DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

DefReha©

Riabilitazione stazionaria: definizione e requisiti minimi

DefReha© 2.0

Preambolo

Nel confronto internazionale, la Svizzera dispone di uno dei migliori sistemi sanitari, che è però anche uno dei più costosi. I costi del sistema sanitario nel 2017 ammontavano complessivamente a CHF 83.6 miliardi, corrispondenti a circa il 13% del prodotto interno lordo (PIL). I costi fatturati all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) nel 2017 ammontavano a circa CHF 33 miliardi e secondo diversi studi nei prossimi 15 anni dovrebbero addirittura raddoppiare. La parte principale dei costi sono le cure stazionarie negli ospedali che corrispondono a circa un quarto dei costi complessivi. La pressione sempre crescente sui costi nel sistema sanitario è infatti stata la forza trainante per la riforma del finanziamento degli ospedali nel 2012. Fino ad allora gli investimenti nelle strutture pubbliche erano assunti dai Cantoni e nelle cliniche private dai rispettivi enti gestori e le prestazioni riferite ai pazienti venivano remunerate in maniera diversa a seconda dei Cantoni, per forfait giornalieri o di reparto oppure con una combinazione di forfait giornalieri e riferiti al caso. Non esisteva oppure vi era solamente un abbozzo di riferimento alle prestazioni e tanto meno era possibile effettuare un confronto delle prestazioni ospedaliere a livello svizzero.

Il "nuovo finanziamento degli ospedali" aveva quale obiettivo creare una maggiore trasparenza, incentivare l'economicità e correggere incentivi errati presenti fino a quel momento, frenando così l'aumento dei costi nell'assicurazione di base. Ora gli ospedali vanno finanziati tramite una tariffa forfettaria uniforme a livello nazionale e orientata alle prestazioni, gli investimenti devono essere compresi nelle tariffe ed enti gestori pubblici e privati vanno trattati in egual modo. Con il nuovo sistema non è più l'ospedale quale istituto a essere finanziato, bensì sono le prestazioni al paziente che sono rimunerate. Così ora le prestazioni e i prezzi di cure ospedaliere a livello svizzero saranno trasparenti e paragonabili. La rimunerazione orientata alle prestazioni nel settore stazionario è stata avviata nel 2012, dapprima presso gli ospedali acuti tramite gli SwissDRG (DRG: Diagnosis Related Groups), un sistema di forfait per caso riferiti alle diagnosi. Nella Legge sull’assicurazione malattie (LAMal) il termine di "ospedale" in questo contesto si riferisce in egual misura a ospedali acuti, case per partorienti, cliniche psichiatriche e di riabilitazione. Diversamente rispetto ai DRG nel settore acuto, nel 2012 nella psichiatria e nella riabilitazione non erano praticamente disponibili lavori preliminari per un sistema di finanziamento orientato alle prestazioni e forfettario. Questi modelli andavano dunque ancora sviluppati. Nel 2018 è stata introdotta la TARPSY per la psichiatria stazionaria, mentre lo sviluppo di una tariffa uniforme a livello svizzero per la riabilitazione è ancora in elaborazione e il previsto "ST Reha" non sarà introdotto prima del 2022.

Oltre alla medicina acuta e alle cure di lunga durata, la riabilitazione è uno dei tre pilastri principali dell'assistenza medico-sanitaria in Svizzera e non ha nulla a che vedere con Wellness o cure termali, bensì è un settore specializzato medico-sanitario autonomo e altamente specializzato.

L'assistenza sanitaria stazionaria si trova tra pianificazione e concorrenza, in una situazione di interessi contrapposti. Ogni Cantone deve pianificare il bisogno di prestazioni medico-sanitarie stazionarie della propria popolazione residente. Occorre tener altresì conto dei flussi di pazienti provenienti da fuori Cantone. Il bisogno viene determinato a livelli ricostruibili, vale a dire basandosi su dati e confronti statisticamente giustificati (art. 58b OAMal).

Tramite un posto sull'elenco cantonale degli ospedali, le cliniche di riabilitazione ottengono un mandato di prestazioni ai sensi della LAMal e possono dunque fatturare

a carico dell'AOMS. Tanto sono differenti l'attuale finanziamento di prestazioni della riabilitazione a livello svizzero nelle singole cliniche, quanto sono definiti in maniera eterogenea anche i singoli mandati di prestazioni cantonali stessi. Per poter raggiungere un'armonizzazione e una remunerazione appropriata di prestazioni comparabili occorre urgentemente una definizione nazionale uniforme, univoca e trasparente della riabilitazione, sapere quali sono i requisiti posti a strutture e processi e dunque anche chi può fatturare la riabilitazione secondo una futura struttura tariffale "ST Reha". I requisiti minimi posti alla qualità della struttura, del processo e dei risultati vanno inoltre chiariti, affinché i Cantoni possano applicarli quale condizione per un posto su un elenco cantonale degli ospedali.
In occasione della propria riunione plenaria nel mese di maggio 2018, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) ha approvato le proprie raccomandazioni all'indirizzo dei Cantoni per quanto riguarda la pianificazione ospedaliera. Le raccomandazioni valgono per principio per la pianificazione di prestazioni in tutti i settori delle cure (somatica acuta, psichiatria e riabilitazione). Sulla base del concetto di gruppi di prestazioni di pianificazione ospedaliera (GPPO), le raccomandazioni sono però orientate in primo luogo al settore somatico acuto. Affinché anche nel settore della riabilitazione si possa raggiungere una maggiore trasparenza nell'ambito delle prestazioni, nel quadro di basi precedenti della pianificazione per la riabilitazione sono stati costituiti diversi gruppi di prestazioni specializzati, come ad esempio la riabilitazione muscolo-scheletrica, neurologica o internistica-oncologica. Tal gruppi di prestazioni spesso si orientano alle strutture esistenti a suo tempo. Nel frattempo, la medicina riabilitativa si è sviluppata ulteriormente e occorre dunque anche affinare maggiormente le basi. Tra gli altri servono diverse definizioni e prescrizioni, ad esempio per la qualità minima strutturale o dei processi (tipo, estensione, qualificazione del personale e/o della dotazione, come pure delle strutture di cooperazione) oppure per la qualità delle indicazioni o dei risultati (prescrizioni riferite all'allestimento di indicazioni e a risultati di trattamenti). A tale scopo dapprima è necessario rilevare e analizzare i dati secondo criteri uniformi a livello nazionale, dati su cui i Cantoni si baseranno poi per la pianificazione del settore riabilitazione. Non da ultimo ai Cantoni occorre una definizione unitaria di riabilitazione, per poter determinare in ogni regione il bisogno e l'offerta. Sui risultati di quest'ultimo rilevamento si baserà in seguito l'attribuzione delle prestazioni e dunque l'autorizzazione per una clinica di riabilitazione a fornire prestazioni nell'ambito delle cure medico-sanitarie obbligatorie.
Non appena per i settori psichiatria e riabilitazione, analogamente ai GPPO nel settore acuto, sarà disponibile un progetto di gruppi di prestazioni basato a livello svizzero su dati medico-sanitari e un elenco dettagliato di definizioni e di criteri per la riabilitazione, la CDS deciderà se e come l'impiego di tali dati andrà raccomandato a livello svizzero ai Cantoni per la pianificazione della psichiatria e della riabilitazione.
A tale scopo DefReha 2.0 rappresenta una buona base dettagliata e fondata elaborata da specialisti del settore. I nostri migliori ringraziamenti per questo grande e straordinario lavoro!

Dr. med. Peter Indra, MPH
Responsabile dell'assistenza sanitaria del Canton Basilea Città e già vice direttore UFSP

Origine del presente documento

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

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

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

Tutti i gruppi di interesse della riabilitazione stazionaria – 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, tutti gli attori devono essere coinvolti e il documento DefReha© (versione 1.0) potrà essere utile verso la ricerca del consenso.

La versione 1.01 presentata in data 10 dicembre 2015 comprende adattamenti basati sulla procedura di proposta 2014. In tale contesto sono state fatte delle precisazioni al capitolo 3.2.8 Riabilitazione psicosomatica.

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

La versione descrive pure i requisiti di criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, infrastrutturale e del personale. Si tratta di requisiti aziendali che dal punto di vista del settore devono essere presupposti per permettere l'erogazione di prestazioni della riabilitazione stazionaria. 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 stazionaria e in tal senso neppure alla nozione di riabilitazione così come deve essere impiegata nell'erogazione stazionaria di prestazioni.
La necessità di una versione 2.0 è sorta dallo sviluppo ulteriore della struttura tariffale ST Reha, con sistematica ad albero decisionale, decisa dalla SwissDRG SA, integrando prestazioni di riabilitazione codificabili in quanto caratteristiche rilevanti per il raggruppamento. L'obiettivo dichiarato della SwissDRG SA è garantire maggiormente il riferimento alla prestazione.
Per sviluppare il rilevamento delle prestazioni occorre raffigurare le prestazioni della riabilitazione stazionaria nella statistica medico-sanitaria dell'Ufficio federale di statistica (UST), ciò che finora non è disponibile in modo integrale. DefReha© 2.0 crea per la prima volta i presupposti per tale raffigurazione. Le prestazioni della riabilitazione stazionaria sono descritte dal punto di vista del contenuto e delle quantità. Sin dalla fine dell'anno 2016 la FMH e le sue società specialistiche avevano svolto ampi lavori per definire le prestazioni di base nei nove tipi di riabilitazione. Tali lavori della FMH sono stati messi a disposizione anche a H+ e sono in parte confluiti in DefReha 2.0. Su tale base è ora possibile completare il catalogo delle procedure medico-sanitarie (catalogo CHOP) con le prestazioni della riabilitazione stazionaria. Unicamente con questi dati della statistica medico-sanitaria rilevati e definiti in modo uniforme a livello nazionale, la competente SwissDRG SA è in grado di elaborare, come da sua decisione, lo sviluppo di una struttura tariffale orientata alle prestazioni basandosi su prestazioni codificate. In tale contesto H+ è un partner affidabile e i suoi membri in passato si sono sempre impegnati, orientandosi alle soluzioni, a favore dello sviluppo ulteriore della struttura tariffale della riabilitazione stazionaria. Con DefReha© 2.0, da parte degli utenti e di coloro che con la propria prestazione generano un beneficio per i pazienti, è ora stata creata la base per la definizione uniforme di prestazione e requisito minimo per l'erogazione della prestazione. Tutti gli altri attori sono invitati ad analizzare tale base e ad avviare il dialogo con H+ al fine di creare un'ampia accettazione per questa base e dunque nel migliore dei casi una direttiva generalmente accettata per la riabilitazione stazionaria.

Con i migliori ringraziamenti alla commissione per la redazione della Conferenza attiva Riabilitazione di H+ che ha canalizzato gli ampi riscontri all'adattamento di DefReha 1.01 fino a DefReha 2.0 e li ha finalizzati allestendo il presente documento.

Commissione di redazione della versione 2.0:

- Prof. Dr. Stefan Bachmann, direttore sanitario e primario di reumatologia/medicina interna delle cliniche Valens
- Dr. Stefan Goetz, primario di riabilitazione e geriatria acuta
  HFR Meyriez-Murten e HFR Tafers
- Dr. Gianni Roberto Rossi, CEO Rehaklinik Bellikon, Bellikon
- Markus Tschanz, responsabile tecnico Tariffe e riabilitazione,
  H+ Gli Ospedali Svizzeri, Berna

Indice

1 Introduzione 7

1.1 Quadro legislativo 9
1.2 Osservazione generale del processo di cura verso la riabilitazione 10
1.3 Distinzione tra criteri minimi relativi alla prestazione e criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale 10

2 Riabilitazione in Svizzera: panoramica 11

2.1 Definizione 11
2.2 Obiettivi 12
2.3 Prestazioni di base 13
2.4 Pianificazione dell'assistenza 13
2.5 Raffigurazione della tariffa e potenziale di miglioramento 14
2.6 Posizione della riabilitazione nel processo di cura 16
2.7 Distinzione tra le prestazioni dell'assistenza acuta e della riabilitazione 18
2.8 Distinzione tra la riabilitazione e altri settori 19
2.9 Significato del sistema di forfait per caso 22

3 Tipi di riabilitazione e requisiti minimi 23

3.1 Criteri per la distinzione dei tipi di prestazioni nella riabilitazione stazionaria 23
3.2 Riabilitazione a sorveglianza elevata 24

3.2.1 Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale 24
3.2.2 Prestazioni minime al paziente 24
3.2.3 I criteri di inclusione e di esclusione per l'avvio della riabilitazione con obbligo di sorveglianza 24

3.3 Spiegazioni relative alla rappresentazione grafica 26

3.3.1 Riabilitazione geriatrica 27
3.3.2 Riabilitazione internistica e oncologica 30
3.3.3 Riabilitazione cardiovascolare - Riabilitazione cardiologica e riabilitazione in caso di affezioni cardiocircolatorie 34
3.3.4 Riabilitazione muscolo-scheletrica 38
3.3.5 Riabilitazione neurologica 41
3.3.5.1 Raffigurazione dettagliata della riabilitazione con obbligo di sorveglianza nel settore della riabilitazione neurologica: 43
3.3.6 Riabilitazione pediatrica 45
3.3.7 Riabilitazione paraplegiologica 49
3.3.8 Riabilitazione psicosomatica 54
3.3.9 Riabilitazione pneumologica 57

4 Riflessioni in merito all'applicazione di contenuti di DefReha© 2.0 a strutture tariffali e mandati di prestazione cantonali e alla codifica di prestazioni di riabilitazione 60

1 Introduzione

Il presente documento è stato redatto allo scopo di definire il concetto di riabilitazione e in particolare della riabilitazione stazionaria nell'attuale quadro giuridico e, su tale base, di introdurre un sistema di rimunerazione valido a livello nazionale per la riabilitazione stazionaria somatica e psicosomatica. La definizione di casi di psichiatria e di riabilitazione psichiatrica come pure della riabilitazione ambulatoriale e di offerte dell'assistenza transitoria non sono oggetto di DefReha © 2.0.

