiche danneggiate che si presentano al momento dell'allestimento dell'indicazione
- il superamento e/o la compensazione dei danni delle funzioni e delle strutture corporali e delle limitazioni delle attività e della partecipazione;
- la prevenzione di ulteriori limitazioni delle funzioni e delle strutture corporali, delle attività e delle possibilità di partecipazione;
- la continuazione di determinati trattamenti avviati (diagnosi e terapia intercorrenti) è possibile

La decisione in merito alla fine dell'assistenza acuta e all'opportunità di una riabilitazione ospedaliera è presa nel caso ideale da una squadra composta di medici acuti e riabilitativi già durante l'assistenza acuta coinvolgendo il paziente in questione o il suo rappresentante legale. Questo approccio interdisciplinare è sempre più frequente tra i fornitori di prestazioni della medicina somatica acuta e della medicina riabilitativa.

Per **riabilitazione** s'intende il **processo continuo che comprende la diagnostica e il trattamento**

- del disturbo delle funzioni e delle strutture fisiche
- del disturbo delle attività e
- del disturbo della partecipazione

come pure dell'ambiente **circostante**. Sulla scorta dell'analisi delle interazioni tra queste componenti, si estrapolano gli approcci di intervento possibili e si valutano il bisogno di riabilitazione, la capacità di riabilitazione e la prognosi. Le prestazioni della riabilitazione sono descritte in maniera generale a [pagina 13 quali prestazioni di base](#).

Di regola il punto di partenza del processo è costituito dalla valutazione multidimensionale - in breve: l'osservazione globale della situazione del paziente nella sua attuale situazione di vita

Il **bisogno di riabilitazione** è dato quando, in funzione del disturbo della salute, dei danni e delle limitazioni da esso risultanti, e dell'obiettivo definito individualmente per il raggiungimento della migliore partecipazione possibile, è disponibile un intervento riabilitativo riconosciuto come adeguato. Occorre presentare o deve essere individuata un'indicazione terapeutica obiettiva (soddisfazione individuale delle condizioni, bisogno di riabilitazione, capacità di riabilitazione e prognosi). Il bisogno di riabilitazione viene valutato regolarmente durante la degenza ospedaliera.

La **capacità di riabilitazione** si riferisce allo stato fisico e psichico, alla motivazione, alla motivabilità e alla resistenza del paziente che si appresta a seguire una riabilitazione. Nei casi di pazienti con limitazioni cognitive spesso non è possibile valutare a priori la capacità di riabilitazione. Nei settori della medicina della riabilitazione in cui vengono curati pazienti con limitazioni cognitive (ad es. neurologia, geriatria), l'equipe di riabilitazione stabilisce dunque la capacità di riabilitazione nel corso del processo riabilitativo-terapeutico. Nei bambini che a causa del loro sviluppo ancora non sono in grado di partecipare autonomamente a una riabilitazione, per la capacità di riabilitazione è decisivo che la famiglia o le persone di riferimento possano essere integrate attivamente nel processo di riabilitazione.

Il **potenziale di riabilitazione** rappresenta la capacità di raggiungere obiettivi di riabilitazione individuali e realistici.

La **prognosi riabilitativa** è una dichiarazione motivata di probabilità del raggiungimento di un obiettivo di riabilitazione convenuto di comune accordo. Nell'arco di un periodo necessario, diversi interventi basati sull'attuale affezione/disabilità, sul decorso, sulla capacità di ripristino e sul potenziale di compensazione vengono effettuati in funzione delle risorse individuali.

Una valutazione regolare monitora le limitazioni residue delle funzioni e delle strutture corporali, delle attività e della partecipazione, come pure il grado di raggiungimento degli obiettivi di riabilitazione fissati.

Riepilogando, gli **obiettivi generali della riabilitazione** possono essere definiti come segue:

- miglioramento della limitazione della qualità di vita dovuta a malattia o a infortunio, tramite la riduzione mirata dei disturbi legati ai sintomi, il miglioramento delle funzioni e l'integrazione, risp. la reintegrazione della persona in questione mediante obiettivi di partecipazione definiti congiuntamente;
- prevenzione di una disabilità imminente;
- riduzione o eliminazione di una disabilità;
- prevenzione di un peggioramento della disabilità e di una potenziale nuova degenza ospedaliera;
- prevenzione di complicanze secondarie come contratture, decubiti, distrofia della spalla ecc.;
- apprendimento di meccanismi e strategie di compensazione;
- riduzione dei fattori di rischio;
- promozione dell'autoresponsabilità del paziente e miglioramento delle conoscenze sulla malattia e la rispettiva cura (autogestione);
- prevenzione secondaria di altri eventi;
- reinserimento nell'ambiente professionale e sociale con coinvolgimento dell'ambiente circostante (fattori ambientali secondo l'ICF).

2.7 Distinzione tra le prestazioni dell'assistenza acuta e della riabilitazione

Dal punto di vista storico è compito della squadra medico-terapeutica che si occupa delle prime cure del paziente decidere il momento in cui il paziente può lasciare l'assistenza acuta ed essere assegnato a un servizio di riabilitazione. Il compito della squadra medico-terapeutica dell'istituto di riabilitazione è quello di valutare l'assegnazione e all'occorrenza di rifiutarla se lo stato del paziente dimesso dall'ospedale acuto supera le capacità a livello di genere e di intensità delle prestazioni dell'istituto di riabilitazione oppure se non sussiste un'indicazione sufficiente per una riabilitazione ospedaliera. Questa separazione della decisione, storicamente radicata, è sempre meno netta: la decisione sulla conclusione dell'assistenza acuta e sui punti di partenza della riabilitazione viene oggi presa nel caso ideale da una squadra di medici della somatica acuta e della riabilitazione già durante l'assistenza acuta. Questo approccio interdisciplinare è sempre più frequente tra i fornitori di prestazioni della medicina somatica acuta e della medicina riabilitativa.

Dato che l'interfaccia tra medicina somatica acuta e riabilitazione può creare problemi di distinzione, occorrerebbe formulare criteri di differenziazione affinché si possa valutare su basi qualificate, decise in modo differenziato e in comune da quando dal punto di vista medico l'assistenza acuta può ritenersi conclusa. Da quel momento, può avere inizio la cura successiva prefissata e indicata. Ciò presuppone che le caratteristiche del paziente alla conclusione dell'assistenza acuta siano state identificate in modo inequivocabile.

Per accertare la delimitazione nell'interfaccia tra somatica acuta e riabilitazione serve inoltre la descrizione precisa della riabilitazione ospedaliera per quanto riguarda il contenuto e i presupposti della fornitura di prestazioni. Quando sussiste l'indicazione per una riabilitazione ospedaliera si presuppone che il fornitore di prestazioni adempia le condizioni per poter effettivamente fornire il tipo e l'intensità delle prestazioni medico-sanitarie, terapeutiche e di cura nella struttura di riabilitazione.

A partire dalla versione 2.0 DefReha® contiene condizioni differenti per la fornitura di prestazioni, ad esempio anche differenze a livello infrastrutturale e di personale, vale a dire criteri minimi misurabili.

- Tali criteri hanno in primo luogo lo scopo di servire quale base generalmente riconosciuta e quale aiuto nella discussione tra gli istituti per le cure acute e quelle di riabilitazione.
- Le prestazioni della riabilitazione ospedaliera descritte in DefReha® servono quale criterio per l'applicazione della struttura tariffale.
- Esse vanno applicate in caso di conflitti relativi all'assunzione dei costi da parte degli assicuratori.
- e valgono per l'attribuzione di corrispondenti mandati di prestazioni cantonali. Per l'adempimento dei propri mandati, i Cantoni possono prevedere ulteriori condizioni a livello organizzativo, infrastrutturale o di personale. Tali condizioni differenti rendono però più difficoltoso il confronto tra fornitori di prestazioni e vanno dunque tenute in considerazione.

Dalla versione 3.0 vengono ora raffigurati tre settori trasversali della riabilitazione ospedaliera:

- la **riabilitazione a sorveglianza elevata / riabilitazione precoce** s'incentra sul momento precoce comprese le prestazioni specifiche necessarie quando è data la sorveglianza elevata del paziente.
- La **riabilitazione professionale** si orienta agli obiettivi specifici per riacquistare una capacità formativa e/o lavorativa.

- La **riabilitazione complessa da infortunio** precisa la riabilitazione causata da un infortunio e in un contesto riabilitativo complesso.

Occorre osservare che tutt'e tre i settori trasversali descrivono le prestazioni corrispondenti della riabilitazione ospedaliera nel suo complesso unicamente in combinazione sensata con uno dei tipi di riabilitazione ospedaliera descritti in DefReha®. L'osservazione combinata permette pure di distinguere tra le prestazioni dell'assistenza acuta e della riabilitazione.

2.8 Distinzione tra la riabilitazione e altri settori

Le prestazioni di riabilitazione vere e proprie possono e devono però essere chiaramente distinte dalle post-terapie, quali ad esempio le cure transitorie o le cure acute e transitorie CAT citate dalla LAMal, le cure di lunga durata, le cure balneari, le prestazioni singole ambulatoriali e le cure palliative⁷.

Come esposto sopra, DefReha® si concentra sulla riabilitazione ospedaliera. Nel contesto svizzero occorre tener conto del fatto che la riabilitazione ospedaliera deve essere fornita in aziende parificate agli ospedali nella LAMal.

Le terapie di riabilitazione specializzate interdisciplinari e multimodali sono frequenti anche nel contesto ambulatoriale = riabilitazione ambulatoriale⁸, cfr. BOX:

- **Riabilitazione ambulatoriale**
In istituti specializzati è possibile svolgere una riabilitazione ambulatoriale sotto forma di trattamento interdisciplinare e multimodale.
- **Riabilitazione semi-stazionaria**
Per pazienti che non necessitano più di trattamenti ospedalieri, per cui però un trattamento puramente ambulatoriale dal punto di vista dell'intensità delle terapie è ancora troppo scarso o non realistico per motivi di carico o di assistenza, occorre prendere in considerazione il concetto di riabilitazione semi-ospedaliera. Quest'ultima dovrà offrire un'assistenza interdisciplinare terapeutica, curante e medica. Occorre prevedere un'infrastruttura corrispondente (ad es. anche con settore riposo, pranzo).

Le prestazioni della riabilitazione ambulatoriale e semi-stazionaria si distinguono dunque in particolare dall'assenza di pernottamento/servizio alberghiero e dalle scarse prestazioni di cura necessarie a livello di riabilitazione ospedaliera.

Come la medicina somatica acuta, che deve i suoi stupefacenti successi anche alla crescente specializzazione, pure la riabilitazione si è vieppiù specializzata per far fronte a tutte le conseguenze derivanti dalle varie malattie.

⁷ vedi descrizione dettagliata da pagina 21

⁸ La distinzione tra riabilitazione ambulatoriale e ospedaliera non fa parte di DefReha® 3.0, che può essere intesa come un suggerimento per le versioni future.

Decisiva è la delimitazione della riabilitazione descritta nel presente documento da termini talvolta usati quali sinonimi, ad esempio:

- trattamento successivo/post-terapia
- cure transitorie risp. cure acute e transitorie CAT
- cura balneare
- cure palliative
- convalescenza
- terapie ambulatoriali

post-terapia

La post-terapia comprende tutte le fasi da rispettare di una cura successiva alla terapia acuta con approccio curativo. Essa si estende dalle cure delle ferite e delle medicazioni, dai provvedimenti farmacologici fino a trattamenti di terapia individuale mirati, poco intensi, per riacquistare la funzione precedente, senza la necessità di disporre di terapie specializzate interdisciplinari e multimodali di riabilitazione.

In questo contesto i modelli di assistenza divergenti tra Cantoni possono portare al finanziamento differente delle offerte e in seguito a incentivi differenti per l'attuazione.

La post-terapia comprende le offerte elencate qui di seguito.

Cure transitorie risp. cure acute e transitorie CAT

Se alla conclusione della degenza ospedaliera si rendono necessarie soltanto prestazioni di cure acute e transitorie CAT, è indicata una cura al di fuori dell'ospedale ai sensi dell'art. 25a LAMal⁹.

Il termine cure acute e transitorie CAT è impiegato nell'interfaccia tra ospedale e Spitex, rispettivamente tra ospedale e istituto di cura. L'art. 25a, cpv. 2 LAMal disciplina le prestazioni delle cure transitorie e fissa a due settimane il periodo in cui, ai sensi del finanziamento ospedaliero, queste prestazioni vengono remunerate (solo prestazioni di cura). Le cure devono essere dispensate su prescrizione medica. Lo stato di salute del paziente è pertanto determinante nella decisione sul contesto e sul metodo di cura. Se a livello metodico nel contesto delle cure acute e transitorie CAT, nel contesto di un ospedale acuto o della riabilitazione ospedaliera o di un istituto di cura le cure sono molto simili, i pazienti si differenziano molto tra loro per esigenze mediche, terapeutiche e di riabilitazione.

⁹ Art. 25a LAMal Cure in caso di malattia

1. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie presta un contributo alle cure dispensate ambulatorialmente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura.
2. Le prestazioni delle **cure acute e transitorie** che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica sono remunerati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere). Assicuratori e fornitori di prestazioni convengono importi forfettari.
3. Il Consiglio federale designa le cure e disciplina la procedura di accertamento del bisogno.
4. Il Consiglio federale fissa i contributi in franchi differenziandoli a seconda del bisogno terapeutico. È determinante il costo calcolato secondo il bisogno in cure della qualità necessaria, dispensate in modo efficiente ed economico. Le cure sono sottoposte a un controllo della qualità. Il Consiglio federale determina le modalità.
5. I costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali possono essere addossati all'assicurato solo per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale. I Cantoni disciplinano il finanziamento residuo.

Cura balneare

I trattamenti eseguiti in uno stabilimento di cura balneare sotto sorveglianza medica per principio sono considerati cure ambulatoriali, vale a dire «cura balneare ambulatoriale» ai sensi dell'art. 25 OPre [5]. Una cura balneare serve alla stabilizzazione e al mantenimento dello stato attuale di una malattia. I trattamenti di cura balneare non presentano requisiti specifici a prestazioni di cura particolari. Durante una cura di regola è possibile eseguire e fatturare a carico dell'assicurazione malattia unicamente la fisioterapia attiva prescritta al giorno.

Cure palliative

Nella sua definizione¹⁰, l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) scrive¹¹:
 “Nell'ambito di un approccio globale le cure palliative comprendono un trattamento e un'assistenza approfonditi di persone colpite da malattie incurabili oppure da patologie che mettono in pericolo la loro vita o che sono croniche ed evolutive. Con questo tipo di cure ci si propone di mantenere per quanto possibile alta la qualità di vita del paziente fino alla sua morte. Con le cure palliative si tenta di alleviare le sofferenze e, in conformità con i desideri del paziente, di tenere in debito conto anche gli aspetti sociali, morali, spirituali e religiosi. Tali cure, quando sono di grande qualità, sottostanno a conoscenze e a metodi di lavoro professionali, e vengono prodigate, nei limiti del possibile, nel posto auspicato dal paziente. Se assumono il loro senso più profondo al momento dell'agonia e della morte, le cure palliative andrebbero comunque proposte al paziente in anticipo, nella fase precoce della sua malattia, eventualmente già parallelamente alle misure curative.”

