



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

## **DECRETO n. 77 del 04.07.2013**

**Oggetto: ridefinizione fabbisogno e linee di indirizzo riabilitazione post acuzie di alta specialità**

### **Premesso che :**

- con deliberazione n. 460 del 20 marzo 2007 la Giunta regionale della Campania ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;
- con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della Legge n. 191 del 2009;
- con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Consiglio dei Ministri ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub Commissari ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;
- con delibera del 23 marzo 2012 il Consiglio dei Ministri ha consolidato nella persona del sub commissario ad acta dott. Mario Morlacco i compiti in precedenza attribuiti al sub commissario dimissionario dott. Achille Coppola;
- il decreto del Commissario ad acta 49 del 27 settembre 2010, fissa lo standard di posti per acuti pari a 2,9 x 1000 ab. e quello dei posti letto per non acuti pari a 0,5 x 1000 ab., sulla base dei quali procedere al riassetto della rete ospedaliera campana;

il decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella legge 7 agosto 2012 n. 135 pone per la Regione Campania un obiettivo di incremento dello standard di posti letto per riabilitazione e lungodegenza dove dispone che le regioni "adottano provvedimenti di riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione lungodegenza post – acuzie;

### **Considerato che :**

- per garantire un adeguato percorso assistenziale/riabilitativo nella fase immediatamente post acuta per i pazienti con disabilità grave, alto livello di dipendenza e potenziale elevato di



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del*

*Piano di rientro del settore sanitario*

*(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

recupero funzionale (alta valenza riabilitativa) si è reso necessario intervenire sull'assetto programmatico del citato DCA 49/2010 e riparametrare il fabbisogno di posti letto di neuro riabilitazione (codice disciplina 75) e di unità spinale (codice disciplina 28) al fine di rendere l'offerta più rispondente ai bisogni della popolazione residente e colmare la carenza assistenziale emersa in particolare dall'analisi della mobilità passiva e l'alto tasso di occupazione dei posti letto;

- tale riparametrazione, che comporta un incremento di posti letto di entità tale da non incidere significativamente sull'attuale indice programmatico regionale costituisce un primo intervento in direzione del processo di adeguamento alle previsioni di cui al citato decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella legge 7 agosto 2012 n. 135;
- per rendere uniformi i modelli di comportamento in tutte le strutture operanti sul territorio regionale e garantire equità di accesso, appropriatezza delle prestazioni, efficienza nell'utilizzo delle risorse e alta qualità dell'assistenza è apparso opportuno definire linee di indirizzo regionali riguardanti la tipologia di pazienti propria del livello assistenziale e le modalità di accesso ai reparti dedicati;
- per le finalità di cui sopra l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARSAN) ha provveduto a elaborare il documento "Ridefinizione della dotazione e della distribuzione dei posti letto per la riabilitazione post-acuzie ospedaliera codice 75 e 28 e linee di indirizzo sui criteri di accesso alle prestazioni e sull'utilizzo di indicatori di appropriatezza per i controlli esterni" che si allega al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale;

#### **Ritenuto**

- di dover modificare quanto stabilito dal DCA 49/2010 in ordine al fabbisogno di posti letto regionale di neuro riabilitazione e di unità spinale fissando uno standard di 0,024 p.l. x 1000 ab. di neuro riabilitazione (codice 75) e uno standard di 0,01 p.l. x 1000 ab. di unità spinale (codice 28);
- di dover declinare gli standard di cui sopra tra le diverse Province garantendo una distribuzione territoriale per quanto possibile omogenea nonché considerando la collocazione delle strutture che attualmente garantiscono la continuità delle cure per i pazienti che presentano le caratteristiche definite nel documento allegato
- di dover pertanto programmare la seguente dotazione di posti letto:

Provincia	P.L. cod. 75	P.L. cod. 28
Avellino + Benevento	30	15
Caserta	20	10
Napoli	65	25
Salerno	25	10
Totale	140	60



