

**DM 5 AGOSTO 2021**  
**CRITERI DI APPROPRIATEZZA DELL'ACCESSO AI**  
**RICOVERI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA**

**22 Novembre 2023**

**Formazione Strutture di Riabilitazione per Codice 28-75**

Area Rete Ospedaliera e Specialistica  
Regione Lazio



**REGIONE**  
**LAZIO**

# Percorso appropriatezza degli accessi in riabilitazione

- **1.1.2024 Implementazione della SDO-R nazionale**
- **2024 Sperimentazione criteri di appropriatezza**
- **Nel corso dell'anno saranno svolte riunioni periodiche per:**
  - Monitoraggio dell'applicazione del DM 5.8.2021;
  - Connessioni con le strutture per acuti;
  - Disponibilità di una mail dedicata per domande;
  - Piattaforma di documenti;
- **Collegamento con il gruppo tecnico nazionale**



# Documenti di consultazione

- **Accordo Conferenza Stato-Regioni n. 124/CSR** del 4 agosto 2021, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente **“Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione.”**
- **D.M: 5 agosto 2021 «Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera»** ai sensi dell'intesa Stato – Regioni del 2 luglio 2015, concernente l'individuazione di misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del SSN
- ***DM SDO-R in corso di pubblicazione***
- **Linee Guida per la compilazione e la codifica in caso di ricoveri in reparti di riabilitazione (v. 27.10.2023)**