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

L'obiettivo del presente documento è riassumibile come segue:

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

Il prossimo passo verso una struttura tariffale sempre più orientata alle prestazioni è il raggruppamento dei casi, dei diversi tipi di riabilitazione, rilevante a livello tariffale, attribuendo, mediante il grouper, ogni caso della riabilitazione al gruppo adatto, a seconda delle presta-

zioni e tenendo conto del grado di dipendenza o del grado di gravità. Spetta alla SwissDRG SA chiarire tutte le questioni relative alla struttura tariffale ST Reha.

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

1.1 Quadro legislativo

LAMal art. 39 Ospedali e altri istituti

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

a. garantiscono una sufficiente assistenza medica;
b. dispongono del necessario personale specializzato;
c. dispongono di appropriate installazioni mediche e garantiscono una fornitura adeguata di medicamenti;
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.

Art. 49 LAMal Convenzioni tariffali con gli ospedali
Cpv. 1 "(...) Tali importi sono fissati di norma per ogni singolo caso. Essi si rifanno alle prestazioni e si basano su strutture uniformi per tutta la Svizzera. …"

Art. 59d OAMal Importi forfettari riferiti alle prestazioni
Cpv. 4 "Il legame che deve essere stabilito con la prestazione ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 della legge deve permettere una differenziazione della tariffa secondo il tipo e l'intensità della prestazione."

Le disposizioni nella LAINF, nella LAI e nella LAM divergono da quelle della LAMal qui menzionate e dalle rispettive ordinanze. Come già nella medicina somatica acuta, tuttavia, sussiste il consenso da parte del legislatore sul fatto che per tutti i settori delle assicurazioni sociali debba essere applicato un sistema di rimunerazione 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 rimunerate mediante versamenti di tasca propria dei pazienti,

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

Ordinanza sulle prestazioni, OPre, Allegato 1[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] https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19950275/index.html
È citato il primo capoverso - prescrizioni dettagliate cfr. punto 11 allegato 1 dell'OPre.

1.2 Osservazione generale del processo di cura verso la riabilitazione

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

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

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

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

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

1. definire il tipo di prestazioni diverse - il presente documento intende riassumere il punto di vista dei fornitori di prestazioni e fornire aiuto in tal senso. Oltre ai fattori medico-sanitari che segnano l'inizio e la fine della riabilitazione stazionaria, anche le prestazioni e le combinazioni di prestazioni dei tipi di riabilitazione descritti dovranno essere raffigurati in modo concreto. Fanno parte della definizione[2] :

    - criteri minimi misurabili per la fornitura di prestazioni
    - criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

2. stabilire valori soglia per la prestazione fornita all'interno dell'albero decisionale per il raggruppamento dei casi, al fine di tener adeguatamente conto della prestazione nella futura struttura tariffale. All'interno dell'albero decisionale della struttura tariffale occorre creare l'opportunità di raffigurare brevi (massimo tre giorni) criteri minimi inferiori per l'erogazione di prestazioni dovuti al peggioramento dello stato del paziente.

3. Per le prescrizioni provenienti da altre leggi - LAINF, LAI, LAM - il legislatore si attende, nella misura del possibile, che le medesime prestazioni non siano raffigurate con strutture tariffali differenti.

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

2 Riabilitazione in Svizzera: panoramica

2.1 Definizione

Secondo la definizione dell'OMS[3], la riabilitazione è un processo che mira a ripristinare e a mantenere le capacità fisiche, sensoriali, intellettuali, psicologiche e sociali delle persone con disabilità. La riabilitazione crea le basi per raggiungere il più alto livello possibile di autonomia e autodeterminazione. L'obiettivo primario è quello di ripristinare l'autonomia e l'autodeterminazione per quanto possibile nell'ambiente consueto, per esempio l'attuale situazione abitativa. Se il decorso della riabilitazione dimostra che ciò non è possibile, tale obiettivo va adeguato e/o devono essere previste modifiche nell'ambiente consueto.

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

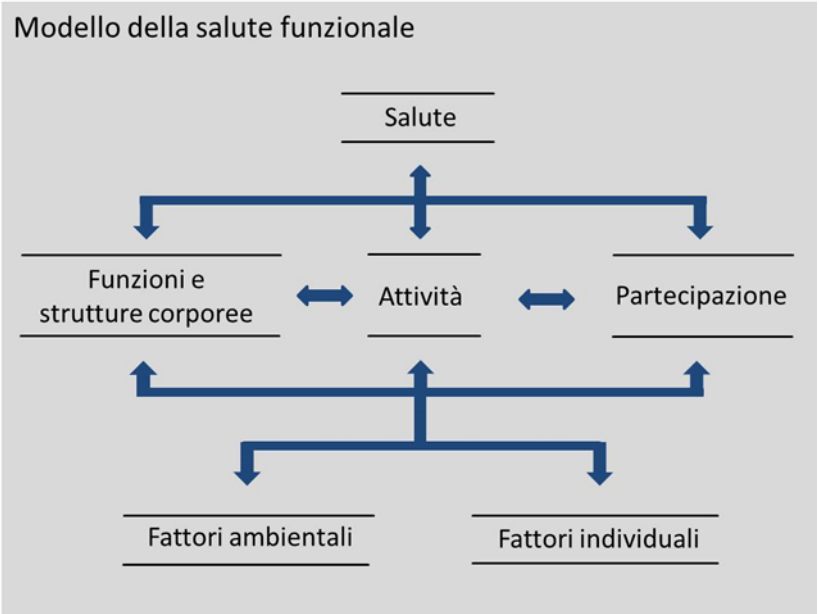

Figura 1: modello della salute funzionale secondo i criteri ICF

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

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

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

2.2 Obiettivi

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

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

Si mira al raggiungimento degli obiettivi mediante le cure più diverse nel quadro di un complesso di misure terapeutiche. Quest'ultimo può contenere prestazioni che, considerate in maniera isolata, non adempiono i criteri di prestazione obbligatoria che deve essere assunta dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). La giurisprudenza vigente[4] ha accolto l'assunzione di tali prestazioni da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel quadro di un complesso di misure terapeutiche, a condizione che l'indicazione per la prestazione e la stragrande maggioranza delle prestazioni siano costituite da prestazioni obbligatorie dell'AOMS.

[4] Tale giurisprudenza è stata codificata nell'art. 71a cpv. 1 lett. a OAMal, con riferimento a medicamenti. I principi generali inoltre sono deducibili anche dalla regolamentazione dell'art. 64 cpv. 3 LPGA (commentario KIESER sulla LPGA, N 31 ss. relativa all'art. 64). Secondo giurisprudenza e letteratura la condizione è che le misure siano strettamente connesse tra di loro e che complessivamente prevalga la prestazione obbligatoria. → DTF 120 V 200 cons. 7b; 139 V 509 cons. 5.2; Sentenza del Tribunale federale 9C_108/2014 del 26 settembre 2014 cons. 3.1; Sentenza del TFA K 153/06 del 28 novembre 2007 cons. 3.5.2 s.; cfr. pure DTF 134 V 1 cons. 6.2.1
Una connessione qualificata in tal modo sussiste quando la misura non obbligatoria rappresenta una condizione indispensabile per l'attuazione di prestazioni obbligatorie. DTF 130 V 532 cons. 6.1; Sentenza del TAF K 991 dell'11 maggio 1998 cons. 3, in: RAMI 1998; p. 306

2.3 Prestazioni di base

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

- Valutazione specifica all'ammissione e alla dimissione
- Di regola, documentazione del caso e del decorso riferita all'ICF e all'ICD
- Documentazione e verifica degli obiettivi riabilitativi individuali per ogni paziente
- Piani individuali con terapie singole e offerte per gruppi
- Coinvolgimento di pazienti e familiari
- Coordinamento delle misure di riabilitazione multiprofessionali e interdisciplinari Il coordinamento è diretto da medici e posto sotto la loro responsabilità. Esso è documentato e corrisponde agli obiettivi di riabilitazione.
- Impiego coordinato, individuale e orientato agli obiettivi di personale specializzato in riabilitazione secondo gli obiettivi di riabilitazione stabiliti per attuare le misure di riabilitazione
    - Medici specialisti in riabilitazione
    - Fisioterapisti
    - Ergoterapisti
    - Logopedisti
    - Psicologi/neuropsicologi
    - Assistenti sociali
    - Dietisti
    - Personale curante e personale curante con conoscenze ampliate in cure riabilitative[5]
    - Personale addetto alla formazione dei pazienti
    - Terapisti complementari
    - Educatori
    - Insegnanti
    - Spiritual care / sostegno spirituale
- Pianificazione dell'assistenza d'uscita e successiva strutturata e avviata per tempo

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

Le prestazioni di base descritte in modo generale nel presente capitolo ora sono descritte nel dettaglio per ogni tipo di riabilitazione a partire dal capitolo 3.2. Le descrizioni raccolgono le conoscenze attuali relative alla fornitura di prestazioni effettiva ed economica e i criteri minimi misurabili per la fornitura di prestazioni.

2.4 Pianificazione dell'assistenza

Dato che in Svizzera l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera è di responsabilità cantonale, alla fine ogni Cantone definisce i propri criteri. Giusta l'art. 39 cpv. 2 LAMal i Cantoni

[5] La nozione di cure riabilitative non è ancora definita in modo generalmente vincolante con contenuti vincolanti e regolamenti per il perfezionamento professionale riconosciuti a livello nazionale. Il termine è comunque utilizzato in DefReha© a partire dalla versione 2.0. Ciò in vista della versione 3.0 che definirà i termini mancanti relativi alle cure terapeutiche-di attivazione (cure riabilitative) in cooperazione con gli infermieri. Nelle citate prestazioni minime non sono perciò definite a livello temporale le prestazioni di cura.

sono tenuti a coordinare la pianificazione. Gli articoli 25, cpv. 2, 39 cpv. 1 e 3, 49 e 56 LAMal formano il quadro giuridico per l'obbligo di rimunerazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. H+ Gli Ospedali Svizzeri sostiene l'applicazione uniforme di criteri comparabili impiegati nell'attribuzione di mandati di prestazioni.

DefReha© appoggia tale richiesta tramite una distinzione uniforme

- tra le prestazioni di riabilitazione e altre prestazioni di post-terapia nel capitolo 2.2
- tra i diversi tipi di riabilitazione a partire dal capitolo 3.2
- tra casi di somatica acuta e di riabilitazione tramite la descrizione di criteri all'inizio e alla fine della riabilitazione stazionaria

e dalla versione 2.0 con la definizione

- di criteri minimi misurabili per la riabilitazione a partire dal capitolo 3.2 e per ogni tipo di riabilitazione

2.5 Raffigurazione della tariffa e potenziale di miglioramento

Basi legali prima della raffigurazione tariffale:

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

Raffigurazione della tariffa:

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

Possibilità di miglioramento della raffigurazione tariffale:

- in particolare il processo di riabilitazione andrebbe raffigurato anche a livello tariffale. A nostro avviso sussiste un grosso potenziale di miglioramento nelle interfacce e nei punti di contatto verso strutture assistenziali e tariffe diverse. Motivazione: il beneficio maggiore per i pazienti dato dall'interfaccia tra la cura acuta e la riabilitazione risiede nella definizione adeguata dell'indicazione e nel momento ottimale per il trasferimento al fornitore di prestazioni adeguato e, secondo le informazioni aggiornate, a stabilirlo in modo più efficace sono congiuntamente i medici curanti su entrambi i lati del punto di contatto. Può capitare, in questo frangente, che la riabilitazione stazionaria possa iniziare anche dopo una «pausa» in seguito al trattamento acuto o acuto ospedaliero oppure dopo il trattamento presso le cure acute e transitorie CAT.

- Le prestazioni che non costituiscono prestazioni di riabilitazione in senso stretto, ad esempio dialisi, terapie oncologiche o terapie onerose per combattere i dolori, che devono aver luogo durante la riabilitazione stazionaria, vanno tenute in considerazione sia nei mandati di prestazione cantonali sia nella raffigurazione tariffale.

- L'attuale obbligo di chiedere preventivamente a medici di fiducia e medici assicurativi l'autorizzazione per la riabilitazione stazionaria necessita un'osservazione armonizzata a livello nazionale per quanto riguarda l'allestimento di indicazioni. I fornitori di prestazioni si aspettano dal legislatore e dai partner che si persegua congiuntamente l'eliminazione dell’attuale processo non efficace di garanzia finanziaria. Altrimenti il rischio è che la disparità di trattamento dei pazienti prosegua sistematicamente. Le procedure di garanzia dell'assunzione delle spese che si dilungano o sono svolte con modalità differenti celano inoltre il pericolo che le degenze della somatica acuta ospedaliera si prolunghino inutilmente. Attualmente non è chiaro chi dovrebbe assumersi i costi supplementari che ne deriveranno.

- L’idea all’origine della garanzia dell'assunzione delle spese risale a un periodo in cui la separazione tra riabilitazione, cura balneare e benessere non era così chiara. L’AOMS poteva allora prevenire un ricorso ingiustificato alle prestazioni solo con questa ordinanza. Oggi, invece, si tratta di definire in un modo condiviso da tutte le parti in causa le varie sfaccettature e le fasi della riabilitazione, a cominciare dai criteri di inclusione e di esclusione per l’inizio e la fine della riabilitazione stazionaria e dalla definizione delle prestazioni. Questa è la modalità migliore per contrastare malintesi, incertezze o incentivi monetari motivati unilateralmente o l'accusa rivolta agli attori di essere motivati da egoismo e che non agiscano secondo le intenzioni del paziente.