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario*

*(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- di dover adottare le linee di indirizzo contenute nel documento allegato a presente atto per formarne parte integrante e sostanziale;
- di dover altresì costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare con tutte le professionalità coinvolte nelle attività riabilitative di cui trattasi (e che comprenda almeno neurochirurghi, neurologi, fisiatristi, fisioterapisti e direttori sanitarie dei presidi) con il compito di:
  - a) monitorare l'applicazione delle linee di indirizzo adottate con il presente decreto e anche attraverso lo sviluppo e l'applicazione indicatori per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri effettuati;
  - b) disegnare, con le strutture a diversa intensità di cura, una rete funzionalmente collegata attraverso protocolli clinico organizzativi che facilitino l'allocazione più appropriata dei pazienti e le transizioni più tempestive tra diversi livelli di assistenza;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

**DECRETA**

- di modificare quanto stabilito dal DCA 49/2010 in ordine al fabbisogno di posti letto regionale di neuro riabilitazione e di unità spinale fissando uno standard di 0,024 p.l. x 1000 ab. di neuro riabilitazione (codice 75) e uno standard di 0,01 p.l. x 1000 ab. di unità spinale (codice 28);
- di declinare gli standard di cui sopra tra le diverse Province garantendo una distribuzione territoriale per quanto possibile omogenea nonché considerando la collocazione delle strutture che attualmente garantiscono la continuità delle cure per i pazienti che presentano le caratteristiche definite nel documento allegato
- di programmare la seguente dotazione di posti letto:

Provincia	P.L. cod. 75	P.L. cod. 28
Avellino + Benevento	30	15
Caserta	20	10
Napoli	65	25
Salerno	25	10
Totale	140	60

- di adottare le linee di indirizzo contenute nel documento allegato al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale;
- di costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare con il compito di:
  - a) monitorare l'applicazione delle linee di indirizzo adottate con il presente decreto e anche attraverso lo sviluppo e l'applicazione indicatori per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri effettuati;
  - b) disegnare con le strutture a diversa intensità di cura una rete funzionalmente collegata attraverso protocolli clinico organizzativi che facilitino l'allocazione più appropriata dei pazienti e le transizioni più tempestive tra diversi livelli di assistenza;



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del*

*Piano di rientro del settore sanitario*

*(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- di nominare quali componenti del gruppo di lavoro:
  - 1) Claudio Rumiano      Fisiatra      Ospedale Landolfi di Solofra
  - 2) Bernardo Lanzillo      Neurologo      Fondazione Maugeri Benevento
  - 3) Marina Ciriello      Fisioterapista      AO dei Colli di Napoli
  - 4) Pompilio de Cillis      Neuroranimatore      AO Rummo di Benevento
  - 5) Pasquale Caiazza      Neurochirurgo      AO Cardarelli
  
- di riservarsi ogni ulteriore determinazione all'esito della valutazione dei Ministeri del presente provvedimento.
  
- Di inviare il presente provvedimento all'AGC 20 Assistenza Sanitaria; al Gabinetto del Presidente della G.R.; al Capo Dipartimento della Salute e delle Risorse naturali; all'ARSAN; al Settore Stampa, Documentazione e Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione.

Il Capo Dipartimento  
Salute e Risorse Naturali  
Prof. Ferdinando Romano

*Si esprime parere favorevole:*  
Il Sub Commissario ad Acta  
Mario Morlacco

Il Coordinatore della  
A.G.C. 19 e della AG.C. 20  
Dott. Mario Vasco

Il Direttore dell'ARSAN  
Dott.ssa Lia Bertoli

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro

## **Ridefinizione della dotazione e della distribuzione dei posti letto – criteri di accesso alle prestazioni e indicatori di appropriatezza per il piano di controlli esterni per la riabilitazione post-acuzie ospedaliera codice 75 e 28**

### **Premessa**

I pazienti con disabilità neurologica complessa, conseguente a cerebropatia grave acquisita (GCA) e mielolesione acuta traumatica e non, richiedono un lungo periodo di assistenza da erogarsi in setting assistenziali diversi, sia ospedalieri che territoriali, in cui prevalgono componenti diverse dell'assistenza: le cure in emergenza e la stabilizzazione clinica, l'intervento riabilitativo ad alta intensità per il recupero funzionale, l'assistenza al paziente cronico con diversi livelli di disabilità residua/dipendenza. In ognuna di queste fasi sia il supporto sociale che quello della famiglia sono determinanti ai fini del miglioramento della qualità degli interventi e dell'efficienza delle cure, e facilitano la presa in carico dei pazienti a livello territoriale /domiciliare e il loro reinserimento sociale.

