



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

# DefReha<sup>©</sup>

## Riabilitazione ospedaliera: settori speciali & definizioni

Criteri di inclusione e di esclusione per i diversi tipi di riabilitazione

Versione 1.0



## Origine del presente documento

La revisione della LAMal sul nuovo finanziamento ospedaliero in vigore dall'1.1.2012 esige una struttura tariffaria unitaria a livello nazionale anche per la riabilitazione ospedaliera al fine di poter operare un confronto trasparente tra 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 tariffaria ST Reha che nella riabilitazione ospedaliera in Svizzera mancano definizioni riconosciute per le prestazioni e i tipi di erogazione delle prestazioni. Per l'elaborazione di una struttura tariffaria, 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 generale ha chiesto un parere sul documento ai membri attivi di tutti i settori, coinvolgendo pure società di medici specialisti, 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 versione 1.0 del documento "DefReha®" al Comitato di H+, 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 tariffaria. A loro volta, i singoli membri dispongono ora di uno strumento che contribuirà a chiarire le questioni inerenti alle interfacce verso e dalla riabilitazione ospedaliera.

Tutti i gruppi di interesse della riabilitazione ospedaliera – pazienti, fornitori di prestazioni, assicurazioni, Cantoni, SwissDRG AG 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.

# Indice

<b>1</b>	<b>Introduzione.....</b>	<b>4</b>
1.1	QUADRO GIURIDICO.....	5
1.2	ORGANIZZAZIONE DEL PROCESSO DI CURA E DEI CRITERI DI DISTINZIONE .....	5
<b>2</b>	<b>Riabilitazione in Svizzera: visione d'insieme .....</b>	<b>6</b>
2.1	SITUAZIONE DEI PAZIENTI ALLA FINE DELL'ASSISTENZA ACUTA .....	9
2.2	DISTINZIONE TRA LE PRESTAZIONI DELL'ASSISTENZA ACUTA E DELLA RIABILITAZIONE .....	11
2.3	DISTINZIONE TRA LA RIABILITAZIONE CON OBBLIGO DI SORVEGLIANZA E LA RIABILITAZIONE OSPEDALIERA .....	11
2.4	DISTINZIONE TRA LA RIABILITAZIONE E ALTRI SETTORI.....	12
<b>3</b>	<b>Catalogo di criteri.....</b>	<b>14</b>
3.1	SIGNIFICATO DEL SISTEMA DI FORFAIT PER CASO .....	14
3.2	CRITERI PER DISTINGUERE I TIPI DI PRESTAZIONE NELLA RIABILITAZIONE .....	15
3.2.1	<i>Riabilitazione geriatrica.....</i>	<i>17</i>
3.2.2	<i>Riabilitazione internistica e oncologica .....</i>	<i>19</i>
3.2.3	<i>Riabilitazione cardiovascolare .....</i>	<i>24</i>
3.2.4	<i>Riabilitazione muscolo-scheletrica.....</i>	<i>29</i>
3.2.5	<i>Riabilitazione neurologica.....</i>	<i>33</i>
3.2.6	<i>Riabilitazione pediatrica.....</i>	<i>38</i>
3.2.7	<i>Riabilitazione paraplegiologica .....</i>	<i>42</i>
3.2.8	<i>Riabilitazione psicosomatica.....</i>	<i>46</i>
3.2.9	<i>Riabilitazione pneumologica .....</i>	<i>48</i>

# 1 Introduzione

Il presente documento è stato redatto allo scopo di definire il concetto di riabilitazione nell'attuale quadro giuridico e, su tale base, di introdurre un sistema di remunerazione valido a livello nazionale per la riabilitazione ospedaliera somatica e psicosomatica. Non vengono considerati casi di psichiatria e riabilitazione psichiatrica.

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 trasferimento in un altro istituto. Il nuovo indennizzo secondo forfait in base alla prestazione deve fondarsi su una distinzione inequivocabile tra le diverse fasi del processo di riabilitazione. Solo distinguendo chiaramente i vari tipi di riabilitazione, inoltre, si rende possibile un calcolo economico con il quale definire una struttura tariffaria orientata all'intensità delle prestazioni.

L'obiettivo del presente documento è riassumibile come segue:

- definire criteri 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** dopo la **degenza ospedaliera acuta** o la cura ambulatoriale acuta;
- definire criteri che fissino la fine delle situazioni menzionate.

La fase successiva è la determinazione delle tariffe per i diversi tipi di riabilitazione, in considerazione del grado di dipendenza, della conseguente portata della cura e dell'intensità del tipo di riabilitazione in funzione del grado di pregiudizio/della gravità. Spetta alla SwissDRG AG chiarire tutte le questioni concernenti la struttura tariffaria.

Per soddisfare le direttive della LAMal, in una prima fase occorre quindi formulare criteri clinici per distinguere i diversi tipi di prestazione. In seguito, si tratterà di valutare l'intensità della prestazione per ciascuno di questi tipi.

## 1.1 Quadro giuridico

### **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 consenso sul fatto che per tutti i settori delle assicurazioni sociali debba essere applicato un sistema di remunerazione unitario e valido a livello nazionale.

## 1.2 Organizzazione del processo di cura e dei criteri di distinzione

Non tutti i pazienti dimessi dopo una cura somatica acuta tornano direttamente nel loro ambiente consueto. Molti necessitano di cure mediche e terapeutiche, come pure di allenamenti in istituti di riabilitazione specializzati, mentre altri ricorrono a prestazioni ambulatoriali o a cure transitorie ai sensi dell’art. 25a, cpv. 2 LAMal. Tra queste, si trovano le offerte della riabilitazione ambulatoriale con programmi multiprofessionali. La definizione di queste offerte ambulatoriali non è oggetto del presente documento.

Molti pazienti possono essere curati direttamente in istituti di riabilitazione ospedaliera, senza una degenza acuta precedente.

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

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

1. definizione del tipo delle diverse prestazioni (il presente documento può essere di aiuto);
2. determinazione di valori soglia per l’intensità delle prestazioni da erogare, affinché possano essere considerate adeguatamente in una struttura tariffaria (sotto la responsabilità della SwissDRG AG in una tappa successiva).

## 2 Riabilitazione in Svizzera: visione d'insieme

### Definizione

Secondo la definizione dell'OMS<sup>1</sup>, 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).

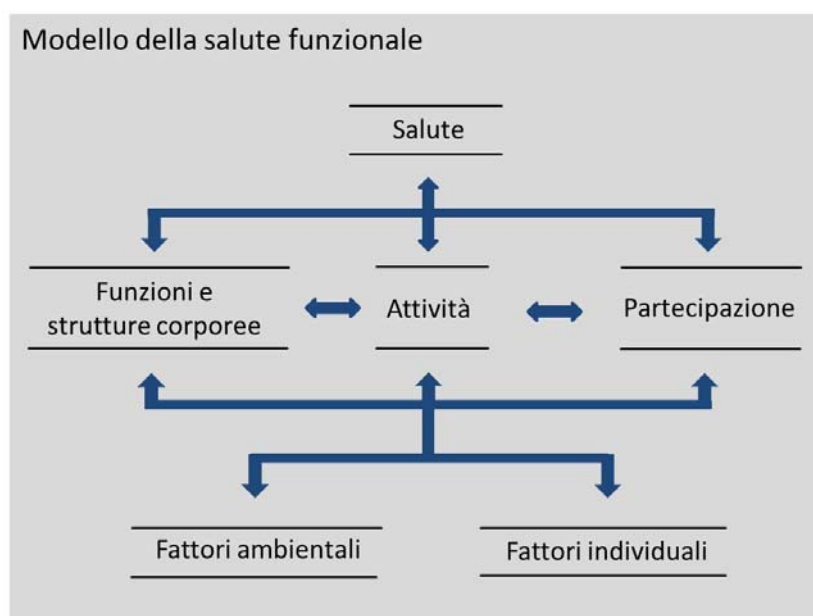


Figura 1: modello della salute funzionale secondo i criteri ICF

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.

<sup>1</sup> <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>

## Obiettivi

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

1. eliminare per quanto possibile danni delle funzioni e delle strutture corporali;
2. normalizzare con l'allenamento i disturbi delle attività, rispettivamente individuare con il paziente possibilità di compensazione funzionale per disturbi rilevanti;
3. assicurare la maggiore partecipazione possibile, eventualmente anche ricorrendo ad adeguamenti dei fattori ambientali<sup>2</sup>;
4. coinvolgere i fattori contestuali (personali e ambientali) per tutti i livelli della classificazione ICF;
5. comunicare strategie preventive (per lo più prevenzione secondaria).

## Metodi

- Valutazione specifica all'ammissione e alla dimissione
- Di regola, documentazione del caso e del decorso riferita all'ICF e all'ICD
- Documentazione degli obiettivi della riabilitazione
- Piani individuali con terapie singole e offerte per gruppi
- Impiego coordinato di personale specializzato
- Coinvolgimento di pazienti e familiari
- Rapporti interdisciplinari a conduzione medica
- Pianificazione precoce e strutturata della dimissione

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.

In tale contesto, la riabilitazione è indicata anche in caso di affezioni croniche e di situazioni palliative.

## Pianificazione dell'assistenza

Dato che in Svizzera l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera è di responsabilità cantonale, ogni Cantone definisce i suoi criteri. L'art. 25, cpv. 2, l'art. 39, cpv. 1 e 3, l'art. 49 e l'art. 56 LAMal formano il quadro giuridico per l'obbligo di remunerazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

## Rappresentazione tariffaria

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS): fondamentalmente, la cifra 11 (riabilitazione) dell'allegato 1 dell'Ordinanza sulle prestazioni OPre precisa le condizioni alle quali la riabilitazione ospedaliera è remunerata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:

*“Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia”.*

---

<sup>2</sup> P.es. mezzi ausiliari.