- H+ sostiene per principio l'elaborazione della tariffa stabilita dalla SwissDRG SA verso una struttura tariffale orientata alle prestazioni. Importante è l'ammissione chiara che il raggruppamento della struttura tariffale non avviene secondo diagnosi. Con l'ausilio delle descrizioni delle prestazioni approvate in DefReha© 2.0 H+ s'impegnerà nel processo di proposta per la rielaborazione del catalogo CHOP. La discussione politica relativa alle prestazioni della riabilitazione stazionaria e della relativa tariffazione comprese regole uniformi di applicazione e di fatturazione deve svolgersi tra i partner tariffali nella SwissDRG e non può essere delegata ad altri collegi.

2.6 Posizione della riabilitazione nel processo di cura

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

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

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

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

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

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

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

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

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

come pure dell'ambiente circostante. Sulla scorta dell'analisi delle interazioni tra queste componenti, si estrapolano gli approcci di intervento possibili e si valutano il fabbisogno di riabilitazione, la capacità di riabilitazione e la prognosi. Le prestazioni della riabilitazione sono descritte in maniera generale a pagina 11 quali prestazioni di base.
Di regola il punto di partenza del processo è costituito dalla valutazione multidimensionale - in breve: l'osservazione globale della situazione del paziente nella sua attuale situazione di vita

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

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

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

La ***prognosi riabilitativa*** è una dichiarazione motivata di probabilità del raggiungimento di un obiettivo di riabilitazione convenuto di comune accordo. Nell'arco di un periodo necessario, diversi interventi basati sull'attuale affezione/disabilità, sul decorso, sulla capacità di ripristino e sul potenziale di compensazione vengono effettuati in funzione delle risorse individuali.
Una valutazione regolare monitora le limitazioni residue delle funzioni e delle strutture corporali, delle attività e della partecipazione, come pure il grado di raggiungimento degli obiettivi di riabilitazione fissati.

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

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

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

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

Dato che l'interfaccia tra medicina somatica acuta e riabilitazione può creare problemi di distinzione, occorrerebbe formulare criteri di differenziazione affinché si possa valutare su basi qualificate, decise in modo differenziato e in comune da quando dal punto di vista medico l'assistenza acuta può ritenersi conclusa. Da quel momento, può avere inizio la cura successiva prefissata e indicata. Ciò presuppone che le caratteristiche del paziente alla conclusione dell'assistenza acuta siano state identificate in modo inequivocabile.
Quando sussiste l'indicazione per una riabilitazione stazionaria è presupposto inoltre che il fornitore di prestazioni adempia le condizioni affinché possa effettivamente fornire il tipo e l'intensità delle prestazioni medico-sanitarie, terapeutiche e di cura nella struttura di riabilitazione.

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

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

2.8 Distinzione tra la riabilitazione e altri settori

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

Come esposto sopra, DefReha© si concentra sulla riabilitazione stazionaria. Nel contesto svizzero occorre tener conto del fatto che la riabilitazione stazionaria deve essere fornita in aziende parificate agli ospedali nella LAMal.[1]

Le terapie di riabilitazione specializzate interdisciplinari e multimodali sono frequenti anche nel contesto ambulatoriale = riabilitazione ambulatoriale[6], cfr. BOX:

- Riabilitazione ambulatoriale
  In istituti specializzati è possibile svolgere una riabilitazione ambulatoriale sotto forma di trattamento interdisciplinare e multimodale.

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

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

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

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

- Trattamento successivo/post- terapia
- Cure transitorie risp. cure acute e transitorie CAT
- Cura balneare
- Cure palliative
- Convalescenza
- Terapie ambulatoriali

[6] La delimitazione tra riabilitazione ambulatoriale e ospedaliera non fa parte del contenuto di DefReha© 2.0. Ciò può essere inteso quale indicazione per l'elaborazione in vista della versione 3.0.

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

Cure transitorie risp. cure acute e transitorie CAT
Se alla conclusione della degenza ospedaliera si rendono necessarie soltanto prestazioni di cure acute e transitorie CAT, è indicata una cura al di fuori dell'ospedale ai sensi dell'art. 25a LAMal[7].
Il termine cure acute e transitorie CAT è impiegato nell'interfaccia tra ospedale e Spitex, rispettivamente tra ospedale e istituto di cura. L'art. 25a, cpv. 2 LAMal disciplina le prestazioni delle cure transitorie e fissa a due settimane il periodo in cui, ai sensi del finanziamento ospedaliero, queste prestazioni vengono rimunerate (solo prestazioni di cura). Le cure devono essere dispensate su prescrizione medica. Lo stato di salute del paziente è pertanto determinante nella decisione sul contesto e sul metodo di cura. Se a livello metodico nel contesto delle cure acute e transitorie CAT, nel contesto di un ospedale acuto o della riabilitazione stazionaria 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.

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

Cure palliative
Nella sua definizione[8], l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM)[9] 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

---

[7] Art. 25a LAMal Cure in caso di malattia

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

8 Cfr. Vademecum des soins palliatifs, Etienne Rivier et al, Médecine & Hygiène Ginevra, 2008.
9 „Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Vom Senat der SAMW genehmigt am 23. Mai 2006." Versione finale. Tutte le direttive etico-mediche dell'ASSM sono consultabili sul sito https://www.samw.ch/de.html.

propone di mantenere per quanto possibile alta la qualità di vita del paziente fino alla sua morte. Con le cure palliative si tenta di alleviare le sofferenze e, in conformità con i desideri del paziente, di tenere in debito conto anche gli aspetti sociali, morali, spirituali e religiosi. Tali cure, quando sono di grande qualità, sottostanno a conoscenze e a metodi di lavoro professionali, e vengono prodigate, nei limiti del possibile, nel posto auspicato dal paziente. Se assumono il loro senso più profondo al momento dell'agonia e della morte, le cure palliative andrebbero comunque proposte al paziente in anticipo, nella fase precoce della sua malattia, eventualmente già parallelamente alle misure curative."

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

Cure palliative

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

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

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

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

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

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

2.9 Significato del sistema di forfait per caso

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

I forfait per caso nell'assistenza ospedaliera acuta motivano i fornitori di prestazioni a ridurre la durata della degenza nella misura in cui ciò sia responsabile dal punto di vista medico. In seguito a trasferimenti precoci dagli ospedali acuti alla riabilitazione, i medici degli istituti di riabilitazione stazionaria sono vieppiù confrontati con situazioni mediche che oltre alla prestazione di riabilitazione vera e propria richiedono pure ulteriori prestazioni medico-sanitarie (acute). Spesso soltanto dalla combinazione delle indicazioni per la riabilitazione specializzata, coordinata, interdisciplinare assieme all'indicazione per una prestazione medico-sanitaria ulteriore, di frequente con l'aggiunta di fattori sociali che la rendono più complicata, risulta infine **l'indicazione vera e propria della *riabilitazione stazionaria*.** Per gli istituti che offrono trattamenti di riabilitazione tali casi sono sinonimi di spese susseguenti, ad es. perché si rendono necessarie visite mediche più frequenti, per provvedimenti d'igiene e di isolamento (ad es. MRSA). Se numerosi pazienti vengono trasferiti anticipatamente nella riabilitazione, all'inizio spesso è possibile effettuare solo terapie singole e non di gruppo, con la conseguente necessità di maggiori risorse di personale. Per tutti questi motivi, è necessario formulare criteri che descrivano le prestazioni della riabilitazione, ma anche definire criteri medico-sanitari che aiutino a evitare dimissioni precoci e inadeguate dagli ospedali acuti, come pure dalle cliniche di riabilitazione.

La decisione adottata dalla SwissDRG SA nel mese di giugno 2018, vale a dire di coinvolgere maggiormente il riferimento alle prestazioni nella struttura tariffale ST Reha, anche in questo caso indica la via dei forfait per caso. Il raggruppamento in tal caso non deve essere effettuato orientandosi alle diagnosi, bensì logicamente alle prestazioni. Affinché siano disponibili i corrispondenti dati sulle prestazioni, questi ultimi sono rilevati nell'ambito della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri. In tale contesto è molto importante il catalogo «Classificazione svizzera delle operazioni (CHOP)» per rilevare i trattamenti, le procedure ma anche le valutazioni. DefReha© 2.0 fornisce ora definizioni per le prestazioni che dovranno essere inserite mediante la procedura di proposta ordinaria per l'adeguamento del catalogo CHOP. Il catalogo CHOP dovrà raffigurare, ma non definire le prestazioni. DefReha© 2.0 illustra pure definizioni relative alle condizioni per la fornitura di prestazioni. Di regola queste ultime sono rilevanti per il finanziamento o per la pianificazione e fanno dunque parte dei mandati di prestazione cantonali. La discussione a livello di contenuto relativa alle prestazioni di riabilitazione andrà condotta unicamente in seno ai collegi legittimati e universalmente riconosciuti. Dal punto di vista di H+ Gli Ospedali Svizzeri ad oggi entrano in considerazione unicamente i collegi facenti parte della SwissDRG SA.

3 Tipi di riabilitazione e requisiti minimi

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

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

Il numero e il grado di dettaglio dei diversi tipi di riabilitazione sono raffigurati in nove sottocapitoli, il che corrisponde alle prestazioni di riabilitazione stazionaria 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. La sequenza segue semplicemente un ordine alfabetico. Anteposta alle altre è la descrizione della riabilitazione con obbligo di sorveglianza.

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 stazionaria, che rientra nel settore di competenza dei Cantoni. Requisiti più limitati, dal nostro punto di vista non vanno parificati a prestazioni della riabilitazione stazionaria.

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

Tutti i sottocapitoli sono strutturati allo stesso modo.

- **Definizione** del tipo di riabilitazione
- **Obiettivi** della cura
- **Prestazioni di base**[10] della cura
- **Requisiti minimi aziendali** di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale – punto di vista del settore relativo alle prescrizioni per mandati di prestazioni e autorizzazioni d'esercizio
- **Prestazioni minime al** paziente – prestazioni individuali, delimitabili **specifiche** di riabilitazione
- Rappresentazione grafica dei **criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della degenza per la riabilitazione stazionaria**.

[10] Per le prestazioni di base in generale cfr. Capitolo 2.3

3.2 Riabilitazione a sorveglianza elevata

In alcuni tipi di riabilitazione sussiste una **distinzione tra** offerte di **riabilitazione a sorveglianza elevata** (anche chiamata reparto intensivo di riabilitazione, *già* riabilitazione precoce) quale forma intensiva della riabilitazione stazionaria **e** le prestazioni della **riabilitazione stazionaria** «regolare». Le prestazioni della riabilitazione a sorveglianza elevata superano le prestazioni di base. Ciò si riferisce sia alle condizioni organizzative, infrastrutturali e di personale, sia pure alle ulteriori prestazioni minime al paziente e a situazioni medico-sanitarie particolari. La nozione di «riabilitazione precoce», in particolare nel contesto delle strutture tariffali e della raffigurazione di strutture tariffali da parte della SwissDRG SA, andrebbe impiegata esclusivamente per prestazioni ai sensi di provvedimenti riabilitativi in un contesto temporale precoce nei casi di somatica acuta, non però per la riabilitazione stazionaria!

3.2.1 Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

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

- è garantita la presenza di personale medico 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con disponibilità per il paziente entro 5 minuti;
- è garantita l'opportunità di due visite mediche al giorno per 7 giorni alla settimana;
- è garantita l'opportunità di monitoraggio permanente delle funzioni vitali e della sorveglianza visiva permanente diretta o elettronica del paziente da parte delle cure infermieristiche (in quanto sorveglianza - come lo dice il nome).
- è assicurata la fornitura di prestazioni di riabilitazione nei locali attrezzati per la sorveglianza.

3.2.2 Prestazioni minime al paziente

Prestazioni individuali, delimitabili e specifiche di riabilitazione nella riabilitazione a sorveglianza elevata che vanno oltre le prestazioni della riabilitazione stazionaria «regolare»:

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

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

I criteri medico-sanitari di inclusione e di esclusione per l'avvio della riabilitazione con obbligo di sorveglianza si spostano rispetto alla riabilitazione stazionaria «regolare». Le seguenti situazioni medico-sanitarie ad esempio sono comprese all'avvio della riabilitazione con obbligo di sorveglianza e curabili grazie alle condizioni accresciute a livello organizzativo, di personale e infrastrutturale, nella riabilitazione stazionaria «regolare» di solito costituiscono però un criterio di esclusione (eccezioni sono elencate nei relativi tipi di riabilitazione):

- Catetere venoso centrale
- Tracheostoma
- Drenaggio
- Situazione infettiva persistente

- Obbligo di isolamento
- Punzioni regolari
- Aritmie cardiache necessitanti di controllo e cure molto frequenti
- Dispositivi di assistenza ventricolare (VAD)
- Defibrillatore esterno da portare in modo permanente
- Dialisi appena iniziata (nel corso dei primi 3 mesi)
- Pazienti subito dopo un trapianto di cuore o di polmone
- Insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione non invasiva
- 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 per oltre 4 ore al giorno

Nei sottocapitoli seguenti singoli tipi di riabilitazione descrivono nel dettaglio la riabilitazione con obbligo di sorveglianza.

