

Bur n. 40 del 13/05/2008

Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 839 del 08 aprile 2008

Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Lungodegenza (codice 60)

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr)

[L'Assessore alle Politiche Sanitarie On. Dott.ssa Francesca Martini riferisce quanto segue.

Con la DGR n° 253 del 01/02/2000 la Regione Veneto ha approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari. Tale documento, attuativo delle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (Provvedimento del 07/05/1998), affronta alcune tematiche fondamentali in tema di riabilitazione in ambito ospedaliero e territoriale, in particolare:

- a) la continuità terapeutica: integrazione tra ospedale–strutture extraospedaliere e territorio;
- b) il recepimento dei principi dell'O.M.S. in materia di riabilitazione, individuati nell'adozione della Classificazione Internazionale ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap), che ha permesso di mettere a punto uno strumento fondamentale per lo studio delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap;
- c) la metodologia con cui l'intervento di assistenza riabilitativa deve essere praticato, la quale si fonda sui seguenti elementi:
 - progetto riabilitativo individuale
 - programma riabilitativo individuale
 - progetto riabilitativo di struttura
 - fasi dell'intervento riabilitativo
 - diversa intensità degli interventi (riabilitazione intensiva, estensiva o intermedia)
 - strutture preposte a compiti di riabilitazione.

L'assistenza riabilitativa, comprendente strutture e servizi a diversi livelli (distrettuale, sovradistrettuale e multizonale) e con diverse modalità di organizzazione dell'offerta (ospedaliera ed extraospedaliere, di natura residenziale e semiresidenziale), deve garantire la valutazione del bisogno e l'inquadramento diagnostico sulla base di programmi terapeutici e riabilitativi validati da evidenze scientifiche di provata efficacia.

Questo quadro concettuale e metodologico è sempre stato alla base della predisposizione degli atti caratterizzanti l'attività programmatoria della Regione Veneto per la ridefinizione dell'assetto strutturale della rete dei servizi sanitari, inteso come l'insieme delle strutture impegnate nella terapia e riabilitazione delle patologie acute e cronico–degenerative secondo percorsi integrati e complementari. Infatti la medicina riabilitativa è

una pratica medica che più di qualsiasi altra deve garantire la continuità del trattamento, da prevedere in strutture con caratteristiche operative diverse in base alle necessità dei pazienti.

Il presupposto necessario e indispensabile alla realizzazione di interventi riabilitativi efficaci consiste:

- 1) nella definizione di livelli operativi di diversa intensità in base alla complessità dell'assistenza richiesta e al momento in cui avviene l'intervento;
- 2) nella costituzione di una rete integrata di presidi e servizi riabilitativi;
- 3) nell'inserimento degli interventi di medicina riabilitativa nel più generale contesto di prevenzione delle disabilità.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, le attività di riabilitazione sono state normate su due piani distinti: assistenziale ed organizzativo.

Per quanto riguarda il piano assistenziale, sono stati individuati due livelli di attività, intensiva ed estensiva, in relazione a:

- ◆ rispondenza a criteri di priorità e modalità di intervento
- ◆ intensità/complessità delle attività di riabilitazione
- ◆ quantità/qualità delle risorse assorbite.

Le attività di riabilitazione intensiva si collocano di norma nella fase dell'immediata post-acuzie ovvero subito dopo la diagnosi e il riconoscimento della patologia che ha determinato la disabilità, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici e comportamentali che sottendono al recupero. Inoltre la riabilitazione intensiva può rendersi necessaria in caso di riacutizzazione o recidiva dell'evento patologico.

Le attività di riabilitazione estensiva consistono in trattamenti effettuati:

- dopo la riabilitazione intensiva, allo scopo di completare il processo di recupero e il progetto riabilitativo
- per rallentare i possibili aggravamenti nelle disabilità croniche evolutive
- per la prevenzione di aggravamenti in disabili stabilizzati.

Dal punto di vista organizzativo sono state individuate strutture di primo, secondo e terzo livello.

Le strutture di primo livello, rappresentate dalle strutture ospedaliere di Lungodegenza e dai Presidi Ambulatoriali, erogano attività di riabilitazione estensiva.