Il modello più adeguato a soddisfare i bisogni di questi pazienti è un modello di rete hub e spoke con le strutture che erogano cure di diversa complessità collegate funzionalmente tra loro in modo da garantire sia l'allocazione diretta più adeguata al tipo di paziente che il passaggio da un livello assistenziale ad un altro.

All'interno del percorso la carenza di offerta ad uno qualsiasi dei livelli di assistenza comporta che i pazienti sono costretti a permanere in un setting inappropriato; questo produce non solo un danno alla salute e dispendio di risorse, ma determina anche l'effetto di una impropria saturazione della ricettività delle strutture di alta specialità.

Nel percorso assistenziale/riabilitativo il ricovero in codice 75 e 28 si rende necessario nella fase immediatamente post acuta per i pazienti con disabilità grave, alto livello di dipendenza e potenziale elevato di recupero funzionale (alta valenza riabilitativa).

### **L'assistenza al paziente con cerebropatia grave acquisita**

La cerebropatia grave acquisita (GCA) è definita come danno cerebrale dovuto a trauma o ad altra causa (anossica, emorragica o ischemica) tale da determinare una condizione di coma di durata non inferiore a 24 ore, menomazione sensomotoria, cognitiva o comportamentale tali da comportare disabilità.

Riguardo alla frequenza, da uno studio prospettico nazionale (GISCAR) e dal registro della regione Emilia (GRACER), si stima che ogni anno ci siano 10 – 15 nuovi casi /100.000 ab. che rispondono a questa definizione; di questi una piccola quota, essendo afflitta da menomazioni lievi o moderate, può essere assistita utilizzando livelli assistenziali diversi dal codice 75.

Si stima poi che ci siano, in termini di prevalenza, circa 6 casi/100.000 ab. di GCA a maggior impatto disabilitante (stati vegetativi protratti).

Il numero di posti letto dedicati al ricovero in codice 75 varia tra le regioni da 0.02/1000ab. a 0.035/1000 ab. Tale variabilità può dipendere dall'efficienza di utilizzo, dal peso della mobilità attiva/passiva, dal livello di funzionamento della rete ed in particolare dalla ricettività delle strutture territoriali.

Secondo le stime sopra riportate in Campania su una popolazione di 5.835.000 abitanti (popolazione regionale del 2011) dovremmo attenderci nell'anno tra 580 e 870 nuove GCA e 350 casi prevalenti ad alto impatto disabilitante.

Dai dati disponibili nell'archivio delle schede di dimissione ospedaliera e dai dati sulla mobilità interregionale, si rileva che nel 2011 976 nuovi pazienti residenti in Campania sono stati ricoverati in cod. 75 con un'incidenza pari a 16.7/100.000 abitanti; di questi 538 sono stati assistiti in strutture della regione mentre 438 hanno ricevuto le cure fuori regione. Il numero totale di giornate di degenza è stato di 62.215 con una degenza media di 64 giorni.

La distribuzione per settimane di degenza mostra un andamento bimodale. Questo riflette quanto atteso in letteratura che prevede due trattamenti di durata diversa per due principali tipologie di pazienti: Short Term Comprehensive Rehabilitation (STCR) – per pazienti ad alta responsività e partecipazione a riabilitazione intensiva e Long Term Comprehensive Rehabilitation (LTCR) – per soggetti a bassa responsività. Nella STCR i tempi medi di riabilitazione si misurano in settimane, nella LTCR i tempi medi di riabilitazione possono essere molto più prolungati (6 – 12 mesi). A questo secondo gruppo appartengono i pazienti in stato vegetativo protratto (SV) e stato di minima coscienza (SMC).