3.3 Spiegazioni relative alla rappresentazione grafica

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

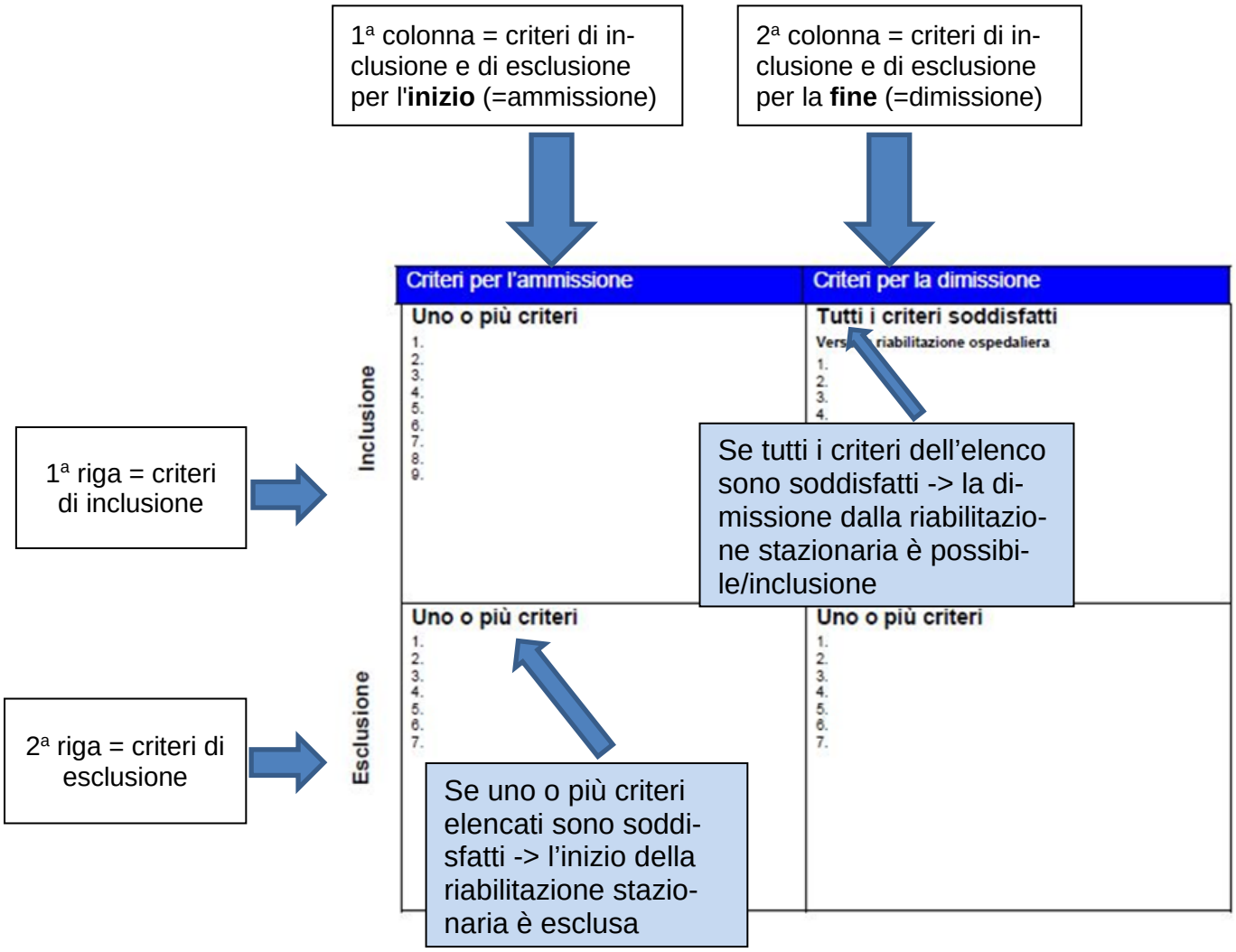

Figura 2: Struttura della tabella, con i *criteri di inclusione e di esclusione* nelle righe e l'*inizio e la fine della degenza stazionaria* nelle colonne.

3.3.1 Riabilitazione geriatrica

Definizione

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

Obiettivi

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

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

Riduzione dell'onere di cura e assistenza, anche per evitare inutili ricoveri in istituti di cura.

Prestazioni di base[11]

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 esperienza[12] in medicina riabilitativa oppure
  - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con due anni di esperienza presso un centro di perfezionamento[13] per la specializzazione in geriatria
- La presenza di personale medico è garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con disponibilità per il paziente entro 15 minuti.
- Cure infermieristiche a livello di SSS o SUP 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in loco.
- Sono garantite le cure di attivazione e riabilitative: queste ultime sostengono l'autonomia dei pazienti nel compiere attività rilevanti della vita quotidiana (in particolare: mobilità, vestirsi, igiene del corpo, assunzione di cibo, gestione di medicamenti). Le istruzioni e gli aiuti in tal caso dovranno essere ridotti a un minimo per fare in modo che le attività corrispondenti possano essere svolte in modo sicuro.
- Coordinamento dell'equipe diretta da medici, interdisciplinare, settimanale coinvolgendo il personale terapeutico, curante e che si occupa del coordinamento delle dimissioni[14].
  - per definire, verificare e adeguare gli obiettivi della riabilitazione.
  - per impiegare in maniera ottimale l'equipe di cura
  - per coordinare le prestazioni di riabilitazione
  - con susseguente informazione del paziente assicurata

---

[11] Per le prestazioni di base in generale cfr. Capitolo 2.3

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

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

[14] Coordinatore riabilitazione, servizio sociale ecc.

- chiarire l'ammissione con valutazione geriatrica strutturata al momento dell'ammissione (almeno nei settori della cognizione, attività della vita quotidiana, mobilità, stato di alimentazione e situazione sociale)
- pianificare le dimissioni con valutazione geriatrica strutturata al momento della dimissione (almeno nei settori attività della vita quotidiana e mobilità) e garantire l'assistenza successiva necessaria
- Personale specializzato con impiego fisso: fisioterapia, ergoterapia /terapia d'attivazione, consulenza sociale
- Personale specializzato con impiego fisso o coinvolto per cooperazione: logopedia, consulenza e terapia alimentare, psicologia / neuropsicologia
- Sostegno vitale di base (basic life support) garantito 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da parte di personale formato

Prestazioni minime al paziente
450 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). Vengono usate le prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui di seguito. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale.

- Fisioterapia
- Ergoterapia
- Consulenza sociale
- Logopedia
- Consulenza nutrizionale/ consulenza diabetologica
- Terapia medica di allenamento
- Terapia di rilassamento
- Terapia d'attivazione/ allenamento per la vita quotidiana
- Logoterapia e psicoterapia / neuropsicologia
- Consulenza relativa allo stoma e all'incontinenza

A causa della mancanza di criteri di distinzione generalmente riconosciuti tra le cure riabilitative e le ulteriori prestazioni di cura, in generale le prestazioni di cura non rientrano nei 450 minuti di prestazioni settimanali (in media, riferite a tutta la durata della degenza).

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

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	**Tutti i criteri soddisfatti** 1. Multimorbidità geriatrica (età del paziente di regola superiore ai 75 anni) con presenza documentata di più di una delle sindromi geriatriche seguenti: a. limitazione cognitiva, in particolare delirio regressivo b. immobilità c. aumento del rischio di caduta d. incontinenza fecale e/o urinaria e. malnutrizione e/o sarcopenia f. depressione o ansia g. riduzione della funzionalità degli organi sensoriali h. ulcere da decubito i. dolori cronici j. problemi di medicazione in caso di polimedicazione e/o mancata adesione terapeutica del paziente k. isolamento sociale. 2. Necessità di riabilitazione stazionaria, segnatamente a. dopo una cura acuta ospedaliera o b. in caso di comprovato potenziale riabilitativo dopo cura ambulatoriale a domicilio, in una casa anziani o in un istituto di cura.	**Tutti i criteri soddisfatti** **A: a casa o in un istituto per cure di lunga durata** 1. Lo stato complessivo consente di pianificare la continuazione della cura dopo la degenza. 2. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: a. la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente o b. 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. **B: verso un'assistenza acuta ospedaliera** Sorgono nuovi problemi e complicanze che richiedono un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta (più di tre interventi medici quotidiani per due giorni consecutivi). **C: verso un'altra struttura di assistenza** In seguito allo sviluppo clinico, il paziente può essere assegnato a un altro tipo di cura successiva.
Esclusione	**Uno o più criteri** 1. Cura somatica acuta e diagnosi non concluse. 2. Pazienti con un'affezione specifica che necessitano di una riabilitazione specializzata di altro tipo, in particolare la riabilitazione di paraplegie, affezioni neurologiche, traumi craniocerebrali, sindromi che richiedono una riabilitazione cardiovascolare, pneumologica o muscolo-scheletrica.	**Uno o più criteri** 1. Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente con assistenza meno intensiva di quella originariamente prevista. 2. Il peggioramento dello stato clinico è considerato temporaneo e non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza acuta.

3.3.2 Riabilitazione internistica e oncologica

Definizione

Fondamentalmente, si tratta di due settori differenti che però, visti i numerosi punti in comune, in questa sede approfondiremo insieme.

Entrambi perseguono un approccio orientato alle funzioni, alle attività e alla partecipazione secondo il modello ICF (International Classification of Function, Disability and Health).

Si tratta di settori medici dell'assistenza riabilitativa ambulatoriale e stazionaria, e comprendono misure diagnostiche e terapeutiche globali volte a ridurre le limitazioni delle attività e della partecipazione allo scopo di riportare i pazienti a una vita autodeterminata.

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 che coinvolge uno o più organi o sistemi di organi e che vengono coinvolti attivamente nel trattamento
- malnutrizione dovuta alla malattia
- in caso di / in seguito a trapianto di organi (escl. cuore e polmone)

Una riabilitazione internistica è indicata pure nei pazienti affetti da malattie del tratto gastrointestinale, trattamenti prolungati in medicina intensiva, malattie croniche avanzate, infiammazioni croniche, parassitosi ecc.

La riabilitazione oncologica si occupa di pazienti con limitazioni funzionali, limitazioni delle attività e della capacità di partecipare alle attività quotidiane dovute a un'affezione oncologica/ematologica e/o le conseguenze del trattamento di queste ultime. Le limitazioni funzionali possono riguardare tutti i sistemi di organi in portata e combinazione diverse e sono la causa più frequente di angosce psichiche supplementari.

Obiettivi

Gli obiettivi della riabilitazione internistica e della riabilitazione oncologica si basano sul modello della salute funzionale dell'ICF. L'obiettivo è una riduzione delle limitazioni funzionali, un miglioramento delle attività della vita quotidiana e sul lavoro, e un incremento della partecipazione.

Prestazioni di base[15]

La riabilitazione internistica e la riabilitazione oncologica sono discipline clinico-scientifiche che analizzano i riscontri della medicina riabilitativa, dell'oncologia, della medicina interna e di altri settori, integrandoli nel concetto riabilitativo diagnostico e terapeutico. I problemi complessi della limitazione, della multimorbidità, della comorbidità, come pure lo sviluppo di catene di cura e di assistenza integrate, sono approfonditi coinvolgendo fattori contestuali familiari, sociali ed economici, il che crea punti in comune con altri settori riabilitativi.

La riabilitazione internistica si differenzia dagli altri tipi di riabilitazione per il fatto che durante la degenza riabilitativa le limitazioni risultanti dalla complessità della multimorbidità o della

[15] Per le prestazioni di base in generale cfr. Capitolo 2.3

comorbidità vengono affrontate attivamente dal punto di vista medico e terapeutico. Un'assegnazione inequivocabile a un'altra disciplina riabilitativa non è quindi possibile.

La riabilitazione oncologica costituisce il metodo di cura medico per tutte le limitazioni dovute ad affezioni tumorali/ematologiche o al loro trattamento e aiuta i pazienti a ritrovare una vita autodeterminata.

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione internistica è posta sotto la guida qualificata di un
  - medico specializzato in medicina interna generale con due anni di esperienza[16] in medicina riabilitativa oppure
  - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con due anni di esperienza presso un centro di perfezionamento in medicina interna generale.

- La riabilitazione oncologica è posta sotto la guida qualificata di un
  - medico specializzato in medicina interna generale con due anni di esperienza[15] in medicina riabilitativa oppure
  - medico specializzato in oncologia medica o ematologia con due anni di esperienza[15] in medicina riabilitativa oppure
  - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con due anni di esperienza[15] presso un centro di perfezionamento[17] in medicina interna generale od oncologia o ematologia.

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

- Il piano di cura riferito al paziente dipende dall'obiettivo individuale documentato.
- Coordinamento della riabilitazione documentato e attivamente garantito
  - per definire, verificare e adeguare gli obiettivi della riabilitazione.
  - per un impiego ottimale dell'equipe di cura
  - per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione
- Cure infermieristiche a livello di SSS o SUP 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in loco.
- La presenza di personale medico è garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con disponibilità per il paziente entro 15 minuti.
- Sostegno vitale di base (basic life support) garantito 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da parte di personale formato
- Accesso regolato alla consulenza sullo stoma e sull'incontinenza e sulla terapia del dolore.
- 1 volta alla settimana visita di riabilitazione interdisciplinare con il coinvolgimento del personale medico, terapeutico, curante e che si occupa del coordinamento delle dimissioni[18]. Ulteriori prestazioni mediche secondo il bisogno.

Prestazioni minime al paziente

450 minuti di prestazioni alla settimana (in media, riferiti a tutta la degenza) Il ricorso alle prestazioni dei settori di formazione e terapeutici elencati qui di seguito dipende dall'indica-

---

[16] *esperienza nella medicina riabilitativa* tramite attività medica presso un centro di perfezionamento in medicina fisica e riabilitativa oppure una clinica stazionaria per pazienti della riabilitazione neurologica, muscoloscheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.
[17] Centro di perfezionamento professionale ai sensi della definizione dell'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM – Registro degli istituti
[18] Coordinatore riabilitazione, servizio sociale ecc.

zione e dalla resistenza del paziente. Le prestazioni vengono erogate secondo l'indicazione in contesto di gruppo o individuale.