In particolare le strutture ospedaliere di Lungodegenza assistono in regime di ricovero pazienti di tre diverse tipologie in rapporto al bisogno prevalente ed alla complessità assistenziale:

- pazienti in fase post-acuzie non stabilizzati esprimenti un bisogno di nursing qualificato e di un notevole grado di tutela medica;
- pazienti in fase post-acuzie modicamente stabilizzati richiedenti un'assistenza continuativa di tipo infermieristico ed una minore tutela medica;

- pazienti in fase post–acuzie con necessità di un intervento di riabilitazione estensiva.

Inoltre, già la DGR 253/00 evidenziava la necessità di definire anche una specifica funzione riabilitativa nell'ambito della Lungodegenza post–acuzie.

I pazienti ricoverati presso le strutture di Lungodegenza post–acuzie si differenziano dai pazienti in condizioni di criticità in quanto presentano:

- inquadramento diagnostico ben definito;
- programma terapeutico ben delineato;
- quadro clinico relativamente stabilizzato;
- necessità di nursing dedicato di elevata valenza tecnica nell'arco delle 24 ore;
- necessità di assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore, con caratteristiche diverse da quelle per acuti;
- patologie e/o loro sequele la cui complessità sia compatibile con il quadro di risposta e di sicurezza per il paziente che la struttura è in grado di assicurare;
- necessità di riabilitazione estensiva;
- grave patologia progressiva che richieda adeguata assistenza e terapia di supporto;
- pazienti con patologie gravemente disabilitanti non in grado di sostenere un intervento riabilitativo intensivo.

Le strutture di secondo livello, collocate all'interno di presidi ospedalieri per acuti o in strutture medico–riabilitative, erogano attività di riabilitazione intensiva e intervengono su pazienti affetti da menomazioni e disabilità importanti modificabili, di natura ed entità tali da richiedere tutela medica specialistica/riabilitativa ed interventi di nursing ad elevata specificità non erogabili in forma extraospedaliera, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi della durata di almeno 3 ore giornaliere complessive.

Le strutture di terzo livello erogano attività di riabilitazione intensiva di alta specialità, che richiede particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato al trattamento delle menomazioni più gravi e delle disabilità più complesse.

Le alte specialità costituiscono centri a valenza sovraziendale e/o regionale, strettamente integrate alla rete complessiva dei servizi sanitari di primo e secondo livello, con i quali devono raccordarsi per seguire il disabile nel proprio ambiente di vita garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo specifici programmi.

A tutti i livelli, la presa in carico del paziente deve sempre realizzarsi attraverso la predisposizione di un progetto riabilitativo e di uno o più programmi riabilitativi.

Appare quindi indispensabile mettere in rete la pluralità delle funzioni assistenziali riabilitative attraverso una gestione coordinata delle stesse, per integrare le competenze presenti ottimizzando la qualità dell'assistenza e la gestione delle risorse assegnate attraverso un corretto utilizzo dei vari presidi che costituiscono la rete integrata socio–sanitaria.

L'Atto di indirizzo fa anche un accenno alla problematica dell'appropriatezza delle prestazioni, distinguendo l'appropriatezza clinica da quella organizzativa. Quest'ultima in particolare riguarda il corretto livello assistenziale di erogazione della prestazione, che è definito come il più idoneo per quel paziente al minor costo. Per affrontare la complessità del tema la Regione Veneto già auspicava la collaborazione tra Società Scientifiche e specialisti delle strutture erogatrici, per arrivare a definire linee guida relative alle modalità più appropriate di utilizzo degli interventi riabilitativi e alla programmazione dei criteri di accesso alle prestazioni.

La DGR 253/00 ha rappresentato inoltre il documento di riferimento per la ridefinizione delle schede di dotazione ospedaliera in ambito riabilitativo definite dalla DGR n° 3223 del 08/11/2002 e, ad integrazione e parziale modifica della precedente, dalla DGR n° 751 del 11/03/2005.