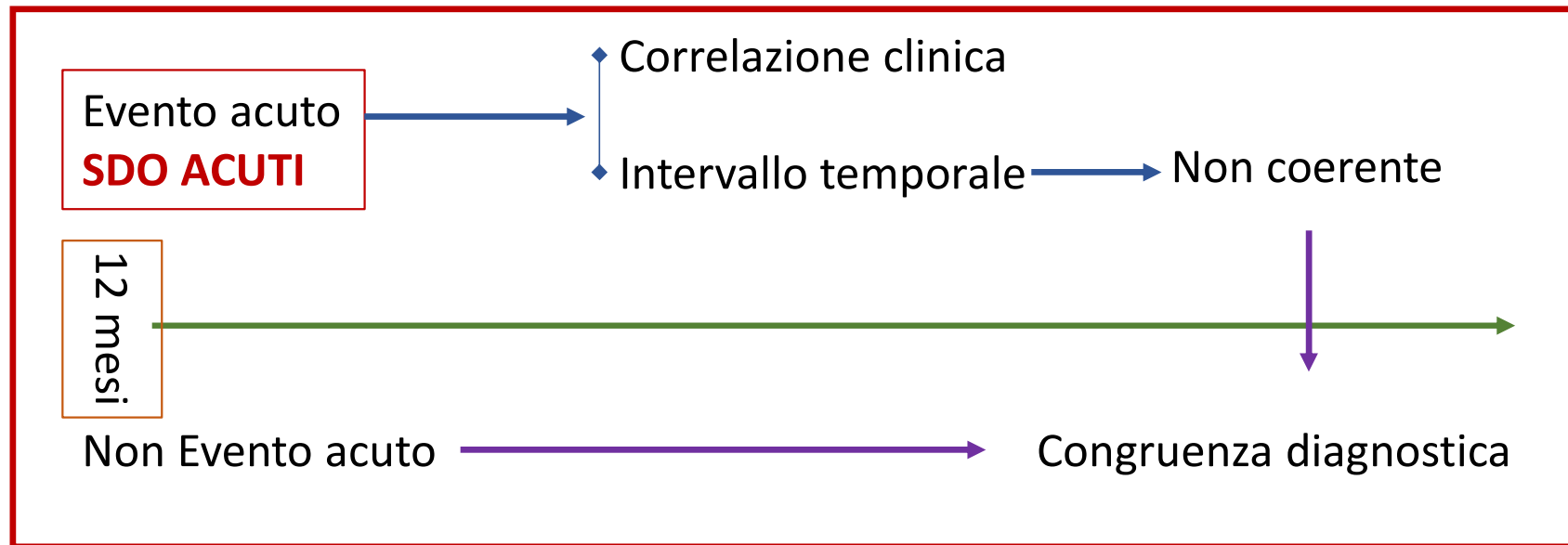


# Articoli

- **Art. 1** - Ambito di Applicazione
- **Art. 2** – Definizioni
- **Art.3** - Criterio della “correlazione clinica associata alla distanza temporale”
- **Art. 4** - Criterio della “congruenza diagnostica” per ricoveri NON conseguenti ad evento ACUTO
- **Art. 5** – Monitoraggio
- **Art. 6** – Modalità di sperimentazione
- **Art. 7** – Entrata in vigore
- Allegato 1 - diagnosi grave cerebrolesione acquisita
- Allegato 2 - mielopatie
- Allegato 3 - diagnosi di condizioni complesse
- Allegato 4 – correlazione clinica codice 56
- Allegato 4.1 - correlazione clinica codice 56 intervento cardiovascolare
- Allegato 4.2 - correlazione clinica codice 56 intervento cardiocirurgico
- Allegato 5 - intervallo temporale

# Percorso di ricovero in riabilitazione

Codice 28, 56, 75 - MDC 1/4/5/8



Setting di Riabilitazione	Diagnosi ICD-9-CM da inserire nella SDO acuti e Richiesta di ricovero
Codice 75	Allegato 1
Codice 28	Allegato 2

# Articolo 1 – ambito di applicazione

## **Criteri di inclusione:**

- Ricoveri effettuati in **regime ordinario e diurno**: Unità Spinale (**Codice 28**), Recupero e Riabilitazione Funzionale (**Codice 56**), Neuroriabilitazione (**codice 75**)
- attribuibili alle Macro Categorie Diagnostiche (MDC)

**MDC 1 - Malattie e disturbi del sistema nervoso,**

**MDC 4 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio,**

**MDC 5 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio,**

**MDC 8 - Malattie e disturbi dell'apparato muscolo scheletrico.**

## **Criteri di esclusione:**

- **ricoveri di riabilitazione ospedaliera attribuibili ad altre MDC;**
- i ricoveri di riabilitazione con il campo “modalità di dimissione” della **Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)** “Deceduto”, “Trasferito ad altro reparto per acuti” e “Dimesso volontariamente al domicilio”;
- **i ricoveri di pazienti con età compresa tra 0-17 anni,**

## Articolo 2 – ricoveri in riabilitazione

- Si definiscono **“ricoveri di riabilitazione conseguenti ad evento acuto”** i ricoveri di riabilitazione ospedaliera effettuati in regime ordinario e diurno (DH) in Unità operative afferenti alle discipline di cui all’articolo 1, comma 1, **attribuibili alle MDC 1-4-5-8, che sono stati preceduti, nei 12 mesi precedenti al ricovero in riabilitazione,** da un ricovero in acuzie rilevabile attraverso la ricostruzione del percorso assistenziale (longitudinale) dei pazienti, **mediante le informazioni presenti nel flusso informativo della SDO.** A questa categoria di ricoveri si applicano i criteri di appropriatezza definiti all’art. 3 del presente Decreto.
- Si definiscono **“ricoveri di riabilitazione non conseguenti ad evento acuto”** i ricoveri di riabilitazione ospedaliera effettuati in regime ordinario e diurno (DH) in Unità operative afferenti alle discipline di cui all’articolo 1, comma 1, attribuibili alle MDC 1-4-5-8, **che non sono stati preceduti, nei 12 mesi precedenti al ricovero in riabilitazione,** da un ricovero in acuzie rilevabile attraverso la ricostruzione del percorso assistenziale (longitudinale) dei pazienti, **effettuata mediante le informazioni presenti nel flusso informativo della SDO.** A questa categoria di ricoveri si applicano i criteri di appropriatezza definiti all’art. 4 del presente Decreto.

## Articolo 2 – correlazione clinica

- Si definisce **“correlazione clinica”**, la correlazione tra le diagnosi (principale o secondaria) di dimissione indicate nella SDO del ricovero in acuzie ed il successivo ricovero di riabilitazione.
- Si definisce **“intervallo temporale”** il tempo (in giorni) che intercorre tra la data di dimissione del ricovero in acuzie e la data di ammissione del ricovero di riabilitazione.
- Per i **ricoveri di riabilitazione conseguenti ad evento acuto**, di cui al comma 2, si definisce **“criterio della correlazione clinica associata alla distanza temporale”**, il criterio che tiene conto sia della correlazione clinica, sia della distanza temporale tra il ricovero di riabilitazione e la dimissione dal ricovero in acuzie.
- Per i **ricoveri di riabilitazione non conseguenti ad evento acuto**, di cui al comma 3, si definisce **“criterio di congruenza diagnostica”** il criterio che tiene conto della coerenza tra le diagnosi di dimissione del ricovero di riabilitazione, la disciplina delle Unità Operative di cui all'articolo 1, comma 1 e i criteri di appropriatezza previsti dall'articolo 4 **“Criterio di congruenza diagnostica”**.