- Fisioterapia e terapia sportiva (personale dipl.)
- Ergoterapia
- Terapia di rilassamento
- Allenamento per la vita quotidiana
- Consulenza nutrizionale/terapia alimentare
- Logoterapia e psicoterapia
- Psico-oncologia
- Consulenza diabetologica
- Consulenza sociale

A causa della mancanza di criteri di distinzione generalmente riconosciuti tra le cure riabilitative e le ulteriori prestazioni di cura, in generale le prestazioni di cura non rientrano nei 450 minuti di prestazioni settimanali (in media, riferite a tutta la durata della degenza).

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

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	**Tutti i criteri soddisfatti** 1. Pazienti adulti con a. una multimorbidità, disturbi della partecipazione e/o b. un deficit funzionale. 2. necessità di riabilitazione stazionaria, segnatamente a. necessità di un approccio riabilitativo multidisciplinare combinato, inclusa educazione o b. accertamento approfondito della causa della sindrome e dell'eventuale potenziale o c. continuazione della cura medica. 3. L'obiettivo è il ritorno a domicilio o il passaggio a un istituto di cura con la maggiore autonomia possibile. 4. L'ospedale acuto ha concluso la diagnosi e definito la strategia terapeutica.	**Tutti i criteri soddisfatti** **A: a casa o in un istituto di cura** Condizione: il potenziale riabilitativo per la riabilitazione stazionaria è esaurito. 1. Lo stato complessivo consente di pianificare la cura ambulatoriale successiva. 2. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: a. la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente dopo la dimissione o b. la valutazione interprofessionale rileva la fine delle possibilità di miglioramento della capacità funzionale. Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati. 3. I sintomi sono migliorati in modo sufficiente e adeguato al futuro ambiente. **B: verso un'assistenza acuta ospedaliera** Insorgono problemi o complicanze di medicina acuta che esigono una complessa infrastruttura diagnostica e terapeutica (instabilità circolatoria, metabolica e respiratoria, oltre tre interventi medici quotidiani per due giorni consecutivi). **C: verso un'altra struttura di assistenza** Considerato lo sviluppo clinico, il paziente può essere assegnato a un istituto con un altro tipo di cura e di assistenza (p.es. cure palliative specializzate).
Esclusione	**Uno o più criteri** 1. Parametri vitali instabili. 2. Pazienti con un'affezione specifica che necessitano di una riabilitazione specializzata di altro tipo, in particolare la riabilitazione di paraplegie, affezioni neurologiche, traumi craniocerebrali, sindromi che richiedono una riabilitazione cardiovascolare, pneumologica o muscolo-scheletrica. 3. Processo diagnostico non ancora concluso o definito, rispettivamente necessità di una sorveglianza intensa. 4. Mancata adesione del paziente alle misure terapeutiche.	**Uno o più criteri** 1. Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente meno restrittivo di quello originariamente previsto. 2. Il peggioramento dello stato clinico può essere trattato nelle strutture riabilitative.

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

Definizione

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

Una riabilitazione cardiovascolare è indicata

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

Obiettivi

Miglioramento della qualità di vita:

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

Miglioramento della prognosi:

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

Contributo alla stabilità dei costi:

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

Prestazioni di base[19]

- Le valutazioni documentate di ammissione e dimissione comprendono esame clinico, test di rendimento (ergometria oppure test di 6 minuti di camminata), misurazione della qualità di vita, registrazione del profilo di rischio cardiovascolare
- misure riabilitative nel senso stretto del termine per il ripristino dell'integrità fisica e psichica del paziente;
- valutazione medica e ottimizzazione della cura, attuazione di una profilassi farmacologica secondaria adeguata;

[19] Per le prestazioni di base in generale cfr. Capitolo 2.3

- informazione sulla malattia (diagnosi e terapia) e sui fattori di rischio, formazione nella gestione della malattia (p.es. insufficienza cardiaca, ICV, VAD);
- correzione di una mancanza di movimento preesistente;
- programma di movimento quale strumento per un cambiamento dello stile di vita;
- Consulenza nutrizionale
- gestione dello stress, apprendimento di tecniche di coping, terapia di rilassamento;
- sostegno per la gestione di problemi psicosociali;
- disassuefazione dal fumo;
- consulenza e formazione sul diabete per diabetici;
- organizzazione della post-terapia, reintegrazione nella consueta quotidianità (incl. capacità lavorativa).

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione cardiovascolare è posta sotto la guida qualificata di un medico specializzato in cardiologia con due anni di esperienza[20] nella riabilitazione, in particolare di pazienti cardiologici. Lo specialista in cardiologia dispone di una formazione internistica almeno triennale.
- Il piano di cura riferito al paziente dipende dall'obiettivo individuale documentato.
- Coordinamento della riabilitazione documentato e attivamente garantito
  - per definire, verificare e adeguare gli obiettivi della riabilitazione.
  - per un impiego ottimale dell'equipe di cura
  - per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione
- Cure infermieristiche a livello di SSS o SUP 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in loco.
- La presenza di personale medico è garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con disponibilità per il paziente entro 15 minuti.
- Sostegno vitale di base (basic life support) garantito 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da parte di personale formato
- 1 volta alla settimana visita di riabilitazione interdisciplinare con il coinvolgimento del personale medico, terapeutico, curante e che si occupa del coordinamento delle dimissioni[21]. Ulteriori prestazioni mediche secondo il bisogno.
- Sussiste un concetto di urgenza e di allarme, RCP compresa defibrillazione è garantita in ogni momento durante le terapie, durante le attività che si svolgono all'esterno dell'area della clinica sono presenti 2 persone formate in RCP, di cui un terapista

[20] *Esperienza nella medicina riabilitativa* mediante attività medica presso una clinica con mandato di prestazioni di riabilitazione cardiologica
[21] Coordinatore riabilitazione, servizio sociale ecc.

Prestazioni minime al paziente

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

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

A causa della mancanza di criteri di distinzione generalmente riconosciuti tra le cure riabilitative e le ulteriori prestazioni di cura, in generale le prestazioni di cura non rientrano nei 630 minuti di prestazioni settimanali (in media, riferite a tutta la durata della degenza).

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

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	**Tutti i criteri soddisfatti** Tutte le affezioni cardiovascolari di tutte le fasce d'età con potenziale riabilitativo 1. Diagnosi acuta e terapia invasiva sono concluse 2. Funzioni vitali stabili 3. Indicazioni ai sensi del capitolo 3.3.3 DefReha 4. Capacità riabilitativa è data 5. Il paziente può partecipare a un programma di gruppo strutturato.	**Tutti i criteri soddisfatti** **A: verso una struttura domestica** 1. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: a. la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente dopo la dimissione; la riabilitazione può essere proseguita nella fase III (gruppo cardiaco) o b. non ci si attende più un miglioramento significativo e secondo le scale di valutazione la capacità funzionale non aumenterà più. **B: verso un'assistenza acuta ospedaliera** Sorgono nuovi problemi e complicanze che richiedono un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta. **C: verso un'altra struttura di assistenza non acuta** Non ci si attende progressi che renderebbero possibile una dimissione a casa. La cura e l'assistenza possono continuare in un istituto meno intensivo o più adeguato.
Esclusione	**Uno o più criteri** Tutti i criteri menzionati al punto a) per la riabilitazione con obbligo di sorveglianza (1-22): 1. aritmie maligne non controllate rilevanti dal punto di vista emodinamico 2. insufficienza cardiaca decompensata con necessità di vasopressori 3. insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva 4. infezione settica con instabilità emodinamica 5. instabilità emodinamica 6. gravi problemi muscolo-scheletrici con autonomia limitata e nessun potenziale di integrazione 7. grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata 8. malattia parossistica non controllata/non controllabile 9. nuova paralisi eziologicamente non accertata 10. intervento chirurgico in sala operatoria il giorno previsto dell'ammissione e giorno successivo per tutti gli interventi 11. necessità di valutazione o consultazione per un intervento in sala operatoria previsto il giorno successivo 12. cateterismo cardiaco il giorno previsto dell'ammissione 13. angiografia il giorno previsto dell'ammissione 14. biopsia di un organo interno il giorno previsto dell'ammissione 15. punzione toracica o addominale il giorno previsto dell'ammissione 16. nuova prescrizione di un farmaco che richiede almeno tre volte al giorno un adeguamento del dosaggio sotto sorveglianza medica o che comporta un rischio idiosincratico per il quale il paziente necessita di almeno tre controlli medici al giorno 17. ventilazione: ventilazione costante o intermittente (almeno tre volte al giorno), con l'eccezione della ventilazione assistita in caso di apnea notturna 18. controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di almeno quattro ore 19. qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore 20. febbre persistente (ascellare oltre 38 °C, rettale o nell'orecchio oltre 38,8 °C) nelle precedenti 48 ore in un paziente non ricoverato per questo motivo 21. disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore 22. problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore e inoltre criteri menzionati al punto b) interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione cardiovascolare stazionaria: 23. aritmie instabili emodinamiche 24. angina pectoris instabile 25. malattia cardiaca valvolare con obbligo di intervento 26. gravi comorbidità non controllate, ad es. affezioni polmonari: COPD decompensata con insufficienza respiratoria globale 27. grave scompenso metabolico 28. affezione reumatica attiva	**Uno o più criteri** 1. Il prolungamento della degenza permette di raggiungere gli obiettivi della riabilitazione, risp. sussiste ancora potenziale di miglioramento. 2. Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente meno restrittivo di quello originariamente previsto. 3. Il peggioramento dello stato clinico è considerato temporaneo e non richiede un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta.

3.3.4 Riabilitazione muscolo-scheletrica

Definizione

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

I disturbi delle funzioni corporali possono colpire le parti seguenti:

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

Obiettivi

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

Prestazioni di base[22]

Oltre alle prestazioni generali di base menzionati nel capitolo 2.3, la riabilitazione muscolo-scheletrica è contraddistinta dalle forme terapeutiche e dalle misure seguenti:

- fisio- ed ergoterapia, integrate da terapia fisica e mezzi ausiliari (consegna, consulenza, formazione);
- provvedimenti ergonomici;
- terapia del dolore farmacologica e interventistica;
- balneoterapia
- 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);
- cura riabilitativa;
- tecnica ortopedica e prostetica, con coinvolgimento della tecnica calzaturiera ortopedica;
- consulenza sociale
- consulenza nutrizionale;
- reinserimento professionale - in presenza di un obiettivo definito in maniera corrispondente

[22] Per le prestazioni di base in generale cfr. Capitolo 2.3

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione muscolo-scheletrica è posta sotto la guida qualificata di un
  - medico specialista in medicina fisica e riabilitativa oppure
  - medico specialista in reumatologia, ortopedia e traumatologia o medicina interna generale con almeno due anni di esperienza[23] in medicina riabilitativa
- Il piano di cura riferito al paziente dipende dall'obiettivo individuale documentato.
- Coordinamento della riabilitazione documentato e attivamente garantito
  - per definire, verificare e adeguare gli obiettivi della riabilitazione.
  - per un impiego ottimale dell'equipe di cura
  - per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione
- Cure infermieristiche a livello di SSS o SUP 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in loco.
- La presenza di personale medico è garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con disponibilità per il paziente entro 15 minuti.
- Sostegno vitale di base (basic life support) garantito 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da parte di personale formato
- 1 volta alla settimana visita di riabilitazione interdisciplinare con il coinvolgimento del personale medico, terapeutico, curante e che si occupa del coordinamento delle dimissioni[24]. Ulteriori prestazioni mediche secondo il bisogno.

Prestazioni minime al paziente

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

- Fisioterapia
- Terapia fisica
- Ergoterapia
- Terapia medica di allenamento
- Logoterapia e psicoterapia
- Consulenza sociale
- Terapia sportiva
- Consulenza nutrizionale

A causa della mancanza di criteri di distinzione generalmente riconosciuti tra le cure riabilitative e le ulteriori prestazioni di cura, in generale le prestazioni di cura non rientrano nei 450 minuti di prestazioni settimanali (in media, riferite a tutta la durata della degenza).

[23] *esperienza nella medicina riabilitativa* tramite attività medica presso un centro di perfezionamento in medicina fisica e riabilitativa oppure una clinica stazionaria per pazienti della riabilitazione neurologica, muscoloscheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.
[24] Coordinatore riabilitazione, servizio sociale ecc.