In modo più circostanziato, ciò significa che secondo la definizione dell'ASSM le cure palliative:

Cure palliative

- tengono in alta considerazione la vita e conferiscono dignità alla morte;
- rispettano la dignità e l'autonomia del paziente e pongono le sue priorità al centro delle cure;
- sono proposte a prescindere dall'età del paziente che soffre di una malattia incurabile ed evolutiva;
- tentano di alleviare il più possibile sintomi difficilmente sopportabili, quali dolore, difficoltà respiratorie, nausea, angoscia o confusione;
- contemplano ugualmente misure di riabilitazione, diagnostiche e terapeutiche atte a migliorare la qualità di vita del paziente.

Le cure palliative esigono competenze specifiche (conoscenze particolari nella disciplina), tecnologie all'avanguardia e la creazione di competenze sociali sulla base di una formazione adeguata.

Le cure palliative specializzate non sono considerate riabilitazione nel senso stretto del termine, bensì rappresentano una disciplina medica a sé stante con gli obiettivi e i principi summenzionati.

Convalescenza

Sinonimo: guarigione. Si tratta del processo di guarigione, uno degli ultimi stadi secondo una vecchia classificazione. I segnali dell'affezione acuta, come febbre, debolezza, vertigini, dolori ecc., spariscono progressivamente fino al completo ripristino dello stato di salute.

¹⁰ Cfr. Vademecum des soins palliatifs, Etienne Rivier et al, Médecine & Hygiène Ginevra, 2008.

¹¹ Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Vom Senat der SAMW genehmigt am 23. Mai 2006. “Versione finale. Tutte le direttive etico-mediche dell'ASSM sono consultabili sul sito <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives/Direttive-medico-etiche.html>

Prestazioni singole ambulatoriali

Vi rientrano ad esempio le mono-terapie di fisioterapia, ergoterapia, logopedia e altre, che contribuiscono a riacquistare la funzione precedente senza la necessità di disporre di terapie specializzate interdisciplinari e multimodali di riabilitazione. Prese in modo isolato, tali prestazioni possono essere definite **misure riabilitative**, ma non riabilitazione ospedaliera o ambulatoriale.

Prestazione singola ambulatoriale nell'ambito della sistemazione in istituti per cure di lunga durata (istituti di cura, reparti di cura di lunga durata, istituti).

Erroneamente le prestazioni singole ambulatoriali in istituti per cure di lunga durata (istituti di cura, reparti di cura di lunga durata, istituti) vengono definite riabilitazione nel senso delle misure riabilitative sopra citate. Esse non adempiono però in alcun modo i requisiti posti alle terapie riabilitative specializzate, coordinate, interdisciplinari e multimodali descritte nel capitolo 2.

2.9 Significato del sistema di forfait per caso SwissDRG della somatica acuta per le prestazioni della riabilitazione ospedaliera

Nell'assistenza medica acuta è possibile – in considerazione della gravità – collegare regolarmente l'impiego di risorse necessario per la cura di una malattia alla rispettiva diagnosi secondo ICD. Su tali basi, l'utilizzo di risorse può essere definito concretamente. Le diagnosi descritte nel sistema di classificazione ICD, invece, dicono poco sulle risorse riabilitative necessarie nel singolo caso, dato che tipo, portata, qualità e intensità della riabilitazione possono essere notevolmente influenzati dal tipo e dalla portata dei disturbi delle attività e della partecipazione in seno alla famiglia, alla società e in ambito professionale determinati dalla malattia. Nei paesi con esperienza diretta con il sistema di forfait per caso nella medicina somatica acuta, dopo la fase introduttiva del sistema DRG gli ospedali hanno vieppiù cercato cooperazioni con altri nosocomi e con medici, cliniche di riabilitazione, istituti di cura e servizi Spitex. In questo senso, hanno avuto un ruolo preponderante lo stimolo ad accorciare la durata della degenza e il necessario intervento riabilitativo mirato per il ripristino delle funzioni. In breve, gli ospedali collaboravano per rendere possibile senza ritardi la cura successiva riabilitativa.

I forfait per caso nell'assistenza ospedaliera acuta motivano i fornitori di prestazioni a ridurre la durata della degenza nella misura in cui ciò sia responsabile dal punto di vista medico. In seguito a trasferimenti precoci dagli ospedali acuti alla riabilitazione, i medici degli istituti di riabilitazione ospedaliera sono vieppiù confrontati con situazioni mediche che oltre alla prestazione di riabilitazione vera e propria richiedono pure ulteriori prestazioni medico-sanitarie (acute). Spesso soltanto dalla combinazione delle indicazioni per la riabilitazione specializzata, coordinata, interdisciplinare assieme all'indicazione per una prestazione medico-sanitaria ulteriore, di frequente con l'aggiunta di fattori sociali che la rendono più complicata, risulta infine l'**indicazione vera e propria della riabilitazione ospedaliera**.

Per gli istituti che offrono trattamenti di riabilitazione tali casi sono sinonimi di spese susseguenti, ad es. perché si rendono necessarie visite mediche più frequenti, per provvedimenti d'igiene e di isolamento (ad es. MRSA). Il tutto collegato con una tendenza verso una maggiore necessità di risorse nella riabilitazione. Considerato che numerosi pazienti vengono trasferiti precocemente nella riabilitazione, all'inizio spesso è possibile effettuare solo terapie singole con la partecipazione di più persone e non di gruppo, con la conseguente necessità di maggiori risorse di personale. Per tutti questi motivi, è necessario formulare criteri che de-

scrivano le prestazioni della riabilitazione, ma anche definire criteri medico-sanitari che aiutino a evitare dimissioni precoci e inadeguate dagli ospedali acuti, come pure dalle cliniche di riabilitazione.

2.10 Struttura tariffale ST Reha a forfait

La decisione adottata dalla SwissDRG SA nel mese di giugno 2018, vale a dire di coinvolgere maggiormente il riferimento alle prestazioni nella struttura tariffale ST Reha, anche in questo caso indica la via dei forfait per caso. Il raggruppamento in tal caso non deve essere effettuato orientandosi alle diagnosi, bensì logicamente alle prestazioni. Affinché siano disponibili i corrispondenti dati sulle prestazioni, questi ultimi sono rilevati nell'ambito della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri. In tale contesto è molto importante il catalogo «Classificazione svizzera delle operazioni (CHOP)» per rilevare i trattamenti, le procedure ma anche le valutazioni. A partire da DefReha® 2.0 vi sono definizioni per le prestazioni che dovranno essere inserite mediante la procedura di proposta ordinaria per l'adeguamento del catalogo CHOP. Il catalogo CHOP dovrà raffigurare, ma non definire le prestazioni. A partire da DefReha® 2.0 il documento illustra pure definizioni relative alle condizioni per la fornitura di prestazioni. Di regola queste ultime sono rilevanti per il finanziamento o per la pianificazione e fanno dunque parte dei mandati di prestazione cantonali. La discussione a livello di contenuto relativa alle prestazioni di riabilitazione andrà condotta unicamente in seno ai collegi legittimati e universalmente riconosciuti. In un ulteriore documento di principio H+ ha formulato condizioni poste ai requisiti vincolanti in direttive e Guideline¹² che vanno sempre osservate quando tali direttive pongono ai fornitori di prestazioni o ai Cantoni delle condizioni vincolanti a livello di personale o di infrastruttura.

L'obiettivo deve essere che la comprensione della fornitura di prestazioni presso le autorità competenti per l'approvvigionamento sanitario offerto corrisponda perlopiù alle conoscenze attuali dei fornitori di prestazioni. In seguito chi elabora la struttura tariffale ospedaliera ST Reha può costruire la tariffa ST Reha con le informazioni tratte dai rilevamenti dei dati relativi alle prestazioni e ai costi.

DefReha® 3.0 completa la comprensione della fornitura di prestazioni con tre settori trasversali, che illustrano queste prestazioni specifiche, ma solamente in combinazione sensata con un tipo di riabilitazione, e si differenziano in primo luogo in base agli obiettivi differenti per questi pazienti per quanto riguarda il riacquisto della partecipazione (obiettivi differenti per la partecipazione). Per la raffigurazione tariffale per le prestazioni particolari e delimitabili fornite nei settori trasversali devono essere disponibili i corrispondenti dati riferiti alle prestazioni e ai costi.

¹² Condizioni poste ai requisiti vincolanti con conseguenze rilevanti per il finanziamento e la pianificazione contenuti in direttive e Guideline, https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/Bedingungen_fuer_verbindliche_Anforderungen/20180323_Positionspapier_Richtlinien_V1.0-I.pdf

3 Tipi di riabilitazione e requisiti minimi

3.1 Criteri per la distinzione dei tipi di prestazioni nella riabilitazione ospedaliera

Dal punto di vista redazionale, questo capitolo è strutturato come segue.

Il grado di dettaglio della riabilitazione ospedaliera è illustrato in **nove** sottocapitoli per i **tipi di riabilitazione** e in **tre** sottocapitoli per i **settori trasversali**. Ciò corrisponde alle prestazioni stazionarie di riabilitazione effettivamente offerte in Svizzera. I diversi tipi di riabilitazione sono attualmente citati nei mandati di prestazioni di diversi Cantoni. Per questo motivo gli autori hanno deciso di dedicare a ogni tipo di riabilitazione un proprio sottocapitolo. I settori trasversali illustrano la definizione delle prestazioni e la descrizione delle necessarie condizioni per la fornitura di prestazioni, esclusivamente però in combinazione sensata con un tipo di riabilitazione.

La sequenza dei tipi di riabilitazione non rispecchia una valutazione e si basa semplicemente sull'ordine alfabetico.

Tramite i **requisiti minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale** ogni capitolo presenta la visione del settore. I punti ivi citati vanno tenuti in considerazione nell'ambito dell'autorizzazione per la fornitura di prestazioni e dell'autorizzazione per l'applicazione della struttura tariffale nazionale per la riabilitazione ospedaliera, che rientra nel settore di competenza dei Cantoni. Requisiti più limitati, dal nostro punto di vista non vanno parificati a prestazioni della riabilitazione ospedaliera.

Le **prestazioni minime al paziente** descrivono le **prestazioni misurabili specifiche della riabilitazione nella riabilitazione ospedaliera**. Sono descritte le prestazioni minime che ogni paziente deve ottenere in media, riferito alla durata complessiva di degenza nella riabilitazione ospedaliera.

Tutti i sottocapitoli sono strutturati allo stesso modo:

- **Definizione** del tipo di riabilitazione
- **Obiettivi** della cura
- **Prestazioni di base**
- **Requisiti minimi aziendali** di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale – punto di vista del settore relativo alle prescrizioni per mandati di prestazioni e autorizzazioni d'esercizio
- **Prestazioni minime** al paziente – prestazioni individuali, delimitabili **specifiche** di riabilitazione
- Rappresentazione grafica dei **criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della degenza per la riabilitazione ospedaliera**.

3.2 Spiegazioni relative alla rappresentazione grafica

Le tabelle hanno una struttura standard per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera spiegata nella figura seguente:

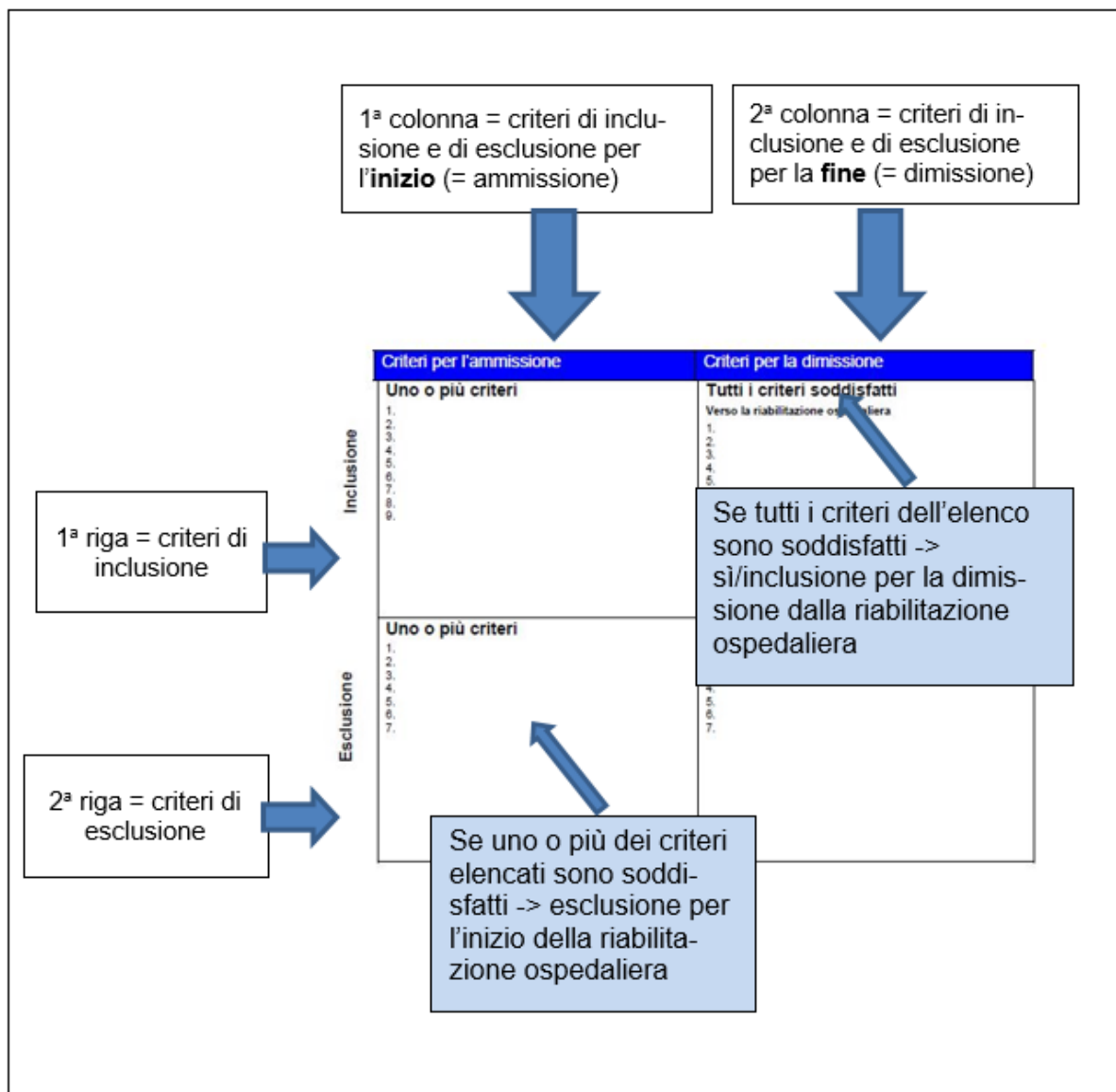


Figura. 2: Struttura della tabella, con i criteri di inclusione e di esclusione nelle righe e l'inizio e la fine della degenza stazionaria nelle colonne.