## Articolo 2/3 – correlazione clinica associata alla distanza temporale

### CODICE 75

- **Articolo 2:** Si definiscono pazienti affetti da **“grave cerebrolesione acquisita”** (GCA) i pazienti intesi come «persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma più o meno protratta con punteggio GCS (Glasgow Coma Scale) inferiore o uguale a 8 ed associate a menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali che comportano disabilità grave» ovvero i pazienti con esiti di grave cerebrolesione acquisita, di origine traumatica o di altra natura, **che presentano, tra le diagnosi principali o secondarie, uno o più codici ICD-9-CM elencati nell’Allegato 1**
- **Articolo 3:** I ricoveri di riabilitazione conseguenti ad un evento acuto, effettuati in regime ordinario e diurno (DH) da Unità Operative afferenti alla disciplina **“Neuroriabilitazione” (codice 75)**, sono da considerare appropriati se sono attribuibili alla MDC 1, se tra le diagnosi principale o secondarie del ricovero in acuzie sia indicata la **“grave cerebrolesione acquisita”**, come definita dal comma 8 dell’articolo 2.

## Articolo 2/3 – correlazione clinica associata alla distanza temporale

### **CODICE 28**

- **Articolo 2:** Si definiscono pazienti affetti da “**mielolesione**” i pazienti che presentano tra le diagnosi, principali o secondarie della SDO, **uno o più codici ICD-9-CM elencati nell’Allegato 2,**
- **Articolo 3:** I ricoveri di riabilitazione, conseguenti ad un evento acuto, effettuati in regime ordinario e diurno (DH) in Unità Operative afferenti alla disciplina “**Unità Spinale**” (**codice 28**), sono da considerare appropriati se sono attribuibili **alla MDC 1**, se tra le diagnosi principali o secondarie del ricovero in acuzie sia indicata la “mielolesione”, come indicato nel comma 9 dell’articolo 2

## Articolo 2 – intervalli temporali Allegato 5

### *Unità spinale (Codice 28) e Neuroriabilitazione (Codice 75)*

<b>MDC del ricoveri di riabilitazione</b>	<b>REGIME DI RICOVERO di riabilitazione</b>	<b>DISTANZA IN GIORNI dalla dimissione in acuzie all'ammissione in riabilitazione</b>	<b>Codice ICD9CM dell'evento acuto che ha preceduto il ricovero di riabilitazione</b>
<b>MDC1</b>	REGIME ORDINARIO E DIURNO	0	Tutti i codici .

## Articolo 4 – congruenza diagnostica non conseguente a ricovero per acuti

- **Articolo 3:** Qualora un ricovero di riabilitazione conseguente ad evento acuto non rispetti il criterio della distanza temporale, si adottano i criteri elencati nell'art. 4.
- **Articolo 4:**
- **“Neuroriabilitazione” (codice 75)** sono considerati appropriati, secondo il criterio di congruenza diagnostica, se sono attribuibili alla MDC 1, se tra le diagnosi della SDO del ricovero di riabilitazione è indicata una condizione con **codice ICD-9-CM compreso nell'Allegato 1**
- **“Unità Spinale” (codice 28)** sono considerati appropriati, secondo il criterio di congruenza diagnostica, se tra le diagnosi o le procedure della SDO del ricovero di riabilitazione è indicata una condizione con **codice ICD-9-CM compreso nell'Allegato 2,**

## Articolo 6 – modalità di sperimentazione

- **Le disposizioni di cui al presente Decreto sono soggette ad un periodo di sperimentazione della durata di un anno, a seguito della adozione della SDO riabilitativa da parte del Ministero della salute e dell'adeguamento dei sistemi informatici regionali. Pertanto, fino alla fine della sperimentazione, per tutte le finalità amministrative, valgono le norme nazionali e/o regionali in essere in merito alla riabilitazione ospedaliera in tutti i setting codice 56, 28 e 75.**

