



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

DefReha[©]

Riabilitazione:
definizione e requisiti minimi

gennaio 2025 · Versione 4.0



Preambolo

Oltre dieci anni fa, H+ Gli Ospedali Svizzeri ha pubblicato la prima versione del documento di principio DefReha®. Fino ad allora in Svizzera mancavano definizioni riconosciute per le prestazioni e il tipo di fornitura di prestazioni nella riabilitazione stazionaria. Queste ultime erano tuttavia di centrale importanza per poter elaborare una struttura tariffale unitaria a livello nazionale «ST Reha». La prima versione di DefReha® ha tenuto conto di tale circostanza.

Negli ultimi dieci anni, DefReha® è stata continuamente sottoposta a sviluppo ulteriore. La quarta versione ora disponibile, tuttavia, non rappresenta più soltanto la riabilitazione ospedaliera, bensì la riabilitazione nel suo complesso. I passaggi dalle cure acute, durante le quali all'occorrenza vengono introdotte prime misure riabilitative, verso una riabilitazione stazionaria o ambulatoriale sono sempre più gradualmente. L'accento è posto maggiormente sul continuum nel processo di cura e per questo motivo la quarta edizione di DefReha® ne contiene per la prima volta una descrizione.

Il documento di principio rielaborato descrive le differenze tra la riabilitazione ospedaliera e quella ambulatoriale. Alle cure riabilitative inoltre è dedicato un capitolo a sé, che rende giustizia alla loro importanza decisiva nel contesto ospedaliero, dato che vanno molto oltre le cure «generali». DefReha® pone inoltre l'accento sulla definizione di riabilitazione con monitoraggio e riabilitazione precoce che gli attori del sistema sanitario in parte continuano a interpretare in maniera differente. DefReha® è a disposizione di tutti gli attori del sistema sanitario, in particolare per contrastare le interpretazioni differenti di riabilitazione.

Dr. Regine Sauter

Presidente H+ Gli Ospedali svizzeri, Consigliera nazionale

Novità nella versione DefReha® 4.0

La riabilitazione non si ferma e la concezione spiegata nell'introduzione alla versione 4.0, nel senso che la si intende vieppiù quale trattamento in continuum sull'arco dell'intero processo di cura, è una richiesta importante. Tale concezione è innovativa, quando si tratta di dover descrivere e definire le prestazioni di riabilitazione.

Nella versione 4.0 un capitolo particolare è stato dedicato alle cure riabilitative. Proprio le cure infermieristiche, nel corso di una riabilitazione, variano considerevolmente a livello di contenuto. Illustrare il valore delle cure infermieristiche nella riabilitazione è dunque una richiesta importante. Esse sono una parte importante dell'équipe di riabilitazione e DefReha® 4.0 vuole trasmettere la concezione del ruolo delle cure infermieristiche integrate nella riabilitazione.

La versione 4.0 ora s'interessa pure della riabilitazione nel contesto ambulatoriale. Nella delimitazione verso la riabilitazione ospedaliera viene illustrata la necessità di cura ospedaliera nel contesto della riabilitazione e la differenza rispetto alla necessità di cura ospedaliera nella medicina somatica acuta.

Quale terza novità, nel capitolo della riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce si attira l'attenzione sui contenuti e sulla raffigurazione tariffale rispettivamente in SwissDRG e in ST Reha.

Commissione di redazione della versione 4.0:

- Prof. Dr. Stefan Bachmann, direttore medico riabilitazione muscolo-scheletrica, geriatria e psichiatria/psicosomatica 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 cliniche SUVA
- Markus Tschanz, collaboratore di staff CEO, cliniche Suva
- Jacqueline Rüttimann, responsabile tecnica Tariffe, H+ Gli ospedali svizzeri

Consulenti per il capitolo cure infermieristiche riabilitative:

- Valentine Bregy, CNO, Clinique romande de réadaptation, Sion
- Claudia Evers, sost. responsabile dell'area cure infermieristiche, Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago

Indice

1	Introduzione	6
1.1	Quadro legislativo.....	7
1.2	Osservazione generale del processo di cura verso la riabilitazione	8
2	Riabilitazione in Svizzera: panoramica.....	9
2.1	Definizione	9
2.2	Obiettivi	10
2.3	Prestazioni di base e condizioni di base per la fornitura di prestazioni.....	10
2.4	Pianificazione dell'assistenza	11
2.5	Posizione della riabilitazione nel processo di cura	12
2.5.1	Punti di partenza per la riabilitazione	12
2.5.2	Il bisogno di riabilitazione	13
2.5.3	Capacità di riabilitazione.....	13
2.5.4	Il potenziale di riabilitazione.....	13
2.5.5	La prognosi riabilitativa.....	13
2.5.6	Gli obiettivi della riabilitazione	13
2.6	Cure infermieristiche riabilitative.....	14
2.6.1	Introduzione.....	14
2.6.2	Concezione strutturale e condizioni organizzative	14
2.6.3	Definizione di cure infermieristiche riabilitative.....	15
2.7	Passaggio dalle prestazioni dell'assistenza acuta alla riabilitazione	15
2.8	Distinzione tra la riabilitazione e altri settori	16
2.8.1	Cure transitorie risp. cure acute e transitorie CAT	17
2.8.2	Cura balneare.....	17
2.8.3	Cure palliative	17
2.9	Differenza tra riabilitazione ospedaliera e ambulatoriale.....	18
2.9.1	Necessità di cura ospedaliera nella riabilitazione ospedaliera	18
2.9.2	Caratteristiche della riabilitazione ambulatoriale	18
2.9.3	Delimitazione della riabilitazione ambulatoriale verso altre offerte ambulatoriali	19
3	Tipi di riabilitazione e requisiti minimi.....	20
3.1	Criteri per la distinzione dei tipi di prestazioni nella riabilitazione ospedaliera	20
3.2	Spiegazioni relative alla rappresentazione grafica	21
3.3	Tipi di riabilitazione (in ordine alfabetico)	22
3.3.1	Riabilitazione geriatrica	22
3.3.2	Riabilitazione internistica e oncologica.....	24
3.3.3	Riabilitazione cardiovascolare – Riabilitazione cardiologica e riabilitazione in caso di affezioni cardiocircolatorie	27
3.3.4	Riabilitazione muscolo-scheletrica	30
3.3.5	Riabilitazione neurologica.....	33
3.3.6	Riabilitazione pediatrica.....	35
3.3.7	Riabilitazione paraplegiologica.....	38
3.3.8	Riabilitazione psicosomatica	41
3.3.9	Riabilitazione polmonare	43
3.4	Settori trasversali della riabilitazione stazionaria.....	46
3.4.1	Riabilitazione professionale.....	46
3.4.2	Riabilitazione con monitoraggio / riabilitazione precoce	49
3.4.3	Riabilitazione complessa da infortunio	51

4	Riflessioni in merito all'impiego di DefReha® 3.0 durante l'elaborazione di strutture tariffali, mandati di prestazione cantonali e alla codifica di prestazioni di riabilitazione	54
	Allegato 1 - In merito all'origine del presente documento.....	56
	Elenco delle abbreviazioni.....	58

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 e di offerte dell'assistenza transitoria non sono oggetto di DefReha® 4.0. Nel presente documento si rinuncia a formulare i riferimenti a più sessi. Le denominazioni di persone valgono sempre per tutti i sessi.

Per la storia relativa alla genesi di DefReha® rinviamo all'[allegato](#). Dalla pubblicazione di ST Reha 1.0 la riabilitazione è vieppiù intesa quale trattamento nel continuum sull'arco dell'intero processo di cura. Non è più attuale la distinzione rigida tra le cure di medicina somatica acuta in ospedale e la riabilitazione stazionaria successiva con l'interfaccia della medicina acuta rispetto alla medicina della riabilitazione. Il passaggio dalle terapie di medicina somatica acuta verso la riabilitazione è graduale e soddisfa perciò questa nuova concezione del continuum nel processo di cura. Ne consegue che nella riabilitazione aumentano le situazioni che necessitano il trattamento ulteriore in somatica acuta.

Durante gli accertamenti e il trattamento in medicina somatica acuta vengono effettuate per tempo riflessioni in merito all'autonomia funzionale e come quest'ultima può essere garantita o riacquisita. L'evidenza scientifica e l'esperienza clinica dimostrano che le misure riabilitative necessarie devono essere introdotte il prima possibile.

Quando, a causa dei deficit funzionali, dei fattori legati alla persona e dei fattori ambientali, il bisogno di riabilitazione diviene prioritario, entra in gioco la riabilitazione come descritta in DefReha®. In tal modo cambiano soprattutto i requisiti posti all'équipe delle cure e l'approccio terapeutico. Tutti questi fattori concorrono pure a determinare il tempo occorrente per la riabilitazione.

Nell'ambito dell'intero processo di cura la riabilitazione ambulatoriale riacquista ulteriore importanza. Negli ultimi anni la riabilitazione multiprofessionale e multidisciplinare ha sviluppato offerte ambulatoriali a tale scopo. Per questo motivo, il [capitolo 2.9](#) entra nel merito delle differenze tra la riabilitazione ospedaliera e quella ambulatoriale. Indipendentemente dal fatto se la riabilitazione viene fornita in regime ambulatoriale od ospedaliero, le osservazioni generali della riabilitazione in Svizzera illustrate nel [capitolo 2](#) valgono per analogia in entrambi i tipi di fornitura.

L'obiettivo del presente documento è riassumibile come segue:

- Vengono definiti criteri medico-sanitari che richiedono il cambiamento di priorità verso la riabilitazione (corrisponde al termine del caso di somatica acuta).
- Viene effettuata la delimitazione tra i diversi tipi di assistenza che susseguono le cure di medicina somatica acuta, quali la riabilitazione ospedaliera o ambulatoriale, la post-terapia, ad esempio mediante terapie individuali ambulatoriali, cure balneari, cure di lunga durata o transitorie e medicina palliativa.
- Vengono formulati criteri che permettono l'attribuzione ai diversi tipi di cura e assistenza.
- Vengono definiti criteri che stabiliscono la fine della riabilitazione ospedaliera.
- Le prestazioni vengono concretizzate e definiti i criteri minimi misurabili per ogni tipo di riabilitazione descritta in DefReha® e descritta in particolare anche la combinazione inter- e multiprofessionale delle prestazioni. Il lavoro si focalizza sulla definizione della prestazione di riabilitazione per ogni tipo di riabilitazione.
- Vengono definiti i requisiti minimi posti alle condizioni organizzative, infrastrutturali e personali. Si tratta di requisiti aziendali che dal punto di vista del settore devono rappresentare i presupposti per permettere la fornitura di prestazioni della riabilitazione ospedaliera.

- I contenuti di DefReha® servono, nella procedura di proposta ordinaria dell'UST per l'adeguamento del catalogo CHOP, a valutare le richieste di rilevamenti statistici a livello nazionale di prestazioni della riabilitazione ospedaliera dal punto di vista della fornitura di prestazioni.
- DefReha® 4.0 indica il valore della riabilitazione precoce e indica qual è la riabilitazione da considerare nel continuum del processo di cura.
- La definizione della riabilitazione e delle relative prestazioni sono la condizione per elaborare strutture tariffali orientate alle prestazioni. Con le sue definizioni della fornitura di prestazioni nella riabilitazione, DefReha® intende contribuire all'elaborazione di soluzioni tariffali e di politica sanitaria appropriate e promuovere la comprensione comune tra i partner.
- 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+ costituisce la base di discussione con i partner della sanità.

1.1 Quadro legislativo

Qui di seguito si entrerà nel merito delle basi giuridiche dell'assicurazione malattie. Le disposizioni per l'assicurazione infortuni, invalidità e militare (Ainf, AI e AM) si scostano dalle qui citate disposizioni della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e dalle ordinanze derivate dalle medesime. Come già nella medicina somatica acuta, anche nella riabilitazione 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,

occorre una raffigurazione tariffale specifica al di fuori dei forfait riferiti alle prestazioni ai sensi dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) art. 59d e delle disposizioni dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre).