In ogni Cantone, ci sono convenzioni tariffali per distinguere la modalità di indennizzo delle singole prestazioni riabilitative. Al momento, le pratiche divergono molto l'una dall'altra, una situazione che a medio termine dovrà cambiare con l'introduzione di un nuovo finanziamento ospedaliero e le direttive della LAMal.

Nella Legge sull'assicurazione contro gli infortuni vige il principio delle prestazioni in natura. L'assicurazione mette a disposizione dell'assicurato la prestazione. La tariffa viene negoziata tra le cliniche e le assicurazioni, rappresentate dalla Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM).

## **Possibilità di miglioramento della rappresentazione tariffaria**

Il beneficio maggiore per i pazienti dato dall'interfaccia tra la cura acuta e la riabilitazione sta nella scelta del momento ottimale per il trasferimento al fornitore di prestazioni adeguato.

L'attuale obbligo di chiedere preventivamente a medici di fiducia e medici assicurativi l'autorizzazione per la riabilitazione ospedaliera ostacola o impedisce un trasferimento ottimale nel momento più idoneo e va dunque rivisto. L'idea all'origine della garanzia di copertura dei costi risale a un periodo in cui la separazione tra riabilitazione, cura e benessere non era così chiara. L'AOCMS 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 ospedaliera. Così facendo, è possibile contrastare i singoli impulsi mossi da interessi finanziari.

Secondo le attuali conoscenze, le persone più indicate per decretare il momento ottimale per il trasferimento a un fornitore di prestazioni adeguato sono i medici curanti sui due fronti. Gli assicuratori sono invitati a partecipare in modo tempestivo, adeguato ed efficace a tale decisione. Esistono esempi di ottimizzazioni di processi di questo genere, di solito identificate con la parola chiave "gestione del caso".



## 2.1 Situazione dei pazienti alla fine dell'assistenza acuta

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:

- il suo stato medico iniziale è stato accertato;
- il tipo e la durata della cura sono definiti e realistici;
- le prime fasi terapeutiche sono state avviate e, insieme alle parti in causa, sono valutate come tollerabili ed efficaci;
- le terapie che richiedono un'assistenza acuta sono definite, rispettivamente concluse;
- 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, la cura ospedaliera o ambulatoriale va proseguita in un istituto di riabilitazione. Il valore di riferimento per il ripristino delle capacità è la situazione precedente all'evento che ha reso necessaria l'assistenza acuta.

I punti di partenza della riabilitazione sono:

- la cura delle funzioni e delle strutture corporali danneggiate;
- 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 altre limitazioni delle funzioni e delle strutture corporali, delle attività e delle possibilità di partecipazione;
- la continuazione di determinate cure al di fuori dell'assistenza acuta.

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

La **riabilitazione** va intesa come un processo continuo, il cui punto di partenza di regola è la valutazione multidimensionale – in breve, l'osservazione complessiva della situazione del paziente nella sua attuale situazione di vita – che comprende la diagnosi del disturbo delle funzioni e delle strutture corporali, delle attività, della partecipazione e dell'ambiente.

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.

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 ospedaliera.

La **capacità di riabilitazione** si riferisce allo stato fisico e psichico, alla motivazione, alla motivabilità e alla resistenza del paziente che si appresta a seguire una riabilitazione. Nei settori della medicina riabilitativa in cui vengono curati pazienti con limitazioni cognitive (p.es. neurologia, geriatria), la motivazione e la motivabilità (vedi capacità di riabilitazione) non sono facili da valutare e, spesso, si manifestano solo durante il processo riabilitativo-terapeutico.

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).

## **2.2 Distinzione tra le prestazioni dell'assistenza acuta e della riabilitazione**

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 invece quello di valutare l'assegnazione e all'occorrenza di rifiutarla se lo stato del paziente dimesso dall'ospedale acuto supera le capacità a livello di genere e di intensità delle prestazioni dell'istituto di riabilitazione oppure se non sussiste un'indicazione sufficiente per una riabilitazione ospedaliera. 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 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 e che il tipo e l'intensità annunciati delle prestazioni mediche e terapeutiche infermieristiche nella struttura di riabilitazione siano rispettati. I criteri qui presentati per la descrizione delle caratteristiche del paziente non comprendono altre condizioni per l'erogazione delle prestazioni, per esempio differenze strutturali e personali, e criteri di qualità.

Questi criteri fungono in primis da base riconosciuta di validità generale e da ausilio alla discussione tra gli istituti dell'assistenza acuta e della riabilitazione, ma possono essere considerati anche in caso di controversie sulla concessione di una garanzia di copertura dei costi da parte di medici assicurativi.

## **2.3 Distinzione tra la riabilitazione con obbligo di sorveglianza e la riabilitazione ospedaliera**

In alcuni settori, si distingue tra la riabilitazione con obbligo di sorveglianza come forma intensiva di riabilitazione ospedaliera (chiamata anche riabilitazione intensiva o pre-riabilitazione) e la riabilitazione ospedaliera. A partire dal punto 3.2.1, si fa riferimento a questa suddivisione per distinguere i tipi di prestazione nella riabilitazione e, se disponibili nel settore in questione, vengono descritti i criteri di distinzione.

## 2.4 Distinzione tra la riabilitazione e altri settori

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. Queste specializzazioni non devono essere confuse con i termini talvolta utilizzati come sinonimi di cura acuta e riabilitazione. Si tratta in particolare di concetti come

- convalescenza;
- cura successiva;
- cure transitorie;
- cure palliative.

### *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.

### *Cura successiva*

La cura successiva comprende tutte le fasi di una cura che segue la terapia acuta, per esempio dopo un intervento chirurgico. Essa abbraccia la medicazione e si estende alle misure riabilitative mirate e meno intensive volte al ripristino delle funzioni precedenti o della maggiore funzionalità possibile.

### *Cure transitorie (cure acute e transitorie)*

Se alla conclusione della degenza ospedaliera si rendono necessarie soltanto prestazioni transitorie che non richiedono la presenza di un medico, è indicata una cura al di fuori dell'ospedale ai sensi dell'art. 25a LAMal<sup>3</sup>.

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

### *Cure palliative*

Nella sua definizione<sup>4</sup>, l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM)<sup>5</sup> scrive: "Nell'ambito di un approccio globale le cure palliative comprendono un trattamento e

<sup>3</sup> Art. 25a LAMal Cure in caso di malattia

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

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

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

- tengono in alta considerazione la vita e conferiscono dignità alla morte;
- rispettano la dignità e l'autonomia del paziente e pongono le sue priorità al centro delle cure;
- 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.

---

<sup>4</sup> Cfr. Vade-mecum des soins palliatifs, Etienne Rivier et al, Médecine & Hygiène Ginevra, 2008.

<sup>5</sup> „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 in internet al sito [www.samw.ch](http://www.samw.ch).

## 3 Catalogo di criteri

### 3.1 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 per la riabilitazione ospedaliera sono vieppiù confrontati con complicanze mediche, il che comporta costi supplementari, per esempio per visite mediche più frequenti e l'adozione di misure igieniche e di isolamento (p.es. MRSA), e un maggiore onere a livello di risorse. Se numerosi pazienti vengono trasferiti anticipatamente nella riabilitazione, all'inizio spesso si possono svolgere solo terapie singole e non cure di gruppo, con la conseguente necessità di maggiore personale. Per tutti questi motivi, è necessario formulare criteri che aiutino a evitare dimissioni precoci e inadeguate dagli ospedali acuti, ma anche dalle cliniche di riabilitazione.

## 3.2 Criteri per distinguere i tipi di prestazione nella riabilitazione

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

Il numero e il grado di minuziosità dei diversi tipi di riabilitazione sono raffigurati in nove settori (inclusa la riabilitazione con obbligo di sorveglianza, risp. intensiva), il che corrisponde alle prestazioni di riabilitazione ospedaliera effettivamente offerte in Svizzera. I settori sono menzionati in uno o più Cantoni nei mandati di prestazioni. Gli autori hanno deciso in base a questo di dedicare a ogni settore un proprio sottocapitolo. La sequenza segue semplicemente un ordine alfabetico.

Ogni sottocapitolo descrive un settore della riabilitazione. Tutti sono strutturati allo stesso modo.

- **Definizione** del tipo di riabilitazione
- **Obiettivi** della cura
- **Metodi** della cura
- Rappresentazione grafica dei **criteri di inclusione e di esclusione per l'inizio e la fine della degenza**. In alcuni settori, si opera anche una suddivisione tra riabilitazione con obbligo di sorveglianza (come forma intensiva di riabilitazione ospedaliera) e riabilitazione ospedaliera se il rispettivo mandato è stato assegnato.  
Le tabelle hanno una struttura standard, che viene spiegata nella figura seguente.