La DGR n° 2609 del 07/08/2007 ha definito il nuovo sistema dei controlli di appropriatezza e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private preaccreditate in Regione Veneto, applicativo a far data dal 1° gennaio 2008. La revisione del sistema dei controlli e delle tipologie di prestazioni da sottoporre a verifica si è resa necessaria prima di tutto in relazione alle succitate modifiche che il sistema sanitario ha subito negli ultimi anni per quanto riguarda le modalità di erogazione delle prestazioni. Inoltre, gli indicatori previsti dalla precedente DGR n° 4090 del 30/12/2003 sono risultati poco rappresentativi in rapporto ad una realtà in evoluzione, e quindi non più indicativi delle attuali problematiche presenti nelle strutture sanitarie.

Il nuovo sistema prevede la elaborazione, da parte di ciascuna Azienda pubblica e privata preaccreditata, del Piano Annuale dei Controlli Interni e, da parte delle sole Aziende ULSS, del Piano Annuale dei Controlli Esterni. I Piani devono riportare tutte le tipologie di prestazioni che saranno oggetto di verifica nel corso dell'anno. Ciascuna Azienda deve inoltre costituire un Nucleo Aziendale di Controllo, che effettuerà sia i controlli interni che quelli esterni, questi ultimi disposti dalle sole Aziende ULSS sulle prestazioni erogate agli assistiti del proprio territorio.

Nell'ambito dei controlli esterni devono essere programmati nel Piano Annuale anche i controlli relativi ai ricoveri effettuati dalle Unità Operative di Riabilitazione. La DGR 2609/07 specifica solo pochi indicatori da sottoporre a controllo (ricoveri ripetuti, permessi di uscita, presenza in cartella clinica del progetto e del programma riabilitativo individuali), rimandando a successivo Provvedimento la approvazione di un documento che definisca nel dettaglio le caratteristiche di appropriatezza dei ricoveri in ambito riabilitativo.

A tale scopo la Direzione Servizi Sanitari della Regione Veneto ha istituito un gruppo di lavoro, composto da medici specialisti nel campo della riabilitazione appartenenti ad Aziende Pubbliche e alle associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati preaccreditati.

Con la DGR n° 3913 del 4 dicembre 2007 la Giunta Regionale ha approvato il documento tecnico elaborato dal gruppo di lavoro "Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Riabilitazione". Tale documento riporta, per ciascuna categoria di Unità Operativa di Riabilitazione di secondo e terzo livello, i criteri che definiscono l'appropriatezza dei ricoveri ordinari e, nei casi previsti, dei ricoveri diurni; rappresenta le linee di indirizzo per l'attuazione dei controlli, da parte dei Nuclei Aziendali delle Aziende ULSS di cui alla DGR n° 2609 del 07/08/2007, nelle Strutture di Riabilitazione pubbliche e private preaccreditate.

Una volta definite le linee guida relative all'appropriatezza dei ricoveri nelle strutture di riabilitazione intensiva, si è riscontrata l'opportunità di individuare analoghi criteri nelle strutture di riabilitazione estensiva, con particolare riferimento alle Unità Operative di Lungodegenza.

Pertanto il suddetto gruppo di lavoro ha definito un documento tecnico, condiviso da tutti i partecipanti, relativo ai criteri di appropriatezza dei ricoveri ordinari presso le Unità Operative di Lungodegenza (codice 60), che si allega al presente Provvedimento (Allegato A) e ne costituisce parte integrante.

Il documento allegato rappresenta le linee guida per l'attuazione dei controlli, da parte dei Nuclei Aziendali delle Aziende ULSS di cui alla DGR n° 2609 del 07/08/2007, nelle Unità Operative di Lungodegenza.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il Relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;

VISTO il DPCM del 29/11/2001;

VISTA la DGR n° 253 del 1 febbraio 2000;

VISTA la DGR n° 3223 del 8 novembre 2002;

VISTA la DGR n° 751 del 11 marzo 2005;

VISTA la DGR n° 4090 del 30 dicembre 2003;

VISTA la DGR n° 2609 del 7 agosto 2007;

VISTA la DGR n° 3913 del 4 dicembre 2007]

delibera

- ◆ di approvare l'allegato documento tecnico relativo ai criteri di appropriatezza dei ricoveri ordinari presso le Unità Operative di Lungodegenza (codice 60) (**Allegato A**);
- ◆ di stabilire che il documento rappresenta le linee guida per l'attuazione dei controlli, da parte dei Nuclei Aziendali delle Aziende ULSS di cui alla DGR n° 2609 del 07/08/2007, nelle Unità Operative di Lungodegenza.