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:

- a. garantiscono una sufficiente assistenza medica;
- b. dispongono del necessario personale specializzato;
- c. dispongono di appropriate installazioni mediche e garantiscono una fornitura adeguata di medicinali;
- d. corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati;
- e. figurano nell'elenco, compilato dal Cantone e classificante le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati;
- f. si affiliano 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.»

LAMal art. 49 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.»

OAMal art. 59d 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.»

OPre, Allegato 1, 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.

1.2 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 in seguito alla degenza ospedaliera in cure acute - ai sensi dell'art. 25a cpv. 2 LAMal. La definizione delle cure transitorie non è oggetto del presente documento.

Pazienti possono essere curati anche direttamente negli stabilimenti della riabilitazione ospedaliera senza una degenza ospedaliera immediatamente precedente o inviati dal contesto ambulatoriale. Il trasferimento deve essere possibile anche quando una degenza in un ospedale acuto precede direttamente la riabilitazione e il paziente dopo la dimissione dalla somatica acuta ha passato ancora pochi giorni a domicilio.

2 Riabilitazione in Svizzera: panoramica

2.1 Definizione

Secondo la definizione dell'OMS¹, 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 pone le basi affinché persone con disabilità possano raggiungere le migliori indipendenza e autodeterminazione possibili.»

Il pensiero guida dell'obiettivo è il ripristino di indipendenza e autodeterminazione se possibile nel contesto preesistente, ad esempio nella situazione abitativa anteriore. Se il decorso della riabilitazione dimostra che ciò non è possibile, l'obiettivo va adeguato e/o occorre effettuare 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).

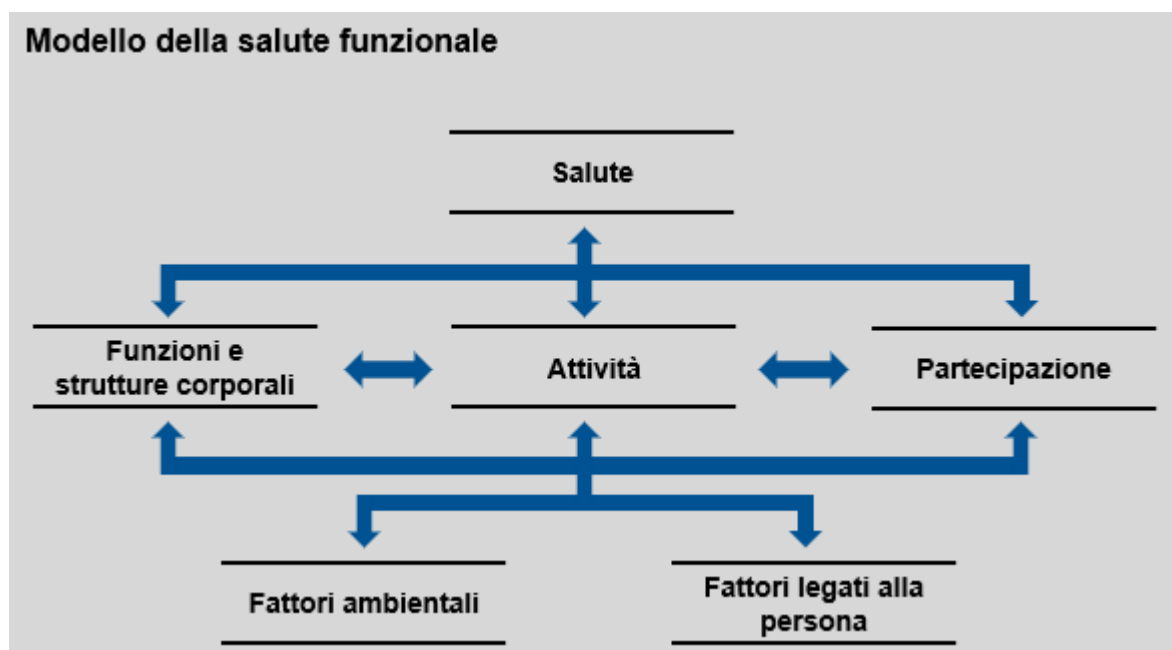


Figura 1: Il modello della salute funzionale secondo i criteri ICF

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.

Per quanto riguarda i fattori ambientali, occorre chiedersi se un determinato settore (come relazioni familiari, situazione abitativa e professionale, mezzi di trasporto) abbia un influsso 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.

¹ www.who.int/health-topics/rehabilitation, traduzione SWISS REHA non pubblicata.

2.2 Obiettivi

Ai sensi dell'ICF, la riabilitazione comprende 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)

Nel senso sopra menzionato, 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 cure diverse nel quadro di un complesso terapeutico. Quest'ultimo può contenere prestazioni che, considerate in maniera isolata, non adempiono i criteri di prestazioni obbligatorie che devono essere assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). La giurisprudenza vigente² ha accolto l'assunzione di tali prestazioni da parte dell'AOMS nel quadro di un complesso terapeutico, a condizione che l'indicazione per la prestazione e la stragrande maggioranza delle prestazioni siano costituite da prestazioni obbligatorie dell'AOMS.

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:

- Valutazioni specifiche all'ammissione e alla dimissione
- Di regola, documentazione del caso e del decorso riferita all'ICF e all'ICD
- Coordinazione della riabilitazione documentata e attivamente garantita, condotta da medici e su responsabilità medica,
 - per definire, verificare e adeguare gli obiettivi della riabilitazione;
 - per un impiego ottimale dell'equipe di cura;
 - per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione;
- Piani terapeutici individuali con terapie individuali, terapie di gruppo e formazioni
- Una volta alla settimana visita di riabilitazione interdisciplinare con il coinvolgimento del personale medico, terapeutico, infermieristico e che si occupa del coordinamento delle dimissioni, ulteriori prestazioni mediche a seconda del bisogno.
- Coinvolgimento di pazienti e familiari.

² Tale giurisprudenza è stata codificata nell'art. 71a cpv. 1 lett. a OAMal, con riferimento a medicinali. I principi generali sono inoltre 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 specialmente, 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

- 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) i seguenti gruppi professionali possono far parte dell'équipe di riabilitazione:

- Medici specialisti in riabilitazione
- Fisioterapisti
- Ergoterapisti
- Logopedisti
- Psicologi/neuropsicologi
- Assistenti sociali
- Dietisti
- Personale curante con conoscenze estese ed esperienza nel processo di riabilitazione³
- Personale addetto alla formazione dei pazienti
- Terapisti complementari
- Educatori
- Insegnanti
- Spiritual care / sostegno spirituale

Le prestazioni di base e le condizioni di base descritte in modo generale nel presente capitolo ora [dal capitolo 3.3](#) sono descritte nel dettaglio per ogni tipo di riabilitazione e per tre settori trasversali. 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 spetta ai Cantoni, ogni Cantone definisce i propri criteri. Giusta l'art. 39 cpv. 2 LAMal i Cantoni sono tenuti a coordinare la propria pianificazione. Gli articoli 25, cpv. 2, 39 cpv. 1 e 3, 49 e 56 LAMal stabiliscono il quadro giuridico per l'obbligo di remunerazione dell'AOMS. 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

³ In questo contesto non esiste ancora una nozione definita generalmente vincolante, con una visione accertata e unitaria dei contenuti e regolamenti per il perfezionamento professionale che corrispondono a un perfezionamento professionale riconosciuto a livello nazionale nella sistematica svizzera della formazione.

e tramite la definizione

- di criteri minimi misurabili per la riabilitazione ospedaliera dal [capitolo 3.3](#)
- di tre settori trasversali della riabilitazione ospedaliera dal [capitolo 3.4](#)

2.5 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 necessario sottoporlo a cure somatiche acute (nella maggior parte dei casi in regime stazionario, ma anche ambulatoriale):

- Non sussistono più condizioni di rischio acute per la vita del paziente.
- Lo stato medico è stato accertato, la diagnostica per le cure acute è perlopiù conclusa e non è più di primaria importanza.
- Trattamenti che richiedono l'assistenza acuta sono affermati e possono proseguire altrove o sono conclusi.
- All'occorrenza, le prime misure di riabilitazione sono state avviate.

Non appena queste condizioni sono soddisfatte, fondamentalmente il paziente può lasciare la struttura per le cure acute. Occorre considerare che il passaggio dalla terapia di medicina somatica acuta alla riabilitazione è viepiù graduale. Esso corrisponde dunque piuttosto a un continuum nel processo di cura. Nella riabilitazione aumentano perciò le situazioni che necessitano il trattamento ulteriore in somatica 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.

2.5.1 Punti di partenza per la riabilitazione

I fattori di cui occorre tener conto durante la formulazione delle 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;
- l'opportunità di continuare determinati trattamenti avviati (diagnosi e terapia intercorrenti) nell'ambito del continuum nel processo di cura.

La decisione in merito alla fine dell'assistenza acuta e all'opportunità di una riabilitazione ospedaliera, nel caso ideale, è presa da un'équipe composta da 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,
- 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 nel [capitolo 2.3](#).

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.

2.5.2 Il bisogno di riabilitazione

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 disponibile un'indicazione terapeutica oggettivabile (soddisfazione individuale delle condizioni, bisogno di riabilitazione, capacità di riabilitazione e prognosi). Il bisogno di riabilitazione viene valutato regolarmente durante la degenza ospedaliera.

2.5.3 Capacità di riabilitazione

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.

2.5.4 Il potenziale di riabilitazione

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

2.5.5 La prognosi riabilitativa

La prognosi riabilitativa è una dichiarazione motivata di probabilità del raggiungimento di un obiettivo di riabilitazione stabilito 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.

2.5.6 Gli obiettivi della riabilitazione

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).

2.6 Cure infermieristiche riabilitative

2.6.1 Introduzione

Gli sviluppi medico-sanitari e sociali e la crescente multimorbilità delle persone interessate degli ultimi decenni hanno generato grossi cambiamenti nei requisiti posti alle cure. Il ruolo e l'adempimento del medesimo si spostano verso esigenze più complesse legate alle cure. Tali sviluppi si applicano pure all'assistenza riabilitativa. Nel contesto svizzero vengono discussi sia la definizione sia il profilo di competenze del personale curante in riabilitazione e sussistono diversi approcci ed esigenze poste al potere di definizione. Per le cliniche e i reparti fornitori di prestazioni, nello scambio con tutti i gruppi di interesse, è decisivo che all'interno dell'équipe della riabilitazione la concezione delle cure infermieristiche e delle loro prestazioni sia uniforme.

È possibile stabilire dal punto di vista contenutistico, quali prestazioni delle cure di base possono essere attribuite alle prestazioni delle cure infermieristiche riabilitative. Nella quotidianità della riabilitazione, tuttavia, i bisogni che le persone interessate hanno di interventi delle cure sono tuttavia in continuo mutamento. Il personale curante nella riabilitazione deve perciò disporre della competenza necessaria per offrire un'assistenza adeguata ai bisogni e individuale e per adeguare continuamente quest'ultima ai bisogni, a seconda delle circostanze. È altrettanto importante che la valutazione clinica da parte del personale curante venga presentata in occasione di uno scambio strutturato interdisciplinare e interprofessionale. In tal modo tutte le discipline contribuiscono all'ottimizzazione continua della riabilitazione.

Le cure infermieristiche riabilitative, nel loro campo di attività, si focalizzano sugli aspetti delle attività della vita quotidiana (ted. ADL). In tale contesto, ottengono sostegno mirato le seguenti funzioni nella vita quotidiana delle persone interessate: «muoversi», «lavarsi e vestirsi», «mangiare e bere», «riposo e sonno» e «secrezione/uso della toilette».

Gli argomenti vengono considerati in modo ampio – vi rientrano sia le ripercussioni sul paziente e sul suo contesto sia le ripercussioni dei deficit funzionali sulle condizioni psichiche del paziente.

Se sono rimaste poche capacità proprie nell'ambito degli argomenti sopra menzionati, le cure infermieristiche, tramite i propri interventi, sostengono attivamente e direttamente e compensano le funzioni mancanti – in questo contesto è usata la nozione di cure di base.

