



Ministero della Salute

Direzione generale della programmazione sanitaria

**Flusso informativo SDO:
aggiornamenti relativi all'uso del
nuovo tracciato record (tracciato C)
con contenuti riferiti ai ricoveri di
riabilitazione ospedaliera
(D.M. n. 165/2023)
[SDOr]**

Gruppo Tecnico ex art. 6 D.M. 5 agosto 2021



Esempi di codifica casi clinici

➤ **Caso clinico ricovero codice 56 MDC 1**

(Dott. Carmelo Lentino - ASL 3 Savonese)

➤ **Caso clinico ricovero codice 56 MDC 4**

(Dott. Michele Vitacca - IRCCS S. Maugeri - Pavia)

➤ **Caso clinico ricovero codice 56 MDC 5**

(Dott. Giovanni A. Checchia -AULSS 6 Euganea Regione del Veneto)

➤ **Caso clinico ricovero codice 56 MDC 8**

(Dott. Paolo Boldrini - Gruppo Tecnico ex art. 6 D.M. 5 agosto 2021, Esperto Ministero della Salute)

➤ **Caso clinico ricovero codice 28**

(Dott. Iacopo Bonavita - Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento)

➤ **Caso clinico ricovero codice 75**

(Prof. Luca Padua/Dott. Augusto Fusco - IRCCS Policlinico Universitario A. Gemelli - Roma)





Ministero della Salute

Direzione generale della programmazione sanitaria

Caso clinico codice 56 (Recupero e riabilitazione funzionale) MDC 5

Dott. Giovanni Antonio Checchia

AULSS 6 Euganea Regione del Veneto

Caso Clinico codice 56 – MDC 5

Uomo, 56 anni

Anamnesi Remota: Obesità. Pregresso infarto miocardico misconosciuto a sede antero-laterale.

Anamnesi recente: Accesso al PS per Embolia Polmonare Acuta con acidosi respiratoria e crisi ipertensiva.

All'ECG : RS, onde Q a sede anteriore con tratto ST sopraslivellato.

All'ECO-Transtoracico ventricolo sinistro con severo deficit di cinetica globale, FE 20-25%. Alla Coronarografia subocclusione calcifica della Arteria Discendente Anteriore prox; ateromasia significativa della Arteria Marginale sn e triplice stenosi in serie, significativa della Arteria Coronaria dx.

Trasferito in Cardiocirurgia e da qui in UTIC in terapia con Venitrin e Aggrastat in infusione. Segnalati episodi di desaturazione transitorie (sino a 85%) da verosimili apnee notturne. Sottoposto ad intervento di triplice bypass aortocoronarico.

Post operatorio complicato da: peggioramento degli indici di funzionalità renale con diuresi contratta per cui si eseguiva ciclo di terapia con metolazone con buona risposta. Per scambi respiratori patologici ciclo di NIV con optiflow (in dimissione paziente eupnoico con sat. O2 95% in O2 terapia).

Durante la degenza, plurimi episodi di FA ad alta risposta ventricolare, sottoposti a cardioversione farmacologica con amiodarone ev, proseguito poi per os, con ripristino di ritmo sinusale. Per elevati valori glicemici si impostava terapia con insulina.

Trasferito nel reparto di degenza riabilitativa dello stesso presidio ospedaliero, in immediata continuità rispetto alla dimissione dalla UO di Cardiocirurgia in 14 giornata post-intervento.



SITUAZIONE ALL'INGRESSO IN DEGENZA RIABILITATIVA:

Il paziente era vigile, collaborante.

Lamentava dolore toracico in sede di sternotomia (valore massimo alla NRS 4/10).

Era in grado di alimentarsi in autonomia

Era in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi, ma non era in grado di farsi autonomamente il bagno o la doccia.

Aveva bisogno di assistenza nel vestirsi completamente, ma era in grado di vestirsi parzialmente in autonomia

Con assistenza era in grado di utilizzare il wc (sedersi e alzarsi, pulirsi, rivestirsi)

Era in grado di stare seduto, ma aveva necessità di minima assistenza (verbale o fisica)

Era in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona

Non era in grado di salire e scendere le scale

Era in grado di controllare l'alvo e di controllare la minzione



DECORSO CLINICO

DECORSO IN DEGENZA RIABILITATIVA:

Durante la degenza si è resa necessaria terapia diuretica in infusione per presenza di versamento pleurico ed edemi declivi improntabili, con conseguente beneficio.