3.3 Tipi di riabilitazione (in ordine alfabetico)

3.3.1 Riabilitazione geriatrica

Definizione

La riabilitazione geriatrica si occupa dell'elaborazione di disabilità e capacità funzionali sulla scorta delle basi e delle classificazioni (ICF) dell'OMS nell'ottica del ripristino, della stabilizzazione e della (nuova) abilitazione a una vita il più possibile autodeterminata di pazienti geriatrici. La riabilitazione geriatrica ospedaliera fa parte della medicina geriatrica. Essa applica i processi geriatrici specifici (in particolare valutazione geriatrica, lavoro d'équipe interdisciplinare coordinato, coinvolgimento dell'ambiente sociale, pianificazione delle dimissioni) nel contesto della riabilitazione.

Obiettivi

Riduzione delle limitazioni delle funzioni e delle strutture corporali, delle attività e della partecipazione.

Raggiungimento della maggiore autonomia possibile dei pazienti geriatrici nel loro ambiente di vita.

Riduzione dell'onere di cura e assistenza.

Prestazioni di base

Cfr. [capitolo 2.3](#)

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione geriatrica è posta sotto la guida qualificata di un
 - medico specializzato in medicina interna generale con specializzazione in geriatria (FMH) e due anni di esperienza¹³ in medicina riabilitativa oppure
 - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con due anni di esperienza presso un centro di perfezionamento¹⁴ per la specializzazione in geriatria.
- chiarire l'ammissione con valutazione geriatrica strutturata al momento dell'ammissione (almeno nei settori della cognizione, attività della vita quotidiana, mobilità, emozione, stato di alimentazione e situazione sociale).
- pianificare le dimissioni con valutazione geriatrica strutturata al momento della dimissione (almeno nei settori attività della vita quotidiana e mobilità) e garantire l'assistenza successiva necessaria.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende almeno medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, consulenza sociale, consulenza alimentare.
- Accesso a:
 - sostegno spirituale
 - tecnica ortopedica
 - cure palliative specializzate
 - personale formato in terapia della disfagia

¹³ *esperienza nella medicina riabilitativa* tramite attività presso un centro di perfezionamento in medicina fisica e riabilitativa oppure una clinica stazionaria per pazienti della riabilitazione neurologica, muscoloscheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.

¹⁴ Centro di perfezionamento professionale ai sensi della definizione dell'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM – [Registro degli istituti](#) in francese o tedesco

Prestazioni minime al paziente

300 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza): scostamenti sono possibili per motivi specifici del paziente (la resistenza del paziente è variabile). La scelta e il ricorso alle prestazioni dei settori terapeutici elencati qui di seguito dipendono caso per caso dall'indicazione e dalla resistenza del paziente. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale.

- Fisioterapia
- Ergoterapia
- Logopedia o trattamento della disfagia
- Consulenza e terapia alimentare
- Esame e trattamento psicoterapeutico e/o neuropsicologico

Le prestazioni di cura sono una parte molto importante della riabilitazione. Non sono però conteggiate nelle prestazioni minime in minuti e per questo motivo non ne fanno parte.

Criteri per l'inizio e la fine nell'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione geriatrica ospedaliera

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ol style="list-style-type: none"> Multimorbilità geriatrica (età del paziente di regola superiore ai 75 anni) con presenza documentata di più di una delle sindromi geriatriche seguenti: <ol style="list-style-type: none"> limitazione cognitiva, in particolare delirio regressivo immobilità o tendenza a cadute o vertigini incontinenza fecale e/o urinaria malnutrizione e/o sarcopenia indizi di depressione o disturbo d'ansia disabilità visiva rilevante per la vita quotidiana e/o ipoacusia rilevante per la vita quotidiana sintomatologia a livello di dolori cronici problemi di medicazione in caso di polifarmacia (più di 5 medicinali) e/o mancata adesione terapeutica del paziente problema psicosociale sono presenti bisogno di riabilitazione e potenziale riabilitativo 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: a casa o in un istituto per cure di lunga durata</p> <ol style="list-style-type: none"> Lo stato complessivo consente di pianificare la continuazione della cura dopo la degenza. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ol style="list-style-type: none"> la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente o il potenziale riabilitativo è esaurito, non ci si può più aspettare un miglioramento significativo. Lo documentano le scale di valutazione <p>Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati.</p> <p>B: verso un'assistenza acuta ospedaliera Sorgono nuovi problemi e complicanze che richiedono un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta.</p> <p>C: verso un'altra struttura di assistenza In seguito allo sviluppo clinico, il paziente può essere assegnato a un altro tipo di cura successiva.</p>
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ol style="list-style-type: none"> Bisogno di trattamento e diagnosi ospedaliera di somatica acuta presso l'ospedale acuto Pazienti con un'affezione specifica che necessitano di una riabilitazione specializzata di altro tipo, in particolare la riabilitazione di paraplegie, affezioni neurologiche, traumi craniocerebrali, sindromi che richiedono una riabilitazione cardiovascolare, pneumologica o muscolo-scheletrica specifica. 	<p>Uno o più criteri</p> <ol style="list-style-type: none"> Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente con assistenza meno intensiva di quella originariamente prevista. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

3.3.2 Riabilitazione internistica e oncologica

Definizione

Fondamentalmente, si tratta di due settori professionali differenti che però, visti i numerosi punti in comune, in questa sede possono essere approfonditi insieme e trattati secondo criteri comuni.

La riabilitazione internistica e quella oncologica comprendono misure diagnostiche e terapeutiche per migliorare la limitazione dell'attività e della partecipazione tenendo conto in modo particolare della vita autodeterminata dei pazienti.

La riabilitazione *internistica* si occupa di pazienti con limitazioni funzionali, di attività e di partecipazione nella vita quotidiana causate da

- decondizionamento fisico e psichico, lesioni agli organi, limitazioni funzionali di sistemi di organi e problemi di alimentazione in seguito a trattamenti medico-sanitari e/o interventi chirurgici;
- un'affezione internistica riguardante uno o più sistemi di organi;
- malnutrizione dovuta alla malattia;
- un trapianto di organi (escl. cuore e polmone);
- affezioni del tratto gastro-intestinale;
- trattamenti di medicina Intensiva;
- malattie croniche;
- infezioni gravi..

La riabilitazione internistica si differenzia dagli altri tipi di riabilitazione per il fatto che durante la degenza riabilitativa le limitazioni risultanti dalla complessità della multimorbidità vengono affrontate dal punto di vista medico e terapeutico. Un'assegnazione inequivocabile a un'altra disciplina riabilitativa non è quindi possibile.

La riabilitazione *oncologica* si occupa di pazienti con limitazioni funzionali, di attività e di partecipazione dovute a un'affezione oncologica/ematologica e alle rispettive conseguenze e ripercussioni del trattamento.

Obiettivi

La riabilitazione internistica e quella oncologica mirano a ridurre le limitazioni funzionali, a migliorare le attività della vita quotidiana e a raggiungere la migliore partecipazione possibile alla professione e alla vita sociale.

Prestazioni di base

Cfr. [capitolo 2.3](#)

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione internistica è posta sotto la guida qualificata di un
 - medico specializzato in medicina interna generale con due anni di esperienza¹⁵ in medicina riabilitativa oppure
 - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con due anni di esperienza presso un centro di perfezionamento in medicina interna generale.
- La riabilitazione oncologica è posta sotto la guida qualificata di un
 - medico specializzato in medicina interna generale con due anni di esperienza¹⁵ in medicina riabilitativa oppure
 - medico specializzato in oncologia medica o ematologia con due anni di esperienza¹⁵ in medicina riabilitativa oppure
 - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con due anni di esperienza¹⁵ presso un centro di perfezionamento¹⁶ in medicina interna generale od oncologia o ematologia.

Se presso la direzione tecnica non vi è un medico specializzato in oncologia medica, occorre garantire la cooperazione con uno specialista in oncologia medica.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende almeno medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, consulenza sociale, consulenza alimentare, psicologia/neuropsicologia.
- Accesso a:
 - consulenza relativa allo stoma e all'incontinenza
 - terapia del dolore
 - cure palliative specializzate
 - personale formato in terapia della disfagia

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza). La scelta e il ricorso alle prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui di seguito dipendono caso per caso dall'indicazione e dalla resistenza del paziente. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale.

- Fisioterapia e terapia sportiva (personale dipl.)
- Ergoterapia
- Terapia di rilassamento
- Allenamento per la vita quotidiana
- Consulenza nutrizionale/terapia alimentare
- Esame e trattamento psicoterapeutico e/o neuropsicologico
- Psico-oncologia
- Consulenza diabetologica
- Consulenza per smettere di fumare
- Consulenza sociale
- Terapia del dolore non medica
- Educazione del paziente con l'obiettivo di una modifica del comportamento e della prevenzione secondaria, con il coinvolgimento di familiari
- Trattamento della disfagia

¹⁵ *esperienza nella medicina riabilitativa* tramite attività presso un centro di perfezionamento in medicina fisica e riabilitativa oppure una clinica stazionaria per pazienti della riabilitazione neurologica, muscoloscheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.

¹⁶ Centro di perfezionamento professionale ai sensi della definizione dell'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM – [Registro degli istituti](#) in francese o tedesco

- Consulenza relativa allo stoma e all'incontinenza

Le prestazioni di cura sono una parte costitutiva molto essenziale della riabilitazione. Non sono però conteggiate nelle prestazioni minime in minuti e per questo motivo non ne fanno parte.

Criteri per l'inizio e la fine nell'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione internistica e oncologica ospedaliera

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	Tutti i criteri soddisfatti <ol style="list-style-type: none"> Pazienti adulti con <ol style="list-style-type: none"> una multimorbidità e/o un deficit funzionale. un disturbo della partecipazione necessità di riabilitazione ospedaliera, segnatamente <ol style="list-style-type: none"> necessità di un approccio riabilitativo multidisciplinare combinato, inclusa educazione o accertamento approfondito della causa della sindrome e dell'eventuale potenziale o continuazione della cura medica. L'obiettivo è il ritorno a domicilio o il passaggio a un istituto di cura con la maggiore autonomia possibile. L'ospedale acuto ha concluso la diagnosi e definito la strategia terapeutica. 	Tutti i criteri soddisfatti <p>A: a casa o in un istituto di cura Condizione: il potenziale riabilitativo per la riabilitazione ospedaliera è esaurito.</p> <ol style="list-style-type: none"> Lo stato complessivo consente di pianificare la cura ambulatoriale successiva. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ol style="list-style-type: none"> la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente dopo la dimissione o la valutazione interprofessionale rileva la fine delle possibilità di miglioramento della capacità funzionale. Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati. I sintomi sono migliorati in modo sufficiente e adeguato al futuro ambiente. <p>B: verso un'assistenza acuta ospedaliera Insorgono problemi o complicanze di medicina acuta che esigono una complessa infrastruttura diagnostica e terapeutica (instabilità circolatoria, metabolica e respiratoria, oltre tre interventi medici quotidiani per due giorni consecutivi).</p> <p>C: verso un'altra struttura di assistenza Considerato lo sviluppo clinico, il paziente può essere assegnato a un istituto con un altro tipo di cura e di assistenza (p.es. cure palliative specializzate).</p>
Esclusione	Uno o più criteri <ol style="list-style-type: none"> Parametri vitali instabili. Pazienti con un'affezione specifica che necessitano di una riabilitazione specializzata di altro tipo, in particolare la riabilitazione di paraplegie, affezioni neurologiche, traumi craniocerebrali, sindromi che richiedono una riabilitazione cardiovascolare, pneumologica o muscolo-scheletrica. Processo diagnostico non ancora concluso o definito, rispettivamente necessità di una sorveglianza intensa. Mancata adesione del paziente alle misure terapeutiche. 	Uno o più criteri <ol style="list-style-type: none"> Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente meno restrittivo di quello originariamente previsto. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

3.3.3 Riabilitazione cardiovascolare - Riabilitazione cardiologica e riabilitazione in caso di affezioni cardiocircolatorie

Definizione

La riabilitazione e la prevenzione cardiovascolari sono un processo che nei pazienti con affezioni cardiovascolari primarie dovrebbe aiutare a raggiungere di nuovo lo stato per loro ottimale a livello di benessere fisico, psichico, emotivo e sociale. Le misure preventive mirano a uno stile di vita sano e a un miglioramento della prognosi.

Una riabilitazione cardiovascolare è indicata

- dopo un infarto o una sindrome coronarica acuta con o senza PCI;
- in caso di coronaropatia stabile con o senza catetere;
- dopo interventi al cuore e ai vasi;
- in presenza di fattori di rischio multipli (p.es. sindrome metabolica con o senza malattia cardiaca cronica);
- in caso di insufficienza cardiaca (con frazione di eiezione limitata o mantenuta)
- in presenza di altre affezioni cardiocircolatorie, il cui decorso viene influenzato positivamente dalla riabilitazione (p.es. arteriopatia obliterante periferica, embolia polmonare).

Obiettivi

Miglioramento della qualità di vita:

- riduzione dei disturbi
- miglioramento delle funzioni e prestazioni corporali
- stabilizzazione dello stato psichico (gestione della malattia, anche nella quotidianità)
- promozione e garanzia del reinserimento e della partecipazione sociali (professione, famiglia, mantenimento dell'autonomia per i pazienti anziani)

Miglioramento della prognosi:

- prevenzione e riduzione dei rischi
- riduzione della morbidità
- riduzione della mortalità

Contributo alla stabilità dei costi:

- miglioramento dell'adesione terapeutica dei pazienti
- riduzione delle degenze ospedaliere evitabili
- prevenzione di rendite e cure precoci

Prestazioni di base

Cfr. [capitolo 2.3](#) e inoltre:

- le valutazioni documentate di ammissione e dimissione comprendono esame clinico, test di rendimento (ergometria oppure test di 6 minuti di camminata), misurazione della qualità di vita, registrazione del profilo di rischio cardiovascolare
- valutazione medica e ottimizzazione della cura, attuazione di una profilassi farmacologica secondaria adeguata;
- informazione sulla malattia (diagnosi e terapia) e sui fattori di rischio, formazione nella gestione della malattia (p.es. insufficienza cardiaca, ICD, VAD);
- programma di movimento quale strumento per un cambiamento dello stile di vita e correzione di una mancanza di movimento preesistente;
- gestione dello stress, apprendimento di tecniche di coping, terapia di rilassamento;

- disassuefazione dal fumo;
- consulenza e formazione sul diabete per diabetici;
- organizzazione della post-terapia, reintegrazione nella consueta quotidianità (incl. capacità lavorativa).

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione cardiovascolare è posta sotto la guida qualificata di un medico specializzato in cardiologia con due anni di esperienza¹⁷ nella riabilitazione, in particolare di pazienti cardiologici. Lo specialista in cardiologia dispone di una formazione interna almeno triennale.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende almeno medici, personale curante, fisioterapia/terapia sportiva, ergoterapia, consulenza sociale, consulenza alimentare, psicologia/neuropsicologia.
- Sussiste un concetto di urgenza e di allarme, RCP compresa defibrillazione è garantita in ogni momento durante le terapie, durante le attività che si svolgono all'esterno dell'area della clinica sono presenti 2 persone formate in RCP, di cui un terapista.