Maggiore è la capacità funzionale e/o cognitiva delle persone interessate a diventare più autonome nelle attività, più la prestazione si sposta verso l'abilitazione e l'autogestione con istruzione/guida e sostegno puntuale. Ciò vale, finché le persone colpite svolgono le attività in modo sicuro, con buona qualità e autonomamente. In tale contesto è corretto usare la nozione di cure infermieristiche riabilitative.

Complessivamente l'obiettivo è che l'autonomia dei pazienti aumenti durante la riabilitazione e che il bisogno sia di cure di base sia di cure riabilitative diminuisca.

2.6.2 Concezione strutturale e condizioni organizzative

Affinché le cure riabilitative possano essere offerte in modo efficace occorrono strutture superiori e premesse organizzative. Serve una cultura della clinica che coinvolge pure l'ambiente di vita della persona interessata e della sua famiglia e offra loro sostegno in vista della reintegrazione nella situazione di vita precedente. Della cultura della clinica fa parte un atteggiamento vissuto da tutti i collaboratori.

La nozione di «atteggiamento» si riferisce in tale contesto a una serie di conoscenze specifiche e all'immagine professionale di sé stesso assunta da un operatore specializzato in una determinata situazione (Mullin 2013) e che influiscono in modo dinamico sul tipo e sull'effetto delle

cure fornite. Il significato di tale atteggiamento nella riabilitazione è che il personale infermieristico assieme all'équipe interdisciplinare riconosce il potenziale e la capacità di agire di ogni paziente. Stabilendo un rapporto con il paziente (Watson, 1979; 1997; 2008; Orem, Meleis), il personale infermieristico crea una buona premessa per un partenariato con il paziente, per la coordinazione con le altre discipline e per la partecipazione attiva del paziente. Ciò significa rispettare il ritmo del paziente durante la guarigione – una condizione necessaria per attivare le sue risorse e accettare i deficit, ma pure per sviluppare le sue capacità tramite l'allenamento delle attività limitate e apprendere le strategie per riacquistare la maggiore autonomia possibile.

Tramite tale atteggiamento specifico le cure infermieristiche vengono svolte con uno scopo preciso: attivare le risorse del paziente, abilitarlo e promuoverlo nella sua autogestione.

L'obiettivo delle cure riabilitative è che tramite approcci differenti le persone interessate ottengono sostegno nelle attività della vita quotidiana per essere in grado, alla fine del processo di riabilitazione, di eseguire tali attività in modo più autonomo e sicuro possibile.

2.6.3 Definizione di cure infermieristiche riabilitative

Le cure infermieristiche riabilitative comprendono tutte le misure che mettono il paziente nella condizione di mobilitare le proprie risorse per ottenere o mantenere il massimo dell'indipendenza funzionale e promuovere così la partecipazione alle attività della vita quotidiana.

Sulla base di un quadro di riferimento (ICF oppure PPH⁴) le cure infermieristiche riabilitative completano le cure generali con un percorso o un approccio specifico, terapeutico delle cure in tre punti fondamentali:

- l'atteggiamento assunto dal personale infermieristico è specifico per il settore della riabilitazione;
- le cure infermieristiche perseguono un obiettivo definito in collaborazione interdisciplinare e con il paziente o se del caso persone che lo rappresentano. L'obiettivo e le relative misure vengono continuamente valutati, misurati e adeguati;
- le prestazioni e le attività delle cure infermieristiche impiegate sono variegate e applicabili in modo specifico nel settore della riabilitazione.

Le cure infermieristiche riabilitative vanno dunque oltre le cure infermieristiche «generali» e le qualificazioni professionali richieste al personale infermieristico vanno oltre le qualificazioni generali richieste per l'esercizio della professione.

2.7 Passaggio dalle prestazioni dell'assistenza acuta alla riabilitazione

Dal punto di vista storico è compito dell'équipe 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 dell'équipe medico-terapeutica dell'istituto di riabilitazione è invece 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.

Non è più possibile mantenere la distinzione descritta, dal punto di vista storico, tra la medicina somatica acuta e la riabilitazione. Oggi la decisione del momento in cui l'accento delle cure dall'assistenza acuta passa alla riabilitazione, nel caso ideale, già durante l'assistenza in medicina somatica acuta è presa da un'équipe composta da specialisti in cure acute e in riabilitazione. Questo approccio interdisciplinare è sempre più frequente tra i fornitori di prestazioni della medicina somatica acuta e della medicina riabilitativa.

⁴ Processus de production du handicap (PPH) (Fougeyrollas et al., 1998)

Dato che le decisioni al passaggio tra medicina somatica acuta e riabilitazione possono risultare impegnative, occorrerebbe formulare dei criteri che permettano di valutare su basi qualificate, decise in modo differenziato e in comune da quando dal punto di vista medico l'assistenza acuta possa 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 il passaggio dalla somatica acuta alla riabilitazione serve inoltre la descrizione precisa della riabilitazione ospedaliera per quanto riguarda i contenuti e i presupposti della fornitura di prestazioni. Quando sussiste l'indicazione per una riabilitazione ospedaliera è necessario che il fornitore di prestazioni adempia le condizioni per poter effettivamente fornire il tipo e l'intensità delle prestazioni medico-sanitarie, terapeutiche e di cure infermieristiche nella struttura di riabilitazione.

Requisiti differenti per la fornitura di prestazioni, ad esempio differenze organizzative, infrastrutturali e personali, sono raffigurate in DefReha® ai sensi di 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 delle strutture tariffali.
- I criteri vanno applicati in caso di conflitti relativi all'assunzione dei costi da parte degli assicuratori.
- I criteri 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.

In aggiunta vengono raffigurati tre settori trasversali della riabilitazione ospedaliera:

- la **riabilitazione con monitoraggio / riabilitazione precoce** s'incentra sul momento precoce dell'impiego di prestazioni specifiche di riabilitazione quando è data la sorveglianza elevata del paziente. Qui la riabilitazione ai sensi del processo continuo inizia per tempo nei pazienti spesso gravemente colpiti. Caratteristiche sono le competenze operative nelle équipes delle cure e il dispositivo per continuare le prestazioni di somatica acuta e di forme particolari della riabilitazione.
- 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 ([dal capitolo 3.3](#)) descritti in DefReha®. Con tale osservazione combinata riesce pure la distinzione 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 devono essere chiaramente distinte dalle post-terapie, quali ad esempio le cure transitorie o le cure acute e transitorie CAT citate dalla LA-Mal, le cure di lunga durata, le cure balneari e le cure palliative. 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 ai 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 nell'attuazione. Le offerte qui di seguito fanno parte della post-terapia

2.8.1 Cure transitorie risp. cure acute e transitorie CAT

Se in seguito alla 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 LAMal.

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 in modo esaustivo. Secondo questa prescrizione dopo una degenza in un ospedale acuto vengono indennizzate al massimo due settimane di cure acute e transitorie secondo le regole del finanziamento degli ospedali (solamente prestazioni di cure). Le cure devono essere dispensate su prescrizione medica. Lo stato di salute dei pazienti è pertanto determinante nella decisione sul contesto e sul metodo di cura di questi ultimi. 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.

2.8.2 Cura balneare

I trattamenti eseguiti in uno stabilimento di cura balneare sotto sorveglianza medica per principio sono considerati cure balneari prescritte dal medico, ai sensi dell'art. 25 OPre. 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 balneare di regola è possibile fatturare a carico dell'assicurazione malattia unicamente la terapia prescritta al giorno.

2.8.3 Cure palliative

Nella sua definizione⁵, l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM)⁶ scrive: «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

- 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;

⁵ Cfr. Vademecum des soins palliatifs, Etienne Rivier et al, Médecine & Hygiène Ginevra, 2008.

⁶ „Direttive medico-etiche e raccomandazioni. Approvate dal senato dell'ASSM in data 23 maggio 2006.“ Versione finale. Tutte le direttive medico-etiche dell'ASSM sono consultabili sul sito <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives/Direttive-medico-etiche.html>.

- 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, ansia 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.

2.9 Differenza tra riabilitazione ospedaliera e ambulatoriale

Pazienti nella riabilitazione ospedaliera si distinguono da quelli nella riabilitazione ambulatoriale unicamente dal fatto che nei pazienti ospedalieri sussiste una necessità di cura ospedaliera ai sensi della definizione qui di seguito.

2.9.1 Necessità di cura ospedaliera nella riabilitazione ospedaliera

Situazione giuridica di partenza:

Il diritto a prestazioni ospedaliere, secondo la giurisprudenza, richiede un danno alla salute con fabbisogno di trattamento, una degenza in un ospedale ai sensi dell'art. 39 LAMal e una necessità di cura ospedaliera.⁷

La necessità di cura ospedaliera per la riabilitazione ospedaliera non presuppone una degenza ospedaliera immediatamente precedente ed è data di volta in volta se:

- una cura deve avvenire necessariamente in un ospedale a causa dei requisiti posti ad apparecchiature o al personale. Ciò può significare che un paziente necessita di sorveglianza e sostegno da parte di medici e/o personale infermieristico più volte sull'arco di 24 ore o che l'infrastruttura necessaria al trattamento del deficit funzionale è disponibile unicamente nell'ospedale;
- in seguito all'avvenuto trattamento ambulatoriale solamente un'ospedalizzazione potrà avere successo, perché le possibilità terapeutiche ambulatoriale sono esaurite;
- il trattamento deve essere effettuato in ospedale a causa di particolari condizioni di vita personali. Ciò è dato quando le prestazioni riabilitative necessarie per il paziente non possono essere organizzate in un contesto ambulatoriale con un dispendio ragionevole (ad es. dal punto di vista temporale, a causa di un deficit funzionale, per motivi geografici, per l'offerta di prestazioni in loco).

2.9.2 Caratteristiche della riabilitazione ambulatoriale

La differenza tra i pazienti nella riabilitazione ambulatoriale e quelli nella riabilitazione ospedaliera è unicamente che manca la necessità di cura ospedaliera e che i trattamenti non avvengono in regime stazionario in un ospedale o in una clinica.

La riabilitazione ambulatoriale, come la riabilitazione ospedaliera, è diretta da medici specialisti. Essa segue i medesimi principi (rehab cycle) della riabilitazione ospedaliera con valutazioni, definizione degli obiettivi, pianificazione delle misure e svolgimento secondo i bisogni individuali e verifica regolare dello stato della riabilitazione secondo gli obiettivi.

⁷ da: Sentenza del tribunale amministrativo ZG del 27 febbraio 2014, p. 2013, 117 e: Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2. ed., Basilea 2007, marg. 290 ff., marg. 391 ff.; e DTF 126 V 323

Oltre all'indicazione per la riabilitazione, in tutti i casi di riabilitazione ambulatoriale devono sussistere il [bisogno di riabilitazione](#), la [capacità riabilitativa](#) e il [potenziale di riabilitazione](#). Nella maggior parte dei casi i pazienti interessati necessitano ancora e come i pazienti della riabilitazione ospedaliera un trattamento intensivo, multimodale e interdisciplinare con diverse unità di trattamento giornaliere, consistenti in fisioterapia, ergoterapia, psicoterapia di supporto e a seconda della limitazione funzionale caso per caso logopedia o neuropsicologia. Tali terapie intensive, ambulatoriali hanno luogo sotto forma di terapie individuali o di gruppo. L'estensione del trattamento in minuti di trattamento al giorno non si distingue dalle intensità di trattamento e dalle discipline terapeutiche richieste ai sensi della riabilitazione ospedaliera, come descritto nel [capitolo 3](#).

La riabilitazione ambulatoriale con più unità di trattamento al giorno e alla settimana può essere effettuata in istituti di riabilitazione o in centri ambulatoriali vicini al domicilio.

In futuro semmai, grazie ai progressi tecnologici, sarà possibile effettuare singole parti della riabilitazione ambulatoriale anche a domicilio sotto forma di teleriabilitazione. Prestazioni di teleriabilitazione sono sempre accompagnate da personale specializzato. Queste ultime si prestano in particolare a pazienti che hanno difficoltà per il tragitto nel contesto di cliniche di giorno o ambulatoriale (ad es. per motivi geografici o per motivi di mobilità). La riabilitazione ambulatoriale nel suo complesso non può essere fornita mediante teleriabilitazione.