La stratificazione della degenza per assistenza dentro e fuori regione mostra che tra i ricoverati in Campania la degenza media è stata, nel 2011, di 80 giorni mentre per i pazienti fuori regione è stata di 44.5 giorni; tra i ricoverati fuori regione sono molto meno frequenti i trattamenti prolungati. E' presumibile che tale differenza nella durata dei trattamenti sia riconducibile ad una diversa tipologia di pazienti e/o sia fortemente influenzata dalla ridotta possibilità di sostenere un ricovero prolungato fuori regione da parte dei familiari dei pazienti. Il rientro precoce degli assistiti fuori regione attraverso protocolli predefiniti e condivisi con le strutture rappresenta, nell'immediato, una priorità da affrontare per ridurre i rilevanti disagi e costi che le famiglie sono costrette a sostenere per prendersi cura dei loro parenti. Questa considerazione vale ancora di più per i pazienti con mielolesione dove la proporzione di soggetti trattati fuori dal territorio regionale è maggiore e i trattamenti riabilitativi sono in genere molto prolungati.

I costi sostenuti per l'assistenza ai pazienti ricoverati in codice 75 nel 2011 e calcolati con le tariffe vigenti nell'anno, sono stati di 7.294.000 per gli assistiti fuori regione ad una tariffa media di 374 euro e di 11.936.000 per gli assistiti in regione ad una tariffa media di 277 euro.

## **Il fabbisogno di posti letto codice 75 in Campania**

Se si calcola il fabbisogno di posti letto, utilizzando gli attuali profili di cura, (tutte le giornate di degenza classificate in codice 75 nel 2011 e un tasso di occupazione medio del 90%) per soddisfare i bisogni dell'intera popolazione di pazienti, in Campania occorrono 189 posti letto. Se si considera che il 45% dei soggetti dei soggetti attualmente ricorre a cure extraregionali, 140 posti letto (pari a 0.024 pl/1000ab) dovrebbero essere sufficienti a soddisfare al momento e per i prossimi anni la domanda di cure; questa stima di fabbisogno si pone in una posizione intermedia rispetto ad altre regioni che non hanno una così imponente mobilità passiva.

## **Criteri di appropriatezza dei ricoveri in unità di riabilitazione codice 75**

### *- Provenienza e tipologia dei pazienti*

Le unità di riabilitazione ad alta specialità (codice 75), sono destinate all'assistenza di pazienti in fase immediatamente postacuta con postumi di gravi cerebro lesioni; il paziente presenta di norma

una condizione di coma di durata superiore a 24 ore con CGS  $\leq$  a 8 in fase acuta; proviene direttamente da un reparto per acuti (neurochirurgia, neurologia, rianimazione) ; ricoveri dal domicilio o altro setting assistenziale sono possibili in caso di interventi chirurgici, complicanze, valutazioni con ricoveri brevi del paziente in SV o SMC; il tempo di latenza tra l'evento acuto che ha determinato il ricovero e il trasferimento al codice 75 è di norma inf. a 30 giorni. Gli interventi sono focalizzati alla definitiva stabilizzazione internistica, al ripristino dell'autonomia delle funzioni vitali e al trattamento delle menomazioni invalidanti.

- *L'adeguatezza dell'allocazione al codice 75*

La condizione giustifica la riabilitazione in regime di ricovero intensivo se la disabilità è grave, è necessaria un'assistenza specialistica riabilitativa, sono necessari interventi di nursing dedicati nelle 24 ore, sono previste 3h ore al giorno di trattamento specifico, sono richiesti supporti multispecialistici e tecnologici di livello ospedaliero. Il livello di gravità e complessità assistenziale del paziente, di responsività e di disabilità sono abitualmente quantificati attraverso scale standardizzate (es. GOS per le funzioni generali, DRS e Barthel per la disabilità, LCF per lo stato di coscienza e della comunicazione); queste consentono di valutare in modo relativamente obiettivo, sia l'adeguatezza dell'allocazione che la progressione del paziente e il recupero funzionale:

I valori di riferimento per il ricovero appropriato in cod. 75 possono essere:

Barthel (0 – 10 ) o ( FIM < 55/126)

GOS e LCF < 3 DRS  $\Rightarrow$  22 per i pazienti a bassa responsività o in condizioni cliniche instabili

GOS e LCF  $\Rightarrow$  3 DRS  $\leq$  21 per i pazienti con disabilità moderato grave in grado di comunicare con l'ambiente e di partecipare a programmi intensivi di riabilitazione.