Gruppo Tecnico Regionale su Appropriatelyzza in Riabilitazione

CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI PRESSO LE UNITA' OPERATIVE DI LUNGODEGENZA (CODICE 60)

Funzione generale della Lungodegenza è quella di promuovere le condizioni cliniche, ambientali e sociali, affinché un soggetto ospedalizzato, che presenta problematiche di salute successive alla fase acuta che non consentano l'immediata dimissione, possa essere reinserito in modo adeguato e sicuro in ambiente extraospedaliero.

Gli obiettivi principali della presa in carico del paziente in tali strutture sono:

- favorire il raggiungimento di una condizione clinica (stabilizzazione, controllo e gestione delle comorbilità) tale da consentire la deospedalizzazione;
- collaborare a creare le condizioni ambientali adeguate per il reinserimento in ambiente extraospedaliero;
- facilitare il recupero del miglior livello di attività, autonomia e di partecipazione sociale consentito dalla malattia;
- fornire al paziente e ai suoi famigliari strumenti utili ad affrontare e gestire le conseguenze della malattia.

In questa prospettiva si giustifica il fatto che l'accesso a tali aree di degenza avvenga di norma solo da unità per acuti o unità di riabilitazione intensiva, nei casi in cui siano necessari ancora interventi assistenziali o riabilitativi ad un minore livello di intensività. Non sono ammessi ricoveri dal domicilio, salvo i casi di pazienti nei quali non è possibile effettuare un trattamento riabilitativo in immediata continuità con il ricovero in U.O. per acuti (es.: pazienti con patologia ortopedica ai quali non è concesso un carico immediato).

Gli aspetti sopra descritti conferiscono alle strutture di Lungodegenza una particolare caratteristica di "ponte" fra ospedale e territorio, spesso con aspetti riabilitativi.

Questo comporta per tali strutture il soddisfacimento di due requisiti organizzativi essenziali:

- **L'inserimento della funzione di Lungodegenza in un Dipartimento Strutturale/Funzionale di Riabilitazione, insieme con le strutture che compongono l'offerta riabilitativa di un determinato territorio, (riabilitazione intensiva e/o estensiva intraospedaliera, riabilitazione ambulatoriale, riabilitazione domiciliare, ecc.).**
- **La definizione di collegamenti funzionali espliciti e condivisi con le strutture sanitarie, sociosanitarie distrettuali e con l'area della residenzialità protetta extraospedaliera, per favorire la continuità assistenziale e la effettiva praticabilità dei percorsi di reinserimento.**

Una volta delineata la funzione generale della Lungodegenza ed il suo ruolo nella rete dei servizi sanitari, è altresì possibile effettuare una distinzione, al suo interno, fra due tipologie di bisogno e di offerta (così come è riportato nella DGR 253/2000), che appaiono aderenti alla maggior parte delle situazioni cliniche rilevabili nella pratica quotidiana.

Tali due tipologie, pur presentando aspetti di parziale sovrapposizione, presentano alcune differenze in termini di obiettivi e strumenti operativi, e si possono pertanto schematicamente ricondurre a:

- 1) **Funzione di Lungodegenza a valenza prevalentemente internistica**, per soddisfare il bisogno di stabilizzazione clinica, di gestione delle eventuali complicanze e comorbidità, e di completamento dell'iter terapeutico come necessaria premessa alla deospedalizzazione;
- 2) **Funzione di Lungodegenza a valenza prevalentemente riabilitativa**, per un bisogno di presa in carico riabilitativa estensiva con interventi individualizzati e non erogabili in regime alternativo al ricovero. Tale presa in carico può, ove necessario, includere anche la fase di stabilizzazione clinica (cfr. nota)

Per le ragioni esposte, trova piena giustificazione il dettato normativo della DGR 253/2000 per quanto si riferisce alle competenze necessarie al corretto assolvimento dei compiti istituzionali della lungodegenza e alle relative responsabilità, quando si specifica che: “ La Dirigenza delle Strutture afferirà ad un Dirigente Medico Fisiatra responsabile della Struttura Complessa e si dovrà provvedere che il personale medico delle strutture sia costituito anche da Dirigenti Medici dell'area di Geriatria e di Medicina Generale “.