2.9.3 Delimitazione della riabilitazione ambulatoriale verso altre offerte ambulatoriali

Cure ambulatoriali

Se primariamente sono in primo piano problemi e dispendi per cure infermieristiche, punti di contatto sono i servizi ambulatoriali di spitex o gli ambulatori per la cura delle ferite della medicina somatica acuta.

Monoterapie ambulatoriali

Le monoterapie ambulatoriali si distinguono dalla riabilitazione ambulatoriale nella misura in cui il paziente non ha bisogno di un'équipe interdisciplinare di trattamento sotto conduzione di medici specialisti e trattamenti multimodali.

Le monoterapie si applicano prevalentemente a problemi funzionali singoli, isolati. Prese in modo isolato, tali prestazioni possono essere definite misure riabilitative, ma non riabilitazione 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, ecc.)

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

3 Tipi di riabilitazione e requisiti minimi

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

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 di riabilitazione individuali, differenti e **specifiche**
- Illustrazione grafica dei **criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera**

3.2 Spiegazioni relative alla rappresentazione grafica

La grafica segue una rappresentazione standardizzata dei criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera. Tale rappresentazione è illustrata nella figura seguente:

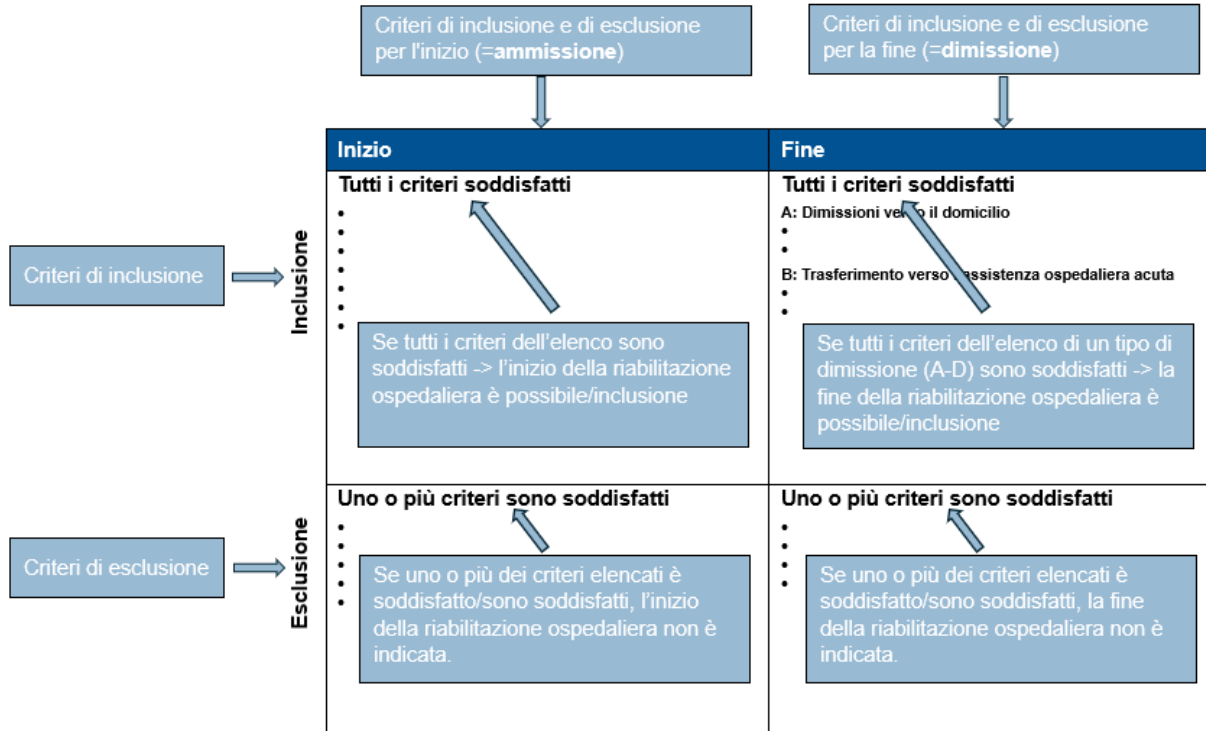


Figura 2: Spiegazione in merito al grafico «criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera» (illustrazione propria)

3.3 Tipi di riabilitazione (in ordine alfabetico)

3.3.1 Riabilitazione geriatrica

Definizione

La riabilitazione geriatrica si occupa del trattamento 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. In tale contesto occorre uno specialista medico con esperienza comprovata in medicina geriatrica per condurre l'équipe di riabilitazione.

Obiettivi

- Ridurre le limitazioni delle funzioni e delle strutture corporali, delle attività e della partecipazione
- Raggiungere la maggiore autonomia possibile dei pazienti geriatrici nel loro ambiente di vita
- Ridurre il dispendio per 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 esperienza⁸ in medicina riabilitativa oppure di un
 - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con due anni di esperienza⁸ presso un centro di perfezionamento⁹ per la specializzazione in geriatria.
- Viene accertata 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).
- Vengono pianificate le dimissioni con valutazione geriatrica strutturata al momento della dimissione (almeno nei settori attività della vita quotidiana e mobilità) e garantita l'assistenza successiva necessaria.
- L'équipe della riabilitazione comprende i gruppi professionali medici, cure infermieristiche, fisioterapia, ergoterapia, consulenza sociale e consulenza alimentare con formazione speciale in medicina geriatrica. Gli operatori specializzati sono parte integrante dell'équipe. È esclusa la fornitura a livello di consulenza della prestazione corrispondente.
- Vi è l'accesso a:
 - sostegno spirituale
 - tecnica ortopedica
 - cure palliative specializzate
 - logopedia

⁸ *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, muscolo-scheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.

⁹ Centro di perfezionamento professionale ai sensi della definizione dell'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM – [Registro degli istituti](#)

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
- Psicoterapia
- Neuropsicologia
- Consulenza e terapia alimentare

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

Criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera

	Inizio	Fine
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ul 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: <ul 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 del dolore cronico – problemi di medicazione in caso di polifarmacia (più di 5 medicinali) e/o mancata adesione terapeutica del paziente – problema psicosociale • Sono presenti fabbisogno di riabilitazione e potenziale riabilitativo. 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: Dimissioni verso il domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo stato complessivo consente di pianificare la continuazione della cura dopo la degenza. • Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ul 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. Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati. <p>B: Trasferimento verso l'assistenza ospedaliera acuta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sorgono nuovi problemi e complicanze che richiedono un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta. <p>C: Trasferimento verso un'altra struttura di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerato lo sviluppo clinico, il paziente viene assegnato a un altro tipo adatto di assistenza/cura successiva (ad es. istituzione per cure di lunga durata).
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sussiste il 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, polmonare o muscolo-scheletrica specifica. 	<p>Uno o più criteri</p> <ul 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, per quanto riguarda la riabilitazione internistica e oncologica, 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 contengono processi sanitari e orientati all'autonomia che comprendono tutte le misure di tipo medico, pedagogico, sociale e spirituale che permettono alla persona interessata di superare limitazioni dovute alla malattia e alla terapia, per ottenere una migliore autonomia possibile fisiologica, psicologica e sociale.

La riabilitazione internistica e quella oncologica comprendono misure diagnostiche e terapeutiche per migliorare la limitazione dell'attività e della partecipazione e sono sempre orientate in maniera olistica. Una riabilitazione viene svolta in regime ospedaliero e vieppiù anche ambulatoriale, deve però sempre rappresentare un elemento di un processo di cura definito, coordinato.

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

Essa 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 (chemioterapia, immunoterapia, terapia molecolare, ormonale o radiooncologica e operazioni). Nella riabilitazione oncologica deve essere garantito in ogni momento che i trattamenti per il cancro necessari nella situazione della malattia oncologica possano essere continuati anche durante la riabilitazione ospedaliera o ambulatoriale. Nel caso ideale, la competenza professionale oncologica necessaria è già presente in loco.

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](#)

Criteria 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 esperienza¹⁰ in medicina riabilitativa oppure
 - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con due anni di esperienza¹⁰ presso un centro di perfezionamento¹¹ 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 esperienza¹⁰ in medicina riabilitativa oppure
 - medico specializzato in oncologia medica o ematologia con due anni di esperienza¹⁰ in medicina riabilitativa oppure
 - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con due anni di esperienza¹⁰ presso un centro di perfezionamento¹¹ in medicina interna generale od oncologia o ematologia.

Se la direzione tecnica non è un medico specializzato in oncologia medica, occorre garantire la cooperazione con uno specialista in oncologia medica.

- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende i gruppi professionali medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, consulenza sociale, consulenza alimentare e psicologia.
- Accesso a:
 - terapia delle ferite
 - consulenza relativa allo stoma e all'incontinenza
 - terapia del dolore
 - personale formato in terapia della disfagia

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza). In situazioni particolari, motivate dal punto di vista medico, in caso di resistenza fisica ridotta è possibile svolgere una riabilitazione anche con meno minuti di prestazioni alla settimana. 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 dello sport
- Ergoterapia
- Psicoterapia
- Neuropsicologia
- Consulenza e terapia alimentare
- Consulenza diabetologica
- Consulenza per smettere di fumare
- Consulenza sociale
- Trattamento della disfagia
- Consulenza relativa allo stoma e all'incontinenza

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

¹⁰ *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, muscolo-scheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.

¹¹ Centro di perfezionamento professionale ai sensi della definizione dell'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM – [Registro degli istituti](#)

Criteria di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera internistica e oncologica

	Inizio	Fine
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ul style="list-style-type: none"> Pazienti adulti con <ul style="list-style-type: none"> una multimorbilità e/o un deficit funzionale un disturbo della partecipazione Necessità di riabilitazione ospedaliera, segnata-mente in caso di <ul 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. È disponibile una diagnosi conclusa da parte dell'ospedale acuto e una strategia terapeutica definita. 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: Dimissioni verso il domicilio</p> <p>Condizione: il potenziale riabilitativo per la riabilitazione ospedaliera è esaurito.</p> <ul style="list-style-type: none"> Lo stato generale consente di pianificare la cura ambulatoriale successiva. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ul 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. <p>Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati.</p> <ul style="list-style-type: none"> I sintomi e i deficit funzionali sono migliorati in modo sufficiente e adeguati al futuro ambiente. <p>B: Trasferimento verso l'assistenza ospedaliera acuta</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>C: Trasferimento verso un'altra struttura di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> Considerato lo sviluppo clinico, il paziente viene assegnato a un altro tipo adatto di assistenza/cura successiva (ad es. cure palliative specializzate).
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> I parametri vitali sono 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, polmonare o muscolo-scheletrica. Sussiste un processo diagnostico non ancora concluso o definito, rispettivamente un processo terapeutico che necessita di una sorveglianza intensa. Sussiste una mancata adesione del paziente alle misure terapeutiche. <p>Se è disponibile il dispositivo per una riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce, i criteri possono differire (cfr. capitolo 3.4.2).</p>	<p>Uno o più criteri</p> <ul 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

Mediante la riabilitazione cardiovascolare i pazienti devono raggiungere un miglioramento del loro rendimento dopo un evento acuto o in caso di affezioni croniche e riacquistare nuovamente fiducia nella loro resistenza. Avviando misure preventive s'intende mirare a uno stile di vita sano e a un miglioramento della prognosi. Ciò avviene mediante formazioni per promuovere la concezione di malattia e l'adesione del paziente ai medicinali, mediante una preparazione fisica dosata individualmente e il controllo dei fattori di rischio cardiovascolari, compresa la terapia farmacologica, la consulenza stop tabacco e l'assistenza psicosociale.

Obiettivi

Miglioramento della qualità di vita:

- riduzione dei disturbi;
- miglioramento delle funzioni e prestazioni corporali;
- stabilizzare lo stato di salute psichico
- permettere e garantire la reintegrazione sociale e la partecipazione

Miglioramento della prognosi:

- prevenzione secondaria

Contribuire alla stabilità dei costi:

- migliorare l'adesione terapeutica dei pazienti;
- ridurre/impedire le degenze ospedaliere evitabili;
- prevenire rendite precoci e bisogno di cure.