Prestazioni minime al paziente

540 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza). La scelta e il ricorso alle prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui di seguito dipendono caso per caso dall'indicazione e dalla resistenza del paziente. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale.

- Fisioterapia e terapia sportiva (personale dipl.)
- Ergoterapia
- Terapia fisica
- Terapia medica di allenamento
- Terapia di rilassamento
- Esame e trattamento psicoterapeutico e/o neuropsicologico
- Consulenza nutrizionale
- Consulenza diabetologica
- Consulenza sociale
- Consulenza per smettere di fumare
- Educazione del paziente con l'obiettivo di una modifica del comportamento e della prevenzione secondaria

Le prestazioni di cura sono una parte costitutiva molto essenziale della riabilitazione. Non sono però conteggiate nelle prestazioni minime in minuti e per questo motivo non ne fanno parte.

¹⁷ *Esperienza nella medicina riabilitativa* mediante attività medica presso una clinica con mandato di prestazioni di riabilitazione cardiologica

Criteri per l'inizio e la fine nell'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione cardiovascolare ospedaliera

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>Tutte le affezioni cardiovascolari di tutte le fasce d'età con potenziale riabilitativo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosi acuta e terapia invasiva sono concluse 2. Funzioni vitali stabili 3. Indicazioni ai sensi del capitolo 3.3.3 DefReha® 4. Capacità riabilitativa è data 5. Il paziente può partecipare a un programma di gruppo strutturato. 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: verso una struttura domestica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ol style="list-style-type: none"> a. la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente dopo la dimissione; la riabilitazione può essere proseguita nella fase III (gruppo cardiaco) o b. non ci si attende più un miglioramento significativo e secondo le scale di valutazione la capacità funzionale non aumenterà più. <p>B: verso un'assistenza acuta ospedaliera</p> <p>Sorgono nuovi problemi e complicanze che richiedono un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta.</p> <p>C: verso un'altra struttura di assistenza non acuta</p> <p>Non ci si attende progressi che renderebbero possibile una dimissione a casa. La cura e l'assistenza possono continuare in un istituto meno intensivo o più adeguato.</p>
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <p>Tutti i criteri menzionati al punto a) per la riabilitazione a sorveglianza elevata (1-22):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aritmie maligne non controllate rilevanti dal punto di vista emodinamico 2. insufficienza cardiaca decompensata con necessità di vasopressori 3. insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva 4. infezione settica con instabilità emodinamica 5. instabilità emodinamica 6. gravi problemi muscolo-scheletrici con autonomia limitata e nessun potenziale di integrazione 7. grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata 8. malattia parossistica non controllata/non controllabile 9. nuova paralisi eziologicamente non accertata 10. intervento chirurgico in sala operatoria il giorno previsto dell'ammissione e giorno successivo per tutti gli interventi 11. necessità di valutazione o consultazione per un intervento in sala operatoria previsto il giorno successivo 12. cateterismo cardiaco il giorno previsto dell'ammissione 13. angiografia il giorno previsto dell'ammissione 14. biopsia di un organo interno il giorno previsto dell'ammissione 15. puntura toracica o addominale il giorno previsto dell'ammissione 16. nuova prescrizione di un farmaco che richiede almeno tre volte al giorno un adeguamento del dosaggio sotto sorveglianza medica o che comporta un rischio idiosincratco per il quale il paziente necessita di almeno tre controlli medici al giorno 17. ventilazione: ventilazione costante o intermittente (almeno tre volte al giorno), con l'eccezione della ventilazione assistita in caso di apnea notturna 18. controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di almeno quattro ore 19. qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore 20. febbre persistente (ascellare oltre 38 °C, rettale o nell'orecchio oltre 38,8 °C) nelle precedenti 48 ore in un paziente non ricoverato per questo motivo 21. disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore 22. problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore <p>e inoltre criteri menzionati al punto b) interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione cardiovascolare ospedaliera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 23. aritmie instabili emodinamiche 24. angina pectoris instabile 25. malattia cardiaca valvolare con obbligo di intervento 26. gravi comorbidità non controllate, ad es. affezioni polmonari: COPD decompensata con insufficienza respiratoria globale 27. grave scompenso metabolico: 28. affezione reumatica attiva 	<p>Uno o più criteri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il prolungamento della degenza permette di raggiungere gli obiettivi della riabilitazione, risp. sussiste ancora potenziale di miglioramento. 2. Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente meno restrittivo di quello originariamente previsto. 3. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

3.3.4 Riabilitazione muscolo-scheletrica

Definizione

La riabilitazione muscolo-scheletrica è una forma di cura interdisciplinare/interprofessionale di disturbi muscolo-scheletrici di origine in parte cronica, in parte ossea acuta, articolare, vertebrale e/o concernente i tessuti molli, in parte infiammatoria, degenerativa, postoperatoria e post-traumatica e dolori cronici.

I disturbi delle funzioni corporali possono colpire le parti seguenti:

- mobilità/stabilità articolare
- stabilità delle ossa
- forza muscolare
- tono muscolare
- resistenza muscolare
- riflessi motori
- controllo e coordinazione di movimenti volontari
- schema del movimento durante la deambulazione
- sensazioni legate ai muscoli e al movimento
- dolore

Obiettivi

L'obiettivo della riabilitazione muscolo-scheletrica è il ripristino il più possibile completo delle capacità funzionali originali, l'apprendimento di un comportamento ergonomico favorevole, la profilassi, il ripristino e il raggiungimento delle migliori prestazioni possibili a livello di attività e partecipazione (= assunzione di un ruolo professionale e sociale) e, per quanto possibile, l'assenza di dolore.

Prestazioni di base

Cfr. [capitolo 2.3](#) e inoltre:

- fisio- ed ergoterapia, integrate da mezzi ausiliari (consegna, consulenza, formazione)
- provvedimenti ergonomici
- terapia del dolore farmacologica e interventistica
- terapie che aiutano a esercitare la gestione della malattia e che comprendono anche elementi di psicoeducazione e di consulenza psicologica (ad es. strategie di coping)
- tecnica ortopedica e protesica, con coinvolgimento della tecnica calzaturiera ortopedica
- reinserimento professionale - in presenza di un obiettivo definito in maniera corrispondente

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione muscolo-scheletrica è posta sotto la guida qualificata di un
 - medico specialista in medicina fisica e riabilitativa oppure
 - medico specialista in reumatologia, ortopedia e traumatologia o medicina interna generale con almeno due anni di esperienza¹⁸ in medicina riabilitativa.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende almeno medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, consulenza sociale, psicologia/neuropsicologia.
- Accesso alle prestazioni di una clinica ortopedica.

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza). La scelta e il ricorso alle prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui di seguito dipendono caso per caso dall'indicazione e dalla resistenza del paziente. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale.

- Fisioterapia
- Terapia fisica
- Ergoterapia
- Terapia medica di allenamento
- Esame e trattamento psicoterapeutico e/o neuropsicologico
- Consulenza sociale
- Terapia sportiva
- Consulenza nutrizionale

Le prestazioni di cura sono una parte costitutiva molto essenziale della riabilitazione. Non sono però conteggiate nelle prestazioni minime in minuti e per questo motivo non ne fanno parte.

¹⁸ *esperienza nella medicina riabilitativa* tramite attività medica presso un centro di perfezionamento in medicina fisica e riabilitativa oppure una clinica stazionaria per pazienti della riabilitazione neurologica, muscoloscheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.

Criteri per l'inizio e la fine nell'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione muscolo-scheletrica ospedaliera

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	Tutti i criteri soddisfatti <ol style="list-style-type: none"> 1. Il paziente necessita al massimo di una visita medica o specialistica giornaliera. 2. Il controllo del dolore non è ancora stabilizzato e sussiste potenziale riabilitativo. 3. Sussiste una limitazione delle funzioni muscolo-scheletriche con disturbi persistenti rilevanti delle attività e/o della partecipazione, nonché potenziale riabilitativo ed eventualmente fattori contestuali sfavorevoli. 	Tutti i criteri soddisfatti <ol style="list-style-type: none"> 1. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ul style="list-style-type: none"> • capacità funzionali ripristinate • dimissione in una situazione ambulatoriale/in un istituto di cura possibile • passaggio alle cure palliative: controllo del dolore riuscito. 2. Nuova instabilità che rende necessaria un'assistenza acuta: <ul style="list-style-type: none"> • emorragia circolatoria • sorveglianza molto frequente • medicazione intravenosa continua o più volte al giorno • cura intensiva • febbre persistente non chiarita • nuovo intervento chirurgico • grave disturbo elettrolitico/del metabolismo.
Esclusione	Uno o più criteri <ol style="list-style-type: none"> 1. insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva 2. infezione settica con instabilità emodinamica 3. instabilità emodinamica 4. grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata 5. nuova prescrizione di un farmaco che richiede più volte al giorno un adeguamento del dosaggio sotto sorveglianza medica o che comporta un rischio idiosincratco 6. necessità di un controllo medico almeno tre volte al giorno 7. ventilazione costante o intermittente (almeno tre volte al giorno) 8. controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di quattro ore 9. qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore 10. febbre persistente (ascellare oltre 38 °C, rettale o nell'orecchio oltre 38,8 °C) nelle precedenti 48 ore in un paziente non ricoverato per questo motivo 11. disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore 12. problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore 13. aritmia maligna ventricolare non controllata 14. biopsia di un organo interno il giorno del trasferimento 15. puntura toracica, addominale o articolare il giorno del trasferimento 16. intervento chirurgico in sala operatoria il giorno del trasferimento o la vigilia del previsto trasferimento 17. affezioni supplementari acute dall'attività fisica o che rendono impossibile una riabilitazione 18. grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata 	Uno o più criteri <ol style="list-style-type: none"> 1. Lo stato non consente ancora una dimissione in un contesto ambulatoriale e sussiste ancora potenziale riabilitativo. 2. La riabilitazione ambulatoriale sarebbe possibile, ma non è realizzabile a una distanza adeguata. 3. L'obiettivo terapeutico non è ancora raggiunto, sussiste potenziale riabilitativo. 4. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

3.3.5 Riabilitazione neurologica

Definizione

Ai sensi della definizione dell'OMS, la neuroriabilitazione è la cura delle conseguenze di affezioni e danni del sistema nervoso centrale e periferico, come pure la cura delle conseguenze di affezioni neuromuscolari.

In considerazione delle diverse fasi di un'affezione, la fase acuta comprende la diagnosi del disturbo neurologico, la relativa cura medica e chirurgica, e l'inizio delle misure orientate alla riabilitazione che include anche l'indicazione per altri provvedimenti riabilitativi. Secondo la gravità dello stato neurologico e dei conseguenti disturbi delle funzioni, la cura prosegue con una riabilitazione a sorveglianza elevata (come forma intensiva di riabilitazione ospedaliera, chiamata anche reparto di neuroriabilitazione intensiva o già riabilitazione precoce neurologica) oppure con una neuroriabilitazione ospedaliera più approfondita.

Per la neuroriabilitazione ospedaliera generale e per la neuroriabilitazione ospedaliera di pazienti con danni gravi e molto gravi del sistema nervoso (riabilitazione a sorveglianza elevata), la Società svizzera di neuroriabilitazione (SGNR) ha formulato profili che definiscono le indicazioni e i requisiti strutturali per le cliniche di riabilitazione (per la riabilitazione a sorveglianza elevata documento del 27.9.2001, assemblea generale di Locarno).

Obiettivi

L'obiettivo dell'intero processo è il ripristino della maggiore integrità fisica e mentale possibile:

- riduzione delle conseguenze primarie del danno
- prevenzione di danni secondari e terziari
- riconoscimento e promozione del potenziale riabilitativo individuale
- maggiore autonomia (partecipazione) possibile nella vita quotidiana
- reinserimento a scuola, sul lavoro e nella società
- gestione della malattia

Prestazioni di base

Cfr. [capitolo 2.3](#) e inoltre:

- logopedia e trattamento della disfagia
- misure che necessitano di isolamento, se indicate
- reinserimento professionale - in presenza di un obiettivo definito in maniera corrispondente
- consulenza e formazione sui mezzi ausiliari
- formazione dei pazienti e dei familiari
- istruzioni per l'autoaiuto (esercizi per lavarsi, vestirsi, mangiare, per la continenza, l'orientamento, la deglutizione, gestione della tracheostomia)
- altre terapie (p.es. musicoterapia, ippoterapia, terapia con l'ausilio di robot)

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione neurologica è posta sotto la guida qualificata di un
 - medico specializzato in neurologia con almeno due anni di esperienza¹⁹ in medicina riabilitativa oppure
 - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con 2 anni di esperienza presso un centro di perfezionamento in neurologia.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende almeno medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza sociale, psicologia/neuropsicologia.
- Accesso a:
 - personale formato in terapia della disfagia.

Prestazioni minime al paziente

540 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza). La scelta e il ricorso alle prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui di seguito dipendono caso per caso dall'indicazione e dalla resistenza del paziente. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale.

- Fisioterapia e terapia sportiva (personale dipl.)
- Ergoterapia
- Logopedia o trattamento della disfagia
- Terapia medica di allenamento
- Esame e trattamento psicoterapeutico e/o neuropsicologico
- Consulenza e formazione sui mezzi ausiliari;
- Neuropsicologia
- Consulenza diabetologica
- Consulenza sociale

Le prestazioni di cura sono una parte costitutiva molto essenziale della riabilitazione. Non sono però conteggiate nelle prestazioni minime in minuti e per questo motivo non ne fanno parte.

¹⁹ *esperienza nella medicina riabilitativa* tramite attività medica presso un centro di perfezionamento in medicina fisica e riabilitativa oppure una clinica stazionaria per pazienti della riabilitazione neurologica, muscoloscheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.