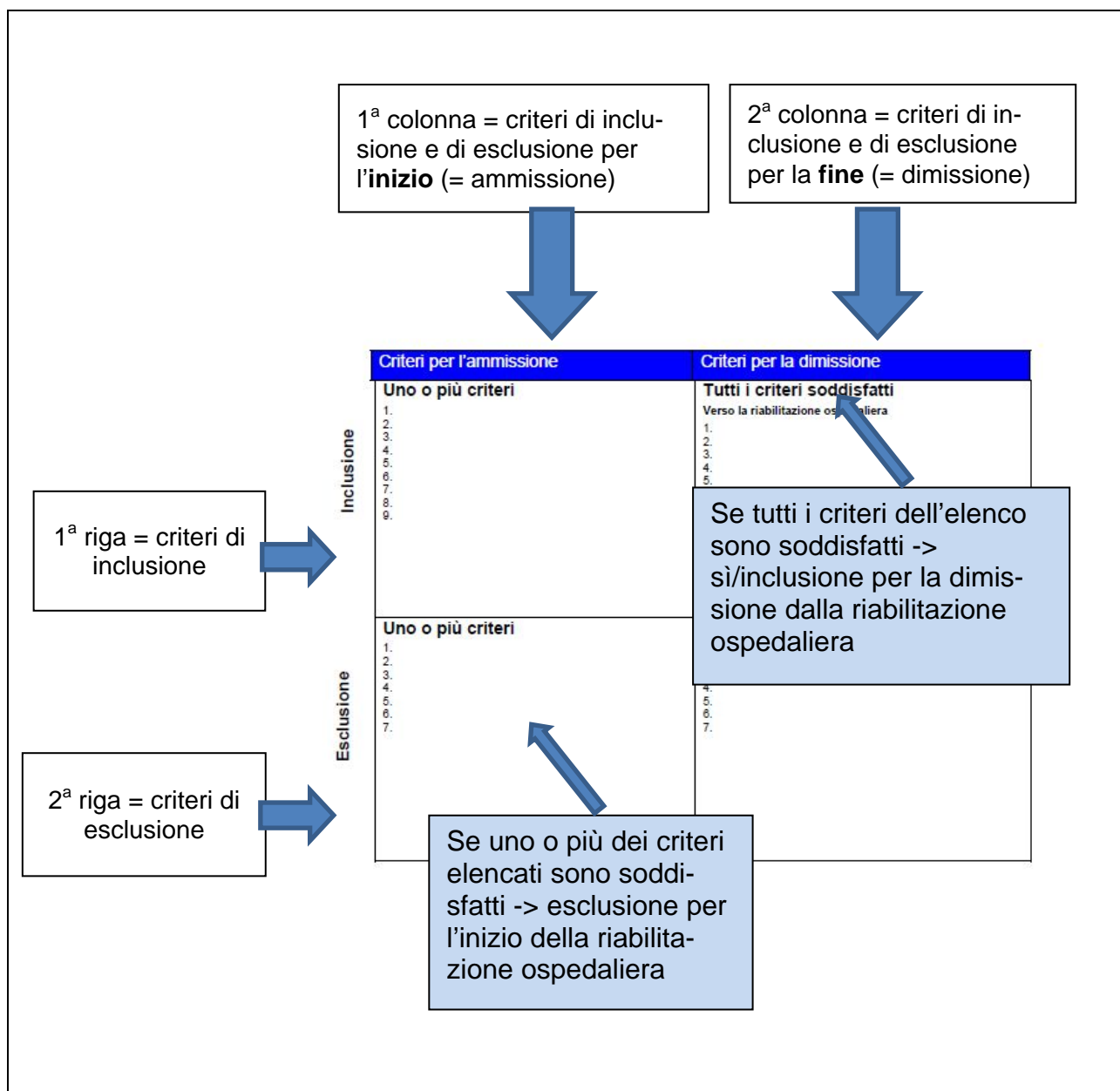


Figura 2: struttura della tabella, con i *criteri di inclusione e di esclusione* nelle righe e l'*inizio e la fine della degenza ospedaliera* nelle colonne.



### **3.2.1 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 autodeterminata di pazienti che di regola hanno più di 75 anni, presentano una polimorbidità e sono infermi.

#### **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.

#### **Metodi**

Oltre a quelli generali menzionati nel capitolo 2, la riabilitazione geriatrica impiega i metodi seguenti:

- valutazione geriatrica all'ammissione e alla dimissione;
- piani terapeutici individuali con possibilità di adattamento alla mutevole resistenza dei pazienti;
- intervento coordinato di cura riabilitativa, fisio ed ergoterapia, logopedia, servizio sociale, neuropsicologia, terapia di attivazione e consulenza nutrizionale;
- pianificazione strutturata e avviata per tempo della dimissione con possibilità di accertamento della situazione abitativa e di colloqui con la famiglia.

## Criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione geriatrica ospedaliera

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Spesso 75 anni o più</li> <li>Multimorbidità geriatrica con presenza documentata di più di una delle sindromi geriatriche seguenti: <ol style="list-style-type: none"> <li>limitazione cognitiva, in particolare delirio regressivo</li> <li>immobilità</li> <li>aumento del rischio di caduta</li> <li>incontinenza fecale e/o urinaria</li> <li>malnutrizione e/o sarcopenia</li> <li>depressione o ansia</li> <li>riduzione della funzionalità degli organi sensoriali</li> <li>ulcere da decubito</li> <li>dolori cronici</li> <li>problemi di medicazione in caso di polimedicazione e/o mancata adesione del paziente</li> <li>isolamento sociale.</li> </ol> </li> <li>Necessità della riabilitazione ospedaliera, segnatamente <ol style="list-style-type: none"> <li>dopo una cura acuta ospedaliera o</li> <li>in caso di comprovato potenziale riabilitativo dopo cura ambulatoriale a domicilio, in una casa anziani o in un istituto.</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <p><b>A: a casa o in un istituto a lungo termine</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lo stato complessivo consente di pianificare la continuazione della cura dopo la degenza.</li> <li>Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ol style="list-style-type: none"> <li>la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente o</li> <li>il potenziale riabilitativo è esaurito, non ci si può più aspettare un miglioramento significativo (lo documentano le scale di valutazione).</li> </ol> </li> </ol> <p>Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati.</p> <p><b>B: verso un'assistenza acuta ospedaliera</b> Sorgono nuovi problemi e complicanze che richiedono un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta (più di tre interventi medici quotidiani per due giorni consecutivi).</p> <p><b>C: verso un'altra struttura di assistenza</b> In seguito allo sviluppo clinico, il paziente può essere assegnato a un altro tipo di cura successiva.</p>
Esclusione	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Cura somatica acuta e diagnosi non concluse.</li> <li>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.</li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente con assistenza meno intensiva di quella originariamente prevista.</li> <li>Il peggioramento dello stato clinico è considerato temporaneo e non richiede un'ospedalizzazione nell'assistenza acuta.</li> </ol>

### **3.2.2 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).

La riabilitazione internistica e la riabilitazione oncologica sono metodi medici per la riabilitazione di pazienti con disturbi delle funzioni, delle attività e della partecipazione causati da più quadri clinici di medicina interna od oncologici/ematologici, da comorbidità o dalle conseguenze della loro cura (segnatamente di interventi chirurgici) che comportano un approccio riabilitativo coordinato e multidisciplinare sotto conduzione e sorveglianza medica.

Si tratta di settori medici dell'assistenza riabilitativa ambulatoriale e ospedaliera, 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.

#### **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.

#### **Metodi**

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 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.

Entrambe le riabilitazioni affrontano nello specifico anche i problemi seguenti:

- malnutrizione e alimentazione errata (inclusa nutrizione parenterale ed enterale);
- disturbi della deglutizione a causa della cura o come complicanza (in particolare in caso di tumori);
- terapia dei linfedemi;
- trattamento di ferite;
- cura della stomia;
- assistenza psico-oncologica, elaborazione della malattia.

Criteri ripartiti per tre interfacce:

- a) criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione con obbligo di sorveglianza (come forma intensiva di riabilitazione ospedaliera);
- b) criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione ospedaliera;
- c) criteri per l'interfaccia tra riabilitazione con obbligo di sorveglianza e riabilitazione ospedaliera.

**a) Criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione internistica e oncologica con obbligo di sorveglianza (come forma intensiva di riabilitazione ospedaliera)**

Criteri per l'ammissione		Criteri per la dimissione	
Inclusione	<b>Uno o più criteri</b> <div><div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div>	<b>Tutti i criteri soddisfatti</b> <b>Verso la riabilitazione ospedaliera</b> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	

**b) Criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione internistica e oncologica ospedaliera**

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

**c) Criteri per l'interfaccia tra riabilitazione con obbligo di sorveglianza e riabilitazione internistica e oncologica ospedaliera**