Prestazioni di base

Cfr. [capitolo 2.3](#) e inoltre

- valutazioni documentate di ammissioni e dimissioni;
- valutazione medica e ottimizzazione della cura, attuazione di una profilassi farmacologica secondaria adeguata;
- informazione su malattia e fattori di rischio, formazione sulla gestione della malattia;
- 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
- consulenza per smettere di fumare;
- consulenza e formazione diabetologica;
- organizzazione della post-terapia, reintegrazione nella consueta quotidianità.

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 esperienza¹² nella riabilitazione, in particolare di pazienti cardiologici.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende i gruppi professionali medici, personale curante, fisioterapia e terapia dello sport, ergoterapia, consulenza sociale, consulenza alimentare, psicologia.

¹² *Esperienza nella medicina riabilitativa* mediante attività medica presso una clinica con mandato di prestazioni di riabilitazione cardiologica

- 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 due 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) In situazioni particolari, motivate dal punto di vista medico-sanitario, in caso di resistenza fisica ridotta è possibile svolgere una riabilitazione anche con meno minuti di prestazioni alla settimana. 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 dello sport
- Ergoterapia
- Psicoterapia
- Consulenza e terapia alimentare
- 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 costituiscono una parte integrante essenziale della riabilitazione. Non sono conteggiate nelle prestazioni minime in minuti e per questo motivo non ne fanno parte.

Criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera cardiovascolare

Inizio	Fine
<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le affezioni cardiovascolari di tutte le fasce d'età con potenziale riabilitativo • Diagnosi acuta e terapia invasiva sono concluse • Funzioni vitali stabili • Capacità riabilitativa è data • Partecipazione possibile a un programma strutturato di gruppo • Indicazioni (almeno una corrisponde) <ul style="list-style-type: none"> – dopo acuta sindrome coronarica – in caso di sindrome coronarica cronica con o senza catetere – dopo interventi o interventi percutanei 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). – dopo l'impianto di defibrillatori interni (ICD) o apparecchi per la risincronizzazione prima e dopo il trapianto del cuore – nelle persone con «ventricular assist device» (VAD) – nei pazienti affetti da «grown up congenital heart disease» (GUCH) – in caso di sintomatica psicocardiologica (ad es. disturbo posttraumatico da stress, ansia e depressione) 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: Dimissioni verso il domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ul style="list-style-type: none"> – la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente dopo la dimissione; la riabilitazione può essere proseguita nella fase III (gruppo cardiaco) o – non ci si attende più un miglioramento significativo e secondo le scale di valutazione la capacità funzionale non aumenterà più. <p>B: Trasferimento verso l'assistenza ospedaliera acuta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sorgono nuovi problemi e complicanze che richiedono un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta. <p>C: Trasferimento verso un'altra struttura di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerato lo sviluppo clinico, il paziente viene assegnato a un altro tipo adatto di assistenza/cura successiva (ad es. istituzione per cure di lunga durata).

Inclusione

Inizio	Fine
<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • aritmie maligne non controllate rilevanti dal punto di vista emodinamico • insufficienza cardiaca decompensata con necessità di vasopressori • insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva • infezione settica con instabilità emodinamica • instabilità emodinamica • gravi problemi muscolo-scheletrici con autonomia limitata e nessun potenziale di integrazione • grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata • malattia parossistica non controllata/non controllabile • nuova paralisi eziologicamente non accertata • intervento chirurgico in sala operatoria il giorno previsto dell'ammissione e giorno successivo per tutti gli interventi • necessità di valutazione o consultazione per un intervento in sala operatoria previsto il giorno successivo • cateterismo cardiaco il giorno previsto dell'ammissione • angiografia il giorno previsto dell'ammissione • biopsia di un organo interno il giorno previsto dell'ammissione • puntura toracica o addominale il giorno di ammissione previsto • 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 • ventilazione: ventilazione costante o intermittente (almeno tre volte al giorno), con l'eccezione della ventilazione assistita in caso di apnea notturna • controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di almeno quattro ore • qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore • 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 • alterazioni dello stato di coscienza comparse nelle 48 ore precedenti • problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore • aritmie instabili emodinamiche • angina pectoris instabile • malattia cardiaca valvolare con obbligo di intervento • gravi comorbidità non controllate, ad es. affezioni polmonari: COPD decompensata con insufficienza respiratoria globale • grave scompenso metabolico • affezione reumatica attiva <p>Se è disponibile il dispositivo per una riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce, i criteri possono differire (cfr. capitolo 3.4.2).</p>	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il prolungamento della degenza permette di raggiungere gli obiettivi della riabilitazione, risp. sussiste ancora potenziale di miglioramento. • Il prolungamento della degenza, grazie ai progressi accertati, 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.

Esclusione

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 e l'apprendimento di un comportamento ergonomico favorevole e della 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 riabilitazione oppure
 - medico specialista in reumatologia, ortopedia e traumatologia o medicina interna generale con almeno due anni di esperienza¹³ in medicina riabilitativa
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende i gruppi professionali medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, consulenza sociale, psicologia e neuropsicologia.
- È disponibile l'accesso alle prestazioni di una clinica ortopedica.

¹³ *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, muscolo-scheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza): In situazioni particolari, motivate dal punto di vista medico, in caso di resistenza fisica ridotta è possibile svolgere una riabilitazione anche con una quantità inferiore di minuti di prestazioni alla settimana. 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 dello sport
- Ergoterapia
- Psicoterapia
- Neuropsicologia
- Consulenza e terapia alimentare
- Consulenza sociale

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

Criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera muscolo-scheletrica

Inclusione

Inizio	Fine
<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessaria al massimo una visita medica o specialistica giornaliera. • Il controllo del dolore non è ancora stabilizzato e sussiste potenziale riabilitativo. • 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. 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: Dimissioni verso il domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ul style="list-style-type: none"> – capacità funzionali ripristinate in modo tale da permettere la dimissione in una situazione ambulatoriale. <p>B: Trasferimento verso l'assistenza ospedaliera acuta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuova instabilità che rende necessaria un'assistenza acuta: <ul style="list-style-type: none"> – emorragia circolatoria – sorveglianza capillare – medicazione intravenosa continua o più volte al giorno – cura intensiva – febbre persistente non chiarita – nuovo intervento chirurgico – grave disturbo elettrolitico/del metabolismo. <p>C: Trasferimento verso un'altra struttura di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerato lo sviluppo clinico, il paziente viene assegnato a un altro tipo adatto di assistenza/cura successiva (ad es. istituzione per le cure di lunga durata o cure palliative).

Esclusione

Inizio	Fine
<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva • infezione settica con instabilità emodinamica • instabilità emodinamica • grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata • nuova prescrizione di un medicamento con adattamento della dose più volte al giorno sotto sorveglianza medica diretta o rischio di un'idiosincrasia • necessario controllo medico almeno 3 volte al giorno • ventilazione costante o intermittente (min. 3 x giorno) • controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di quattro ore • qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore • 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 • comparsa di alterazioni dello stato di coscienza nel corso delle ultime 48 ore • problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore • aritmia maligna ventricolare non controllata • biopsia di un organo interno il giorno del trasferimento • punzione toracica, addominale o articolare il giorno del trasferimento • intervento chirurgico in sala operatoria il giorno del trasferimento o la vigilia del previsto trasferimento • affezioni supplementari acute dall'attività fisica o che rendono impossibile una riabilitazione • grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata <p>Se è disponibile il dispositivo per una riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce, i criteri possono differire (cfr. capitolo 3.4.2).</p>	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo stato non consente ancora una dimissione in un contesto ambulatoriale e sussiste potenziale riabilitativo. • La riabilitazione ambulatoriale sarebbe possibile, ma non è realizzabile a una distanza adeguata. • L'obiettivo terapeutico non è ancora raggiunto, sussiste potenziale riabilitativo. • 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.

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;
- accompagnamento dei famigliari.

Prestazioni di base

Cfr. [capitolo 2.3](#) e inoltre

- logopedia e trattamento della disfagia;
- consulenza e formazione sui mezzi ausiliari;
- formazione dei pazienti e dei familiari;
- istruzioni per l'auto-aiuto;
- ippoterapia;
- terapia assistita da 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 esperienza¹⁴ in medicina riabilitativa oppure
 - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con 2 anni di esperienza¹⁴ presso un centro di perfezionamento¹⁵ in neurologia.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende i gruppi professionali medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza sociale, psicologia e neuropsicologia.
- È disponibile l'accesso a personale formato in terapia per la disfagia.

Prestazioni minime al paziente

540 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza) In situazioni particolari, motivate dal punto di vista medico, in caso di resistenza fisica ridotta è possibile svolgere una riabilitazione anche con una quantità inferiore di minuti di prestazioni alla settimana. 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 dello sport

¹⁴ *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, muscolo-scheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.

¹⁵ Centro di perfezionamento professionale ai sensi della definizione dell'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM – [Registro degli istituti](#)

- ergoterapia
- logopedia o trattamento della disfagia
- psicoterapia
- neuropsicologia
- consulenza diabetologica
- consulenza e formazione sui mezzi ausiliari;
- consulenza sociale

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

Criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera neurologica

	Inizio	Fine
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>I pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sono per lo più lucidi • sono in grado di partecipare attivamente ad attività riabilitative in più sedute di terapia di circa 30 minuti • sono in grado di interagire e di comunicare, ev. con mezzi ausiliari • sono almeno in grado di spostarsi, p. es. più volte al giorno con partecipazione attiva nel letto o in sedia a rotelle • dipendono in gran parte da un aiuto per attività della vita quotidiana • non dipendono più dalla riabilitazione neurologica precoce 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: Dimissioni verso il domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> • sono raggiunti gli obiettivi di riabilitazione • è esaurito il potenziale riabilitativo • è auspicata l'integrazione nelle strutture familiari, continuazione ambulatoriale della riabilitazione. • viene coinvolto il datore di lavoro. • è possibile la preparazione strutturata al reinserimento <p>B: Trasferimento verso l'assistenza ospedaliera acuta</p> <ul style="list-style-type: none"> • grave offuscamento della coscienza con delirio • aspirazione con insufficienza respiratoria • necessità di sorveglianza intensiva • infezione grave <p>C: Trasferimento verso un'altra struttura di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • considerato lo sviluppo clinico, il paziente viene assegnato a un altro tipo di assistenza/cura successiva (ad es. riabilitazione con monitoraggio /riabilitazione precoce, psichiatria). <ul style="list-style-type: none"> – pericolo di fuga – decompensazione psichica con rischio di suicidio – aggressività nei confronti di terzi
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peggioramento acuto: stato confusionale, non cooperativo <p>Se è disponibile il dispositivo per una riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce, i criteri possono differire (cfr. capitolo 3.4.2).</p>	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • instabilità • presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto ospedaliero • il contesto domestico non è ancora preparato • terapie mirate neuropsicologiche e/o di capacità cerebrali non sono possibili nel contesto ambulatoriale • 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-CY¹⁶, 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. 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.

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) quali p.es.

- maggiore dispendio di assistenza secondo l'età, p.es. per le istruzioni e la sorveglianza durante il gioco;
- maggiore dispendio 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 e parte 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)¹⁷, p.es.
 - Il bambino deve essere assistito insieme a bambini con le medesime esigenze psicofisiche. Non deve essere ricoverato in istituti 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.

¹⁶ International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, OMS 2007

¹⁷ www.kindundspital.ch/vernetzen-unterstuetzen/each

Gli obiettivi riabilitativi concreti individuali formulati sulla scorta dell'ICF-CY¹⁸ 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.

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 esperienza¹⁹ in medicina riabilitativa oppure
 - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con tre anni di esperienza¹⁹ presso un centro di perfezionamento²⁰ in medicina dell'infanzia e dell'adolescenza.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende i gruppi professionali medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, consulenza sociale, docenti, psicologia e 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.).
- Vi è l'accesso a:
 - protezione dell'infanzia;
 - cure palliative pediatriche;
 - accertamento e terapia *low-vision*;
 - pedoaudiologia;
 - consulenza relativa allo stoma e all'incontinenza;
 - personale formato in terapia della disfagia;
- È disponibile un concetto per la terapia del dolore.