Criteri per l'inizio e la fine nell'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione neurologica ospedaliera

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>Questi pazienti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sono per lo più lucidi 2. sono in grado di partecipare attivamente ad attività riabilitative in più sedute di terapia di circa 30 minuti 3. sono in grado di interagire e di comunicare, ev. con mezzi ausiliari 4. sono almeno in grado di spostarsi, circa 3-4 ore al giorno in sedia a rotelle 5. dipendono in gran parte da un aiuto per attività della vita quotidiana 6. non dipendono più dalla riabilitazione a sorveglianza elevata (reparto di neuroriabilitazione intensiva), rischio di complicità ridotto. 	<p>Uno o più criteri</p> <p>Ritorno in un ospedale acuto o nella riabilitazione a sorveglianza elevata</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Offuscamento della coscienza con delirio 2. Aspirazione con insufficienza respiratoria 3. Necessità di sorveglianza intensiva 4. Infezione grave 5. Decompensazione psichica con pericolo di suicidio 6. Aggressività nei confronti di terzi 7. Pericolo di fuga <p>Trasferimento in un istituto successivo o a casa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti. 2. Il potenziale riabilitativo è esaurito. 3. Si auspica un'integrazione nelle strutture familiari, con continuazione ambulatoriale della riabilitazione. 4. Si coinvolge il datore di lavoro. <p>La preparazione strutturata al reinserimento è possibile.</p>
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <p>Peggioramento acuto: paziente confuso, non cooperativo</p>	<p>Uno o più criteri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instabilità 2. Presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto ospedaliero 3. Contesto domestico non ancora preparato 4. Terapie neuropsicologiche e/o di capacità cerebrali non sono possibili in regime ambulatoriale 5. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

3.3.6 Riabilitazione pediatrica

Definizione

La riabilitazione pediatrica si occupa di malattie e danni congeniti e acquisiti a organi e sistemi di organi che provocano gravi disturbi delle funzioni, delle attività e della partecipazione di bambini e adolescenti. Il riferimento ai rispettivi disturbi delle funzioni fisiche, mentali, emotive e comportamentali, le loro ripercussioni sullo sviluppo, nonché sulla gestione della quotidianità, sulla partecipazione sociale e sull'integrazione, espresse in modo formale nell'ICF-CY²⁰, sono importanti tanto quanto il riferimento alla relativa diagnosi eziologica secondo l'ICD.

Analogamente ai diversi tipi di riabilitazione per adulti, anche quella pediatrica si orienta alle malattie e ai danni che concernono organi e sistemi di organi con concetti di riabilitazione specifici adeguati ai bambini e agli adolescenti.

Di seguito alcuni esempi²¹:

- **Riabilitazione neurologica**
Lesione cerebrale traumatica (TBI), paresi cerebrale infantile (CP), sindrome vascolare (Stroke), encefalite, ipossia cerebrale, tumori al cervello ecc.
Mielomeningocele (MMC), mielite, tumori del midollo spinale ecc., polineuroradicolite (GBS), distrofie muscolari ecc.
- **Riabilitazione paraplegiologica**
Traumatismo del midollo spinale (SCI)
- **Riabilitazione neuro-ortopedica**
Mobilizzazione postoperatoria e riabilitazione dopo interventi chirurgici ortopedici, condizioni dopo politrauma ecc.
- **Riabilitazione muscolo-scheletrica**
Limitazioni delle funzioni del sistema locomotorio, osteoporosi, affezioni reumatiche, condizioni dopo amputazioni ecc.
- **Riabilitazione pneumologica**
Asma bronchiale e gravi affezioni allergiche, fibrosi cistica, condizioni dopo trapianto di polmoni ecc.
- **Riabilitazione cardiologica**
Stato dopo l'intervento per un difetto cardiaco congenito con elaborazione difficoltosa della malattia e capacità fisica ridotta ecc.
- **Riabilitazione oncologica**
Misure mirate dopo la terapia di neoplasie maligne per attenuare o eliminare le conseguenze fisiche e mentali. In particolare: tumori del sistema locomotorio con fisioterapia intensiva, consulenza specifica e consegna di mezzi ausiliari; tumori al cervello con misure terapeutiche mirate, leucemie con pregiudizio del sistema nervoso centrale o del sistema locomotorio.

²⁰ International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, WHO 2007

²¹ La riabilitazione pediatrica in quanto vera e propria disciplina trasversale si occupa di bambini e adolescenti e dai tipi di riabilitazione specifica descritti adotta prestazioni adattate a bambini e adolescenti. Quali esempi sono dunque citati qui di seguito alcuni quadri clinici che vengono curati con prestazioni di riabilitazione pediatrica e l'attribuzione ai determinati tipi di riabilitazione.

- **Riabilitazione dermatologica²²**
Eczema atopico, psoriasi e altro

La situazione particolare dei bambini e degli adolescenti

L'età, l'altezza e lo sviluppo (fattori individuali) pongono requisiti particolari agli istituti di riabilitazione per bambini e adolescenti (fattori ambientali).

Per esempio:

- maggiore onere di assistenza secondo l'età, p.es. per le istruzioni e la sorveglianza durante il gioco;
- maggiore onere di cura e di sorveglianza secondo l'età, p.es. a causa della ridotta adesione del paziente alle terapie o della necessità di svolgere alcuni esami (MRI) sotto anestesia;
- frequentazione della scuola dell'ospedale come obbligo nel quadro del programma di riabilitazione;
- possibilità di ammissione di almeno un genitore e, all'occorrenza, dei fratelli (rooming-in);
- diritti dei bambini all'ospedale così come formulati nella Carta per i bambini in ospedale (Carta EACH)²³, p.es.
 - Il bambino deve essere assistito insieme a bambini con le medesime esigenze psicofisiche. Non deve essere ricoverato in reparti per adulti;
 - Il bambino deve avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio adatta alla sua età e condizione, e deve essere ricoverato in un ambiente strutturato, arredato e fornito di personale adeguatamente preparato;
 - Il bambino deve essere assistito da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche del bambino e della sua famiglia.

Obiettivi

Malattie, sintomi e danni a organi e sistemi di organi sono il più possibile guariti. Le misure mediche possono essere attuate ambulatorialmente. Il paziente e i suoi genitori o i rappresentanti legali sono informati sulla malattia e la disabilità, e in grado di decidere in merito a ulteriori provvedimenti.

Gli obiettivi riabilitativi concreti individuali formulati sulla scorta dell'ICF-CY²⁴ e pattuiti con i genitori o il rappresentante legale e, secondo l'età, con il paziente e l'ente finanziatore, sono raggiunti.

La maggiore autonomia e capacità di partecipazione possibile secondo l'età, l'integrazione in una scuola adeguata e la capacità da parte della famiglia o dell'istituto successivo di assumersi l'incarico di assistenza sono raggiunte.

²² Come forma della riabilitazione internistica

²³ Fonte: <https://www.kindundspital.ch/organisation/charta/la-carta-italiano>
https://www.kindundspital.ch/download/pictures/0e/s53e71xhmqqbb9wg0uelhvu5lh456fg/la_carta-italiano.pdf

²⁴ International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, OMS 2007

Prestazioni di base

Le prestazioni di base generali menzionate nel [capitolo 2.3](#) vengono adattate e all'occorrenza approvate per la riabilitazione pediatrica. I trattamenti si orientano quanto possibile ai principi dell'Evidence Based Medicine (EBM).

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione pediatrica è posta sotto la guida qualificata di un
 - medico specializzato in pediatria con due anni di esperienza²⁵ in medicina riabilitativa oppure
 - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con tre anni di esperienza¹⁵ presso un centro di perfezionamento²⁶ in medicina dell'infanzia e dell'adolescenza.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende almeno medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, consulenza sociale, docenti, psicologia/neuropsicologia.;
- Il piano di cura riferito al paziente dipende dall'obiettivo individuale documentato. Genitori o rappresentanti legali vengono coinvolti nella formulazione degli obiettivi.
- Deve essere garantito uno scenario per le urgenze con una clinica pediatrica nelle vicinanze (responsabilità, trasporti ecc.).
- Accesso a:
 - protezione dell'infanzia
 - cure palliative pediatriche
 - accertamento e terapia low-vision
 - consulenza relativa allo stoma e all'incontinenza
 - personale formato in terapia della disfagia
- Concetto disponibile per la terapia del dolore

²⁵ *esperienza nella medicina riabilitativa* tramite attività medica presso un centro di perfezionamento in medicina fisica e riabilitativa oppure una clinica stazionaria per pazienti della riabilitazione neurologica, muscoloscheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.

²⁶ Centro di perfezionamento professionale ai sensi della definizione dell'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM – [Registro degli istituti](#) in francese o tedesco

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza). La scelta e il ricorso alle prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui di seguito dipendono caso per caso dall'indicazione e dalla resistenza del paziente. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale.

- Fisioterapia
- Ergoterapia
- Logopedia o trattamento della disfagia
- Consulenza nutrizionale
- Consulenza e formazione sui mezzi ausiliari;
- Formazione dei pazienti e dei familiari;
- Psicoterapia e/o accertamenti e terapie neuropsicologici

Le prestazioni di cura sono una parte costitutiva molto essenziale della riabilitazione. Non sono però conteggiate nelle prestazioni minime in minuti e per questo motivo non ne fanno parte.

Criteri per l'inizio e la fine nell'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione pediatrica ospedaliera

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	Uno o più criteri <ol style="list-style-type: none"> 1. 0-18 anni 2. Età prescolastica o scolastica 3. Funzioni vitali stabili 4. Diagnosi curativa e medica conclusa 5. Cura medica valutata e almeno avviata 6. Disturbo della coscienza chiarito, non in aumento 7. Disturbo cognitivo persistente o in fase di miglioramento 8. Spasticità, distonia o discinesia grave 9. Dispositivi tecnici di cura, come pompa al bacoflene, incluso riempimento o ventilazione assistita 10. Gesso o bendaggi duri 11. Cura di decubiti 12. Alimentazione tramite sonda o PEG 13. Disturbi della deglutizione con rischio di aspirazione 14. Assistenza primaria postoperatoria conclusa 	Uno o più criteri <p>A: in un istituto di riabilitazione per adulti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dal 19° anno 2. Obbligo scolastico concluso, integrazione professionale <p>B: a casa nel contesto familiare</p> <p>Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti, terapie ambulatoriali sono possibili e concordate. Il passaggio a un contesto scolastico adeguato è assicurato.</p> <p>C: verso un'assistenza acuta ospedaliera</p> <p>Instabilità clinica che rende necessaria una diagnosi medica acuta, una terapia medica più intensiva, un'operazione o una sorveglianza più intensiva.</p> <p>D: verso un'altra struttura di assistenza (istituto)</p> <p>Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti. Il paziente può essere assegnato a un altro tipo di cura e assistenza medica.</p>
Esclusione	Uno o più criteri <ol style="list-style-type: none"> 1. Età adulta, a 18 anni compiuti 2. Obbligo scolastico concluso, accertamento professionale 3. Parametri vitali instabili 4. Diagnosi non ancora conclusa e terapia curativa non ancora avviata 5. Assenza di cooperazione dei genitori o del rappresentante legale 6. Alimentazione parenterale 7. Cure palliative primarie 8. Situazioni che rendono necessarie una sorveglianza e un'assistenza in medicina intensiva o intermedia 	Uno o più criteri <ol style="list-style-type: none"> 1. Riabilitazione ospedaliera ancora necessaria <ul style="list-style-type: none"> • Contesto ambulatoriale non ancora preparato • Terapia ambulatoriale non disponibile a una distanza ragionevole • Integrazione in un contesto scolastico adeguato non ancora possibile 2. Situazione sanitaria non ancora stabile 3. Ambiente domestico, genitori o istituto successivo non ancora pronti 4. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

3.3.7 Riabilitazione paraplegiologica

Definizione

I termini para e tetraplegia definiscono le paralisi alle estremità superiori e inferiori, come pure al tronco, congenite, dovute a infortuni e malattie, causate da un disturbo a livello di midollo spinale e di cauda equina. Le funzioni e le strutture corporali colpite da una para o una tetraplegia pregiudicano le attività e, di conseguenza, la partecipazione sociale e professionale (ai sensi del concetto ICF²⁷)²⁸. Le tetraplegie sono determinate da lesioni a livello di midollo cervicale, le paraplegie da lesioni a livello di midollo toracico, lombare e sacrale. La tetraplegia colpisce i quattro arti, la muscolatura del torace e del tronco, la paraplegia la muscolatura del tronco e degli arti inferiori²⁹. Si parla di paralisi completa in caso di perdita totale di tutte le funzioni al di sotto del punto della lesione, di paralisi incompleta in caso di perdita parziale³⁰. La portata della paralisi viene indicata come il grado della perdita motoria (grado di funzione muscolare e altezza della paralisi) e della perdita sensoriale³¹. «Con fase acuta di un traumatismo spinale (dopo infortunio o malattia) si intende il periodo di trattamento immediatamente successivo al trauma. Può comprendere diversi ricoveri ospedalieri.»³² «Si parla di fase cronica di una paraplegia / tetraplegia quando il trattamento della malattia acuta (p.es. un traumatismo acuto del midollo spinale) che ha causato le paralisi è al momento concluso.»³³.

In questa sede consideriamo in tale contesto anche quadri clinici con sintomi analoghi a una paralisi.

La riabilitazione comprende tutte le misure riabilitative e le cure nel quadro della paraplegia, e il termine riabilitazione paraplegiologica indica tutte le fasi della riabilitazione di pazienti para o tetraplegici.

- **Riabilitazione primaria:** riabilitazione di una para o una tetraplegia acuta in seguito a infortunio o manifestatasi all'inizio di una malattia, al termine di un'assistenza o di una cura primarie.
- **Riabilitazione successiva:** misure riabilitative per pazienti con para e tetraplegia cronica
 - Valutazione nell'ottica del mantenimento dello stato in caso di disabilità complessa
 - Miglioramento dello stato in relazione ad attività e partecipazione in caso di para o tetraplegia
- **Gestione delle complicanze in caso di para o tetraplegia:** diverse cure mediche e, se necessario, successiva riabilitazione per pazienti para o tetraplegici in centri specializzati.

²⁷ WHO [ICF, 2005]: 16 f.

²⁸ <https://www.paraplegikerzentren.ch/it/>; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [versione 5.0](#) del settembre 2018 und <https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp>

²⁹ <https://www.paraplegikerzentren.ch/it/>; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [versione 5.0](#) del settembre 2018 und <https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp>

³⁰ Das Lähmungsmaß kann z. B. mit AIS2 kategorisiert werden. – <https://asia-spinalinjury.org/product/international-standards-for-neurological-classification-of-spinal-cord-injury-isncsci-revised-2019/> und auch Frankel et al. [Frankel Scale, 1969]: 182

³¹ vedere il Manuale di codifica medica UST 2020, pagine 173-175 sotto S1905c

³² vedere il Manuale di codifica medica UST 2020, pagine 173-175 sotto S1905c

³³ <https://www.paraplegikerzentren.ch/it/>; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [versione 5.0](#) del settembre 2018 und <https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp> solo in tedesco

Obiettivi

Indipendentemente dal punto della lesione nel midollo spinale, dopo il manifestarsi di una para o tetraplegia si parte dal presupposto che in caso di paralisi completa o incompleta sussisterà vita natural durante un bisogno di cure³⁴. Le singole fasi della riabilitazione presentano contenuti e intensità diversi.

Importanti obiettivi e provvedimenti *curativi* di una riabilitazione paraplegiologica³⁵:

- garanzia e stabilizzazione a lungo termine delle funzioni vitali polmonari e cardiache, del sistema nervoso autonomo e della funzione intestinale, ripristino più ampio possibile della funzione vescicale quale condizione imprescindibile per la sopravvivenza a lungo termine;
- prevenzione o diagnosi e cura di complicanze potenzialmente letali, in particolare trombotici, embolie polmonari, insufficienza respiratoria e punti di pressione (decubiti);
- accertamento e cura di ferimenti e affezioni concomitanti;
- prevenzione precoce e cura di affezioni secondarie legate alla para o alla tetraplegia (cardiovascolari, polmonari, metaboliche, infettive ecc.).