	Criteri per il trasferimento	Criteri per la dimissione
<b>Inclusione</b>	<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il paziente necessita al massimo di una visita medica o specialistica giornaliera, sorveglianza continua dei parametri vitali.</li> <li>2. Disturbi rilevanti e persistenti delle funzioni e della partecipazione, potenziale riabilitativo, eventualmente fattori contestuali sfavorevoli.</li> </ol> <p>Altri fattori, vedi punto b) interfaccia tra la medicina somatica acuta e la riabilitazione ospedaliera, criteri per l'ammissione, inclusione.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pazienti adulti con             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. una multimorbidità, disturbi della partecipazione e/o</li> <li>b. un deficit funzionale.</li> </ol> </li> <li>4. Necessità di riabilitazione ospedaliera, segnatamente             <ol style="list-style-type: none"> <li>c. necessità di un approccio riabilitativo multidisciplinare combinato, inclusa educazione o</li> <li>d. accertamento approfondito della causa della sindrome e dell'eventuale potenziale o</li> <li>e. continuazione della cura medica.</li> </ol> </li> <li>5. L'obiettivo è il ritorno a casa o il passaggio a un istituto di cura con la maggiore autonomia possibile.</li> <li>6. L'ospedale acuto ha concluso la diagnosi e definito la strategia terapeutica.</li> </ol>	<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <p><b>A: sviluppo in direzione di una struttura assistenziale domestica/ambulatoriale</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lo stato complessivo consente la continuazione della cura in un contesto successivo.</li> <li>2. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti:             <ol style="list-style-type: none"> <li>c. la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente dopo la dimissione o</li> <li>d. non ci si attende più un miglioramento significativo e secondo le scale di valutazione la capacità funzionale non aumenterà più.</li> </ol> <p>Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati.</p> </li> <li>3. I sintomi sono migliorati in modo sufficiente e adeguato al futuro ambiente.</li> </ol> <p><b>B: verso un'assistenza acuta ospedaliera</b> Sorgono nuovi problemi e complicanze che richiedono un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• emorragia circolatoria</li> <li>• insufficienza respiratoria</li> <li>• ritorno di un'infezione/nuova infezione</li> <li>• instabilità psichica</li> <li>• necessità di un intervento acuto: cardiaco, angiologico, ortopedico, neurologico.</li> </ul> <p><b>C: verso un'altra struttura di assistenza</b> Considerato lo sviluppo clinico, il paziente può essere assegnato a un istituto con un altro tipo di cura e di assistenza (p.es. cure palliative specializzate).</p>
<b>Esclusione</b>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Necessità di un controllo medico due volte al giorno</li> <li>2. Necessità di isolamento a causa di un'infezione</li> <li>3. Gravi problemi muscolo-scheletrici con autonomia limitata e nessun potenziale di integrazione</li> <li>4. Anemia sintomatica</li> <li>5. Catetere venoso centrale, drenaggi</li> <li>6. Limitazione cognitiva persistente</li> <li>7. Situazione metabolica diabetica instabile</li> <li>8. Eccessive perdite enterali di liquidi</li> <li>9. Punzioni regolari (pleura, ascite)</li> <li>10. Funzioni organiche instabili (fegato, reni)</li> <li>11. Grandi ferite aperte</li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Necessità di un controllo medico due volte al giorno</li> <li>2. Necessità di isolamento a causa di un'infezione</li> <li>3. Anemia sintomatica</li> <li>4. Catetere venoso centrale, drenaggi</li> <li>5. Limitazione cognitiva persistente</li> <li>6. Situazione metabolica diabetica instabile</li> <li>7. Eccessive perdite enterali di liquidi</li> <li>8. Punzioni regolari (pleura, ascite)</li> <li>9. Funzioni organiche instabili (fegato, reni)</li> <li>10. Grandi ferite aperte</li> <li>11. Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente meno restrittivo di quello originariamente previsto.</li> <li>12. Il peggioramento dello stato clinico può essere gestito nelle strutture riabilitative (il limite di tre interventi medici quotidiani per due giorni consecutivi non viene superato).</li> </ol>

### 3.2.3 Riabilitazione cardiovascolare

#### 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;
- 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 dei pazienti;
- riduzione delle degenze ospedaliere evitabili;
- prevenzione di rendite e cure precoci.

#### Metodi

Oltre a quelli generali menzionati nel capitolo 2, la riabilitazione cardiovascolare impiega i metodi seguenti:

- 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;
- 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, corso di cucina;
- 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 dell'assistenza successiva, reintegrazione nella consueta quotidianità (incl. capacità lavorativa).

Criteri ripartiti per tre interfacce:

- a) criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione con obbligo di sorveglianza (come forma intensiva di riabilitazione ospedaliera);
- b) criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione ospedaliera;
- c) criteri per l'interfaccia tra riabilitazione con obbligo di sorveglianza e riabilitazione ospedaliera.

**a) Criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione cardiovascolare con obbligo di sorveglianza (come forma intensiva di riabilitazione ospedaliera)**

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
<b>Inclusione</b>	<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fabbisogno di un'assistenza specializzata curativa e riabilitativa, elevato fabbisogno di terapia differenziata</li> <li>2. Elevato fabbisogno di cura e riabilitazione differenziate</li> <li>3. Miglioramento della prognosi in caso di cura riabilitativa precoce</li> <li>4. Uno o più criteri:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. deficit rilevanti delle attività della vita quotidiana</li> <li>b. necessità di una cura terapeutica individuale e impossibilità di partecipare al programma di gruppo</li> <li>c. insufficienza cardiaca NYHA III-IV</li> <li>d. dispositivo di assistenza ventricolare (VAD)</li> <li>e. depressione o ansia non sufficientemente curata</li> <li>f. disturbo cognitivo rilevante, leggero delirio</li> <li>g. insufficienza respiratoria senza obbligo di ventilazione invasiva (eccezione: cura dell'apnea notturna)</li> <li>h. infezione persistente, ev. germe multiresistente (MRSA, ESBL)</li> <li>i. necessità di isolamento a causa di un'infezione</li> <li>j. necessità di al massimo due visite mediche al giorno</li> <li>k. continuazione della cura di malattie concomitanti internistiche</li> <li>l. anemia sintomatica</li> <li>m. aritmie necessitanti di controllo e cure molto frequenti</li> <li>n. versamenti pericardici o pleurici non rilevanti dal punto di vista emodinamico e respiratorio ma necessitanti di sorveglianza</li> <li>o. complicanze postoperatorie come la sindrome postcardiotomica</li> <li>p. continuazione di terapie parenterali</li> <li>q. psicopatia da leggera a media o dipendenza controllata</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. I criteri per la riabilitazione con obbligo di sorveglianza non sono più soddisfatti.</li> <li>2. L'obiettivo della riabilitazione non è ancora raggiunto.</li> </ol>
<b>Esclusione</b>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aritmie maligne non controllate rilevanti dal punto di vista emodinamico</li> <li>2. Insufficienza cardiaca decompensata con necessità di vasopressori</li> <li>3. Insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva</li> <li>4. Infezione settica con instabilità emodinamica</li> <li>5. Instabilità emodinamica</li> <li>6. Gravi problemi muscolo-scheletrici con autonomia limitata e nessun potenziale di integrazione</li> <li>7. Grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata</li> <li>8. Malattia parossistica non controllata/non controllabile</li> <li>9. Nuova paralisi eziologicamente non accertata</li> <li>10. Intervento chirurgico in sala operatoria il giorno previsto dell'ammissione e giorno successivo per tutti gli interventi</li> <li>11. Necessità di valutazione o consultazione per un intervento in sala operatoria previsto il giorno successivo</li> <li>12. Cateterismo cardiaco il giorno previsto dell'ammissione</li> <li>13. Angiografia il giorno previsto dell'ammissione</li> <li>14. Biopsia di un organo interno il giorno previsto dell'ammissione</li> <li>15. Punzione toracica o addominale il giorno previsto dell'ammissione</li> <li>16. Nuova prescrizione di un farmaco che richiede almeno tre volte al giorno un adeguamento del dosaggio sotto sorveglianza medica o che comporta un rischio idiosincratco per il quale il paziente necessita di almeno tre controlli medici al giorno</li> <li>17. Ventilazione: ventilazione costante o intermittente (almeno tre volte al giorno), con l'eccezione della ventilazione assistita in caso di apnea notturna</li> <li>18. Controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di quattro ore</li> <li>19. Qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore</li> <li>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</li> <li>21. Disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore</li> <li>22. Problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore</li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'indicazione per la riabilitazione con obbligo di sorveglianza è ancora data.</li> <li>2. Non sono attesi altri miglioramenti.</li> </ol>

## b) Criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione cardiovascolare ospedaliera

Inclusione

Esclusione

Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <p>Tutte le affezioni cardiovascolari di tutte le fasce d'età con potenziale riabilitativo</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il paziente necessita di poco o nessun aiuto nelle attività della vita quotidiana.</li> <li>2. Non necessita di una cura/un'assistenza intensiva.</li> <li>3. Il paziente può partecipare a un programma di gruppo strutturato.</li> </ol>	<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <p><b>A: verso una struttura domestica</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti:             <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>b. non ci si attende più un miglioramento significativo e secondo le scale di valutazione la capacità funzionale non aumenterà più.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>B: verso un'assistenza acuta ospedaliera</b></p> <p>Sorgono nuovi problemi e complicanze che richiedono un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta.</p> <p><b>C: verso un'altra struttura di assistenza non acuta</b></p> <p>Non ci si attende progressi che renderebbero possibile una dimissione a casa. La cura e l'assistenza possono continuare in un istituto meno intensivo o più adeguato.</p>
<p><b>Uno o più criteri</b></p> <p>Tutti i criteri menzionati al punto a) per la riabilitazione con obbligo di sorveglianza (1-22):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. aritmie maligne non controllate rilevanti dal punto di vista emodinamico</li> <li>2. insufficienza cardiaca decompensata con necessità di vasopressori</li> <li>3. insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva</li> <li>4. infezione settica con instabilità emodinamica</li> <li>5. instabilità emodinamica</li> <li>6. gravi problemi muscolo-scheletrici con autonomia limitata e nessun potenziale di integrazione</li> <li>7. grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata</li> <li>8. malattia parossistica non controllata/non controllabile</li> <li>9. nuova paralisi eziologicamente non accertata</li> <li>10. intervento chirurgico in sala operatoria il giorno previsto dell'ammissione e giorno successivo per tutti gli interventi</li> <li>11. necessità di valutazione o consultazione per un intervento in sala operatoria previsto il giorno successivo</li> <li>12. cateterismo cardiaco il giorno previsto dell'ammissione</li> <li>13. angiografia il giorno previsto dell'ammissione</li> <li>14. biopsia di un organo interno il giorno previsto dell'ammissione</li> <li>15. puntura toracica o addominale il giorno previsto dell'ammissione</li> <li>16. nuova prescrizione di un farmaco che richiede almeno tre volte al giorno un adeguamento del dosaggio sotto sorveglianza medica o che comporta un rischio idiosincratco per il quale il paziente necessita di almeno tre controlli medici al giorno</li> <li>17. ventilazione: ventilazione costante o intermittente (almeno tre volte al giorno), con l'eccezione della ventilazione assistita in caso di apnea notturna</li> <li>18. controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di quattro ore</li> <li>19. qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore</li> <li>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</li> <li>21. disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore</li> <li>22. problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore</li> </ol> <p>e criteri menzionati al punto b) interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione cardiovascolare ospedaliera:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>23. aritmie instabili emodinamiche</li> <li>24. angina pectoris instabile</li> <li>25. malattia cardiaca valvolare con obbligo di intervento</li> <li>26. gravi comorbidità non controllate, p.es.: affezioni polmonari: COPD decompensata con insufficienza respiratoria globale</li> <li>27. grave scompenso metabolico</li> <li>28. affezione reumatica attiva</li> <li>29. grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata</li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il prolungamento della degenza permette di raggiungere gli obiettivi della riabilitazione, risp. sussiste ancora potenziale di miglioramento.</li> <li>2. Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente meno restrittivo di quello originariamente previsto.</li> <li>3. Il peggioramento dello stato clinico è considerato temporaneo e non richiede un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta.</li> </ol>