Nota

l'obiettivo della stabilizzazione clinica (intendendo sia la stabilizzazione del danno che ha causato il ricovero, sia la gestione delle complicanze e comorbidità) può essere, a tutti gli effetti integrato da un progetto riabilitativo, per le persone in cui vi è potenziale di recupero e per le quali tale stabilizzazione sia la premessa al miglioramento funzionale. In questo senso, la “stabilizzazione” non è qualcosa che viene “prima” della riabilitazione, ma ne è parte integrante. Del resto, è quanto avviene per i pazienti presi in carico presso le Unità di Riabilitazione Intensiva (cod. 56, 28, 75: spesso il paziente trasferito dalla rianimazione presenta problemi di instabilità importanti come: sepsi, crisi vegetative, epilessia ancora non controllata, insufficienza d'organo, ecc. che vengono comunque gestiti come parte del progetto riabilitativo.

OBIETTIVI E REQUISITI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI

Le due funzioni della Lungodegenza (prevalentemente internistica e prevalentemente riabilitativa) hanno alcuni aspetti comuni e altri che si differenziano in termini di obiettivi, struttura, setting, organizzazione delle attività e modalità di pianificazione della giornata del paziente.

- 1) Per i pazienti con fabbisogno prevalentemente internistico, la presa in carico nell'area di degenza post-acuzie ha i seguenti obiettivi:
 - favorire il raggiungimento della stabilizzazione clinica o mantenerla quando essa è raggiunta;
 - prevenire le complicanze secondarie e favorire la espressione della autonomia residua attraverso attività di nursing dedicato a valenza riabilitativa;
 - informare, sostenere e addestrare correttamente il paziente e i care givers;
 - nei casi in cui la evoluzione sia sfavorevole, definire un piano di assistenza adeguato;
 - definire e realizzare il piano di dimissione/reinserimento con criteri temporali definiti ed esplicitati nel Piano Terapeutico Assistenziale.

Per la realizzazione di questi interventi, è necessario predisporre e realizzare un **piano terapeutico-assistenziale individuale** e disporre di spazi che facilitino la espressione della autonomia e la socializzazione.

2) Per i pazienti con fabbisogno prevalentemente riabilitativo la presa in carico nell'area di Lungodegenza ha i seguenti obiettivi:

- favorire il raggiungimento della stabilizzazione clinica o mantenerla quando essa è raggiunta;
- prevenire o limitare le complicanze secondarie, e favorire la espressione della autonomia residua o, ove possibile, intervenire per ridurre la disabilità conseguenti alla malattia, favorendo il massimo recupero di autonomia funzionale consentito, attraverso:
 - interventi riabilitativi specifici individuali di rieducazione delle funzioni sensomotorie e cognitive;
 - attività di nursing dedicato a valenza riabilitativa e una organizzazione dell'intera giornata che favorisca la autonomia del paziente e la sua socializzazione (progetto riabilitativo di struttura);
- informare, sostenere e addestrare correttamente il paziente e i care givers;
- nei casi in cui la evoluzione sia sfavorevole, definire un piano di assistenza adeguato;
- definire e realizzare il piano di dimissione/reinserimento.

Per la realizzazione di questi interventi, è necessario predisporre e realizzare un **progetto riabilitativo individualizzato per ogni paziente**, ed una disponibilità ed una organizzazione degli spazi che, oltre a quelli necessari alle ordinarie attività diagnostico-terapeutico-assistenziali, permetta:

- lo svolgimento adeguato delle attività riabilitative specifiche (palestre, spazi per logopedia, rieducazione funzionale e terapia occupazionale);
- una adeguata integrazione del team curante e informazione e addestramento dei familiari e di quanti, a vario titolo, possono essere coinvolti nella assistenza del paziente dopo la deospedalizzazione (ambiente per riunioni con i familiari e del team);
- la organizzazione della giornata in modo da favorire autonomia e socializzazione.