Importanti obiettivi e provvedimenti *riabilitativi* di una riabilitazione paraplegiologica³⁶:

- mantenimento della funzione vescicale: continenza grazie a una funzione di accumulo sufficiente; valori della pressione intravesicale bassi per evitare infezioni delle vie urinarie e insufficienza renale (acuta e cronica) e per garantire la sopravvivenza a lungo termine;
- regolazione della spasticità spinale passato lo shock spinale;
- diagnosi e cura della sindrome dolorosa in caso di para o tetraplegia;
- stabilizzazione psichica del paziente quale condizione imprescindibile per una stabilizzazione somatica;
- cura dei disturbi delle funzioni sessuali;
- rigenerazione e modulazione neurologica;
- mobilitazione progressiva;
- ripristino della massima autonomia possibile;
- introduzione della pianificazione della vita e del futuro professionale;
- inserimento o reinserimento in relazioni sociali adeguate individualmente, in considerazione dei fattori contestuali;
- pianificazione di una post-terapia standardizzata permanente
- avvio di provvedimenti profilattici secondari;
- educazione del paziente e dei familiari.
- Reinserimento professionale- in presenza di un obiettivo definito in maniera corrispondente

³⁴ <https://www.paraplegikerzentren.ch/it/>; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [versione 5.0](#) del settembre 2018

³⁵ <https://www.paraplegikerzentren.ch/it/>; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [versione 5.0](#) del settembre 2018 und <https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp>

³⁶ <https://www.paraplegikerzentren.ch/it/>; Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [versione 5.0](#) del settembre 2018 und <https://dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp> solo in tedesco

La riabilitazione primaria di para- o tetraplegici dura di regola da quattro a dodici mesi. Una riabilitazione o una gestione delle complicanze in caso di para o tetraplegia esistente può richiedere da singole settimane a diversi mesi. All'inizio della cura, vengono rilevati e valutati con procedure standard i deficit funzionali almeno nei settori seguenti: stato dei muscoli e delle articolazioni, spasticità, rilevamento ISNCSCI (International Standards For Neurological Classification of Spinal Cord Injury), disfunzioni autonome, attività della vita quotidiana con SCIM III (Spinal Cord Independence Measure).

Prestazioni di base

Oltre alle prestazioni generali menzionate nel [capitolo 2.3](#) vengono eseguite le forme terapeutiche e adottate le misure seguenti:

- logopedia
- trattamento della disfagia
- cura in diverse combinazioni secondo il paziente
- misure che necessitano di isolamento, se indicate
- reinserimento professionale - in presenza di un obiettivo definito in maniera corrispondente
- consulenza e formazione sui mezzi ausiliari
- formazione dei pazienti e dei familiari
- istruzioni per l'autoaiuto (esercizi per lavarsi, vestirsi, mangiare, per la continenza, l'orientamento, la deglutizione, gestione della tracheostomia)
- altre terapie (p.es. musicoterapia, ippoterapia)

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione paraplegiologica è posta sotto la guida qualificata di un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione, neurologia, ortopedia, urologia con complemento neuro-urologia o medicina interna generale con 3 anni di esperienza nel trattamento e nella riabilitazione di persone paraplegiche³⁷.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende almeno medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, consulenza sociale, psicologia/neuropsicologia.
- Un concetto di aggiornamento per l'équipe multiprofessionale con aggiornamento professionale specifico nell'ambito della riabilitazione di 1 ora alla settimana in media.
- 1/3 dell'équipe dispone di 2 anni di esperienza nel trattamento e nella riabilitazione di pazienti paraplegici.
- Specializzazione medica in loco, oltre ai requisiti posti al primario o al sostituto: medicina fisica e riabilitativa - neurologia, ortopedia, medicina interna, neuro-urologia.
- Accesso a:
 - personale formato in terapia della disfagia.

³⁷ I centri svizzeri fornitori di prestazioni preferiscono il riconoscimento SSOP (società svizzera di paraplegia) – H+ non sostiene però i titoli/diplomi di diritto privato non riconosciuti nelle convenzioni da tutti i partner tariffali.

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza). La scelta e il ricorso alle prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui di seguito dipendono caso per caso dall'indicazione e dalla resistenza del paziente. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale.

- Fisioterapia
- Ergoterapia
- Terapia fisica
- Psicoterapia e/o accertamenti e terapie neuropsicologici
- Arteterapia/musicoterapia
- Logopedia o trattamento della disfagia
- Tecniche di rilassamento
- Terapia del dolore non medica

Le prestazioni di cura sono una parte costitutiva molto essenziale della riabilitazione. Non sono però conteggiate nelle prestazioni minime in minuti e per questo motivo non ne fanno parte.

Criteri per l'inizio e la fine nell'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione paraplegiologica ospedaliera specializzata:

Criteri per l'ammissione		Criteri per la dimissione	
Inclusione	Tutti i criteri soddisfatti <ol style="list-style-type: none">1. Pazienti con un quadro clinico nel contesto della para o della tetraplegia2. Assistenza d'urgenza con cura iniziale o altre cure acute prioritarie concluse (p.es. decompressione del midollo spinale e stabilizzazione chirurgica della colonna vertebrale allo scopo di ripristinarne la normale resistenza e di evitare peggioramenti neurologici secondari)3. Diagnosi primaria conclusa e terapia medica successiva definita4. Funzioni vitali sufficientemente stabili per le cure riabilitative o indicazione per una cura intensiva specifica a sorveglianza elevata5. eventualmente, necessità di altre cure medico-chirurgiche o<ol style="list-style-type: none">a. obbligo di ventilazione con respirazione stabile ob. necessità di aiuti notevoli nelle attività della vita quotidiana oc. limitazione notevole o totale della mobilità od. necessità di sostegno a livello di escrezione oe. alimentazione parenterale o tramite sonda	Tutti i criteri soddisfatti <p>A: verso una struttura domestica</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lo stato complessivo consente la cura successiva al di fuori di una riabilitazione ospedaliera.2. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: le capacità del paziente sono adeguate al futuro ambiente dopo la dimissione Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati.3. È disponibile un contesto post-ospedaliero adeguato. <p>B: verso un'assistenza ospedaliera acuta risp. verso una riabilitazione a sorveglianza elevata</p> <ol style="list-style-type: none">1. È necessario un intervento chirurgico in ambito ospedaliero.2. È necessaria una cura intensiva in un ospedale acuto a causa di una minaccia vitale (non legata alla para o alla tetraplegia).	
	Uno o più criteri <ol style="list-style-type: none">1. È necessario un intervento chirurgico in ambito ospedaliero.2. È necessaria una cura intensiva in un ospedale acuto a causa di una minaccia vitale (non legata alla para o alla tetraplegia).	Uno o più criteri <ol style="list-style-type: none">1. Presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto ospedaliero.2. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.	
Esclusione			

3.3.8 Riabilitazione psicosomatica

Definizione

La riabilitazione psicosomatica si occupa di persone affette da quadri clinici somatici e psichici combinati (ad es. indicazioni psicooncologiche, psicodiabetologiche, psicocardiologiche) e persone con disturbi somatoformi (ICD 10: F45) o cosiddetti disturbi da stress somatici (DSM 5). Essa mira pure al trattamento di disturbi psichici diversi (ad es. depressioni, disturbi d'ansia, disturbi da stress post-traumatico) con ripercussioni dirette su funzioni e strutture corporali (ad es. disturbi del comportamento alimentare, dolori, limitazioni di funzioni corporali, aderenza terapeutica limitata in caso di comorbidità con affezioni corporali).

I pazienti che necessitano di cure per disturbi somatoformi o funzionali sono spesso pazienti con un concetto somatico della malattia. Nel quadro del concetto di riabilitazione multimodale e multiprofessionale, alle cure psicoterapeutiche viene annessa un'importanza supplementare. Il modello patologico bio-psico-sociale ai sensi della definizione ICF costituisce la base concettuale della riabilitazione psicosomatica. Il reinserimento professionale e sociale ne rappresenta l'obiettivo essenziale, dato che pazienti con comorbidità psichiche e fisiche presentano un rischio chiaramente maggiore in quanto a cronicizzazione, complessità e a invalidità.

Obiettivi

- Maggiore miglioramento possibile dello stato di salute fisico, psichico e sociale
- Ottimizzazione della gestione della malattia e della vita quotidiana
- Attivazione delle risorse individuali e ambientali
- Maggiore ripristino/miglioramento possibile delle capacità funzionali sul lavoro e nella partecipazione sociale
- Migliorare e promuovere il modo di affrontare la malattia e di elaborarla

Prestazioni di base

Oltre alle prestazioni generali di base menzionate nel [capitolo 2.3](#), nella riabilitazione psicosomatica valgono i principi organizzativi e di cura seguenti:

- il principio dell'interdisciplinarietà psicosomatica multimodale;
- il principio del trattamento individuale e di gruppo tramite psicoterapia medica o psicologica riconosciuta (FSP) quale intervento centrale;
- il principio dell'équipe di cura multiprofessionale con terapisti di riferimento per i singoli pazienti;
- il principio dell'informazione ai pazienti, della psicoeducazione e dell'autogestione;
- il principio dell'attivazione di risorse sociali, fisiche e professionali;
- Il principio degli approcci di terapia dell'ambiente nel quadro della comunità terapeutica;
- valutazione della capacità lavorativa (senza perizie. Queste ultime vengono stese quali mandati e prestazioni al di fuori della riabilitazione.);
- reinserimento professionale - in presenza di un obiettivo definito in maniera corrispondente.

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione psicosomatica è posta sotto la guida qualificata di un medico specialista in una materia somatica con attestato in ASMPP o medico specialista in psichiatria e psicoterapia con attestato in SAPPM³⁸. In tal caso occorre inoltre che nel reparto sia a disposizione un medico specialista con un titolo di specialità somatico.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende almeno medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, consulenza sociale, psicologia/neuropsicologia.

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza). La scelta e il ricorso alle prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui di seguito dipendono caso per caso dall'indicazione e dalla resistenza del paziente. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale. Nei 450 minuti di prestazioni alla settimana sono compresi almeno 120 minuti di psicoterapia medica o psicologica.

- Fisioterapia e terapia sportiva (personale dipl.)
- Ergoterapia
- Terapie creative
- Consulenza sociale
- Consulenza diabetologica
- Consulenza nutrizionale
- Terapia respiratoria o di rilassamento
- Psicoterapia e/o accertamenti e terapie neuropsicologici

Le prestazioni di cura sono una parte costitutiva molto essenziale della riabilitazione. Non sono però conteggiate nelle prestazioni minime in minuti e per questo motivo non ne fanno parte.

Durata di degenza nella riabilitazione psicosomatica ospedaliera

A causa di problemi psichici e/o sociali spesso complessi e divenuti cronici, una cura focalizzata anche su questi aspetti può durare più a lungo di una riabilitazione esclusivamente somatica.

³⁸ I centri svizzeri fornitori di prestazioni preferiscono titolari dell'attestato di capacità ASMPP (Accademia svizzera di medicina psicosomatica e psicosociale) – H+ non sostiene però i titoli/diplomi di diritto privato non riconosciuti nelle convenzioni da tutti i partner tariffali.

Criteri per l'inizio e la fine nell'interfaccia tra l'assistenza ospedaliera o ambulatoriale e la riabilitazione psicosomatica ospedaliera

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	Tutti i criteri soddisfatti <ol style="list-style-type: none"> 1. Comorbidità somatica e psichica oppure disturbi funzionali somatoformi che pregiudicano la vita quotidiana o la professione. 2. Capacità di partecipare al programma multimodale 3. Impossibilità di una terapia ambulatoriale (le opportunità di trattamento nel contesto ambulatoriale non sussistono, sono difficoltose, insufficienti o esaurite) 4. È soddisfatto uno dei criteri seguenti: <ol style="list-style-type: none"> a. necessità di un allontanamento dall'ambiente domestico o professionale per motivi terapeutici; b. incapacità lavorativa persistente / invalidità incombente; c. comportamento problematico automatizzato, per lo più sottratto; all'autocontrollo (p.es. iperventilazione cronica, vomito) d. marcato comportamento evitante. 	Uno o più criteri <ol style="list-style-type: none"> 1. La stabilità fisica e psichica raggiunta consente una cura/psicoterapia ambulatoriale. 2. Il peggioramento dello stato fisico richiede un trasferimento in un ospedale acuto. 3. Il peggioramento dello stato psichico richiede un trasferimento in una clinica psichiatrica. 4. Assenza di cooperazione.
Esclusione	Uno o più criteri <ol style="list-style-type: none"> 1. Stato somatico instabile con elevato bisogno di cura e/o sorveglianza 2. Diminuzione marcata dell'intelligenza 3. Grave limitazione delle attività della vita quotidiana e della mobilità con elevato bisogno di cure 4. Mancanza di motivazione 5. Acuta messa in pericolo di sé stessi e di altri 6. Sintomi psicotici 7. Stati confusionali 	Uno o più criteri <ol style="list-style-type: none"> 1. Il paziente è ancora troppo instabile fisicamente/psichicamente per <ol style="list-style-type: none"> a. la dimissione a casa; b. una cura/psicoterapia ambulatoriale; 2. la definizione del dosaggio di farmaci che per questioni mediche deve essere eseguita a livello ospedaliero non è ancora conclusa; 3. per questioni mediche, il paziente deve essere assistito a livello ospedaliero fino al trasferimento in un altro istituto (clinica per la cura delle dipendenze, alloggio accompagnato). 4. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

3.3.9 Riabilitazione pneumologica

Definizione

La riabilitazione pneumologica concerne pazienti con disturbi funzionali e della partecipazione ai sensi dell'ICF in seguito ad affezioni polmonari acute o croniche del polmone e/o delle strutture attigue. La Società svizzera di pneumologia ha raccolto e pubblicato un elenco di indicazioni relative alla riabilitazione pneumologica³⁹.

Obiettivi

L'obiettivo della riabilitazione pneumologica è il miglioramento dei sintomi polmonari, la regressione dell'invalidità respiratoria, la maggiore autonomia possibile nella vita quotidiana e la gestione della disabilità. Le misure preventive mirano a un miglioramento della prognosi. Tramite la riabilitazione pneumologica è possibile raggiungere una riduzione della morbidità e della mortalità.

Prestazioni di base

Oltre alle prestazioni generali menzionate nel [capitolo 2.3](#), vengono eseguite le forme terapeutiche e adottate le misure seguenti:

- le valutazioni documentate di ammissione e dimissione comprendono esame clinico, test di rendimento (ad es. ergometria oppure test di 6 minuti di camminata), misurazione della qualità di vita, registrazione del profilo di rischio pneumologico
- terapia inalatoria e farmacoterapia specializzata;
- introduzione alle terapie a domicilio quali ossigenoterapia e ventiloterapia (ventilazione a domicilio e terapia CPAP);
- ginnastica respiratoria;
- disassuefazione al tabacco;
- orientamento professionale;
- formazione e coaching dei pazienti;
- introduzione all'autogestione;
- comportamenti e misure volti a evitare l'esposizione ad allergeni;
- logopedia.