### c) Criteri per l'interfaccia tra riabilitazione con obbligo di sorveglianza e riabilitazione cardiovascolare ospedaliera

Esclusione	Criteri per il trasferimento	Criteri per la dimissione
	<b>Tutti i criteri soddisfatti</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. I criteri per la riabilitazione con obbligo di sorveglianza non sono più soddisfatti.</li> <li>2. L'obiettivo della riabilitazione non è ancora raggiunto.</li> </ol>	<b>Tutti i criteri soddisfatti</b> <p><b>A: verso una struttura domestica</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti:               <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>b. non ci si attende più un miglioramento significativo e secondo le scale di valutazione la capacità funzionale non aumenterà più.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>B: verso un'assistenza acuta ospedaliera</b></p> <p>Sorgono nuovi problemi e complicanze che richiedono un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta.</p> <p><b>C: verso un'altra struttura di assistenza non acuta</b></p> <p>Non ci si attende progressi che renderebbero possibile una dimissione a casa. La cura e l'assistenza possono continuare in un istituto meno intensivo o più adeguato.</p>
	<b>Uno o più criteri</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'indicazione per la riabilitazione con obbligo di sorveglianza è ancora data.</li> <li>2. Non sono attesi altri miglioramenti.</li> </ol>	<b>Uno o più criteri</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il prolungamento della degenza permette di raggiungere gli obiettivi della riabilitazione, risp. sussiste ancora potenziale di miglioramento.</li> <li>2. Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente meno restrittivo di quello originariamente previsto.</li> <li>3. Il peggioramento dello stato clinico è considerato temporaneo e non richiede un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta.</li> </ol>

### 3.2.4 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.

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 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.

#### Metodi

Oltre a quelli generali menzionati nel capitolo 2, 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;
- cura riabilitativa;
- tecnica ortopedica e protesica, con coinvolgimento della tecnica calzaturiera ortopedica;
- consulenza sociale;
- consulenza nutrizionale.

Criteri ripartiti per tre interfacce:

- a) criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione con obbligo di sorveglianza (come forma intensiva di riabilitazione ospedaliera);
- b) criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione ospedaliera;
- c) criteri per l'interfaccia tra riabilitazione con obbligo di sorveglianza e riabilitazione ospedaliera.

**a) Criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione muscolo-scheletrica con obbligo di sorveglianza (come forma intensiva di riabilitazione ospedaliera)**

Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fabbisogno di un'assistenza specializzata curativa e riabilitativa, elevato fabbisogno di terapia differenziata</li> <li>2. Elevato fabbisogno di cura e riabilitazione differenziate</li> <li>3. Miglioramento della prognosi in caso di cura riabilitativa precoce</li> </ol> <p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insufficienza respiratoria senza obbligo di ventilazione invasiva</li> <li>2. Infezione persistente</li> <li>3. Psicopatia da leggera a media o dipendenza controllata</li> <li>4. Necessità di un controllo medico al massimo due volte al giorno</li> <li>5. Necessità di isolamento a causa di un'infezione</li> <li>6. Continuazione della cura di gravi malattie concomitanti internistiche</li> <li>7. Anemia sintomatica</li> <li>8. Continuazione di una terapia farmacologica parenterale e/o somministrazione di liquidi</li> <li>9. Continuazione di un'alimentazione parenterale e/o enterale</li> <li>10. Drenaggi o catetere venoso centrale</li> <li>11. Continuazione di una chemioterapia</li> <li>12. Limitazione cognitiva persistente</li> <li>13. Disturbi della deglutizione con rischio di aspirazione</li> <li>14. Situazione metabolica diabetica instabile</li> <li>15. Paziente allettato</li> <li>16. Grandi ferite aperte</li> <li>17. Limitazioni delle attività della vita quotidiana</li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il paziente necessita al massimo di una visita medica o specialistica giornaliera.</li> <li>2. Il controllo del dolore non è ancora stabilizzato e sussiste potenziale riabilitativo.</li> <li>3. Sussiste una limitazione delle funzioni muscolo-scheletriche con disturbi persistenti rilevanti delle attività e/o della partecipazione, nonché potenziale riabilitativo. Sussistono fattori contestuali sfavorevoli.</li> </ol>
<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insufficienza respiratoria con obbligo di ventilazione invasiva</li> <li>2. Infezione settica con instabilità emodinamica</li> <li>3. Instabilità emodinamica</li> <li>4. Grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata</li> <li>5. Nuova prescrizione di un farmaco che richiede più volte al giorno un adeguamento del dosaggio sotto sorveglianza medica o che comporta un rischio idiosincratco</li> <li>6. Necessità di un controllo medico almeno tre volte al giorno</li> <li>7. Ventilazione costante o intermittente (almeno tre volte al giorno)</li> <li>8. Controllo delle funzioni vitali almeno ogni 30 minuti sull'arco di quattro ore</li> <li>9. Qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore</li> <li>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</li> <li>11. Disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore</li> <li>12. Problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore</li> <li>13. Aritmia maligna ventricolare non controllata</li> <li>14. Biopsia di un organo interno il giorno del trasferimento</li> <li>15. Punzione toracica, addominale o articolare il giorno del trasferimento</li> <li>16. Intervento chirurgico in sala operatoria il giorno del trasferimento o la vigilia del previsto trasferimento</li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Necessità di un controllo medico due volte al giorno</li> <li>2. Necessità di isolamento a causa di un'infezione</li> <li>3. Anemia sintomatica</li> <li>4. Catetere venoso centrale, drenaggi</li> <li>5. Limitazione cognitiva persistente</li> <li>6. Situazione metabolica diabetica instabile</li> <li>7. Malattie concomitanti internistiche instabili e necessitanti accertamenti</li> <li>8. Eccessive perdite enterali di liquidi</li> <li>9. Funzioni organiche instabili (fegato, reni)</li> <li>10. Grandi ferite aperte</li> <li>11. Ferite chirurgiche infette</li> <li>12. Dolore instabile con marcate ripercussioni sulla cura del dolore</li> </ol>

**b) Criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione muscolo-scheletrica ospedaliera**

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

**c) Criteri per l'interfaccia tra riabilitazione con obbligo di sorveglianza e riabilitazione muscolo-scheletrica ospedaliera**

	Criteri per il trasferimento	Criteri per la dimissione
<b>Inclusione</b>	<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il paziente necessita al massimo di una visita medica o specialistica giornaliera.</li> <li>2. Il controllo del dolore non è ancora stabilizzato e sussiste potenziale riabilitativo.</li> <li>3. Sussiste una limitazione delle funzioni muscolo-scheletriche con disturbi persistenti rilevanti delle attività e/o della partecipazione, nonché potenziale riabilitativo. Sussistono fattori contestuali sfavorevoli.</li> </ol>	<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <p><b>A: sviluppo in direzione di una struttura assistenziale domestica/ambulatoriale</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lo stato complessivo consente la continuazione della cura in un contesto successivo.</li> <li>2. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente dopo la dimissione o</li> <li>b. non ci si attende più un miglioramento significativo e secondo le scale di valutazione la capacità funzionale non aumenterà più.</li> </ol> <p>Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati.</p> </li> <li>3. I sintomi sono migliorati in modo sufficiente e adeguato al futuro ambiente.</li> </ol> <p><b>B: verso un'assistenza acuta ospedaliera</b></p> <p>Sorgono nuovi problemi e complicanze che richiedono un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta (più di tre interventi medici quotidiani per due giorni consecutivi):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• emorragia circolatoria</li> <li>• insufficienza respiratoria</li> <li>• ritorno di un'infezione/nuova infezione</li> <li>• instabilità psichica</li> <li>• necessità di un intervento acuto: cardiaco, angiologico, ortopedico, neurologico.</li> </ul> <p><b>C: verso un'altra struttura di assistenza</b></p> <p>Considerato lo sviluppo clinico, il paziente può essere assegnato a un istituto con un altro tipo di cura e di assistenza.</p>
<b>Esclusione</b>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Necessità di isolamento a causa di un'infezione</li> <li>2. Malattie concomitanti internistiche necessitanti accertamenti</li> <li>3. Aritmie</li> <li>4. Anemia sintomatica</li> <li>5. Sindrome postcardiotomica</li> <li>6. Terapia parenterale</li> <li>7. Limitazione cognitiva persistente</li> <li>8. Necessità di un controllo medico due volte al giorno</li> <li>9. Catetere venoso centrale, drenaggi</li> <li>10. Situazione metabolica diabetica instabile</li> <li>11. Malattie concomitanti internistiche instabili e necessitanti accertamenti</li> <li>12. Eccessive perdite enterali di liquidi</li> <li>13. Funzioni organiche instabili (fegato, reni)</li> <li>14. Grandi ferite aperte</li> <li>15. Ferite chirurgiche infette</li> <li>16. Dolore instabile con marcate ripercussioni sulla cura del dolore</li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il prolungamento della riabilitazione ospedaliera consente la dimissione in un ambiente meno restrittivo di quello originariamente previsto.</li> <li>2. Il peggioramento dello stato clinico è considerato temporaneo e non richiede un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta (il limite di tre interventi medici quotidiani per due giorni consecutivi non viene superato).</li> </ol>



### 3.2.5 Riabilitazione neurologica

#### Definizione

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

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

Per la neuroriabilitazione ospedaliera generale e per la neuroriabilitazione ospedaliera di pazienti con danni gravi e molto gravi del sistema nervoso (*riabilitazione con obbligo di sorveglianza*), 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 con obbligo di sorveglianza* documento del 27.9.2001, assemblea generale di Locarno).