E' importante inoltre sottolineare come il termine "Lungodegenza" risulti per molti aspetti poco adeguato, in quanto dà maggiore rilievo alla componente del ricovero relativa al protrarsi della ospedalizzazione al di là della fase acuta, senza essere esplicativo degli altri ben più importanti aspetti correlati con l'assistenza al paziente garantita dal ricovero in tali Unità Operative.

Sarebbe forse più appropriato parlare di post-acuzie, termine utilizzato in ambito internazionale, che "definisce con relativa chiarezza quel complesso di cure che vengono erogate una volta superata la fase di acuzie della malattia, che sono necessariamente caratterizzate da precisi denominatori in ordine alla successione temporale ed agli obiettivi da perseguire". E' pertanto auspicabile che in futuro venga valutata l'opportunità di modificare la denominazione, definita a livello Ministeriale, delle suddette Unità Operative.

Il documento di seguito riportato si propone di definire i criteri di appropriatezza dei ricoveri effettuati presso le Unità Operative di Lungodegenza, integrando il più possibile le funzioni internistica e riabilitativa.

LUNGODEGENZA UNITA' OPERATIVA CODICE 60	Criteri di appropriatezza del ricovero ordinario
Criteri clinici generali ed eziologici	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pazienti in fase di post - acuzie a diversi livelli di stabilizzazione clinica ma con prospettiva di raggiungimento della stessa nel breve termine, esprimenti un bisogno di nursing qualificato e di tutela medica di livello variabile; ➤ Pazienti affetti da disabilità dovuta a singola menomazione, che necessitino di programmi riabilitativi a bassa complessità, e/o non siano in grado di trarre giovamento da interventi riabilitativi di tipo intensivo; ➤ Pazienti che abbiano ultimato un percorso di riabilitazione intensiva e che necessitino di prosecuzione ad un minore livello di intensività, in preparazione al reinserimento; ➤ Pazienti provenienti dalle Unità per acuti in attesa di essere accolti presso unità di riabilitazione intensiva.
Criteri temporali per esiti di eventi acuti	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trasferimento da reparto per acuti; ➤ Trasferimento da reparti codice 28.00, 28.01, 56, 75; ➤ Trasferimento da U.O. cod. 60 di altra AUSSL per avvicinamento territoriale.
Criteri di struttura ed organizzativi orientati ai seguenti obiettivi:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favorire il raggiungimento della stabilizzazione clinica o mantenerla quando essa è già stata raggiunta; ➤ Collaborare a creare le condizioni ambientali adeguate per il reinserimento in ambiente extraospedaliero; ➤ Limitare le complicanze secondarie, e ridurre la disabilità conseguente alla malattia, favorendo il massimo recupero di autonomia funzionale (progetto riabilitativo individuale) consentito, attraverso interventi riabilitativi specifici (di rieducazione delle funzioni sensomotorie, cognitive), attività di nursing dedicato a valenza riabilitativa e una organizzazione dell'intera giornata che favorisca la autonomia del paziente e la sua socializzazione (progetto riabilitativo di struttura); ➤ Informare, sostenere e addestrare correttamente il paziente e i caregivers.
Criteri di processo rilevabili dalla cartella clinica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presenza in cartella clinica del Progetto riabilitativo individuale e/o del Piano assistenziale individuale; ➤ Documentazione della presenza di instabilità clinica correlata all'evento acuto; ➤ Documentazione della eventuale presenza di situazioni di comorbidità di grado tale da condizionare l'evoluzione; ➤ Documentazione della necessità di completamento dell'iter riabilitativo e/o di riattivazione motoria; ➤ Documentazione della presenza di bisogni di nursing qualificato.
Criteri di impegno assistenziale e di complessità clinica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Possibile presenza di tracheostomia, sondino NG o PEG. non sono ammissibili pazienti dipendenti da sistemi di ventilazione meccanica e/o monitoraggio continuativo dei parametri vitali.