La presenza di politrauma, comorbidità, cannula tracheostomica, nutrizione parenterale/enterale, piaghe da decubito di 3/4 grado rappresentano elementi di complessità assistenziale ma non criteri di esclusione alla riabilitazione intensiva.

- *L'intervento riabilitativo*

La riabilitazione per le disabilità complesse richiede la presa in carico clinica globale del paziente e la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale che si realizza mediante uno o più programmi riabilitativi.

Il programma riabilitativo relativo alla fase postacuta in regime di ricovero ordinario intensivo (cod. 75), definisce le aree di intervento, gli obiettivi a breve termine da raggiungere durante la degenza, le modalità di erogazione, l'individuazione del team multidisciplinare, le misure di esito e il piano di follow up da utilizzare per la valutazione del recupero e il raggiungimento della stabilità clinica e funzionale.

- *Il piano annuale dei controlli esterni e gli indicatori di audit*

La predisposizione del piano annuale dei controlli per la verifica dell'appropriatezza del ricovero offre un'occasione per attivare un'attività di audit periodico utilizzando gli indicatori principali derivati dai criteri di appropriatezza temporali, di gravità, di provenienza e di allocazione descritti in precedenza.

## **L'assistenza al paziente con mielolesione**

L'assistenza al paziente mieloleso per cause traumatiche e non, è finalizzata al recupero della massima autonomia ed indipendenza compatibile con il tipo, il livello della lesione e dalle condizioni generali del paziente.

I traumi sono il principale fattore di rischio, e per questo sono coinvolti con maggior frequenza giovani adulti maschi. L'incidenza media stimata è di 15 – 20 casi/per milione di ab., mentre la prevalenza attesa è tra 250 - 300 casi/per milione di ab. In numeri assoluti nella regione Campania ci si aspettano tra 90 e 115 nuovi casi ogni anno e 1.200/1.500 pazienti viventi con esiti di mielolesione che necessitano di ulteriore e prolungata assistenza specializzata per la gestione delle complicanze.

Nel percorso di cura di un paziente con mielolesione, dopo la fase dell'emergenza (per i traumi) e la fase acuta per la stabilizzazione clinica (e gli eventuali interventi chirurgici), subentra una fase di stabilizzazione e recupero in unità spinale che dura in media 4 – 6 mesi per i paraplegici e 6 – 12 mesi per i tetraplegici.

L'unità spinale svolge inoltre una funzione essenziale nella fase degli esiti per gli interventi in caso di complicanze e per valutazioni clinico diagnostiche di follow up (ad es. in soggetti con supporto ventilatorio, laringoscopia in soggetti con tracheotomia, valutazione endoscopica per vescica neurologica o per trattamenti con tossina botulinica etc.)

Nel 2011 sono stati assistiti 137 nuovi pazienti residenti in Campania, con un'incidenza pari a 23,6 per milione di ab. e ci sono stati 186 episodi di ricovero in codice 28. Di questi ricoveri 67 sono stati effettuati in strutture regionali mentre 119 in strutture extraregionali. Il numero totale di giornate di degenza classificato in codice 28 è stato di 12700 con una degenza media di 67 giorni. I profili di cura, con una degenza media di 67 giorni, sono notevolmente più brevi rispetto ai tempi idonei a soddisfare i bisogni di assistenza di questa tipologia di pazienti. Poiché la Regione Campania dispone di soli 15 letti per il ricovero in codice 28, concentrati in un'unica struttura, è probabile che una parte rilevante di pazienti, oltre che a ricercare assistenza fuori regione, sia costretta a ricoverarsi in setting assistenziali alternativi (cod. 56).