Per pazienti con limitazioni neurologiche gravi e molto gravi, l'indicazione per una *riabilitazione con obbligo di sorveglianza* 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. essiccasi, 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 con obbligo di sorveglianza* 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 con obbligo di sorveglianza

Per il trasferimento in un reparto di neuroriabilitazione intensiva (riabilitazione con obbligo di sorveglianza) 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 con obbligo di sorveglianza**

Un reparto di neuroriabilitazione intensiva per la cura dei pazienti più gravi è di regola integrato in un istituto della neuroriabilitazione ospedaliera. 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 per le 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 con obbligo di sorveglianza alla neuroriabilitazione ospedaliera e in seguito ambulatoriale.

### **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.

### **Metodi**

Oltre a quelli generali menzionati nel capitolo 2, le forme terapeutiche e le misure più frequenti sono:

- cure mediche sotto la direzione di uno specialista in neurologia;
- fisioterapia, terapia fisica, balneoterapia, terapia assistita da robot;
- ergoterapia;
- logopedia e terapia facio-orale;
- cura in diverse combinazioni secondo il paziente;
- misure che necessitano di isolamento;
- neuropsicologia, psicologia;
- consulenza sociale e reinserimento professionale;
- 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 ripartiti per tre interfacce:

- a) criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione con obbligo di sorveglianza (come forma intensiva di riabilitazione ospedaliera, reparto di neuroriabilitazione intensiva);
- b) criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione ospedaliera;
- c) criteri per l'interfaccia tra riabilitazione con obbligo di sorveglianza e riabilitazione ospedaliera.

**a. Criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione con obbligo di sorveglianza (come forma intensiva di riabilitazione ospedaliera, reparto di neuroriabilitazione intensiva)**

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
<b>Inclusione</b>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <p>Pazienti in condizioni neurologiche gravi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instabilità vegetativa a riposo o sotto sforzo (monitoraggio necessario)</li> <li>2. Obbligo di aspirazione delle vie respiratorie con e senza tracheostomia</li> <li>3. Necessità di sostenere in modo intercorrente la respirazione spontanea</li> <li>4. Alimentazione parenterale ancora necessaria</li> <li>5. Grave disturbo della coscienza qualitativo e quantitativo</li> <li>6. Rischio di complicanze acuto ed elevato: rischio elevato di complicanze secondarie e terziarie come decubiti, contratture, aspirazione, calcificazioni periarticolari, essiccasi, malnutrizione o gravi limitazioni mentali</li> <li>7. Stato delirante con perdita persistente o intermittente dell'autocontrollo, sindrome amnestica, agitazione, aggressività, depressione, astenia, negligenza spaziale unilaterale, messa in pericolo di sé stessi e di altri, pericolo di fuga</li> <li>8. Elevata necessità di sorveglianza, cura e assistenza medica e infermieristica, incluso intervento medico intensivo</li> <li>9. Necessità di cura intensiva e riabilitativa per oltre quattro ore al giorno</li> <li>10. Onere terapeutico massimo: trattamento singolo o doppio, nessuna possibilità di terapia di gruppo</li> <li>11. Gravissimo disturbo della capacità di comunicazione, della comprensione delle istruzioni e della consapevolezza della malattia</li> <li>12. Nessuna possibilità di collaborazione nel perseguimento degli obiettivi terapeutici</li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <p>Miglioramento dello stato e delle funzioni che consente un trasferimento nella neuroriabilitazione ospedaliera</p>
<b>Esclusione</b>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intervento neurochirurgico imminente</li> <li>2. Cure acute non ancora concluse</li> <li>3. Epilessia attiva con grave rischio di uno stato epilettico</li> <li>4. Sepsì</li> <li>5. Polmonite con insufficienza respiratoria globale</li> <li>6. Spostamento reso impossibile da comorbidità</li> <li>7. Ventilazione artificiale continua (non si tratta di un criterio di esclusione in unità specializzate)</li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instabilità persistente neurologica e/o internistica in presenza di potenziale riabilitativo</li> <li>2. Presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto della riabilitazione con obbligo di sorveglianza (reparto di neuroriabilitazione intensiva)</li> </ol>

**b. Criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione neurologica ospedaliera**

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

**c. Criteri per l'interfaccia tra riabilitazione con obbligo di sorveglianza e riabilitazione neurologica ospedaliera**

	Criteri per il trasferimento	Criteri per la dimissione
<b>Inclusione</b>	<b>Tutti i criteri soddisfatti</b> Questi pazienti <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sono per lo più lucidi</li> <li>2. sono in grado di partecipare attivamente ad attività riabilitative in più sedute di terapia di circa 30 minuti</li> <li>3. sono in grado di interagire e di comunicare, ev. con mezzi ausiliari</li> <li>4. sono in grado di spostarsi, circa 3-4 ore al giorno in sedia a rotelle</li> <li>5. dipendono in gran parte da un aiuto per attività della vita quotidiana</li> <li>6. non dipendono più dalla riabilitazione con obbligo di sorveglianza (reparto di neuroriabilitazione intensiva), rischio di complicità ridotto.</li> </ol>	<b>Uno o più criteri</b> Ritorno in un ospedale acuto <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Offuscamento della coscienza con delirio</li> <li>2. Aspirazione con insufficienza respiratoria</li> <li>3. Necessità di sorveglianza intensiva</li> <li>4. Infezione grave</li> <li>5. Decompensazione psichica con pericolo di suicidio</li> <li>6. Aggressività nei confronti di terzi</li> <li>7. Pericolo di fuga</li> </ol>
<b>Esclusione</b>	<b>Uno o più criteri</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peggioramento acuto: paziente confuso, non cooperativo</li> <li>2. Instabilità persistente neurologica e/o internistica in presenza di potenziale riabilitativo</li> <li>3. Presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto della riabilitazione con obbligo di sorveglianza (reparto di neuroriabilitazione intensiva)</li> </ol>	<b>Uno o più criteri</b>

### 3.2.6 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-CY<sup>6</sup>, sono importanti tanto quanto il riferimento alla relativa diagnosi eziologica secondo l'ICD.

Analogamente ai diversi settori della 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.

Di seguito alcuni esempi.

- **Riabilitazione neurologica**  
Lesione cerebrale traumatica, paresi cerebrale infantile, sindrome vascolare, encefalite, ipossia cerebrale, tumori al cervello ecc.  
Lesione del midollo spinale, mielomeningocele, mielite, tumori del midollo spinale, poli-neuroradicolite, distrofie muscolari ecc.
- **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**  
Eczema atopico, psoriasi e altro.

#### La situazione dei bambini e degli adolescenti

---

<sup>6</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, OMS 2007

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)<sup>7</sup>, p.es.
  - il bambino deve essere assistito insieme a bambini con le medesime esigenze psichiche. 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<sup>8</sup> 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.

---

<sup>7</sup> Fonte: [www.kindundspital.ch/download/pictures/0e/.../la\\_carta-\\_italiano.pdf](http://www.kindundspital.ch/download/pictures/0e/.../la_carta-_italiano.pdf)  
[http://www.kindundspital.ch/download/pictures/10/w10uu6afrqipitjeyty7mkyw8wuexy/each-charta\\_pediatria.pdf](http://www.kindundspital.ch/download/pictures/10/w10uu6afrqipitjeyty7mkyw8wuexy/each-charta_pediatria.pdf)

<sup>8</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health, Version Children & Youth, OMS 2007

## Metodi

I metodi generali menzionati nel capitolo 2 vengono adattati e all'occorrenza approvati per la riabilitazione pediatrica. Essi si orientano quanto possibile ai principi dell'Evidence Based Medicine (EBM).

Per esempio:

- valutazioni specifiche adeguate a bambini e adolescenti al momento dell'ammissione e della dimissione, e per il monitoraggio del decorso;
- documentazione del caso e del decorso sulla scorta dell'ICF-CY e dell'ICD;
- formulazione degli obiettivi di riabilitazione con coinvolgimento dei genitori o del rappresentante legale;
- piani terapeutici individuali con terapia singola, terapia di gruppo, frequentazione della scuola dell'ospedale, gioco e offerte per il tempo libero;
- impiego coordinato del personale specializzato appositamente formato e istruito nella riabilitazione di bambini e adolescenti;
- coinvolgimento dei genitori o del rappresentante legale e, secondo l'età e la capacità di giudizio, del bambino e dell'adolescente;
- pianificazione precoce della successiva reintegrazione scolastica.



**Criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione pediatrica ospedaliera**

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

### 3.2.7 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<sup>9</sup>)<sup>10</sup>. 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<sup>11</sup>. 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<sup>12</sup>. La portata della paralisi viene indicata come il grado della perdita motoria (grado di funzione muscolare e altezza della paralisi) e della perdita sensoriale<sup>13</sup>. «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.»<sup>14</sup> «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.»<sup>15</sup>.

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.

<sup>9</sup> OMS [ICF, 2005]: 16 seg.

<sup>10</sup> Cfr. DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 11

<sup>11</sup> DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 6

<sup>12</sup> DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 6

<sup>13</sup> La portata della paralisi può per esempio essere classificato con AIS2 – cfr. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK8880/> e Frankel et al. [Frankel Scale, 1969]: 182

<sup>14</sup> UST-CH [Manuale di codifica medica, 2012]: 125, regola S1905c.

<sup>15</sup> 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<sup>16</sup>. Le singole fasi della riabilitazione presentano contenuti e intensità diversi.

Importanti obiettivi e provvedimenti *curativi* di una riabilitazione paraplegiologica<sup>17</sup>:

- 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<sup>18</sup>:

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

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, score ASIA (American Spinal Injury Association), disfunzioni autonome, attività della vita quotidiana con SCIM (Spinal Cord Independence Measure).

<sup>16</sup> DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 10 f

<sup>17</sup> Cfr. DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 12 ff

<sup>18</sup> Cfr. DMGP [Leitlinien QS, 2005]: 12 ff

## Metodi

Oltre a quelli generali menzionati nel capitolo 2, le forme terapeutiche e le misure più frequenti sono:

- cure mediche sotto la direzione 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 e reinserimento professionale;
- 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 per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione paraplegiologica ospedaliera specializzata

		Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	Esclusione	<b>Tutti i criteri soddisfatti</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pazienti con un quadro clinico nel contesto della para o della tetraplegia</li> <li>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 ripristinare la normale resistenza e di evitare peggioramenti neurologici secondari)</li> <li>3. Diagnosi primaria conclusa e terapia medica successiva definita</li> <li>4. Funzioni vitali sufficientemente stabili per le cure riabilitative o indicazione per una cura intensiva specifica con obbligo di sorveglianza</li> <li>5. Eventualmente, necessità di altre cure medico-chirurgiche o             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. obbligo di ventilazione con respirazione stabile o</li> <li>b. necessità di aiuti notevoli nelle attività della vita quotidiana o</li> <li>c. limitazione notevole o totale della mobilità o</li> <li>d. necessità di sostegno a livello di escrezione o</li> <li>e. alimentazione parenterale o tramite sonda</li> </ol> </li> </ol>	<b>Tutti i criteri soddisfatti</b> <p><b>A: verso una struttura domestica</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lo stato complessivo consente la cura successiva al di fuori di una riabilitazione ospedaliera.</li> <li>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.</li> <li>3. È disponibile un contesto postospedaliero adeguato.</li> </ol> <p><b>B: verso un'assistenza ospedaliera acuta</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. È necessario un intervento chirurgico in ambito ospedaliero.</li> <li>2. È necessaria una cura intensiva in un ospedale acuto a causa di una minaccia vitale (non legata alla para o alla tetraplegia).</li> </ol>
		<b>Uno o più criteri</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. È necessario un intervento chirurgico in ambito ospedaliero.</li> <li>2. È necessaria una cura intensiva in un ospedale acuto a causa di una minaccia vitale (non legata alla para o alla tetraplegia).</li> </ol>	<b>Uno o più criteri</b> <p>Presenza di potenziale riabilitativo, ma solo nel contesto ospedaliero.</p>

### 3.2.8 Riabilitazione psicosomatica

#### Definizione

La riabilitazione psicosomatica si occupa di persone con affezioni primariamente somatiche e di pazienti con un concetto patologico esclusivamente somatico che altrimenti non sarebbero adeguatamente assistiti (p.es. disturbi somatoformi). Nel quadro di un 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 sono gli obiettivi essenziali, dato che pazienti con comorbidità psichiche e fisiche presentano un rischio chiaramente maggiore in quanto a cronicizzazione e a invalidità.

I pazienti con quadri clinici psichiatrici vengono assegnati alle offerte specifiche della psichiatria.

#### Obiettivi

- Miglioramento dello stato di salute fisica e mentale integrale
- Ottimizzazione della gestione della malattia
- Attivazione delle risorse individuali e ambientali
- Ripristino/miglioramento delle capacità funzionali nella quotidianità, nella formazione, sul lavoro e nella partecipazione sociale

#### Metodi

Oltre a quelli generali menzionati nel capitolo 2, nella riabilitazione psicosomatica valgono i principi organizzativi e di cura seguenti<sup>19</sup>:

- il principio dell'interdisciplinarietà somatico-psichiatrica;
- il principio della squadra 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;
- valutazione della capacità lavorativa.

---

<sup>19</sup> (Paar e Wiegand-Grefe 2001)

## Durata della riabilitazione psicosomatica

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'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione psicosomatica ospedaliera

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
Inclusione	<b>Tutti i criteri soddisfatti</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacità e motivazione a partecipare al programma multimodale con psicoterapia, terapia del movimento, terapia ambientale, ergoterapia e altre offerte terapeutiche</li> <li>2. Possibilità di cura nel contesto ambulatoriale esaurite o insufficienti</li> <li>3. Incapacità lavorativa persistente / invalidità incombente</li> <li>4. Necessità di un allontanamento dall'ambiente domestico o professionale per motivi terapeutici</li> <li>5. Affezioni psicosomatiche legate a un'elevata comorbidità somatica o             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. disturbi funzionali che complicano o rendono impossibile una terapia ambulatoriale o</li> <li>b. comportamento problematico automatizzato e per lo più sottratto all'autocontrollo (p.es. iperventilazione cronica, vomito) o</li> <li>c. marcato comportamento evitante</li> </ol> </li> </ol>	<b>Uno o più criteri</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La stabilità fisica e psichica raggiunta consente una cura/psicoterapia ambulatoriale.</li> <li>2. Il peggioramento dello stato fisico richiede un trasferimento in un ospedale acuto.</li> <li>3. Il peggioramento dello stato psichico richiede un trasferimento in una clinica psichiatrica.</li> <li>4. Sussiste una mancanza di motivazione/cooperazione.</li> </ol>
Esclusione	<b>Uno o più criteri</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stato somatico instabile con elevato fabbisogno di cura e/o sorveglianza</li> <li>2. Diagnosi principale psichiatrica, escl. ICD F45, all'ammissione alla riabilitazione</li> <li>3. Grave danno organico-cerebrale o diminuzione dell'intelligenza</li> <li>4. Grave limitazione delle attività della vita quotidiana e della mobilità con elevato fabbisogno di cure</li> <li>5. Mancanza di motivazione</li> </ol>	<b>Uno o più criteri</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il paziente è ancora troppo instabile fisicamente/psichicamente per             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. la dimissione a casa;</li> <li>b. una cura/psicoterapia ambulatoriale.</li> </ol> </li> <li>2. La definizione del dosaggio di farmaci che per questioni mediche deve essere eseguita a livello ospedaliero non è ancora conclusa.</li> <li>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).</li> </ol>

### 3.2.9 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.

Quadri clinici/indicazioni per la riabilitazione pneumologica (tra parentesi i codici ICD-10):

- BPCO (J40-J44) GOLD II – IV;
- fibrosi cistica (E84);
- asma bronchiale (J45);
- affezioni polmonari interstiziali (J80-J84);
- affezioni della parete toracica e del muscolo respiratorio (M40, M41, G71, G72);
- altre affezioni polmonari croniche (J98, J99), anche con ausili meccanici alla respirazione;
- problemi pre e postoperatori nel quadro di interventi ai polmoni (J95);
- grave tubercolosi, segnatamente tubercolosi multiresistente;
- dopo gravi affezioni polmonari acute.

#### 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.

#### Metodi

Oltre a quelli generali menzionati nel capitolo 2, le forme terapeutiche e le misure più frequenti sono:

- terapia inalatoria e farmacoterapia specializzata;
- introduzione all'ossigenoterapia a casa;
- ventilazione a casa;
- fisioterapia;
- ginnastica respiratoria;
- terapia del movimento;
- cura riabilitativa;
- avvio della disassuefazione al tabacco;
- consulenza nutrizionale e professionale;
- formazione dei pazienti;
- introduzione all'autogestione;
- comportamenti e misure volti a evitare l'esposizione ad allergeni;
- logopedia (p.es. dopo cannule tracheali);
- svezzamento dalla ventilazione meccanica (weaning).

Criteri ripartiti per tre interfacce:

- a) criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione con obbligo di sorveglianza (come forma intensiva di riabilitazione ospedaliera);
- b) criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione ospedaliera;
- c) criteri per l'interfaccia tra riabilitazione con obbligo di sorveglianza e riabilitazione ospedaliera.