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza) In situazioni particolari, motivate dal punto di vista medico, in caso di resistenza fisica ridotta è possibile svolgere una riabilitazione anche con una quantità inferiore di minuti di prestazioni alla settimana. 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

¹⁸ International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, OMS 2007

¹⁹ *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, muscolo-scheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.

²⁰ Centro di perfezionamento professionale ai sensi della definizione dell'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM – [Registro degli istituti](#)

- Psicoterapia
- Neuropsicologia
- Consulenza e terapia alimentare
- Consulenza e formazione sui mezzi ausiliari
- Formazione dei pazienti e dei familiari

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

Criteria di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera pediatrica

	Inizio	Fine
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-18 anni • Età prescolastica o scolastica • Funzioni vitali stabili • Diagnosi curativa e medica conclusa • Cura medica valutata e almeno avviata • Alterazione dello stato di coscienza chiarito, non in aumento • Assistenza primaria postoperatoria conclusa • Possibili indicazioni o limitazioni funzionali eventualmente combinate: <ul style="list-style-type: none"> – Disturbo cognitivo persistente o in fase di miglioramento – Spasticità, distonia o discinesia grave – Dispositivi tecnici di cura, come pompa al baclofene, incluso riempimento o ventilazione assistita – Gesso o bendaggi duri – Cura di decubiti – Alimentazione tramite sonda o parenterale – Disturbi della deglutizione con rischio di aspirazione 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: Dimissioni verso il domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti, terapie ambulatoriali sono possibili e concordate. Il passaggio a un contesto scolastico adeguato è assicurato. <p>B: Trasferimento verso l'assistenza ospedaliera acuta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instabilità clinica che rende necessaria una diagnosi medica acuta, una terapia medica più intensiva, un'operazione o una sorveglianza più intensiva. <p>C: Trasferimento in un istituto di riabilitazione per adulti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dal 19° anno • Obbligo scolastico concluso, integrazione professionale <p>D: Trasferimento verso un'altra struttura di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerato lo sviluppo clinico, il paziente viene assegnato a un altro tipo adatto di assistenza/cura successiva (ad es. istituzione per cure di lunga durata).
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Età adulta, a 18 anni compiuti • Obbligo scolastico concluso, accertamento professionale • Parametri vitali instabili • Diagnosi non ancora conclusa e terapia curativa non ancora avviata • Assenza di cooperazione dei genitori o del rappresentante legale • Cure palliative primarie • Necessità di sorveglianza e assistenza in medicina intensiva o intermedia <p>Se è disponibile il dispositivo per una riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce, i criteri possono differire (cfr. capitolo 3.4.2).</p>	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riabilitazione ospedaliera ancora necessaria: <ul style="list-style-type: none"> – contesto ambulatoriale non ancora preparato; – terapia ambulatoriale non è disponibile a una distanza ragionevole; – integrazione in un contesto scolastico adeguato non ancora possibile; • Situazione sanitaria non ancora stabile; • Ambiente domestico, genitori o istituto successivo non ancora pronti per la reintegrazione; • 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 in seguito a infortuni, malattie e malformazioni alle estremità superiori e inferiori, come pure al tronco, causate da un disturbo a livello di midollo spinale e di cauda equina. In questa sede consideriamo in tale contesto anche quadri clinici con sintomi analoghi a una paralisi.

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 ICF²¹)²².

Il danno concerne, in modo combinato o isolato, funzioni motorie (paralisi, spasticità, atrofia), sensoriali (sensibilità superficiale e propriocezione disturbate, percezione del dolore e della temperatura, dolore neuropatico) e vegetative (disturbo della funzione vescicale, intestinale e sessuale e della regolazione della circolazione e della temperatura corporea). Le tetraplegie sono determinate da lesioni a livello di midollo cervicale (T1 e superiore), 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 inferiori.²²

La classificazione delle paraplegie viene rilevata e descritta secondo le prescrizioni dell'International Spinal Cord Society ISCoS secondo ISNCSCI [International Standards For Neurological Classification of Spinal Cord Injury].²³

La riabilitazione di persone con paraplegia comprende tutte le misure riabilitative e le cure nel quadro della paraplegia e delle relative complicanze specifiche. La riabilitazione per pazienti con paraplegia comprende tutte le fasi di riabilitazione:

- **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 offerte in un centro specializzato con particolare competenza per tale problematica.

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 cure.²² Le singole fasi della riabilitazione presentano contenuti e intensità diversi.

²¹ OMS [ICF, 2005]: 16 seg.

²² Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [versione 5.0](#) del mese di settembre 2018 e www.dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp

²³ International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury: Revised 2019. Top Spinal Cord Inj Rehabil 27 (2): 1–22, 2021. <https://doi.org/10.46292/sci2702-1>

Importanti obiettivi e provvedimenti *curativi* di una riabilitazione paraplegiologica²⁴ :

- 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 trombosi, embolie polmonari, insufficienza respiratoria e punti di pressione;
- 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 paraplegiologica²⁴:

- mantenimento della funzione della vescica e dell'intestino: 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 e garanzia 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.

La riabilitazione primaria di para- o tetraplegici dura di regola da quattro a dodici mesi. Una riabilitazione successiva o una gestione delle complicanze in caso di para- o tetraplegia esistente può richiedere da poche 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 ISNCSCI²⁵, disfunzioni autonome, attività della vita quotidiana con SCIM III (Spinal Cord Independence Measure).

Prestazioni di base

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

- logopedia
- accertamento e trattamento della disfagia
- consulenza e formazione sui mezzi ausiliari;
- formazione dei pazienti e dei familiari;
- ippoterapia.

²⁴ Qualitäts- und Leistungskriterien für die Behandlung von Patienten mit einer Para- oder Tetraplegie, [versione 5.0](#) del mese di settembre 2018 e www.dmgp.de/die-dmgp/leitlinien-der-dmgp

²⁵ International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury

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 paraplegiche.²⁶
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, consulenza sociale, psicologia/neuropsicologia

Prestazioni al paziente

Per la scelta e l'impiego delle prestazioni e delle misure, il trattamento paraplegiologico complesso si orienta a DefReha®.

Indicazione in merito alla raffigurazione tariffale

Per la raffigurazione tariffale viene impiegata la struttura tariffale SwissDRG. I casi non vengono distinti tra la fase acuta e quella di riabilitazione.

Criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera paraplegiologica specializzata (riabilitazione di persone affette da paraplegia)

	Inizio	Fine
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nel paziente sussiste un quadro clinico nel contesto della para- o della tetraplegia. • 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) • Diagnosi primaria conclusa e terapia medica successiva definitiva • Funzioni vitali sufficientemente stabili per le cure riabilitative o indicazione per una cura intensiva specifica a sorveglianza elevata • Ev. necessità di altre cure medico-chirurgiche o <ul style="list-style-type: none"> – obbligo di ventilazione con respirazione stabile o – necessità di aiuti notevoli nelle attività della vita quotidiana o – limitazione notevole o totale della mobilità o – necessità di sostegno a livello di escrezione o – alimentazione parenterale o tramite sonda. 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: Dimissioni verso il domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo stato complessivo consente la cura successiva al di fuori di una riabilitazione stazionaria. • 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. • È disponibile un contesto post-ospedaliero adeguato. <p>B: Trasferimento verso l'assistenza ospedaliera acuta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sussiste una minaccia vitale non specifica della para- o tetraplegia che rende necessarie cure intensive oppure • È necessaria un'altra cura non specifica della para- o tetraplegia in medicina somatica acuta. <p>C: Trasferimento verso un'altra struttura di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerato lo sviluppo clinico, il paziente viene assegnato a un altro tipo adatto di assistenza/cura successiva (ad es. riabilitazione con monitoraggio /riabilitazione precoce, istituto per cure di lunga durata).
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sussiste una minaccia vitale non specifica della para- o tetraplegia che rende necessarie cure intensive oppure • È necessaria un'altra cura non specifica della para- o tetraplegia in medicina somatica acuta. <p>Se è disponibile il dispositivo per una riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce, i criteri possono differire (cfr. capitolo 3.4.2).</p>	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto ospedaliero. • Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

²⁶ I centri fornitori di prestazioni preferiscono il riconoscimento SSOP (società svizzera di paraplegia) – H+ non sostiene i titoli/diplomi di diritto privato non riconosciuti nelle convenzioni da tutti i partner tariffali.

3.3.8 Riabilitazione psicosomatica

Definizione

La riabilitazione psicosomatica si occupa di persone con quadri clinici somatici e psichici *combinati*. In tal caso si tratta spesso di persone con un concetto somatico-meccanico di malattia. Nel quadro del concetto di riabilitazione multimodale e multiprofessionale, all'educazione informativa e alle cure psicoterapeutiche viene annessa un'importanza particolare.

La medicina psicosomatica necessita sempre di un approccio terapeutico duale, somatico e psicologico. Essa mira a trattare in maniera integrativa disturbi psichici collaterali diversi e le relative ripercussioni su funzioni e strutture fisiche.

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 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.

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione psicosomatica è posta sotto la guida qualificata di un medico specialista con titolo di orientamento in medicina psicosomatica e psicosociale (ASMPP).
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende i gruppi professionali medici, personale curante, fisioterapia, ergoterapia, consulenza sociale, psicologia ed ev. neuropsicologia.

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza) In situazioni particolari, motivate dal punto di vista medico, in caso di resistenza fisica ridotta è possibile svolgere una riabilitazione anche con una quantità inferiore di minuti di prestazioni alla settimana. 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.

- Psicoterapia (almeno 120 minuti di psicoterapia medica o psicologica alla settimana)
- Neuropsicologia
- Fisioterapia e terapia dello sport
- Ergoterapia
- Consulenza e terapia alimentare
- Consulenza diabetologica
- Terapia creativa
- Consulenza sociale
- Terapia respiratoria o di rilassamento

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

Criteria di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera psicosomatica

	Inizio	Fine
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comorbidità somatica e psichica oppure disturbi funzionali fisici che pregiudicano la vita quotidiana o la professione. • Capacità di partecipare al programma multimodale. • Impossibilità di una terapia ambulatoriale (le opportunità di trattamento nel contesto ambulatoriale non sussistono, sono difficoltose, insufficienti o esaurite) • È soddisfatto uno dei criteri seguenti: <ul style="list-style-type: none"> – necessità di allontanamento dall'ambiente domestico o professionale per motivi terapeutici – incapacità lavorativa persistente / invalidità incombente; – comportamento problematico automatizzato, per lo più sottratto all'autocontrollo (p.es. iper-ventilazione cronica, vomito); – marcato comportamento evitante. 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: Dimissioni verso il domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> • La stabilità fisica e psichica raggiunta consente una cura/psicoterapia ambulatoriale. • Assenza di cooperazione <p>B: Trasferimento verso l'assistenza ospedaliera acuta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il peggioramento dello stato fisico richiede un trasferimento in un ospedale acuto. <p>C: Trasferimento verso un'altra struttura di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerato lo sviluppo clinico, il paziente viene assegnato a un altro tipo adatto di assistenza/cura successiva (ad es. clinica psichiatrica).
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • stato somatico instabile con elevato bisogno di cura e/o sorveglianza; • diminuzione marcata dell'intelligenza; • grave limitazione delle attività della vita quotidiana e della mobilità con elevato bisogno di cure • mancanza di motivazione • acuta messa in pericolo di sé stessi e di altri • sintomi psicotici • stati confusionali 	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il paziente è ancora troppo instabile fisicamente/psichicamente per <ul style="list-style-type: none"> – la dimissione a casa; – una cura/psicoterapia ambulatoriale; • La definizione del dosaggio di farmaci che per questioni mediche deve essere eseguita a livello ospedaliero non è ancora conclusa; • 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). • Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

3.3.9 Riabilitazione polmonare

Definizione

La riabilitazione polmonare è una forma di trattamento per persone affette da malattie polmonari acute o croniche. Essa si basa sull'impiego di esercizi guidati, formazioni, sostegno e interventi sul comportamento per migliorare la capacità funzionale, l'efficienza e la qualità di vita.