³⁹ <http://www.pneumo.ch/fr/home.html> pubblicato nel “[Exigences pour l'accréditation](#)” solo in francese

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione pneumologica è posta sotto la guida qualificata di un
 - medico specialista in pneumologia con 2 anni di esperienza presso un istituto per la riabilitazione pneumologica.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende almeno medici, personale curante, fisioterapia, consulenza sociale, psicologia.
- L'istituto è accreditato⁴⁰ dalla Commissione per la riabilitazione pneumologica e per la formazione dei pazienti della Società svizzera di pneumologia (SSP).
- nell'equipe vi sono detentori del titolo di specialità di terapeuta in riabilitazione pneumologica (ted. PRT).
- Deve essere garantita l'opportunità di verificare e adottare la ventiloterapia, in particolare anche la terapia di respirazione artificiale.
- Deve essere garantita l'opportunità di una broncoscopia diagnostica e terapeutica in sede o in cooperazione entro 4 ore, 7 giorni su 7.

Prestazioni minime al paziente

540 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza). La scelta e il ricorso alle prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui di seguito dipendono caso per caso dall'indicazione e dalla resistenza del paziente. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale.

- Fisioterapia e terapia sportiva (personale dipl.)
- Terapia medica di allenamento
- Ergoterapia
- Terapia di rilassamento
- Psicoterapia e/o accertamenti e terapie neuropsicologici
- Consulenza nutrizionale
- Consulenza sociale
- Consulenza per smettere di fumare
- Educazione del paziente con l'obiettivo di una modifica del comportamento

Le prestazioni di cura sono una parte costitutiva molto essenziale della riabilitazione. Non sono però conteggiate nelle prestazioni minime in minuti e per questo motivo non ne fanno parte.

⁴⁰ v <http://www.pneumo.ch/fr/671.html> vale quale condizione per l'assunzione dei costi di tali prestazioni da parte dell'AOMS - cfr. Ordinanza sulle prestazioni

Criteri per l'inizio e la fine nell'interfaccia tra l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale e la riabilitazione pneumologica ospedaliera

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosi acuta conclusa 2. Comorbidità stabili 3. Fattori ambientali patogeni: posto di lavoro, fumo passivo, inquinamento atmosferico 4. Grande distanza tra l'ambiente domestico e l'istituto di riabilitazione 5. Autonomia terapeutica minima (inalazioni ecc.) 6. Gestione autonoma dell'ossigenoterapia e della ventilazione non invasiva, incl. CPAP 7. Impossibilità di una riabilitazione ambulatoriale (cfr. criteri) 8. Nessuna indicazione per un'assistenza/una cura dura-tura 9. Possibilità di partecipare al programma di riabilitazione 10. Misure riabilitative non limitate in modo decisivo dalle af-fezioni concomitanti 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: verso una struttura domestica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programma di istruzione concluso e stabilizzazione della situazione respiratoria: dimissione in una riabilitazione ambulatoriale, a casa o in un istituto di cura ospedaliero 2. Lo stato complessivo consente di pianificare la continua-zione della cura dopo la degenza. 3. Gli obiettivi della riabilitazione sono in buona misura rag-giunti: <ol style="list-style-type: none"> a. la capacità funzionale del paziente è adeguata al fu-turo ambiente dopo la dimissione o b. non ci si attende più un miglioramento significativo e secondo le scale di valutazione la capacità fun-zionale non aumenterà più. Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati. 4. I sintomi sono migliorati in modo sufficiente e adeguato al futuro ambiente. La riabilitazione eventualmente può continuare a livello ambulatoriale. <p>B: verso un'assistenza ospedaliera acuta Infezione polmonare non controllabile che rende necessaria una terapia intensiva e/o una ventilazione invasiva</p> <p>C: verso una riabilitazione a sorveglianza elevata</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peggioramento respiratorio globale con terapia respira-toria intensificata 2. Scompenso metabolico <p>D: verso un'altra struttura di assistenza non acuta Considerato lo sviluppo clinico, il paziente può essere asse-gnato a un istituto con un altro tipo di cura e di assistenza.</p>
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nessun potenziale riabilitativo 2. Adesione terapeutica insufficiente 3. instabilità cardiocircolatoria controllabile solo in un con-testo acuto 4. infezione settica con instabilità emodinamica 5. gravi problemi muscolo-scheletrici con autonomia limi-tata e nessun potenziale di integrazione 6. grave affezione psichica o dipendenza manifestamente non controllata 7. malattia parossistica non controllata/non controllabile 8. nuova paralisi eziologicamente non accertata 9. qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un si-stema di organi nelle precedenti 48 ore 10. febbre persistente (ascellare oltre 38 °C, rettale o nell'orecchio oltre 38,5 °C) nelle precedenti 48 ore in un paziente non ricoverato per questo motivo 11. disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore 12. problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave ane-mia) nelle precedenti 48 ore 	<p>Uno o più criteri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peggioramento considerato passeggero (< 2 giorni) 2. Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente meno restrittivo di quello originariamente previsto. 3. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospe-dalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di soma-tica acuta.

3.4 Settori trasversali della riabilitazione ospedaliera

Per settori trasversali s'intendono i tipi di riabilitazione la cui specificità risulta dalla precocità in presenza di sorveglianza elevata, da un infortunio quale causa del bisogno medico-sanitario di trattamento o dall'obiettivo specifico del reinserimento professionale. Tali specificità possono comparire in tutt'e nove i tipi di riabilitazione ospedaliera come raffigurate nelle versioni precedenti di DefReha® (le eccezioni sono citate). Per descrivere la prestazione nel suo insieme va dunque combinato il tipo di trasversalità con il corrispondente tipo specifico di riabilitazione.

3.4.1 Riabilitazione professionale

Definizione

La riabilitazione professionale è una riabilitazione orientata in maniera specifica ai requisiti della vita lavorativa. Se necessario ciò significa anche verificare un riorientamento professionale e tener conto di una problematica psichica legata all'ulteriore vita lavorativa. Sono presenti specialisti e misure infrastrutturali per la simulazione del lavoro (allenamento di movimenti complessi rilevanti per il lavoro). La terapia comprende un allenamento professionale (Berufsbildendes Training, BOT) oppure un allenamento ergonomico (work hardening), con valutazioni specifiche volte a esaminare deficit funzionali e rendimento.

Superamento di una consulenza professionale/lavorativa con la valutazione delle possibilità di lavoro nella professione originaria o in altre professioni/lavoro attuale o futuro, tramite valutazioni riconosciute.

Durante tutta la degenza viene osservato il comportamento, in particolare con test del rendimento, valutazioni e terapie.

Il settore trasversale della riabilitazione che combina la riabilitazione professionale con quella geriatrica non è possibile quale deroga.

Obiettivi

L'obiettivo dell'intero processo è il ripristino della maggiore integrità fisica e mentale possibile, come pure eventualmente il reinserimento nella vita professionale:

- riduzione delle conseguenze primarie del danno
- riconoscimento e promozione del potenziale riabilitativo individuale
- reinserimento a scuola, sul lavoro e nella società
- maggiore autonomia (partecipazione) possibile nella vita quotidiana
- eventualmente educazione al dolore
- gestione della malattia

Prestazioni di base

Cfr. [capitolo 2.3](#) e le prestazioni di base del corrispondente tipo specifico di riabilitazione. Inoltre:

- simulazione del lavoro (allenamento di movimenti complessi rilevanti per il lavoro);
- allenamento professionale (Berufsbildendes Training, BOT) oppure un allenamento ergonomico (work hardening);
- provvedimenti ergonomici;
- mezzi ausiliari (consulenza, consegna e formazione);
- misure che necessitano di isolamento, se indicate;

- terapie che esercitano la gestione della malattia e che comprendono anche elementi di psicoeducazione e di consulenza psicologica (ad es. strategie di coping);
- consulenza relativa ai diritti sociali e consulenza per il lavoro/orientamento professionale con valutazione delle possibilità di lavorare nella professione originaria o in un'altra professione, tramite valutazioni riconosciute;
- formazione dei pazienti e dei familiari;
- terapia del dolore farmacologica e interventistica;
- istruzioni per l'autoaiuto (esercizi per lavarsi, vestirsi, mangiare, per la continenza, l'orientamento, la deglutizione, gestione della tracheostomia);
- tecnica ortopedica e protesica, con coinvolgimento della tecnica calzaturiera ortopedica.

Gli elementi delle prestazioni di base si applicano a seconda delle esigenze personali.

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione professionale è posta sotto la guida qualificata di un
– medico specialista in medicina fisica e riabilitazione.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione oltre all'équipe di riabilitazione del tipo specifico di riabilitazione corrispondente comprende Job-Coach od orientatori o accompagnatori socioprofessionali.
- Per ognuno dei gruppi professionali dei medici, fisioterapisti/ergoterapisti presenti nell'équipe di riabilitazione almeno una persona è detentrica del certificato di perfezionamento professionale di specialista EFL/APA/WH del Gruppo svizzero di lavoro per la riabilitazione (SAR-GSR).
- Cooperazione regolare con l'assicurazione invalidità.

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza). La scelta e il ricorso alle prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui di seguito dipendono caso per caso dall'indicazione e dalla resistenza del paziente. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale.

- Fisioterapia e terapia sportiva (personale dipl.)
- Ergoterapia
- Formazione e allenamento in materia di ergonomia
- Psicoterapia e/o accertamenti e terapie neuropsicologici
- Terapisti del dolore, all'occorrenza
- Job-Coach od orientatori o accompagnatori socioprofessionali
- Terapia medica di allenamento
- Consulenza sociale
- Consulenza e formazione sui mezzi ausiliari

Le prestazioni di cura sono una parte costitutiva molto essenziale della riabilitazione. Non sono però conteggiate nelle prestazioni minime in minuti e per questo motivo non ne fanno parte.

Criteri per l'inizio e la fine nell'interfaccia verso la riabilitazione professionale

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Stabilità medico-sanitaria</u>: la diagnostica di medicina acuta è perlopiù conclusa ed è raggiunta una situazione medico-sanitaria stabile (non sono attesi interventi di medicina acuta) 2. <u>Capacità riabilitativa</u>: sono in grado di partecipare attivamente ad attività riabilitative in più sedute di terapia di circa 30 minuti, con adesione terapeutica 3. <u>Capacità di mobilitazione</u>: sono almeno in grado di spostarsi, circa 3-4 ore al giorno in sedia a rotelle 4. <u>Lucidità</u>: per lo più lucidi, capaci di prendere accordi 5. <u>Capacità di comunicazione</u> sono in grado di interagire e di comunicare, ev. con mezzi ausiliari 6. non dipendono dalla riabilitazione a sorveglianza elevata (reparto di neuroriabilitazione intensiva), rischio di complicanza ridotto. 	<p>Uno o più criteri</p> <p>Ritorno in un ospedale acuto o nella riabilitazione a sorveglianza elevata</p> <p>Insorgono problemi o complicanze di medicina acuta che esigono una complessa infrastruttura diagnostica e terapeutica (instabilità circolatoria, metabolica e respiratoria).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Offuscamento della coscienza con delirio 2. Aspirazione con insufficienza respiratoria 3. Necessità di sorveglianza intensiva 4. Infezione grave 5. Emorragia circolatoria 6. Decompensazione psichica con pericolo di suicidio 7. Aggressività nei confronti di terzi <p>Trasferimento a casa o in un istituto successivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ul style="list-style-type: none"> • capacità funzionali ripristinate oppure • la valutazione interprofessionale rileva la fine delle possibilità di miglioramento della capacità funzionale. 2. il potenziale riabilitativo per la riabilitazione ospedaliera è esaurito.
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva 2. ventilazione costante o intermittente 3. infezione settica con instabilità emodinamica 4. instabilità emodinamica 5. grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata 6. necessità di un controllo medico almeno tre volte al giorno 7. controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di quattro ore 8. qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore 9. Febbre persistente di origine non chiara (ascellare >38°C, rettale o nell'orecchio >38.8°C) nelle precedenti 48 ore, non ancora concluso l'accertamento eziologico 10. disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore 11. problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore 12. aritmia maligna ventricolare non controllata 13. biopsia di un organo interno il giorno del trasferimento 14. puntura toracica, addominale o articolare il giorno del trasferimento 15. intervento chirurgico in sala operatoria il giorno del trasferimento o la vigilia del previsto trasferimento 16. affezioni supplementari acuite dall'attività fisica o che rendono impossibile una riabilitazione 	<p>Uno o più criteri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instabilità (lo stato non consente ancora una dimissione in un contesto ambulatoriale) 2. L'obiettivo terapeutico non è ancora raggiunto, sussiste ancora potenziale riabilitativo. 3. Presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto ospedaliero 4. Contesto domestico non ancora preparato 5. Terapie neuropsicologiche e/o di capacità cerebrali non sono possibili in regime ambulatoriale 6. La riabilitazione ambulatoriale sarebbe possibile, ma non è realizzabile a una distanza adeguata. 7. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

3.4.2 Riabilitazione a sorveglianza elevata / riabilitazione precoce

In alcuni tipi di riabilitazione viene effettuata una **suddivisione in offerte della riabilitazione a sorveglianza elevata** (anche denominata reparto intensivo di riabilitazione o riabilitazione precoce) quale forma intensiva della riabilitazione ospedaliera. Le prestazioni della riabilitazione a sorveglianza elevata / riabilitazione precoce vanno oltre le prestazioni descritte nei rispettivi tipi di riabilitazione quali prestazioni di base. Ciò si riferisce sia alle condizioni organizzative, infrastrutturali e di personale, sia pure alle ulteriori prestazioni minime al paziente e coinvolge situazioni medico-sanitarie particolari. In Svizzera questo genere di prestazioni non viene fornito esclusivamente nelle cliniche di riabilitazione, bensì pure in reparti speciali negli ospedali acuti. La SwissDRG SA intende raffigurare tali prestazioni unicamente in una struttura tariffale per prestazioni ospedaliere e per motivi di struttura tariffale prevedere la struttura tariffale SwissDRG. Ciò è in contraddizione con le intenzioni originarie della SwissDRG SA di raffigurare in ST Reha tutte le prestazioni della riabilitazione ospedaliera tramite un caso stazionario. La decisione è in contraddizione con quanto si aspettava H+ e con le richieste avanzate dalle cliniche di riabilitazione che forniscono prestazioni di riabilitazione a sorveglianza elevata e che si attendevano che in ST Reha venissero raffigurate tutte le prestazioni della riabilitazione ospedaliera. Nella pratica ciò significa per una clinica di riabilitazione che un paziente che dapprima necessita di prestazioni della riabilitazione a sorveglianza elevata/riabilitazione precoce e in seguito di quelle della riabilitazione ospedaliera, deve essere registrato in due casi. L'elaborazione di criteri per separare i due casi spetta alla SwissDRG SA. DefReha® 3.0 fornisce al riguardo gli argomenti concreti dal punto di vista della prestazione fornita al paziente.