I costi sostenuti per l'assistenza a questi pazienti calcolati con le tariffe vigenti nel 2011 sono stati di 3.051.000 per gli assistiti fuori regione a una tariffa media di 406 euro e di 2.384.000 per gli assistiti in regione a una tariffa media di 450 euro.

## **Il fabbisogno di posti letto codice 28 in Campania**

Nel 2011 sono state utilizzate 12.700 giornate di ricovero complessive per assistere i pazienti campani sia dentro che fuori regione. Con un tasso di occupazione media del 90% e con gli attuali profili di cura il fabbisogno risulta essere di circa 38 posti letto che corrispondono a 0.0065pl/1000 ab. Questa dotazione sottostima il fabbisogno reale attualmente compensato dall'uso inappropriato del codice 56 (circa 19000 giornate di degenza in codice 56 hanno riguardato pazienti con diagnosi principale di quadriplegia). È realistico ipotizzare la progressiva attivazione fino a 60 posti letto, pari a 0.01pl/1000 ab, in grado di ridurre di almeno la metà l'attuale mobilità passiva.

## Criteria di appropriatezza dei ricoveri in unità di riabilitazione codice 28

L'unità spinale è destinata all'assistenza di pazienti con lesione midollare dalla fase dell'acuzie al reinserimento familiare e sociale; come per i pazienti in codice 75 possono essere individuati criteri di:

- ammissione: provenienza diretta da rianimazioni, ortopedia, neurochirurgia, neurologia, oncologia; i ricoveri dal domicilio in ricovero ordinario sono possibili nel caso di necessità di interventi, dimissioni terapeutiche, insorgenza di complicanze gravi, valutazioni clinico diagnostiche complesse.
- Temporali: latenza dall'episodio acuto in media inf. a 30 giorni a meno di instabilità clinica prolungata o necessità di intervento chirurgico
- Indipendenza funzionale: SCIM 0-14 per i paraplegici e SCIM 0 – 10 per tetraplegici.
- Cliniche: pazienti in respiro spontaneo da più di 72 ore o ventilazione meccanica invasiva o non invasiva con utilizzo di apparecchi di tipo domiciliare.

### Il piano annuale dei controlli esterni e gli indicatori di audit

La predisposizione del piano annuale dei controlli per la verifica dell'appropriatezza del ricovero offre un'occasione per attivare un'attività di audit periodico utilizzando gli indicatori principali derivati dai criteri di accesso e da misure appropriate del recupero clinico e riabilitativo.

### Schema riassuntivo degli indicatori per la valutazione dell'appropriatezza del ricovero in codice 75 e 28

Indicatore	Standard
Intervallo tra ricovero per evento acuto e in riabilitazione	> 30 giorni
Provenienza	90% reparti per acuti
Coma	100% CGS = /> 8 per più di 24
Presenza di comorbidità: <ul style="list-style-type: none"> <li>- patologie croniche</li> <li>- politrauma</li> <li>- piaghe III/IV grado</li> <li>- Cannula trach.</li> <li>- Nutrizione parenterale/enterale</li> <li>- Compromissione controllo sfinterico</li> <li>- Incontinenza urinaria</li> </ul>	
Misure al ricovero per disabilità funzionali generali <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barthel</li> <li>- FIM</li> <li>- SCIM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bart 0-10</li> <li>- FIM &gt; 55</li> <li>- SCIM 0-10 tetra</li> <li>- SCIM 0-14 para</li> </ul>
Misure di esito per la valutazione del recupero e della stabilità riabilitativa <ul style="list-style-type: none"> <li>- BARTH</li> <li>- FIM</li> <li>- GOS</li> <li>- LCF</li> <li>- DRS</li> <li>- SCIM</li> </ul>	
...	
Obiettivi di degenza	
Tempi attesi	
Aree di intervento	
Composizione del team multidisciplinare	
Dimissibilità clinica	
Dimissibilità effettiva	