La Società svizzera di pneumologia ha raccolto e pubblicato un elenco di indicazioni relative alla riabilitazione polmonare²⁷.

Obiettivi

L'obiettivo della riabilitazione polmonare 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 secondarie e terziarie mirano a un miglioramento della prognosi.

Prestazioni di base

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

- valutazioni documentate di ammissioni e dimissioni;
- terapia inalatoria;
- introduzione alle terapie a domicilio quali ossigenoterapia e ventiloterapia;
- terapia respiratoria;
- disassuefazione al tabacco;
- orientamento professionale;
- formazione e coaching dei pazienti;
- logopedia.

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione polmonare è posta sotto la guida qualificata di un medico specializzato in pneumologia con due anni di esperienza²⁸ presso un istituto per la riabilitazione polmonare.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione comprende i gruppi professionali medici, personale curante, fisioterapia, consulenza sociale, psicologia.
- Fa parte dell'équipe una persona che porta il titolo di specialità in terapista di riabilitazione polmonare.
- È garantita l'opportunità di verificare e adottare la ventiloterapia, in particolare anche la terapia di respirazione artificiale.
- È 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) In situazioni particolari, motivate dal punto di vista medico, in caso di resistenza fisica ridotta è possibile svolgere una riabilitazione anche con una quantità inferiore di minuti di prestazioni alla settimana. La scelta e il ricorso alle prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui

²⁷ www.pneumo.ch/pulmonale-rehabilitation - elencato nel [Anforderungskatalog für die Anerkennung von Pulmonale Rehabilitationsprogrammen](#)

²⁸ Esperienza nella medicina riabilitativa mediante attività medica presso una clinica con mandato di prestazioni di riabilitazione polmonare.

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 dello sport
- Ergoterapia
- Psicoterapia
- Neuropsicologia
- Consulenza e terapia alimentare
- Consulenza per smettere di fumare
- Consulenza sociale
- Educazione del paziente

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

Criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera polmonare

Inizio	Fine
<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi acuta conclusa; • comorbidità stabili; • nessuna limitazione decisiva delle misure di riabilitazione dovuta ad affezioni concomitanti; • nessuna indicazione per un'assistenza/una cura duratura; • possibile partecipazione al programma di riabilitazione. <p>Ulteriori criteri possibili, se del caso</p> <ul style="list-style-type: none"> • autonomia terapeutica minima (inalazioni ecc.) • gestione autonoma dell'ossigenoterapia e della ventilazione non invasiva, incl. CPAP • fattori ambientali patogeni quali <ul style="list-style-type: none"> – posto di lavoro – fumo passivo – inquinamento dell'aria – contesto sociale difficile, ciò che rende impossibile una riabilitazione ambulatoriale 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: Dimissioni verso il domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il programma di istruzione è concluso e la situazione respiratoria è stabilizzata. • Lo stato complessivo consente di pianificare la continuazione della cura dopo la degenza. • Gli obiettivi della riabilitazione sono in buona misura raggiunti: <ul style="list-style-type: none"> – la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente dopo la dimissione o – non ci si attende più un miglioramento significativo e secondo le scale di valutazione la capacità funzionale non aumenterà più. • Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati. • I sintomi sono migliorati in modo sufficiente e adeguato al futuro ambiente. La riabilitazione eventualmente può continuare a livello ambulatoriale. <p>B: Trasferimento verso l'assistenza ospedaliera acuta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sussiste un'infezione polmonare non controllabile che rende necessaria una terapia intensiva e/o una ventilazione invasiva. <p>C: Trasferimento verso un'altra struttura di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerato lo sviluppo clinico, il paziente viene assegnato a un altro tipo adatto di assistenza/cura successiva (ad es. riabilitazione con monitoraggio /riabilitazione precoce).

Inclusione

Inizio	Fine
<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • nessun potenziale riabilitativo • adesione terapeutica insufficiente • instabilità cardiocircolatoria controllabile solo in un contesto acuto • infezione settica con instabilità emodinamica • gravi problemi muscolo-scheletrici con autonomia limitata e nessun potenziale di integrazione • grave affezione psichica o dipendenza manifestamente non controllata • malattia parossistica non controllata/non controllabile • nuova paralisi eziologicamente non accertata • qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore • 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 • alterazioni dello stato di coscienza comparse nelle precedenti 48 ore • problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore <p>Se è disponibile il dispositivo per una riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce, i criteri possono differire (cfr. capitolo 3.4.2).</p>	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si presenta un peggioramento considerato passeggero (< 2 giorni) • Il prolungamento della degenza, grazie ai progressi accertati, 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.

3.4 Settori trasversali della riabilitazione stazionaria

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 tutti i tipi di riabilitazione ospedaliera ai sensi del [capitolo 3.3](#) (le eccezioni sono menzionate). 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 (berufsorientiertes Training, BOT) oppure un allenamento di ergoterapia (work hardening), con valutazioni specifiche volte a esaminare deficit funzionali e rendimento. 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. Gli elementi delle prestazioni di base si applicano a seconda delle esigenze personali. Inoltre:

- simulazione del lavoro (allenamento di movimenti complessi rilevanti per il lavoro);
- allenamento professionale (arbeitsorientiertes/berufsorientiertes Training, BOT) oppure un allenamento di ergoterapia (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'auto-aiuto;
- tecnica ortopedica e protesica, con coinvolgimento della tecnica calzaturiera ortopedica.

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione professionale è posta sotto la guida qualificata di un medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa.
- L'équipe multiprofessionale di riabilitazione oltre all'équipe di riabilitazione del tipo specifico di riabilitazione corrispondente comprende Job-Coach, orientatori o accompagnatori socioprofessionali.
- Nell'équipe della riabilitazione nei gruppi professionali dei medici e della fisioterapia/ergoterapia almeno una persona per ogni gruppo dispone di un perfezionamento professionale svolto sotto la responsabilità del gruppo di lavoro BERE29.
- Sussiste un orientamento professionale/del lavoro compresa la valutazione (valutazioni riconosciute), a sapere se il paziente in futuro può essere attivo nella professione attuale o in un'altra professione.
- Sussiste una cooperazione regolamentata con l'assicurazione invalidità.

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza) In situazioni particolari, motivate dal punto di vista medico, in caso di resistenza fisica ridotta è possibile svolgere una riabilitazione anche con una quantità inferiore di minuti di prestazioni alla settimana. 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 dello sport
- Ergoterapia
- Formazione e allenamento in materia di ergonomia
- Psicoterapia
- Neuropsicologia
- Terapia del dolore
- Job-Coach, orientatori o accompagnatori socioprofessionali
- Consulenza sociale
- Consulenza e formazione sui mezzi ausiliari

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

²⁹ Il corsi di perfezionamento attualmente sono organizzati dal gruppo di lavoro integrazione professionale, riabilitazione, ergonomia (IPRE). L'IPRE è un gruppo di specialisti della Swiss Insurance Medicine (Medicina assicurativa svizzera). www.swiss-insurance-medicine.ch/de/uber-uns/fachgruppe-ber29 (solo D e F).

Criteria di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera professionale

	Inizio	Fine
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ul style="list-style-type: none"> la diagnostica di medicina acuta è perlopiù conclusa e raggiunta una situazione medico-sanitaria stabile (non sono attesi interventi di medicina acuta) Sono in grado di partecipare attivamente ad attività riabilitative in più sedute di terapia di circa 30 minuti, con adesione terapeutica Sono almeno in grado di spostarsi (ad es. circa 3-4 ore al giorno in sedia a rotelle) Sono per lo più lucidi Sono capaci di prendere accordi Sono in grado di interagire e di comunicare, ev. con mezzi ausiliari 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: Dimissioni verso il domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ul style="list-style-type: none"> le capacità funzionali sono ripristinate oppure la valutazione interprofessionale rileva la fine delle possibilità di miglioramento della capacità funzionale. Il potenziale riabilitativo per la riabilitazione ospedaliera è esaurito. <p>B: Trasferimento verso l'assistenza ospedaliera acuta</p> <ul style="list-style-type: none"> Insorgono problemi o complicanze di medicina acuta che esigono una complessa infrastruttura diagnostica e terapeutica (instabilità circolatoria, metabolica e respiratoria). <p>C: Trasferimento verso un'altra struttura di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> Considerato lo sviluppo clinico, il paziente viene assegnato a un altro tipo adatto di assistenza/cura successiva.
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva ventilazione costante o intermittente infezione settica con instabilità emodinamica instabilità emodinamica grave psicopatologia o dipendenza manifestamente non controllata necessità di controllo medico almeno 3 volte al giorno controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di quattro ore qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore 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 alterazioni dello stato di coscienza nelle ultime 48 ore problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore aritmia maligna ventricolare non controllata biopsia di un organo interno il giorno del trasferimento punzione toracica, addominale o articolare il giorno del trasferimento intervento chirurgico in sala operatoria il giorno del trasferimento o la vigilia del previsto trasferimento affezioni supplementari acute dall'attività fisica o che rendono impossibile una riabilitazione 	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> Instabilità (lo stato non consente ancora una dimissione in un contesto ambulatoriale) L'obiettivo terapeutico non è ancora raggiunto, sussiste ancora potenziale riabilitativo. Presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto ospedaliero Il contesto domestico non è ancora preparato Terapie mirate neuropsicologiche e/o di capacità cerebrali non sono possibili nel contesto ambulatoriale La riabilitazione ambulatoriale possibile, ma non è realizzabile a una distanza adeguata. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

3.4.2 Riabilitazione con monitoraggio / riabilitazione precoce

Definizione

La riabilitazione con monitoraggio / riabilitazione precoce è la forma più intensa della riabilitazione ospedaliera. Le prestazioni vanno oltre le prestazioni descritte nei rispettivi tipi di riabilitazione quali prestazioni di base. Ciò si riferisce sia ai presupposti organizzativi, infrastrutturali e di personale, sia pure alle ulteriori prestazioni minime al paziente e coinvolge situazioni medico-sanitarie particolari.

Pazienti della riabilitazione con monitoraggio / riabilitazione precoce, sulla base di un'indicazione, necessitano di sorveglianza e cura quotidiana medica, infermieristica e terapeutica. La maggior parte di essi vengono trasferiti alla riabilitazione da UCI, IMC o uno stroke center/unit.

Le prestazioni della riabilitazione con monitoraggio / riabilitazione precoce si possono descrivere mediante i seguenti aspetti:

- **Nel percorso assistenziale:** La prestazione della riabilitazione viene fornita al più presto dopo la cura o la diagnosi ospedaliera di medicina somatica acuta.
- **Indicazione:** Una riabilitazione con monitoraggio / riabilitazione precoce viene effettuata in presenza di un disturbo complesso che rende necessario un trattamento specifico di riabilitazione precoce nel contesto ospedaliero interdisciplinare.
- **Infrastruttura:** La clinica o l'unità di riabilitazione fornitrice di prestazioni dispone di tutti i presupposti per il monitoraggio di parametri funzionali cardiaci e respiratori.
- **Sorveglianza:** Il sistema di monitoraggio deve permettere una **sorveglianza centrale**.

Le prestazioni della riabilitazione precoce non vengono fornite esclusivamente nelle cliniche di riabilitazione, bensì pure in reparti specializzati negli ospedali acuti, dove la prestazione viene fornita di volta in volta in aggiunta a trattamenti iniziali di somatica acuta.

Indicazione in merito alla raffigurazione tariffale

La SwissDRG SA ha deciso che le prestazioni della riabilitazione precoce vengono raffigurate nella struttura tariffale SwissDRG e quelle della riabilitazione con monitoraggio in ST Reha.

La descrizione nel catalogo CHOP (dal 2024) mostra che per i due codici della riabilitazione precoce («Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica» (93.8C.1) e «Riabilitazione precoce interdisciplinare» (93.86)) e il codice BB.41 Riabilitazione con monitoraggio sono raffigurate le medesime prestazioni di riabilitazione precoce.