Tuttavia, al passaggio della terapia per os, ricomparsa di edemi declivi improntabili in paziente obeso con safenectomia bilaterale ed insufficienza renale, che ha reso necessario preferire terapia con Ca-antagonista.

Alla telemetria si assisteva a presenza di pause notturne superiori a 2 secondi.

Polisonnografia confermava OSAS.

Sospesa terapia B-bloccante serale, mantenendo metoprololo unicamente al mattino.

Alla telemetria assenza di pause sinusali durante le ore diurne.

Per totale assenza di FA sia durante la registrazione Holter che alla telemetria, mantenuta unicamente terapia con amiodarone.

Oltre all'assistenza medica ed infermieristica, sono stati effettuati interventi da parte di fisioterapista, psicologo, OSS.

ESAMI EFFETTUATI DURANTE LA DEGENZA:

ECOCARDIOGRAFIA - ECG-HOLTER - RX-TORACE



DECORSO CLINICO

INTERVENTI RIABILITATIVI

Programma di ricondizionamento cardiovascolare volto al miglioramento della compliance aerobica con sedute di kt respiratoria/AASS, di training aerobico alla pedaliera per 30' (con percezione soggettiva dello sforzo pari a 2-3 della scala di BORG CR10), al tapis (vel 1,8 km/h per 30').

Il paziente dopo training deambula ed esegue le scale in autonomia. Vengono fornite indicazioni in forma cartacea sulla prosecuzione del training fisico al domicilio.

La presenza di obesità grave (BMI>41) ha condizionato il programma.

Interventi di educazione sanitaria: Incontri educazionali da parte di medico, infermiere, fisioterapista e psicologo volti alla riduzione dei fattori di rischio comportamentali ed al miglioramento del benessere soggettivo (informazione diretta sulla patologia cardiovascolare e sull'intervento cardiocirurgico, sedute di educazione sull'efficacia dell'attività fisica, gestione dello stress, educazione alimentare, cessazione del tabagismo).

Intervento Psicologico: Programma individuale e di gruppo avente come scopo il miglioramento del benessere emozionale e dell'aderenza ad uno stile di vita funzionale alla salute, consistente in colloqui di sostegno psicologico ed un incontro di gruppo di educazione alla salute.



OUTCOME

- Alla dimissione paziente asintomatico per angor e dispnea. Apiretico. Dolore di lieve entità in sede sternale, ad andamento intermittente (NRS 2-3/10)
- Autonomo in tutte le ADL primarie, deambulazione, in grado di fare le scale.
- Dispnea assente nell'effettuazione delle ADL; dispnea leggera nel fare le scale
- 6 minutes walking test: 350 mt. (BORG CR10:3)



MODALITÀ DI DIMISSIONE

- Dimissione a domicilio e indirizzato al Medico di Medicina Generale
- Fornite indicazioni in forma cartacea sulla prosecuzione del training fisico al domicilio



Codifica campo «Provenienza del paziente»

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo obbligo	Informazioni di dominio	Integrazione
Informazioni ricovero	Provenienza del paziente	Individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero	Campo Numerico Obbligatorio	1 ricovero alla nascita	
				2 Pronto Soccorso	
				3 inviato all'istituto di cura con proposta di un Medico	
				4 ricovero programmato dallo stesso Istituto di cura	
				5 trasferimento da un Istituto di cura Pubblico	5.1 Acuti
					5.2 Riabilitazione
					5.3 Lungodegenza
				6 trasferimento da Istituto di cura privato accreditato	6.1 Acuti
					6.2 Riabilitazione
					6.3 Lungodegenza
				7 trasferimento da Istituto di cura privato non accreditato	7.1 Acuti
					7.2 Riabilitazione
					7.3 Lungodegenza
8 trasferimento da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o altro regime di ricovero (diurno o ordinario) nello stesso Istituto di cura	8.1 Acuti				
	8.2 Riabilitazione				
	8.3 Lungodegenza				
9 Carcere					
10 provenienza da struttura territoriale (es. ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)	10.4 RSA				
	10.5 Hospice				
	10.6 Strutt. Psichiat.				
	10.7 Strutt. residenziali di riabilitazione (compreso ex art 26)				
10.8 Altro					
11 paziente che accede senza proposta di ricovero					
12 provenienza OBI					
13 Altro					