**a) Criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione con obbligo di sorveglianza (come forma intensiva di riabilitazione pneumologica ospedaliera)**

	Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
<b>Inclusione</b>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave affezione di base con limitazione della funzione polmonare, grave decondizionamento</li> <li>2. Gravi comorbidità (p.es. grave insufficienza cardiaca, diabete mellito difficile da controllare ecc.)</li> <li>3. Necessità di una cura supplementare:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ossigenoterapia a casa, accertamento e istruzione</li> <li>b. ventilazione meccanica a casa, accertamento e istruzione</li> <li>c. catetere transtracheale</li> </ol> </li> <li>4. Tendenza invalidante             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fabbisogno di un'assistenza intensiva specializzata curativa e riabilitativa o</li> <li>b. elevato fabbisogno terapeutico differenziato o</li> <li>c. elevato fabbisogno di cura e riabilitazione differenziate o</li> <li>d. miglioramento della prognosi in caso di cura riabilitativa precoce</li> </ol> </li> <li>5. Infezione persistente, ev. germe multiresistente (MRSA, ESBL)</li> <li>6. Necessità di isolamento a causa di un'infezione</li> <li>7. Necessità di al massimo due visite mediche al giorno</li> <li>8. Continuazione della cura di malattie concomitanti inter-nistiche</li> <li>9. Anemia sintomatica</li> <li>10. Continuazione terapie parenterali</li> <li>11. Psicopatia da leggera a media o dipendenza controllata</li> </ol>	<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il paziente necessita al massimo di una visita medica o specialistica giornaliera.</li> <li>2. Il paziente è per lo più autonomo nelle attività della vita quotidiana.</li> <li>3. Le complicanze e le affezioni concomitanti sono state stabilizzate.</li> </ol>
<b>Esclusione</b>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nessun potenziale riabilitativo</li> <li>2. Adesione insufficiente</li> <li>3. Instabilità cardiocircolatoria controllabile solo in un contesto acuto</li> <li>4. Infezione settica con instabilità emodinamica</li> <li>5. Gravi problemi muscolo-scheletrici con autonomia limitata e nessun potenziale di integrazione</li> <li>6. Grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata</li> <li>7. Malattia parossistica non controllata/non controllabile</li> <li>8. Nuova paralisi eziologicamente non accertata</li> <li>9. Qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore</li> <li>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</li> <li>11. Disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore</li> <li>12. Problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore</li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peggioramento considerato passeggero (&lt; 2 giorni)</li> <li>2. Necessità di isolamento a causa di un'infezione</li> <li>3. Malattie concomitanti internistiche necessitanti accertamenti</li> <li>4. Esacerbazione acuta, p.es. BPCO</li> <li>5. Anemia necessitante una trasfusione</li> <li>6. Terapia parenterale</li> </ol>

**b) Criteri per l'interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione pneumologica ospedaliera**

Criteri per l'ammissione	Criteri per la dimissione
<p><b>Inclusione</b></p> <p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosi differenziale conclusa</li> <li>2. Prognosi possibile e pianificazione della terapia avviata</li> <li>3. Comorbidità stabili</li> <li>4. Fattori ambientali patogeni: posto di lavoro, fumo passivo, inquinamento atmosferico</li> <li>5. Grande distanza tra l'ambiente domestico e l'istituto di riabilitazione</li> <li>6. Inefficacia comprovata della riabilitazione ambulatoriale</li> <li>7. Autonomia terapeutica minima (inalazioni ecc.)</li> <li>8. Gestione autonoma dell'ossigenoterapia e della ventilazione non invasiva, incl. CPAP</li> <li>9. Impossibilità di una riabilitazione ambulatoriale (cfr. criteri)</li> <li>10. Nessuna indicazione per un'assistenza/una cura duratura</li> <li>11. Possibilità di partecipare per due ore al programma di riabilitazione</li> <li>12. Misure riabilitative non limitate in modo decisivo dalle affezioni concomitanti</li> </ol>	<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <p><b>A: verso una struttura domestica</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programma di istruzione concluso e stabilizzazione della situazione respiratoria: dimissione in una riabilitazione ambulatoriale, a casa o in un istituto di cura ospedaliero</li> <li>2. Lo stato complessivo consente di pianificare la continuazione della cura dopo la degenza.</li> <li>3. Gli obiettivi della riabilitazione sono raggiunti:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. la capacità funzionale del paziente è adeguata al futuro ambiente dopo la dimissione o</li> <li>b. non ci si attende più un miglioramento significativo e secondo le scale di valutazione la capacità funzionale non aumenterà più.</li> </ol>             Per la verifica si impiegano strumenti standardizzati e approvati.           </li> <li>4. I sintomi sono migliorati in modo sufficiente e adeguato al futuro ambiente. La riabilitazione eventualmente può continuare a livello ambulatoriale.</li> </ol> <p><b>B: verso un'assistenza ospedaliera acuta</b> Infezione polmonare non controllabile che rende necessaria una terapia intensiva e/o una ventilazione invasiva</p> <p><b>C: verso una riabilitazione con obbligo di sorveglianza</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peggioramento respiratorio globale con terapia respiratoria intensificata</li> <li>2. Scompenso metabolico</li> <li>3. Altri criteri secondo il punto a) Criteri per l'ammissione riabilitazione intensiva</li> </ol> <p><b>D: verso un'altra struttura di assistenza non acuta</b> Considerato lo sviluppo clinico, il paziente può essere assegnato a un istituto con un altro tipo di cura e di assistenza.</p>
<p><b>Esclusione</b></p> <p><b>Uno o più criteri</b></p> <p>Tutti i criteri menzionati al punto a):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. nessun potenziale riabilitativo</li> <li>2. adesione insufficiente</li> <li>3. instabilità cardiocircolatoria controllabile solo in un contesto acuto</li> <li>4. infezione settica con instabilità emodinamica</li> <li>5. gravi problemi muscolo-scheletrici con autonomia limitata e nessun potenziale di integrazione</li> <li>6. grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata</li> <li>7. malattia parossistica non controllata/non controllabile</li> <li>8. nuova paralisi eziologicamente non accertata</li> <li>9. qualsiasi insufficienza acuta di un organo o di un sistema di organi nelle precedenti 48 ore</li> <li>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</li> <li>11. disturbi della coscienza nelle precedenti 48 ore</li> <li>12. problemi ematologici acuti (agranulocitosi, grave anemia) nelle precedenti 48 ore</li> </ol> <p>e criteri menzionati al punto b) interfaccia tra ospedale acuto e riabilitazione pneumologica ospedaliera:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. diagnosi non conclusa, processo terapeutico non ancora definito, situazione instabile</li> <li>14. gravi comorbidità</li> <li>15. esacerbazione acuta di un BPCO con insufficienza respiratoria globale</li> <li>16. grave scompenso metabolico</li> <li>17. affezione reumatica attiva</li> <li>18. grave psicopatia o dipendenza manifestamente non controllata</li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il peggioramento è considerato passeggero (&lt; 2 giorni).</li> <li>2. Il prolungamento della degenza consente la dimissione in un ambiente meno restrittivo di quello originariamente previsto.</li> <li>3. Il peggioramento dello stato clinico è considerato temporaneo e non richiede un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta (il limite di tre interventi medici quotidiani per due giorni consecutivi non viene superato).</li> </ol>

**c) Criteri per l'interfaccia tra riabilitazione con obbligo di sorveglianza e riabilitazione pneumologica ospedaliera**

	Criteri per il trasferimento	Criteri per la dimissione
<b>Inclusione</b>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il paziente necessita al massimo di una visita medica o specialistica giornaliera.</li> <li>2. È necessaria una sorveglianza continua dei parametri vitali.</li> <li>3. Il paziente è per lo più autonomo nelle attività della vita quotidiana.</li> </ol>	<p><b>Tutti i criteri soddisfatti</b></p> <p><b>A: verso un'assistenza acuta ospedaliera</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sorgono nuovi problemi e complicanze che richiedono un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta (più di tre interventi medici quotidiani per due giorni consecutivi):</li> <li>2. emorragia circolatoria</li> <li>3. indicazione per la ventilazione invasiva</li> <li>4. instabilità psichica</li> <li>5. necessità di un intervento acuto: cardiaco, angiologico, ortopedico, neurologico.</li> </ol> <p><b>B: verso un'altra struttura di assistenza</b></p> <p>Considerato lo sviluppo clinico, il paziente può essere assegnato a un istituto con un altro tipo di cura e di assistenza.</p>
<b>Esclusione</b>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nessun potenziale riabilitativo</li> <li>2. Diagnosi non conclusa, processo terapeutico non ancora definito, situazione instabile</li> <li>3. Gravi problemi muscolo-scheletrici con autonomia limitata e nessun potenziale di integrazione</li> <li>4. Necessità di isolamento a causa di un'infezione</li> <li>5. Malattie concomitanti internistiche necessitanti accertamenti</li> <li>6. Aritmie</li> <li>7. Anemia necessitante una trasfusione</li> <li>8. Terapia parenterale complessa</li> <li>9. Limitazione cognitiva persistente</li> </ol>	<p><b>Uno o più criteri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. I progressi rilevati consentono la dimissione in un ambiente meno restrittivo di quello originariamente previsto.</li> <li>2. Il peggioramento dello stato clinico è considerato temporaneo e non richiede un'ospedalizzazione/una riospedalizzazione nell'assistenza acuta (il limite di tre interventi medici quotidiani per due giorni consecutivi non viene superato).</li> </ol>



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 di progetto Tariffe

T 031 335 11 24

[markus.tschanz@hplus.ch](mailto:markus.tschanz@hplus.ch)

**H+ Die Spitäler der Schweiz**

Secrétariat central

Lorrainestrasse 4 A

3013 Berne

T 031 335 11 11

F 031 335 11 70

[geschaefsstelle@hplus.ch](mailto:geschaefsstelle@hplus.ch)

[www.hplus.ch](http://www.hplus.ch)