



*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 28 (Unità Spinale)**

Dott. Jacopo Bonavita

*Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento*

# Caso Clinico codice 28 – Lesione midollare

**Anamnesi familiare e remota:** Maschio di 35 anni. Vive con la compagna. Non figli. Ingegnere libero professionista, sportivo. In passato lesione crociato ginocchio dx per incidente sportivo senza reliquati. Riferisce in anamnesi asma allergico modesto, riferiti in passato episodi di crisi di panico. Non assume farmaci.

## **Esordio:**

### **Incidente motociclistico con politrauma:**

All'arrivo dei soccorsi riscontro di deficit motorio e sensitivo immediato degli arti inferiori, impotenza funzionale parziale arto superiore sinistro, dispnoico. Nessuna perdita di coscienza. Trasportato immediatamente in PS con codice rosso.

### **Bilancio lesionale in PS:**

Trauma vertebro-midollare con frattura da scoppio della vertebra T3, trauma toracico con dispnea e frattura di 2 coste a Sn. Valori pressori ridotti con iniziale shock, frattura clavicola sn e deficit funzionale parziale dell'arto superiore sn distalmente. Vigile, collaborante, orientato. Plegia degli arti inferiori con assenza di sensibilità.



- Ricoverato in Terapia Intensiva del Policlinico DEA di II Livello di riferimento.
- Dopo 8 ore sottoposto ad intervento chirurgico vertebrale per via posteriore con decompressione attraverso laminectomia T3-T4, stabilizzazione con mezzi di sintesi per via posteriore da T1 aT6.
- Monitorato in terapia intensiva per il trauma toracico, non necessaria ventilazione meccanica, supporto con ossigeno. Trattamento conservativo della frattura clavicola sn. Sospetta lesione plesso brachiale sn.
- In terapia intensiva il consulente fisiatra esegue l'esame obiettivo, con riscontro di lesione classificata alla Scala ASIA con livello neurologico T3 e impairment scale AIS A. Proposto il trasferimento in Unità Spinale dello stesso Ospedale.
- Dopo una degenza di 10 giorni in Terapia Intensiva, viene quindi trasferito presso il reparto di Unità Spinale (Codice 28) con diagnosi di: **“Paraplegia post-traumatica con livello T3, sospetta lesione del plesso brachiale sn, trauma toracico con contusione polmonare in via di risoluzione”**.



### All'ingresso in Unità Spinale:

- Vigile, collaborante, respirazione per vie naturali, necessita di ossigeno 2 litri/min, si alimenta per bocca con dieta morbida, porta catetere vescicale a dimora, alvo canalizzato con utilizzo di microclismi. Portatore di CVC. Apiretico. Piccola lesione sacrale di II grado.
- Quadro di paraplegia e assenza di sensibilità multimodale da T4 distalmente. ASIA all'ingresso con livello neurologico T3. AIS A.
- Deficit funzionale motorio arto superiore sn, in particolare ipostenia alla mano e avambraccio con forza 3/5.
- Porta busto a 3 punti, iniziata progressiva elevazione del tronco al letto. Non ancora andato a sedere in carrozzina. Non effettua passaggi posturali. Non autonomo nel girarsi nel letto.
- Si alimenta autonomamente con predisposizioni per ipostenia mano sn, non autonomo nelle altre ADL , evacua l'alvo al letto.
- Terapia medica in corso: antibiotico profilassi, eparina sc, al bisogno etilefrina cloridrato gocce per ipotensione, lassativi. Terapia steroidea in riduzione.



Durante il percorso in Unità spinale progressiva postura seduta in carrozzina, con frequenti episodi iniziali di ipotensione, poi risolti. Per questo necessita da subito di una carrozzina basculante. Problemi respiratori risolti in breve, sospeso ossigeno. Alcune sedute di fisioterapia respiratoria per facilitare l'espettorazione.

Dopo circa 15 giorni dal ricovero in US presenta importante brivido con ematuria, febbre elevata. Riscontro di infezione delle vie urinarie, con necessità di terapia antibiotica mirata. Risoluzione del quadro in 1 settimana, ma con ritardo nel programma di svezzamento dal catetere vescicale.

A 25 giorni dal ricovero in Unità Spinale rimuove catetere vescicale, nessun segno di minzione controllata, inizia cateterismo intermittente. Progressivo addestramento all'autocateterismo

La lesione sacrale è praticamente risolta dopo 1 mese, con l'utilizzo di materasso antidecubito ad alta protezione e medicazioni da parte dell'infermiere esperto in Wound Care.