Proposta di codifica campi «diagnosi»

CAMPO SDO	DESCRIZIONE	SDO RIABILITATIVA	CODICI
1^ sindrome funzionale	DIAGNOSI PRINCIPALE	Sindrome post-infartuale	410.00
2^ sindrome eziologica	DIAGNOSI SECONDARIA	Stato chirurgico di bypass aortocoronarico	V4581
3^ marcatori complessità all'ingresso	DIAGNOSI SECONDARIA		
4^ marcatori di complessità all'ingresso	DIAGNOSI SECONDARIA		
5^ marcatori di complessità durante ricovero	DIAGNOSI SECONDARIA	Obesità grave	278.01
6^ marcatori complessità durante il ricovero	DIAGNOSI SECONDARIA	Apnea ostruttiva del sonno O, IN ALTERNATIVA Insufficienza renale non specificata	327.23 584.9



Proposta di codifica campi «Procedure»

ICD-9-CM	DESCRIZIONE	FIGURA PROFESSIONALE RIFERIMENTO	
93.36	Riabilitazione cardiologica	Fisioterapista	X
94.3	Psicoterapia individuale	Psicologo/Neuropsicologo	X
94.4	Altra psicoterapia e consulenze	Psicologo/Neuropsicologo	X



Proposta di codifica campi «Procedure»: procedure complesse o ad elevato assorbimento di risorse

ICD-9-CM	DESCRIZIONE
89.17	POLISONNOGRAMMA
89.54	MONITORAGGIO ECG



Codifica campo «Modalità di dimissione»

Nodo di riferimento	Nome campo	descrizione	tipo obbligo	Informazioni di dominio	Integrazione
Dimissione	Modalità di dimissione	Individua La modalità di dimissione, la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso dall'istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.	Campo Numerico Obbligatorio	1 Deceduto	
				2 ordinaria al domicilio del paziente	2.1 senza prosecuzione riabilitazione
					2.2 con attivazione riabilitazione ambulatoriale
					2.3 con attivazione riabilitazione domiciliare
					2.4 con attivazione di altro regime di ricovero (DH)
				3 dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (socio-assistenziali, hospice, ex art.26, strutture psichiatriche)	
				4 dimissione al domicilio con attivazione di assistenza domiciliare (come definita dal d.m. 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare")	
				5 dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia rappresentato durante il ciclo programmato)	
				6 trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti	
				7 trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura	
8 Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione					
9 Dimissione ordinaria con attivazione ADI	9.5 senza riabilitazione domiciliare				
	9.6 con riabilitazione domiciliare				



Proposta di valorizzazione delle scale funzionali codice 56, MDC 5

Dimensione indagata	Scala di valutazione	INGRESSO	DIMISSIONE	
FUNZIONALITÀ PREMORBOSA Pre-evento acuto. In caso di ricovero non correlato ad evento acuto (ricovero dal domicilio), andrà valutata la funzionalità pre-ricovero riabilitativo	Rankin Scale anamnestica	0		
DISABILITÀ	Barthel Index (BI) a punteggi scomposti, versione italiana 2015	alimentazione	10	10
		bagno/doccia	0	10
		cura di sé	5	10
		vestirsi	5	10
		intestino	10	10
		vescica	10	10
		uso WC	5	10
		trasferimenti	10	10
		mobilità	10	10
		scale	0	10
		TOTALE	65	100
	Barthel Index Dispnea (BD) Per MdC 4 e 5		33	2
Six minutes walking test (6MWT) Per MdC 4 e 5		105 m (capacità molto scarsa)	350 m (capacità sufficiente)	
COMPLESSITÀ	Rehabilitation Complexity Scale extended (RCS-e) Versione 13	Cura oRischio	1	0
		Infermier.	1	0
		Medico	3	0
		TD	2	0
		TI	2	0
		E (ausili)	0	0
		TOTALE	9	0





Ministero della Salute

Direzione generale della programmazione sanitaria

www.salute.gov.it

*Flusso informativo SDO: aggiornamenti relativi all'uso del nuovo tracciato record (tracciato C)
con contenuti riferiti ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera (D.M. n. 165/2023)
[SDOr]*

CREDITS

Gruppo Tecnico ex art. 6 D.M. 5 agosto 2021