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

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	**Tutti i criteri soddisfatti** 1. Il paziente necessita al massimo di una visita medica o specialistica giornaliera. 2. Il controllo del dolore non è ancora stabilizzato e sussiste potenziale riabilitativo. 3. Sussiste una limitazione delle funzioni muscolo-scheletriche con disturbi persistenti rilevanti delle attività e/o della partecipazione, nonché potenziale riabilitativo ed eventualmente fattori contestuali sfavorevoli.	**Tutti i criteri soddisfatti** 1. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: • capacità funzionali ripristinate • dimissione in una situazione ambulatoriale/in un istituto di cura possibile • passaggio alle cure palliative: controllo del dolore riuscito. 2. Nuova instabilità che rende necessaria un'assistenza acuta: • emorragia circolatoria • sorveglianza molto frequente • medicazione intravenosa continua o più volte al giorno • cura intensiva • febbre persistente non chiarita • nuovo intervento chirurgico • grave disturbo elettrolitico/del metabolismo.
Esclusione	**Uno o più criteri** 1. insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva 2. infezione settica con instabilità emodinamica 3. instabilità emodinamica 4. grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata 5. nuova prescrizione di un farmaco che richiede più volte al giorno un adeguamento del dosaggio sotto sorveglianza medica o che comporta un rischio idiosincratico 6. necessità di un controllo medico almeno tre volte al giorno 7. ventilazione costante o intermittente (almeno tre volte al giorno) 8. controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di quattro ore 9. qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore 10. febbre persistente (ascellare oltre 38 °C, rettale o nell'orecchio oltre 38,8 °C) nelle precedenti 48 ore in un paziente non ricoverato per questo motivo 11. disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore 12. problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore 13. aritmia maligna ventricolare non controllata 14. biopsia di un organo interno il giorno del trasferimento 15. punzione toracica, addominale o articolare il giorno del trasferimento 16. intervento chirurgico in sala operatoria il giorno del trasferimento o la vigilia del previsto trasferimento 17. affezioni supplementari acuite dall'attività fisica o che rendono impossibile una riabilitazione 18. grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata	**Uno o più criteri** 1. Lo stato non consente ancora una dimissione in un contesto ambulatoriale e sussiste ancora potenziale riabilitativo. 2. La riabilitazione ambulatoriale sarebbe possibile, ma non è realizzabile a una distanza adeguata. 3. L'obiettivo terapeutico non è ancora raggiunto, sussiste potenziale riabilitativo.

3.3.5 Riabilitazione neurologica

Definizione

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

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

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

Obiettivi

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

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

Prestazioni di base[25]

- Fisioterapia, terapia fisica, balneoterapia
- Ergoterapia
- Logopedia e terapia facio-orale
- Cura in diverse combinazioni secondo il paziente
- Misure che necessitano di isolamento
- Neuropsicologia, psicoterapia e procedure psicologiche
- Consulenza sociale
- Reinserimento professionale
- Consulenza nutrizionale
- Consulenza e formazione sui mezzi ausiliari
- Formazione dei pazienti e dei familiari
- Istruzioni per l'autoaiuto e/o la cura di riabilitazione (esercizi per lavarsi, vestirsi, mangiare, per la continenza, l'orientamento, la deglutizione, gestione della tracheostomia);
- Altre terapie (p.es. musicoterapia, terapia occupazionale, ippoterapia, terapia con l'ausilio di robot).

[25] Per le prestazioni di base in generale cfr. Capitolo 2.3

- Reinserimento professionale - in presenza di un obiettivo definito in maniera corrispondente

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 esperienza[26] in medicina riabilitativa oppure
  - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con 2 anni di esperienza presso un centro di perfezionamento in neurologia
- Il piano di cura riferito al paziente dipende dall'obiettivo individuale documentato.
- Coordinamento della riabilitazione documentato e attivamente garantito
  - per definire, verificare e adeguare gli obiettivi della riabilitazione.
  - per un impiego ottimale dell'equipe di cura
  - per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione
- Cure infermieristiche a livello di SSS o SUP 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in loco.
- La presenza di personale medico è garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con disponibilità per il paziente entro 15 minuti.
- Sostegno vitale di base (basic life support) garantito 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da parte di personale formato
- 1 volta alla settimana visita di riabilitazione interdisciplinare con il coinvolgimento del personale medico, terapeutico, curante e che si occupa del coordinamento delle dimissioni. Ulteriori prestazioni mediche secondo il bisogno.

Prestazioni minime al paziente

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

- Fisioterapia / idroterapia / terapie dello sport
- Ergoterapia
- Logopedia e terapia facio-orale
- Terapia medica di allenamento
- Psicoterapia e procedure psicologiche
- Consulenza e formazione sui mezzi ausiliari
- Neuropsicologia
- Consulenza diabetologica
- Consulenza sociale

A causa della mancanza di criteri di distinzione generalmente riconosciuti tra le cure riabilitative e le ulteriori prestazioni di cura, in generale le prestazioni di cura non rientrano nei 450 minuti di prestazioni settimanali (in media, riferite a tutta la durata della degenza).

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

3.3.5.1 Raffigurazione dettagliata della riabilitazione a sorveglianza elevata nel settore della riabilitazione neurologica:

Per pazienti con limitazioni neurologiche gravi e molto gravi, l'indicazione per una *riabilitazione a sorveglianza elevata* è data

- in presenza di condizioni neurologiche gravi;
- in presenza di un disturbo della coscienza qualitativo e/o quantitativo;
- in presenza di un persistente stato confusionale;
- in presenza di un'instabilità vegetativa a riposo e/o sotto sforzo, dalla quale risulta un obbligo di monitoraggio;
- se le vie respiratorie devono essere liberate meccanicamente, p.es. in caso di tracheostomia;
- se è necessaria un'alimentazione parenterale;
- in presenza di un rischio acuto ed elevato di complicanze in combinazione con un rischio elevato di complicanze secondarie ed eventualmente terziarie, p.es. decubiti, contratture, aspirazioni, ossificazioni periarticolari;
- in presenza di gravi stati internistici, p.es. essiccosi, malnutrizione.

Può inoltre manifestarsi una perdita persistente o intermittente dell'autocontrollo in seguito a gravi limitazioni cognitive e/o psichiche, che può presentarsi sotto forma di stato confusionale, disorientamento, sindrome amnestica, agitazione, depressione, aggressività, anosognosia (assenza della consapevolezza di essere malati), messa in pericolo di sé stessi e di altri, pericolo di fuga ecc.

Vengono assegnati alla *riabilitazione a sorveglianza elevata* anche pazienti con gravissime limitazioni neurologiche e con un'elevata necessità di sorveglianza, cura e assistenza anche medica e infermieristica, e/o di una costante disponibilità all'intervento. Si tratta per esempio di pazienti con un fabbisogno terapeutico massimo (spesso anche una cura prestata da due o più specialisti contemporaneamente) impossibilitati a seguire una terapia di gruppo. Sovente, queste persone presentano un gravissimo disturbo della capacità di comunicazione, della comprensione delle istruzioni e della consapevolezza della malattia. Nella maggior parte di questi casi, una collaborazione attiva per perseguire gli obiettivi terapeutici non è ancora possibile.

Premesse di base per una riabilitazione neurologica a sorveglianza elevata

Per il trasferimento in un reparto di neuroriabilitazione intensiva (riabilitazione a sorveglianza elevata) di pazienti con gravissime limitazioni neurologiche, devono essere soddisfatte le condizioni seguenti:

- assistenza acuta di regola conclusa;
- stabilità delle funzioni vitali senza farmaci per la circolazione e senza ventilazione meccanica;
- rapporti di pressione intracranici stabili;
- nessuna sepsi.

Premesse istituzionali per il trasferimento in un reparto di neuroriabilitazione intensiva per la riabilitazione a sorveglianza elevata

Un reparto di neuroriabilitazione intensiva per la cura dei pazienti più gravi è di regola integrato in un istituto di neuroriabilitazione stazionaria. Secondo le circostanze, è possibile anche l'integrazione in una clinica acuta. L'infrastruttura comprende il monitoraggio, la sorveglianza visiva di tutti i pazienti, dispositivi di cura per quelli più gravi, un'infrastruttura adeguata alle terapie, la protezione contro il pericolo di fuga. L'interfaccia tra l'assistenza acuta e la riabilitazione esige una pianificazione dettagliata del passaggio dall'ospedale acuto all'istituto specializzato per la neuroriabilitazione intensiva.

Si raccomandano visite istituzionalizzate presso l'ospedale acuto da parte di specialisti dell'istituto in cui si svolgerà la neuroriabilitazione. L'integrazione della riabilitazione con obbligo di sorveglianza in un istituto di neuroriabilitazione con un'infrastruttura completa a livello di personale e di dotazione tecnica garantisce la messa a disposizione di tutte le sottospecialità necessarie (p.es. specialisti della terapia della deglutizione e logopedica, sistemi robotici per la locomozione) e la formazione continua del personale nei settori in questione. L'integrazione del personale dei diversi reparti in tutti i processi consente un passaggio ottimale dalla riabilitazione a sorveglianza elevata alla neuroriabilitazione stazionaria e in seguito ambulatoriale.

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

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	**Tutti i criteri soddisfatti** Questi pazienti 1. sono per lo più lucidi 2. sono in grado di partecipare attivamente ad attività riabilitative in più sedute di terapia di circa 30 minuti 3. sono in grado di interagire e di comunicare, ev. con mezzi ausiliari 4. sono almeno in grado di spostarsi, circa 3-4 ore al giorno in sedia a rotelle 5. dipendono in gran parte da un aiuto per attività della vita quotidiana 6. non dipendono più dalla riabilitazione con obbligo di sorveglianza (reparto di neuroriabilitazione intensiva), rischio di complicanza ridotto.	**Uno o più criteri** Ritorno in un ospedale acuto o nella riabilitazione con obbligo di sorveglianza 1. Offuscamento della coscienza con delirio 2. Aspirazione con insufficienza respiratoria 3. Necessità di sorveglianza intensiva 4. Infezione grave 5. Decompensazione psichica con pericolo di suicidio 6. Aggressività nei confronti di terzi 7. Pericolo di fuga Trasferimento in un istituto successivo o a casa 1. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti. 2. Il potenziale riabilitativo è esaurito. 3. Si auspica un'integrazione nelle strutture familiari, con continuazione ambulatoriale della riabilitazione. 4. Si coinvolge il datore di lavoro. La preparazione strutturata al reinserimento è possibile.
Esclusione	**Uno o più criteri** Peggioramento acuto: paziente confuso, non cooperativo	**Uno o più criteri** 1. Instabilità 2. Presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto ospedaliero 3. Contesto domestico non ancora preparato 4. Terapie neuropsicologiche e/o di capacità cerebrali non sono possibili in regime ambulatoriale

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-CY27, sono importanti tanto quanto il riferimento alla relativa diagnosi eziologica secondo l'ICD.

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

Di seguito alcuni esempi[28] :

- **Riabilitazione neurologica**
  Lesione cerebrale traumatica (TBI), paresi cerebrale infantile (CP), sindrome vascolare (Stroke), encefalite, ipossia cerebrale, tumori al cervello ecc.
  Mielomeningocele (MMC), mielite, tumori del midollo spinale ecc., polineuroradicolite (GBS), distrofie muscolari ecc.
- **Riabilitazione paraplegiologica**
  Traumatismo del midollo spinale
- **Riabilitazione neuro-ortopedica**
  Mobilizzazione postoperatoria e riabilitazione dopo interventi chirurgici ortopedici, condizioni dopo politrauma ecc.
- **Riabilitazione muscolo-scheletrica**
  Limitazioni delle funzioni del sistema locomotorio, osteoporosi, affezioni reumatiche, condizioni dopo amputazioni ecc.
- **Riabilitazione pneumologica**
  Asma bronchiale e gravi affezioni allergiche, fibrosi cistica, condizioni dopo trapianto di polmoni ecc.
- **Riabilitazione cardiologica**
  Stato dopo l'intervento per un difetto cardiaco congenito con elaborazione difficoltosa della malattia e capacità fisica ridotta ecc.
- **Riabilitazione oncologica**
  Misure mirate dopo la terapia di neoplasie maligne per attenuare o eliminare le conseguenze fisiche e mentali. In particolare: tumori del sistema locomotorio con fisioterapia intensiva, consulenza specifica e consegna di mezzi ausiliari; tumori al cervello con misure terapeutiche mirate, leucemie con pregiudizio del sistema nervoso centrale o del sistema locomotorio.
- **Riabilitazione dermatologica[29]**
  Eczema atopico, psoriasi e altro.

---

[27] International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, OMS 2007

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

La situazione particolare dei bambini e degli adolescenti

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

Per esempio:

- maggiore onere di assistenza secondo l'età, p.es. per le istruzioni e la sorveglianza durante il gioco;
- maggiore onere di cura e di sorveglianza secondo l'età, p.es. a causa della ridotta adesione del paziente alle terapie o della necessità di svolgere alcuni esami (MRI) sotto anestesia;
- frequentazione della scuola dell'ospedale come obbligo nel quadro del programma di riabilitazione;
- possibilità di ammissione di almeno un genitore e, all'occorrenza, dei fratelli (rooming-in);
- diritti dei bambini all'ospedale così come formulati nella Carta per i bambini in ospedale (Carta EACH)[30], p.es.
  - Il bambino deve essere assistito insieme a bambini con le medesime esigenze psicofisiche. Non deve essere ricoverato in reparti per adulti;
  - Il bambino deve avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio adatta alla sua età e condizione, e deve essere ricoverato in un ambiente strutturato, arredato e fornito di personale adeguatamente preparato;
  - Il bambino deve essere assistito da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche del bambino e della sua famiglia.

Obiettivi

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

Gli obiettivi riabilitativi concreti individuali formulati sulla scorta dell'ICF-CY[31] 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).