Occorre distinguere da queste ultime le situazioni in cui pazienti durante una riabilitazione ospedaliera classica devono essere sorvegliati provvisoriamente a causa di rischi che mettono in pericolo la vita per quanto riguarda la respirazione, la circolazione e i sensi. A tale scopo nel catalogo CHOP è a disposizione il codice BB.42 «Monitoraggio intensivo in situazione momentanea di pericolo di vita». La logica della raffigurazione BB.42 è analoga ad altre prestazioni supplementari per la riabilitazione, quali ad esempio la Gestione delle ferite nella riabilitazione (BB.32) oppure Assistenza 1:1 nella riabilitazione (codice BB.31).

Requisiti minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale per la riabilitazione con monitoraggio / riabilitazione precoce in cliniche o reparti di riabilitazione

- La riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce è posta sotto la direzione specializzata di un medico che adempie i requisiti per la direzione specializzata di un tipo di riabilitazione ai sensi del [capitolo 3.3](#), con esperienza nella riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce.

- Le équipes multiprofessionali di riabilitazione dispongono di esperienza nella riabilitazione con monitoraggio / riabilitazione precoce.
- È garantita la possibilità di due visite mediche al giorno per 7 giorni alla settimana.
- È garantita la possibilità di monitoraggio permanente delle funzioni vitali e della sorveglianza viva 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, differenti e specifiche di riabilitazione nella riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce che vanno oltre i tipi di prestazioni della riabilitazione ospedaliera ai sensi del [capitolo 3.3](#):
 - Cure di base e riabilitative >2h per 7 giorni alla settimana

La maggior parte dei pazienti della riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce non sono ancora idonei per terapie di gruppo e dunque necessitano di terapie individuali, se del caso e su indicazione anche da parte di più operatori specializzati contemporaneamente.

I criteri medico-sanitari di inclusione per l'inizio della riabilitazione con monitoraggio / riabilitazione precoce

I criteri di inclusione si distinguono da quelli dei tipi specifici della riabilitazione secondo il [capitolo 3.3](#) nel senso che le seguenti situazioni possono essere gestite e trattate singolarmente o in combinazione nella riabilitazione con monitoraggio / riabilitazione precoce (elenco non esaustivo).

- 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
- Svezzamento dalla ventilazione meccanica (*weaning*).
- Disturbi della deglutizione con rischio di aspirazione
- Paziente allettato
- Grandi ferite aperte
- Necessità individuale di cura intensiva e di base >2 ore al giorno

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 con monitoraggio/riabilitazione precoce.

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 tipo di riabilitazione specifico di volta in volta corrispondente dal [capitolo 3.3](#). 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);
- terapia ricreativa, arteterapia e musicoterapia;
- ippoterapia;
- terapia assistita da 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 esperienza³⁰ in medicina riabilitativa oppure
 - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con almeno 2 anni di esperienza³⁰ presso un centro di perfezionamento³¹ in neurologia o neuroriabilitazione oppure
 - medico specializzato in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotorio, con almeno 2 anni di esperienza³⁰ in medicina riabilitativa e la copertura della competenza di neuroriabilitazione nei rimanenti quadri medici.
- Sussiste una cooperazione disciplinata da convenzione con i centri inviati di traumatologia di medicina acuta.
- Ortopedia tecnica: sussiste un 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) In situazioni particolari, motivate dal punto di vista medico, in caso di resistenza fisica ridotta è possibile svolgere una riabilitazione anche con una quantità inferiore di minuti di prestazioni alla settimana. 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 dello sport
- Ergoterapia
- Logopedia o trattamento della disfagia
- Psicoterapia
- Neuropsicologia
- Consulenza diabetologica
- Consulenza e terapia alimentare
- Consulenza sociale
- Consulenza e formazione sui mezzi ausiliari

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

³⁰ *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, muscolo-scheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.

³¹ Centro di perfezionamento professionale ai sensi della definizione dell'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM – [Registro degli istituti](#)

Criteria di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della riabilitazione ospedaliera complessa da infortunio

	Inizio	Fine
Inclusione	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <ul style="list-style-type: none"> la diagnostica di medicina acuta è perlopiù conclusa e raggiunta una situazione medico-sanitaria stabile (non sono attesi interventi di medicina acuta) sono in grado di partecipare attivamente ad attività riabilitative in più sedute di terapia di circa 30 minuti, con adesione terapeutica sono almeno in grado di spostarsi sono per lo più lucidi sono capaci di prendere accordi sono in grado di interagire e di comunicare, ev. con mezzi ausiliari 	<p>Tutti i criteri soddisfatti</p> <p>A: Dimissioni verso il domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ul style="list-style-type: none"> le capacità funzionali sono ripristinate, oppure la valutazione interprofessionale rileva la fine delle possibilità di miglioramento della capacità funzionale. Il potenziale riabilitativo per la riabilitazione ospedaliera è esaurito. <p>B: Trasferimento verso l'assistenza ospedaliera acuta</p> <ul style="list-style-type: none"> Insorgono problemi o complicanze di medicina acuta che esigono una complessa infrastruttura diagnostica e terapeutica (instabilità circolatoria, metabolica e respiratoria). <p>C: Trasferimento verso un'altra struttura di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> Considerato lo sviluppo clinico, il paziente viene assegnato a un altro tipo adatto di assistenza/cura successiva.
Esclusione	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva ventilazione costante o intermittente infezione settica con instabilità emodinamica instabilità emodinamica grave psicopatìa o dipendenza manifestamente non controllata necessario controllo medico almeno 3 volte al giorno controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di quattro ore qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore 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 alterazioni dello stato di coscienza nelle ultime 48 ore problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore aritmia maligna ventricolare non controllata biopsia di un organo interno il giorno del trasferimento punzione toracica, addominale o articolare il giorno del trasferimento intervento chirurgico in sala operatoria il giorno del trasferimento o la vigilia del previsto trasferimento affezioni supplementari acute dall'attività fisica o che rendono impossibile una riabilitazione <p>Se è disponibile il dispositivo per una riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce, i criteri possono differire (cfr. capitolo 3.4.2).</p>	<p>Uno o più criteri</p> <ul style="list-style-type: none"> Instabilità (lo stato non consente ancora una dimissione in un contesto ambulatoriale) L'obiettivo terapeutico non è ancora raggiunto, sussiste ancora potenziale riabilitativo. Presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto ospedaliero Il contesto domestico non è ancora preparato Terapie mirate neuropsicologiche e/o di capacità cerebrali non sono possibili nel contesto ambulatoriale La riabilitazione ambulatoriale possibile, ma non è realizzabile a una distanza adeguata. Il peggioramento dello stato clinico non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza medico-sanitaria di somatica acuta.

4 Riflessioni in merito all'impiego di DefReha® 3.0 durante l'elaborazione di strutture tariffali, 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® ha tenuto 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 ha tenuto 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 e per le prestazioni differenti a seconda del tipo.

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.

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 fornitore di prestazioni e delle aziende in merito ai progressi nella medicina. Un'espressione di ciò è la consapevolezza che il trattamento viene viepiù inteso e fornito nel continuum sull'arco dell'intero percorso assistenziale. Non è più attuale la distinzione rigida tra le cure di medicina somatica acuta in ospedale e la riabilitazione successiva

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 per il 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.

La raffigurazione 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 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 di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale, come descritti in DefReha®, fanno parte dei presupposti condizioni che sono parte integrante dei requisiti cantonali per la fornitura di prestazioni. Vi rientrano mandati di prestazione e autorizzazioni di polizia sanitaria. Nella codifica delle prestazioni non vanno dunque presupposti ulteriormente e non vanno verificati nuovamente né nella verifica delle fatture da parte delle assicurazioni né nella revisione della codifica. H+ s'impegna affinché la descrizione dei requisiti minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale per la codifica della prestazione (codici CHOP) nel singolo caso sia dettagliata nella misura in cui è necessario per una raffigurazione proporzionale della prestazione complessa di riabilitazione riferita al caso intero. H+ considera, ad esempio, sproporzionata la pubblicazione di singoli collaboratori che partecipano alla visita di riabilitazione.

Per prestazioni della riabilitazione con monitoraggio/riabilitazione precoce occorre un mandato di prestazioni cantonale. Il monitoraggio breve (come descritto dal codice CHOP BB.42) è contenuto nei mandati di prestazioni per i singoli tipi di riabilitazione ai sensi del [capitolo 3.3](#).

Allegato 1 - In merito all'origine del presente documento

DefReha® 1.0 – pubblicato 2013

La revisione della LAMal in vigore dal 1° gennaio 2012 relativa al finanziamento ospedaliero richiede anche per la riabilitazione ospedaliera una struttura tariffale 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 (CA Riabilitazione), 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 CA Riabilitazione si è rivolta a un comitato redazionale, che a sua volta ha inglobato pareri di esperti facenti parte 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 CA 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 versione 1.0.

H+ aveva così creato un'opera che poteva fungere da punto di riferimento per i lavori dell'associazione nell'ambito dello sviluppo della struttura tariffale. A loro volta, i singoli membri disponevano da quel momento 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.

DefReha® 2.0 – pubblicato 2018

La versione 2.0 presentata in data 28.08.2018, a partire dal capitolo 3.2 ha precisato le prestazioni per ogni tipo di riabilitazione. Le descrizioni raccoglievano le conoscenze allora attuali relative alla fornitura di prestazioni effettiva ed economica ed elencavano 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 2.0 descriveva 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 rappresentare i 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 orientata alle prestazioni, 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 era di 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 nel 2018 non era disponibile in modo integrale. DefReha® 2.0 creò per la prima volta i presupposti per tale raffigurazione. Le prestazioni della riabilitazione ospedaliera erano 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 di H+ e sono in parte confluiti in DefReha® 2.0. Sulla base dei lavori delle società specialistiche mediche menzionate è stato 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 stata in grado di elaborare, come da sua decisione, lo sviluppo di una struttura tariffale ST Reha 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, era stata creata la base per la definizione uniforme di prestazione e requisito minimo per l'erogazione della prestazione.

DefReha® 3.0 – pubblicato 2021

Per la versione 3.0 presentata in data 17.02.2021, 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 combinandole in maniera sensata con un tipo di riabilitazione.

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

Elenco delle abbreviazioni

ADL	activities of daily living - attività della vita quotidiana
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
APA	Accertamento presso il luogo di lavoro (dal ted. Arbeitsplatzabklärung)
ASMPP	Accademia Svizzera di Medicina Psicosomatica e Psicosociale
ASSM	Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
BOT	Ted. Berufsorientierte Therapie sinonimo: Allenamento riabilitativo professionale
CA Riabilitazione	Conferenza attiva Riabilitazione
CHOP	Classificazione svizzera delle operazioni
CPAP	continuous positive airway pressure – ventilazione meccanica a pressione positiva continua
DTF	Decisione del tribunale federale
EFL/ECF	Valutazione delle capacità funzionali
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum- Federazione dei medici svizzeri
FSP	Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10 - 10ª edizione
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth
IMC	Intermediate Care Station - reparto di monitoraggio
LAI	Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità
LAINF	Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni
LAM	Legge federale sull'assicurazione militare
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
LPGA	Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali
OAMal	Ordinanza sull'assicurazione malattie
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
OPre	Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Ordinanza sulle prestazioni
PEG	Gastrostomia endoscopica percutanea
PPH	Processus de production du handicap quale parte del Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH)
SAR	Comunità di lavoro svizzera per la riabilitazione

Spitex	Cure e sostegno professionali a domicilio
SSP	Società Svizzera di Pneumologia
ST Reha	Struttura tariffale ospedaliera per la riabilitazione in Svizzera pubblicata dalla SwissDRG SA
TFA	Tribunale federale delle assicurazioni (dal 2006 integrato nel Tribunale federale)
UCI	Unità di cure intensive
UST	Ufficio federale di statistica
WH	Work Hardening - allestimento completo professionale



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

Jacqueline Rüttimann

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