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

Visione del settore sulle prescrizioni relative ai mandati di prestazioni e alle autorizzazioni d'esercizio per la riabilitazione a sorveglianza elevata che superano le condizioni della riabilitazione ospedaliera «regolare»:

- è garantita l'opportunità di due visite mediche al giorno per 7 giorni alla settimana;
- è garantita la possibilità di monitoraggio permanente delle funzioni vitali e della sorveglianza visiva permanente diretta o elettronica del paziente da parte delle cure infermieristiche (in quanto sorveglianza - come lo dice il nome).
- è assicurata la fornitura di prestazioni di riabilitazione nei locali attrezzati per la sorveglianza.

Prestazioni minime al paziente

Prestazioni individuali, delimitabili e specifiche di riabilitazione nella riabilitazione a sorveglianza elevata che vanno oltre i tipi di prestazioni della riabilitazione ospedaliera descritte in DefReha®:

- valgono le medesime prestazioni minime al paziente. I pazienti della riabilitazione a sorveglianza elevata non sono idonei per terapie di gruppo e dunque sono indicate terapie individuali, se del caso e su indicazione anche da parte di più operatori specializzati contemporaneamente.

I criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio della riabilitazione a sorveglianza elevata

I criteri medico-sanitari di inclusione e di esclusione per l'inizio della riabilitazione a sorveglianza elevata⁴¹ si spostano rispetto al tipo specifico di riabilitazione descritto [dal capitolo 3.3](#) e che si applica al caso specifico. Le seguenti situazioni medico-sanitarie ad esempio sono comprese all'inizio della riabilitazione a sorveglianza elevata e curabili grazie alle condizioni accresciute a livello organizzativo, di personale e infrastrutturale, che si applicano in aggiunta al tipo specifico di riabilitazione corrispondente.

Nei tipi di riabilitazione ospedaliera descritti [dal capitolo 3.3 in avanti](#) di solito costituiscono un criterio di esclusione per l'ammissione (eccezioni sono elencate nei relativi tipi di riabilitazione):

- Catetere venoso centrale
- Tracheostoma
- Drenaggio
- Situazione infettiva persistente
- Obbligo di isolamento
- Punzioni regolari
- Aritmie cardiache necessitanti di controllo e cure molto frequenti
- Dispositivi di assistenza ventricolare (VAD)
- Defibrillatore esterno da portare in modo permanente
- Dialisi appena iniziata (nel corso dei primi 3 mesi)
- Pazienti subito dopo un trapianto di cuore o di polmone
- Insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione non invasiva
- Svezamento dalla ventilazione meccanica (weaning)
- Disturbi della deglutizione con rischio di aspirazione
- Paziente allettato
- Grandi ferite aperte
- Necessità individuale di cura intensiva e di base per oltre 4 ore al giorno

⁴¹ [Definizione di riabilitazione precoce della SwissDRG SA](#)

3.4.3 Riabilitazione complessa da infortunio

Definizione

La riabilitazione da infortunio costituisce una forma di trattamento interdisciplinare/interprofessionale in seguito a un infortunio e un trattamento di complicanze corrispondenti e se del caso di adattamenti necessari. In tale contesto possono sussistere lesioni del sistema nervoso centrale e periferico come pure lesioni o disturbi acuti alle ossa, alle articolazioni e alle vertebre e/o concernenti i tessuti molli.

In particolare i pazienti con lesioni traumatiche gravi e complesse, multimorbidità e anche in età avanzata richiedono al team interprofessionale un'elevata competenza in materia di riabilitazione da trauma. Un contesto integrato per il reinserimento professionale fa parte della riabilitazione tanto quanto la competenza in geriatria nel contesto della traumatologia geriatrica.

A seconda della gravità dello stato e dei conseguenti disturbi funzionali può rendersi necessario un trattamento nella riabilitazione a sorveglianza elevata.

Obiettivi

L'obiettivo dell'intero processo è il ripristino della maggiore integrità fisica e mentale possibile, come pure eventualmente il reinserimento nella vita professionale:

- riduzione delle conseguenze primarie del danno;
- prevenzione di danni secondari e terziari;
- riconoscimento e promozione del potenziale riabilitativo individuale;
- maggiore autonomia (partecipazione) possibile nella vita quotidiana;
- primo reinserimento possibile a scuola, sul lavoro e nella società;
- gestione della malattia.

Prestazioni di base

Cfr. [capitolo 2.3](#) e le prestazioni di base del corrispondente tipo specifico di riabilitazione. Inoltre:

- Logopedia;
- trattamento della disfagia;
- misure che necessitano di isolamento, se indicate;
- trattamento delle ferite;
- psicoterapia e/o accertamenti e terapie neuropsicologici;
- terapie che aiutano a esercitare la gestione della malattia e che comprendono anche elementi di psicoeducazione e di consulenza psicologica (ad es. strategie di coping);
- mezzi ausiliari (consulenza, consegna e formazione);
- tecnica ortopedica e protesica, con coinvolgimento della tecnica calzaturiera ortopedica;
- provvedimenti ergonomici;

- formazione dei pazienti e dei familiari;
- terapia del dolore farmacologica e interventistica;
- istruzioni per l'autoaiuto (esercizi per lavarsi, vestirsi, mangiare, per la continenza, l'orientamento, la deglutizione, gestione della tracheostomia);
- altre terapie (p.es. musicoterapia, ippoterapia, terapia con l'ausilio di robot).

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione da infortunio è posta sotto la guida qualificata di un
 - medico specializzato in neurologia con almeno 2 anni di esperienza in medicina riabilitativa oppure
 - un medico specializzato in medicina fisica e riabilitazione con almeno 2 anni di esperienza presso un centro di perfezionamento in neurologia o neuroriabilitazione oppure
 - un medico specializzato in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotorio, con almeno 2 anni di esperienza in medicina riabilitativa e la copertura della competenza di neuroriabilitazione nei rimanenti quadri medici
- cooperazione disciplinata da convenzione con i centri invianti di traumatologia di medicina acuta
- Ortopedia tecnica: accesso disciplinato da convenzione a un laboratorio riconosciuto dall'associazione (all'occorrenza presenza giornaliera garantita nei giorni feriali)

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza) La scelta e il ricorso alle prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui di seguito dipendono caso per caso dall'indicazione e dalla resistenza del paziente. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale.

- Fisioterapia e terapia sportiva (personale dipl.);
- Ergoterapia;
- Logopedia o trattamento della disfagia;
- psicoterapia e/o accertamenti e terapie neuropsicologici;
- Terapia medica di allenamento
- allenamento professionale (Berufsortorientiertes Training, BOT) oppure un allenamento ergonomico (work hardening);
- Consulenza sociale;
- Consulenza e formazione sui mezzi ausiliari;
- Consulenza diabetologica;
- Consulenza nutrizionale.

Le prestazioni di cura sono una parte costitutiva molto essenziale della riabilitazione. Non sono però conteggiate nelle prestazioni minime in minuti e per questo motivo non ne fanno parte.

Criteri per l'inizio e la fine nell'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione ospedaliera complessa da infortunio

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Stabilità medico-sanitaria</u>: la diagnostica di medicina acuta è perlopiù conclusa e raggiunta una situazione medico-sanitaria stabile (non sono attesi interventi di medicina acuta) 2. <u>Capacità riabilitativa</u>: sono in grado di partecipare attivamente ad attività riabilitative in più sedute di terapia di circa 30 minuti, con adesione terapeutica 3. <u>Capacità di mobilitazione</u>: sono almeno in grado di spostarsi, circa 3-4 ore al giorno in sedia a rotelle 4. <u>Lucidità</u>: Per lo più lucidi, capaci di prendere accordi 5. <u>Capacità di comunicazione</u> sono in grado di interagire e di comunicare, ev. con mezzi ausiliari 6. <u>Bisogno di cure</u>: dipendono da un aiuto per le attività della vita quotidiana 7. non dipendono più dalla riabilitazione a sorveglianza elevata (reparto di neuroriabilitazione intensiva), rischio di complicanza ridotto. 	<p>Uno o più criteri</p> <p>Ritorno in un ospedale acuto o nella riabilitazione a sorveglianza elevata</p> <p>Insorgono problemi o complicanze di medicina acuta che esigono una complessa infrastruttura diagnostica e terapeutica (instabilità circolatoria, metabolica e respiratoria).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Offuscamento della coscienza con delirio 2. Aspirazione con insufficienza respiratoria 3. Necessità di sorveglianza intensiva 4. Infezione grave 5. Emorragia circolatoria 6. Decompensazione psichica con pericolo di suicidio 7. Aggressività nei confronti di terzi <p>Trasferimento a casa o in un istituto successivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ul style="list-style-type: none"> • capacità funzionali ripristinate oppure • la valutazione interprofessionale rileva la fine delle possibilità di miglioramento della capacità funzionale. • passaggio alle cure palliative: controllo del dolore riuscito. 2. il potenziale riabilitativo per la riabilitazione ospedaliera è esaurito.
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva 2. ventilazione costante o intermittente 3. infezione settica con instabilità emodinamica 4. instabilità emodinamica 5. grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata 6. necessità di un controllo medico almeno tre volte al giorno 7. controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di quattro ore 8. qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore 9. Febbre persistente di origine non chiara (ascellare >38°C, rettale o nell'orecchio >38.8°C) nelle precedenti 48 ore, non ancora concluso l'accertamento eziologico 10. disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore 11. problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore 12. aritmia maligna ventricolare non controllata 13. biopsia di un organo interno il giorno del trasferimento 14. puntura toracica, addominale o articolare il giorno del trasferimento 15. intervento chirurgico in sala operatoria il giorno del trasferimento o la vigilia del previsto trasferimento 19. affezioni supplementari acute dall'attività fisica o che rendono impossibile una riabilitazione 	<p>Uno o più criteri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instabilità (lo stato non consente ancora una dimissione in un contesto ambulatoriale) 2. L'obiettivo terapeutico non è ancora raggiunto, sussiste ancora potenziale riabilitativo. 3. Presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto ospedaliero 4. Contesto domestico non ancora preparato 5. Terapie neuropsicologiche e/o di capacità cerebrali non sono possibili in regime ambulatoriale 6. La riabilitazione ambulatoriale sarebbe possibile, ma non è realizzabile a una distanza adeguata. 7. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

4 Riflessioni in merito all'applicazione di contenuti di DefReha® 3.0 a strutture tariffali e mandati di prestazione cantonali e alla codifica di prestazioni di riabilitazione

Originariamente DefReha® si concentrava sulla descrizione di inizio e fine della riabilitazione ospedaliera, ponendo in primo piano la situazione medico-sanitaria del paziente. Vale a dire parametri medico-sanitari che possono essere misurati o descritti dal personale curante e dalla cui interpretazione deducono l'indicazione per la riabilitazione ambulatoriale o ospedaliera.

Con la versione 2.0 DefReha® tiene conto del bisogno di non disporre solamente di una descrizione dell'inizio e della fine della riabilitazione, bensì pure di una descrizione più precisa della prestazione, suddivisa nei tipi di riabilitazione. L'obiettivo per la versione 2.0 era inoltre la definizione di criteri minimi misurabili per la fornitura di prestazioni. Tali criteri possono essere impiegati per il rilevamento statistico nella statistica medica dell'UST quale base per le richieste di codifica delle prestazioni.

La versione 3.0 ora disponibile tiene conto dello sviluppo della riabilitazione ospedaliera e delle decisioni della SwissDRG SA per l'elaborazione di ST Reha. La suddivisione dei tipi di riabilitazione e dei settori trasversali discende dai parametri medico-sanitari differenti per ogni tipo, impiegati per l'allestimento dell'indicazione all'inizio e alla fine della riabilitazione ospedaliera.

La descrizione di attualmente nove tipi di riabilitazione e tre settori trasversali riflette il grado di diversificazione o di specializzazione in riabilitazione notificato dai fornitori di prestazioni. Tale sviluppo non è per nulla statico, bensì dinamico. La procedura di proposta per l'aggiornamento di DefReha® permette di raffigurare nelle versioni future i cambiamenti che si presentano nel tempo.

DefReha® si distingue da una classificazione meramente orientata alle prestazioni, come ad esempio quella necessaria per la struttura tariffale o da una classificazione secondo gruppi di prestazioni, come quella per l'attribuzione di mandati di prestazioni cantonali. Per la classificazione, DefReha® si orienta al grado attualmente osservabile in Svizzera di differenziazione e di specializzazione nella medicina riabilitativa e tiene conto di input del personale che fornisce prestazioni e delle aziende in merito ai progressi nella medicina.

In tale contesto nonostante tutti gli sforzi di definizione e di standardizzazione occorre soddisfare una pretesa importante della medicina riabilitativa: la prestazione di riabilitazione comprende sempre la pianificazione della riabilitazione e la fornitura di prestazioni coordinate, mirate, multidisciplinari e multiprofessionali.

La coordinazione caratteristica della riabilitazione descritta in modo semplificato, corrisponde a quanto segue:

ogni singolo paziente per i giorni a venire deve ottenere una composizione possibilmente ottimale di provvedimenti terapeutici orientati al proprio deficit funzionale (ad esempio cure, cure riabilitative, fisioterapia, logopedia, ergoterapia, trattamenti medici). Affinché la terapia abbia successo è molto importante il coordinamento della riabilitazione, per stabilire i piani terapeutici individuali con la verifica e l'opportunità di adeguamento alla resistenza variabile dei pazienti.

Il trasferimento di tale prestazione di coordinamento in una codifica statistica delle prestazioni non può aver luogo sommando le prestazioni singole dei diversi gruppi professionali. Il

trattamento individuale, adeguato al paziente (= prestazione) andrebbe rilevato in modo semplice, evidenziando tutte le informazioni rilevanti caso per caso.

Il rilevamento statistico non deve in nessun caso influire sulle prestazioni da fornire, bensì limitarsi a raffigurare adeguatamente la prestazione. Se però alla codifica di prestazioni di riabilitazione vengono applicati requisiti e condizioni non praticabili può capitare che taluni pazienti bisognosi di riabilitazione non ottengono più trattamenti perché a causa di requisiti non praticabili nella codifica medico-sanitaria questi non sarebbero remunerati. Anche se il paziente, a causa del suo attuale stato di salute, non è (ancora) in grado di partecipare a tutti i trattamenti presupposti nei requisiti di codifica, la codifica delle prestazioni o i requisiti troppo elevati nella codifica si ripercuotono in modo indesiderato sul trattamento.

I requisiti minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale, come descritti in DefReha® 3.0, fanno parte delle condizioni cantonali per la fornitura di prestazioni, tra cui mandati di prestazione e autorizzazioni di polizia sanitaria. Questi requisiti minimi non vanno ulteriormente presupposti nella codifica delle prestazioni, verificati nelle fatture da parte delle assicurazioni come pure previsti nella revisione della codifica.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+: Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+: Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Berna, 17.02.2021
Markus Tschanz

H+ Gli Ospedali Svizzeri
Segretariato centrale
Lorrainestrasse 4A
3013 Berna
T 031 335 11 11
tarif@hplus.ch
www.hplus.ch