---

[29] Come forma della riabilitazione internistica

[30] Fonte: http://www.kindundspital.ch/organisation/charta/die-charta-deutsch
http://www.kindundspital.ch/download/pictures/10/w10uu6afrqipitjeyty7mkyw8wuexy/each-charta_pediatrica.pdf

[31] International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, OMS 2007

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 esperienza[32] in medicina riabilitativa oppure
  - medico specializzato in medicina fisica e riabilitativa con due anni di esperienza[15] presso un centro di perfezionamento[33] in medicina dell'infanzia e dell'adolescenza
- Il piano di cura riferito al paziente dipende dall'obiettivo individuale documentato. Genitori o rappresentanti legali vengono coinvolti nella formulazione degli obiettivi.
- Coordinamento della riabilitazione documentato e attivamente garantito
  - per definire, verificare e adeguare gli obiettivi della riabilitazione.
  - per un impiego ottimale dell'equipe di cura
  - per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione
- Cure infermieristiche a livello di SSS o SUP 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in loco.
- La presenza di personale medico è garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con disponibilità per il paziente entro 5 minuti.
- Sostegno vitale di base (basic life support) garantito 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da parte di personale formato
- 1 volta alla settimana visita di riabilitazione interdisciplinare con il coinvolgimento del personale medico, terapeutico, curante e che si occupa del coordinamento delle dimissioni[34]. Ulteriori prestazioni mediche secondo il bisogno, ad esempio accertamenti di pediatria evolutiva.
- Accesso regolamentato alla protezione dei bambini e alle cure palliative pediatriche
- Accesso regolamentato all'accertamento e alla terapia *low-vision*
- Accesso regolamentato alla consulenza sullo stoma e sull'incontinenza
- Concetto disponibile per la terapia del dolore

[32] *esperienza nella medicina riabilitativa* tramite attività presso un centro di perfezionamento in medicina fisica e riabilitativa oppure una clinica stazionaria per pazienti della riabilitazione neurologica, muscoloscheletrica, cardiaca, polmonare o paraplegiologica.
[33] Centro di perfezionamento professionale ai sensi della definizione dell'Istituto svizzero per la formazione medica ISFM – Registro degli istituti
[34] Coordinatore riabilitazione, servizio sociale ecc.

Prestazioni minime al paziente

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

- Fisioterapia
- Ergoterapia
- Logopedia e terapia facio-orale;
- Consulenza nutrizionale
- Consulenza e formazione sui mezzi ausiliari
- Formazione dei pazienti e dei familiari
- Psicoterapia e chiarimenti e terapie neuropsicologici

A causa della mancanza di criteri di distinzione generalmente riconosciuti tra le cure riabilitative e le ulteriori prestazioni di cura, in generale le prestazioni di cura non rientrano nei 450 minuti di prestazioni settimanali (in media, riferite a tutta la durata della degenza).

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

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	**Uno o più criteri** 1. 0-18 anni 2. Età prescolastica o scolastica 3. Funzioni vitali stabili 4. Diagnosi curativa e medica conclusa 5. Cura medica valutata e almeno avviata 6. Disturbo della coscienza chiarito, non in aumento 7. Disturbo cognitivo persistente o in fase di miglioramento 8. Spasticità, distonia o discinesia grave 9. Dispositivi tecnici di cura, come pompa al bacoflene, incluso riempimento o ventilazione assistita 10. Gesso o bendaggi duri 11. Cura di decubiti 12. Alimentazione tramite sonda o PEG 13. Disturbi della deglutizione con rischio di aspirazione 14. Assistenza primaria postoperatoria conclusa	**Uno o più criteri** **A: in un istituto di riabilitazione per adulti** 1. Dal 19° anno 2. Obbligo scolastico concluso, integrazione professionale **B: a casa nel contesto familiare** Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti, terapie ambulatoriali sono possibili e concordate. Il passaggio a un contesto scolastico adeguato è assicurato. **C: verso un'assistenza acuta ospedaliera** Instabilità clinica che rende necessaria una diagnosi medica acuta, una terapia medica più intensiva, un'operazione o una sorveglianza più intensiva. **D: verso un'altra struttura di assistenza (istituto)** Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti. Il paziente può essere assegnato a un altro tipo di cura e assistenza medica.
Esclusione	**Uno o più criteri** 1. Età adulta, a 18 anni compiuti 2. Obbligo scolastico concluso, accertamento professionale 3. Parametri vitali instabili 4. Diagnosi non ancora conclusa e terapia curativa non ancora avviata 5. Assenza di cooperazione dei genitori o del rappresentante legale 6. Alimentazione parenterale 7. Cure palliative primarie 8. Situazioni che rendono necessarie una sorveglianza e un'assistenza in medicina intensiva o intermedia	**Uno o più criteri** 1. Riabilitazione stazionaria ancora necessaria • Contesto ambulatoriale non ancora preparato • Terapia ambulatoriale non disponibile a una distanza ragionevole • Integrazione in un contesto scolastico adeguato non ancora possibile 2. Situazione sanitaria non ancora stabile 3. Ambiente domestico, genitori o istituto successivo non ancora pronti

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. 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 ICF[35])[36]. Le tetraplegie sono determinate da lesioni a livello di midollo cervicale, le paraplegie da lesioni a livello di midollo toracico, lombare e sacrale. La tetraplegia colpisce i quattro arti, la muscolatura del torace e del tronco, la paraplegia la muscolatura del tronco e degli arti inferiori[37]. Si parla di paralisi completa in caso di perdita totale di tutte le funzioni al di sotto del punto della lesione, di paralisi incompleta in caso di perdita parziale[38]. La portata della paralisi viene indicata come il grado della perdita motoria (grado di funzione muscolare e altezza della paralisi) e della perdita sensoriale[39]. «Con fase acuta di un traumatismo spinale (dopo infortunio o malattia) si intende il periodo di trattamento immediatamente successivo al trauma. Può comprendere diversi ricoveri ospedalieri.»[40] «Si parla di fase cronica di una paraplegia / tetraplegia quando il trattamento della malattia acuta (p.es. un traumatismo acuto del midollo spinale) che ha causato le paralisi è al momento concluso.»[41].

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

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

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

---

[35] OMS [ICF, 2005]: 16 seg.
[36] Cfr. DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 11
[37] DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 6
[38] DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 6
[39] La portata della paralisi può per esempio essere classificata con AIS2 – cfr. http://www.ncbi.nlm.nih.gov / books / NBK8880 / e Frankel et al. [Frankel Scale, 1969]: 182
[40] UST-CH [Manuale di codifica medica, 2012]: 125, regola S1905c. Cfr. anche la definizione identica in: DKG/GKV/PKV/InEK [DKR, 2011]: 159, regola 1910h
[41] UST-CH [Manuale di codifica medica, 2012]: 127, regola S1905c.

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 fabbisogno di cure[42]. Le singole fasi della riabilitazione presentano contenuti e intensità diversi.

Importanti obiettivi e provvedimenti *curativi* di una riabilitazione paraplegiologica[43] :

- garanzia e stabilizzazione a lungo termine delle funzioni polmonari e cardiache, del sistema nervoso autonomo e della funzione intestinale, ripristino 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 (decubiti);
- accertamento e cura di ferimenti e affezioni concomitanti;
- prevenzione precoce e cura di affezioni secondarie legate alla para o alla tetraplegia (cardiovascolari, polmonari, metaboliche, infettive ecc.).

Importanti obiettivi e provvedimenti *riabilitativi* di una riabilitazione paraplegiologica[44] :

- mantenimento della funzione vescicale: continenza grazie a una funzione di accumulo sufficiente; valori della pressione intravescicale bassi per evitare infezioni delle vie urinarie e insufficienza renale 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;
- mobilizzazione 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 della post-terapia;
- introduzione 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 sei-dodici mesi. In caso di indicazioni mediche particolari, può risultare anche più breve o più lunga. Una riabilitazione o una gestione delle complicanze in caso di para o tetraplegia esistente può richiedere da singole settimane a diversi mesi. All'inizio della cura, vengono rilevati e valutati con procedure standard i deficit funzionali almeno nei settori seguenti: stato dei muscoli e delle articolazioni, spasticità, rilevamento ISNCSCI (International Standards For Neurological Classification of Spinal Cord Injury), disfunzioni autonome, attività della vita quotidiana con SCIM III (Spinal

[42] DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 10 s
[43] Cfr. DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 12 ss
[44] Cfr. DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 12 ss

Cord Independence Measure).

Prestazioni di base

Oltre alle prestazioni generali menzionate nel capitolo 2.3, le forme terapeutiche e le misure più frequenti sono:

- cure mediche sotto la guida di uno specialista in paraplegiologia;
- fisioterapia, terapia fisica;
- ergoterapia
- logopedia e terapia facio-orale;
- cura in diverse combinazioni secondo il paziente;
- misure che necessitano di isolamento;
- psicologia;
- consulenza sociale;
- reinserimento professionale - in presenza di un obiettivo definito in maniera corrispondente;
- consulenza nutrizionale;
- consulenza e formazione sui mezzi ausiliari;
- formazione dei pazienti e dei familiari;
- istruzioni per l'autoaiuto e/o la cura (esercizi per lavarsi, vestirsi, mangiare, per la continenza, l'orientamento, la deglutizione, gestione della tracheostomia);
- altre terapie (p.es. musicoterapia, terapia occupazionale, ippoterapia).

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione paraplegiologica è posta sotto la guida qualificata di un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione, neurologia o medicina interna generale con 3 anni di esperienza nel trattamento e nella riabilitazione di persone paraplegiche[45]
- Il piano di cura riferito al paziente dipende dall'obiettivo individuale documentato.
- Coordinamento della riabilitazione documentato e attivamente garantito
  - per definire, verificare e adeguare gli obiettivi della riabilitazione.
  - per un impiego ottimale dell'equipe di cura
  - per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione
- Cure infermieristiche a livello di SSS o SUP 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in loco.
- La presenza di personale medico è garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con disponibilità per il paziente entro 15 minuti.
- Sostegno vitale di base (basic life support) garantito 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da parte di personale formato
- Un concetto di aggiornamento per l'equipe multiprofessionale con aggiornamento professionale specifico nell'ambito della riabilitazione di 1 ora alla settimana in media.
- 1/3 dell'equipe dispone di 2 anni di esperienza nel trattamento e nella riabilitazione di pazienti paraplegici.
- Specializzazione medica in loco, oltre ai requisiti posti al primario o al sostituto: medicina fisica e riabilitativa - neurologia, medicina interna, neuro-urologia Un medico specialista è raggiungibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7

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

- 1 volta alla settimana visita di riabilitazione interdisciplinare con il coinvolgimento del personale medico, terapeutico, curante e che si occupa del coordinamento delle dimissioni[46]. Ulteriori prestazioni mediche secondo il bisogno.

Prestazioni minime al paziente

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

- Fisioterapia
- Ergoterapia
- Terapia fisica
- Procedure psicologiche e psicoterapia
- Arteterapia/musicoterapia
- Logopedia
- Terapia della disfagia
- Tecniche di rilassamento
- Terapia del dolore

A causa della mancanza di criteri di distinzione generalmente riconosciuti tra le cure riabilitative e le ulteriori prestazioni di cura, in generale le prestazioni di cura non rientrano nei 450 minuti di prestazioni settimanali (in media, riferite a tutta la durata della degenza).

[46] Coordinatore riabilitazione, servizio sociale ecc.

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

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	**Tutti i criteri soddisfatti** 1. Pazienti con un quadro clinico nel contesto della para o della tetraplegia 2. Assistenza d'urgenza con cura iniziale o altre cure acute prioritarie concluse (p.es. decompressione del midollo spinale e stabilizzazione chirurgica della colonna vertebrale allo scopo di ripristinarne la normale resistenza e di evitare peggioramenti neurologici secondari) 3. Diagnosi primaria conclusa e terapia medica successiva definita 4. Funzioni vitali sufficientemente stabili per le cure riabilitative o indicazione per una cura intensiva specifica con obbligo di sorveglianza 5. eventualmente, necessità di altre cure medico-chirurgiche o a. obbligo di ventilazione con respirazione stabile o b. necessità di aiuti notevoli nelle attività della vita quotidiana o c. limitazione notevole o totale della mobilità o d. necessità di sostegno a livello di escrezione o e. alimentazione parenterale o tramite sonda	**Tutti i criteri soddisfatti** **A: verso una struttura domestica** 1. Lo stato complessivo consente la cura successiva al di fuori di una riabilitazione stazionaria. 2. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: le capacità del paziente sono adeguate al futuro ambiente dopo la dimissione Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati. 3. È disponibile un contesto post-ospedaliero adeguato. **B: verso un'assistenza ospedaliera acuta** risp. verso una riabilitazione con obbligo di sorveglianza 1. È necessario un intervento chirurgico in ambito ospedaliero. 2. È necessaria una cura intensiva in un ospedale acuto a causa di una minaccia vitale (non legata alla para o alla tetraplegia).
Esclusione	**Uno o più criteri** 1. È necessario un intervento chirurgico in ambito ospedaliero. 2. È necessaria una cura intensiva in un ospedale acuto a causa di una minaccia vitale (non legata alla para o alla tetraplegia).	**Uno o più criteri** Presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto ospedaliero.

3.3.8 Riabilitazione psicosomatica

Definizione

La riabilitazione psicosomatica si occupa di persone affette da quadri clinici somatici e psichici *combinati* e persone con disturbi somatoformi (ICD F45) e disturbi da stress somatici.

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

Obiettivi

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

Prestazioni di base[47]

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
- il principio dell'équipe di cura 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 e professionali;
- psicoterapia riconosciuta;
- terapia ambientale tramite la cura;
- ergoterapia e terapia creativa;
- fisioterapia, sport e terapia del movimento;
- tecniche di rilassamento;
- consulenza e terapia nutrizionali;
- consulenza sociale;
- spiritual care / sostegno spirituale;
- valutazione della capacità lavorativa (senza perizie. Queste ultime vengono stese quali mandati e prestazioni al di fuori della riabilitazione.)
- Reinserimento professionale - in presenza di un obiettivo definito in maniera corrispondente

[47] Per le prestazioni di base in generale cfr. Capitolo 2.3

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione psicosomatica è posta sotto la guida qualificata di un medico specialista in una materia somatica con attestato in ASMPP o medico specialista in psichiatria e psicoterapia con attestato in SAPPM[48]. In tal caso occorre inoltre che nel reparto sia a disposizione un medico specialista con un titolo di specialità somatico.
- Il piano di cura riferito al paziente dipende dall'obiettivo individuale documentato.
- Coordinamento della riabilitazione documentato e attivamente garantito
  - per definire, verificare e adeguare gli obiettivi della riabilitazione.
  - per un impiego ottimale dell'equipe di cura
  - per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione
- Cure infermieristiche a livello di SSS o SUP 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in loco.
- La presenza di personale medico è garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con disponibilità per il paziente entro 15 minuti.
- Sostegno vitale di base (basic life support) garantito 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da parte di personale formato
- 1 volta alla settimana visita di riabilitazione interdisciplinare con il coinvolgimento del personale medico, terapeutico, curante e che si occupa del coordinamento delle dimissioni[49]. Ulteriori prestazioni mediche secondo il bisogno.