Quadro neurologico stabile, paraplegia completa.

A 50 giorni dal trauma comparsa di spasticità, fino alla comparsa di spasmi che richiedono terapia antispastica orale.

L'arto superiore sn è stato sottoposto a esame EMG con riscontro di lesione parziale del plesso brachiale inferiore sn, progressivo miglioramento della forza alla mano e avambraccio.



# 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»

CAMPI SDO	Stringhe	LINEE GUIDA	ICD-9-CM	DESCRIZIONE
DIAGNOSI PRINCIPALE	1°	Sindrome funzionale	344.1	Paraplegia
DIAGNOSI SECONDARIA 1	2°	Diagnosi eziologica	80621	Frattura chiusa T1-T6 con lesione midollare completa
DIAGNOSI SECONDARIA 2	3°	Marcatore complessità all'ingresso	788.20	Ritenzione di urine
DIAGNOSI SECONDARIA 3	4°	Marcatore complessità all'ingresso	707.05	Ulcerazione da decubito della natica
DIAGNOSI SECONDARIA 4	5°	Complicanza insorta/comorbidità riac.	599.0	Infezione del sistema urinario, sito non specificato
DIAGNOSI SECONDARIA 5	6°	Complicanza insorta/comorbidità riac.	353.0 (781,0)	Lesione Plesso brachiale (Spasticità)



# Proposta di codifica campi «Procedure»

ICD-9-CM	DESCRIZIONE	Significato della codifica/figura coinvolta
97.64	Rimozione Catetere Vescicale	Indicatore di Outcome
93.11	Esercizi assistiti	Fisioterapista
93.57	Medicazioni	Elevato assorbimento di risorse
93-08	EMG	Elevato assorbimento di risorse
93.04	Valutazione manuale di funzione muscolare	Fisioterapista
93.13	Esercizi contro resistenza	Fisioterapista
93.03	Valutazione protesica	Tecnico Ortopedico
94.3	Psicoterapia individuale	Psicologo
93.27	Stretching di muscoli o tendini	Fisioterapista
93.83	Terapia occupazionale	Terapista occupazionale
93.23	Messa a punto di apparecchio ortesico	Tecnico ortopedico/terapista occupazionale



# 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 ripresentato 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 valorizzazione delle scale funzionali codice 28: Rankin e Barthel Index

SCALE FUNZIONALI	VALORE INGRESSO	VALORE USCITA
Rankin pre-morboso	0	
<b>Barthel Index (BI)</b>		
Alimentazione	10	10
Bagno/doccia	0	0
Cura di sé	0	5
Vestirsi	0	5
Intestino	0	5
Vescica	0	5
WC	0	5
Trasferimenti	0	15
Mobilità	0	5
Scale	0	0
<b>Totale BI</b>	<b>10</b>	<b>55</b>



## Proposta valorizzazione delle scale funzionali codice 28: RCS

Rehabilitation Complexity Scale (RCS)	VALORE INGRESSO	VALORE USCITA
Cura/rischio	2	0
Bisogni infermieristici	2	0
Cure mediche	2	0
Discipline	3	1
Intensità	3	1
Ausili	2	2
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>4</b>



## Proposta valorizzazione delle scale funzionali codice 28: SCIM e ASIA

SCIM	VALORE INGRESSO	VALORE USCITA
Alimentazione	2	3
Lavarsi parte superiore/ inferiore	0/0	3/2
Vestirsi parte superiore/inferiore	0/0	4/4
Cura di sè	1	3
Respirazione	9	10
Vescica	0	11
Alvo	0	10
Uso del bagno	0	4
Mobilità al letto	0	6
Trasferimenti letto carrozzina	0	2
Trasferimenti carrozzina WV-vasca	0	2
Mobilità interna	0	2
Mobilità distanze moderate	0	2
Mobilità esterna	0	2
Uso scale	0	0
Trasferimenti carrozzina automobile	0	1
Trasferimenti terra carrozzina	0	0
	12	71

# ASIA: T3 AIS A





*Ministero della Salute*

*Direzione generale della programmazione sanitaria*

---

*[www.salute.gov.it](http://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**

**Gruppo SIMFER Trentino-Alto Adige**