Prestazioni minime al paziente

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

- Fisioterapia e terapia dello sport
- Ergoterapia
- Terapie creative
- Servizi sociali
- Consulenza diabetologica
- Consulenza nutrizionale
- Terapia respiratoria o di rilassamento
- Psicoterapia

A causa della mancanza di criteri di distinzione generalmente riconosciuti tra le cure riabilitative e le ulteriori prestazioni di cura, in generale le prestazioni di cura non rientrano nei 450 minuti di prestazioni settimanali (in media, riferite a tutta la durata della degenza).

[48] I centri svizzeri fornitori di prestazioni preferiscono titolari dell'attestato di capacità ASMPP (Accademia svizzera di medicina psicosomatica e psicosociale) – H+ non sostiene però i titoli/diplomi di diritto privato non riconosciuti nelle convenzioni da tutti i partner tariffali.
[49] Coordinatore riabilitazione, servizio sociale ecc.

Durata di degenza nella riabilitazione psicosomatica stazionaria

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

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

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	**Tutti i criteri soddisfatti** 1. Comorbidità somatica e psichica oppure disturbi funzionali somatoformi che pregiudicano la vita quotidiana o la professione. 2. Capacità e motivazione a partecipare al programma multimodale con psicoterapia, terapia del movimento, terapia ambientale, ergoterapia e altre offerte terapeutiche 3. Impossibilità di una terapia ambulatoriale (le opportunità di trattamento nel contesto ambulatoriale non sussistono, sono difficoltose, insufficienti o esaurite) 4. È soddisfatto uno dei criteri seguenti: a. necessità di un allontanamento dall'ambiente domestico o professionale per motivi terapeutici; b. incapacità lavorativa persistente / invalidità incombente; c. comportamento problematico automatizzato, per lo più sottratto; all'autocontrollo (p.es. iperventilazione cronica, vomito) d. marcato comportamento evitante.	**Uno o più criteri** 1. La stabilità fisica e psichica raggiunta consente una cura/psicoterapia ambulatoriale. 2. Il peggioramento dello stato fisico richiede un trasferimento in un ospedale acuto. 3. Il peggioramento dello stato psichico richiede un trasferimento in una clinica psichiatrica. 4. Sussiste una mancanza di motivazione/cooperazione.
Esclusione	**Uno o più criteri** 1. Stato somatico instabile con elevato fabbisogno di cura e/o sorveglianza 2. Grave danno organico-cerebrale o diminuzione marcata dell'intelligenza 3. Grave limitazione delle attività della vita quotidiana e della mobilità con elevato fabbisogno di cure 4. Mancanza di motivazione 5. Acuta messa in pericolo di sé stessi e di altri 6. Sintomi psicotici 7. Stati confusionali	**Uno o più criteri** 1. Il paziente è ancora troppo instabile fisicamente/psichicamente per a. la dimissione a casa; b. una cura/psicoterapia ambulatoriale; 2. la definizione del dosaggio di farmaci che per questioni mediche deve essere eseguita a livello ospedaliero non è ancora conclusa; 3. per questioni mediche, il paziente deve essere assistito a livello ospedaliero fino al trasferimento in un altro istituto (clinica per la cura delle dipendenze, alloggio accompagnato).

3.3.9 Riabilitazione pneumologica

Definizione

La riabilitazione pneumologica concerne pazienti con disturbi funzionali e della partecipazione ai sensi dell'ICF in seguito ad affezioni polmonari acute o croniche. La Società svizzera di pneumologia ha raccolto e pubblicato un elenco di indicazioni relative alla riabilitazione pneumologica[50].

Obiettivi

L'obiettivo della riabilitazione pneumologica è il miglioramento dei sintomi polmonari, la regressione dell'invalidità respiratoria, la maggiore autonomia possibile nella vita quotidiana, la gestione della disabilità e la riduzione della dispnea.

Prestazioni di base[51]

Oltre alle prestazioni generali menzionate nel capitolo 2.3, le forme terapeutiche e le misure più frequenti sono:

- le valutazioni documentate di ammissione e dimissione comprendono esame clinico, test di rendimento (ad es. ergometria oppure test di 6 minuti di camminata), misurazione della qualità di vita, registrazione del profilo di rischio pneumologico
- terapia inalatoria e farmacoterapia specializzata;
- introduzione all'ossigenoterapia a casa;
- ventilazione a casa;
- fisioterapia;
- ergoterapia;
- ginnastica respiratoria;
- terapia del movimento;
- cura riabilitativa;
- avvio della disassuefazione al tabacco;
- consulenza nutrizionale e orientamento professionale;
- formazione dei pazienti;
- introduzione all'autogestione;
- comportamenti e misure volti a evitare l'esposizione ad allergeni;
- logopedia (p.es. dopo cannule tracheali);

[50] http://www.pneumo.ch/de/pulmonale-rehabilitation.html - elencato nel Anforderungskatalog für die Anerkennung von Pulmonale Rehabilitationsprogrammen
[51] Per le prestazioni di base in generale cfr. Capitolo 2.3

Criteri minimi aziendali di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale

- La riabilitazione pneumologica è posta sotto la guida qualificata di un
  - medico specialista in pneumologia con 2 anni di esperienza presso un istituto per la riabilitazione pneumologica.
- L'istituto è accreditato dalla Commissione per la riabilitazione pneumologica e per la formazione dei pazienti della Società svizzera di pneumologia (SSP)[52]
- Il piano di cura riferito al paziente dipende dall'obiettivo individuale documentato.
- Coordinamento della riabilitazione documentato e attivamente garantito
  - per definire, verificare e adeguare gli obiettivi della riabilitazione;
  - per un impiego ottimale dell'equipe di cura;
  - per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione.
- Cure infermieristiche a livello di SSS o SUP 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in loco.
- La presenza di personale medico è garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con disponibilità per il paziente entro 15 minuti.
- Sostegno vitale di base (basic life support) garantito 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da parte di personale formato
- Deve essere garantita l'opportunità di verificare e adottare la ventiloterapia, in particolare anche la terapia di respirazione artificiale.
- Deve essere garantita l'opportunità di una broncoscopia diagnostica e terapeutica in sede o in cooperazione entro 4 ore, 7 giorni su 7.
- 1 volta alla settimana visita di riabilitazione interdisciplinare con il coinvolgimento del personale medico, terapeutico, curante e che si occupa del coordinamento delle dimissioni[53]. Ulteriori prestazioni mediche secondo il bisogno.

Prestazioni minime al paziente

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

- Fisioterapia e terapia sportiva (personale dipl.; nell'equipe vi sono pure detentori del titolo di specialità di terapista in riabilitazione polmonare (ted. PRT))
- Terapia medica di allenamento
- Ergoterapia
- Terapia di rilassamento
- Logoterapia e psicoterapia
- Consulenza nutrizionale
- Consulenza sociale
- Consulenza per smettere di fumare
- Educazione del paziente con l'obiettivo di una modifica del comportamento

A causa della mancanza di criteri di distinzione generalmente riconosciuti tra le cure riabilitative e le ulteriori prestazioni di cura, in generale le prestazioni di cura non rientrano nei 630 minuti di prestazioni settimanali (in media, riferite a tutta la durata della degenza).

---

[52] http://www.pneumo.ch/de/ - vale quale condizione per l'assunzione dei costi di tali prestazioni da parte dell'AOMS - cfr. Ordinanza sulle prestazioni.
[53] Coordinatore riabilitazione, servizio sociale ecc.

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

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	**Uno o più criteri** 1. Diagnosi differenziale conclusa 2. Prognosi possibile e pianificazione della terapia avviata 3. Comorbidità stabili 4. Fattori ambientali patogeni: posto di lavoro, fumo passivo, inquinamento atmosferico 5. Grande distanza tra l'ambiente domestico e l'istituto di riabilitazione 6. Autonomia terapeutica minima (inalazioni ecc.) 7. Gestione autonoma dell'ossigenoterapia e della ventilazione non invasiva, incl. CPAP 8. Impossibilità di una riabilitazione ambulatoriale (cfr. criteri) 9. Nessuna indicazione per un'assistenza/una cura duratura 10. Possibilità di partecipare per due ore al programma di riabilitazione 11. Misure riabilitative non limitate in modo decisivo dalle affezioni concomitanti	**Tutti i criteri soddisfatti** **A: verso una struttura domestica:** 1. Programma di istruzione concluso e stabilizzazione della situazione respiratoria: dimissione in una riabilitazione ambulatoriale, a casa o in un istituto di cura ospedaliero 2. Lo stato complessivo consente di pianificare la continuazione della cura dopo la degenza. 3. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: a. la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente dopo la dimissione o b. 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. 4. I sintomi sono migliorati in modo sufficiente e adeguato al futuro ambiente. La riabilitazione eventualmente può continuare a livello ambulatoriale. **B: verso un'assistenza ospedaliera acuta** Infezione polmonare non controllabile che rende necessaria una terapia intensiva e/o una ventilazione invasiva **C: verso una riabilitazione con obbligo di sorveglianza** 1. Peggioramento respiratorio globale con terapia respiratoria intensificata 2. Scompenso metabolico **3.** Altri criteri secondo il punto a) "Criteri per l'ammissione riabilitazione intensiva" **D: verso un'altra struttura di assistenza non acuta** Considerato lo sviluppo clinico, il paziente può essere assegnato a un istituto con un altro tipo di cura e di assistenza.
Esclusione	**Uno o più criteri** 1. Nessun potenziale riabilitativo 2. Adesione terapeutica insufficiente 3. Instabilità cardiocircolatoria controllabile solo in un contesto acuto 4. Infezione settica con instabilità emodinamica 5. Gravi problemi muscolo-scheletrici con autonomia limitata e nessun potenziale di integrazione 6. Grave affezione psichica o dipendenza manifestamente non controllata 7. Malattia parossistica non controllata/non controllabile 8. Nuova paralisi eziologicamente non accertata 9. Qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore 10. Febbre persistente (ascellare oltre 38 °C, rettale o nell'orecchio oltre 38,5 °C) nelle precedenti 48 ore in un paziente non ricoverato per questo motivo 11. Disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore 12. Problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore 13. Diagnosi non conclusa, processo terapeutico non ancora definito, situazione instabile 14. Gravi comorbidità 15. Esacerbazione acuta di una BPCO con insufficienza respiratoria globale 16. Grave scompenso metabolico	**Uno o più criteri** 1. Peggioramento considerato passeggero (< 2 giorni) 2. Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente meno restrittivo di quello originariamente previsto. 3. Il peggioramento dello stato clinico è considerato temporaneo e non richiede un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione con trattamento acuto. (il limite di tre interventi medici quotidiani per due giorni consecutivi non viene superato).

4 Riflessioni in merito all'applicazione di contenuti di DefReha© 2.0 a strutture tariffali e mandati di prestazione cantonali e alla codifica di prestazioni di riabilitazione

Originariamente DefReha© si concentrava sulla descrizione di inizio e fine della riabilitazione stazionaria, 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 od stazionaria.

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

La suddivisione del numero di tipi di riabilitazione è risultata dai parametri medico-sanitari differenti per ogni tipo, impiegati per l'allestimento dell'indicazione all'inizio e alla fine della riabilitazione stazionaria.

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

La suddivisione è dunque derivata meno dalle prestazioni medico-sanitarie corrispondenti - che siano prestazioni di riabilitazione in senso stretto o prestazioni medico-sanitarie necessarie in aggiunta alle prestazioni di riabilitazione.

Ciò distingue DefReha© da una classificazione meramente orientata alle prestazioni, come è necessaria ad esempio per la struttura tariffale o da una classificazione secondo gruppi di prestazioni, come è necessaria per l'attribuzione di mandati di prestazioni cantonali.

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

La coordinazione, 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 codifica delle prestazioni deve essere in grado di raffigurare la terapia (= prestazione) individuale e adeguata al paziente, evidenziando tutte le informazioni rilevanti caso per caso.

La codifica non può in nessun caso influire sulle prestazioni da fornire. Ciò sarebbe però probabilmente il caso, se ad esempio a causa di una combinazione troppo complessa di sin-

gole prestazioni, quale condizione per la codifica di prestazioni di riabilitazione, taluni pazienti bisognosi di riabilitazione non venissero più curati. Anche se il trattamento/la prestazione non dovesse essere codificabile secondo i requisiti e le prescrizioni o se il paziente a causa del suo stato attuale di salute non è (ancora) in grado di effettuare tutti i trattamenti descritti nei requisiti di codifica, la codifica delle prestazioni influisce sul trattamento.

I requisiti minimi di tipo organizzativo, di personale e infrastrutturale, come descritti in DefReha© 2.0, fanno parte delle condizioni che sono parte integrante delle condizioni cantonali per la fornitura di prestazioni, vale a dire mandati di prestazione e autorizzazioni di polizia sanitaria. Non è necessario rilevare nuovamente questi ultimi nella codifica delle prestazioni.

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

Markus Tschanz
Responsabile tecnico Tariffe e riabilitazione
T 031 335 11 24
markus.tschanz@hplus.ch

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