## SDO-R scale di valutazione codice 28

**TABELLA 12: SCALE DI VALUTAZIONE PER RICOVERI RIABILITATIVI DI DISCIPLINA CODICE 28**

Ricovero di Riabilitazione codice 28: Mielolesioni			
Dimensione indagata	Scala di valutazione	Timing di registrazione	note
<b>FUNZIONALITÀ PREMORBOSA</b>	Rankin Scale	Ingresso	Valutazione anamnestica della funzionalità pre-evento acuto (evento indice). In caso di ricovero non correlato ad evento acuto (ricovero dal domicilio), andrà valutata la funzionalità pre-ricovero riabilitativo
<b>MENOMAZIONE</b>	ASIA Impairment Scale (livello di lesione e grado di completezza)	Ingresso e dimissione	Versione 2019
<b>DISABILITÀ</b>	Barthel Index (BI)	Ingresso e dimissione	a punteggi scomposti, versione italiana 2015
	Spinal Cord Independence Measure (SCIM)	Ingresso e dimissione	Versione 3 (2002)
<b>COMPLESSITÀ</b>	Rehabilitation Complexity Scale extended (RCS-e)	Ingresso e dimissione	Versione 13

## SDO-R scale di valutazione codice 75

**TABELLA 13: SCALE DI VALUTAZIONE PER RICOVERI RIABILITATIVI DI DISCIPLINA CODICE 75**

Ricovero di Riabilitazione codice 75: Gravi Cerebrolesioni Acquisite			
Dimensione indagata	Scala di valutazione	Timing di registrazione	note
<b>FUNZIONALITÀ PREMORBOSA</b>	Rankin Scale	Ingresso	Valutazione anamnestica della funzionalità pre-evento acuto (evento indice). In caso di ricovero non correlato ad evento acuto (ricovero dal domicilio), andrà valutata la funzionalità pre-ricovero riabilitativo
<b>MENOMAZIONE (stato di coscienza)</b>	Level of Cognitive Functioning (LCF)	Ingresso e dimissione	
	Glasgow Coma Scale (GCS)	Ingresso e dimissione	
<b>DISABILITÀ</b>	Barthel Index (BI)	Ingresso e dimissione	a punteggi scomposti, versione italiana 2015
	Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE)	Ingresso e dimissione	
<b>COMPLESSITÀ</b>	Rehabilitation Complexity Scale extended (RCS-e)	Ingresso e dimissione	Versione 13

## Modulo unico – Principali integrazioni

- Indicazione di Livello di setting e tipo di evento
- Inserimento codice diagnosi ICD-9-CM appropriati
- Scale di severità per setting assistenziale
- Risposta delle strutture
- Ampliamento della parte dedicata ai codici 28 -75 alle condizioni di quadri neurologici o ad alta intensità di cura



# Modulo unico



LOGO DELL'ISTITUTO  
CHE FA LA RICHIESTA



## MODULO UNICO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO IN POST-ACUZIE

**UO richiedente** \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
 N. nosologico Cartella \_\_\_\_\_ Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nel caso la richiesta non provenga da Struttura Sanitaria specificare:**  
 Richiesto da \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**richiede la disponibilità di posto in:**  
 Unità Spinale (Codice 28)  
 Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56)  
 Neuroriabilitazione (codice 75)  
 Lungodegenza (codice 60)

**SPECIFICARE SE:**  
 Ricovero conseguente ad evento acuto (ricovero in acuzie negli ultimi 12 mesi)  
 Ricovero non conseguente ad evento acuto (non ricovero in acuzie negli ultimi 12 mesi)

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ sesso: F M  
 Domicilio \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
 Care-giver di riferimento e recapito \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI INSERITE NELLA SDO DI RICOVERO PER ACUTI PER IL RICOVERO IN RIABILITAZIONE (COME DA ELENCO CODICI ICD-9-CM INSERITI NEGLI ALLEGATI AL DM 09.08.2021)**

Cod. ICD-9-CM: \_\_\_\_\_  
 Cod. ICD-9-CM: \_\_\_\_\_  
 Cod. ICD-9-CM: \_\_\_\_\_  
 Cod. ICD-9-CM: \_\_\_\_\_  
 Cod. ICD-9-CM: \_\_\_\_\_

**NEL CASO LA RICHIESTA NON PROVENGA DA STRUTTURA SANITARIA SPECIFICARE LA DIAGNOSI PER APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA:** \_\_\_\_\_

**SCALE SEVERITA', COMORBIDITA' e DISABILITA':**  
 PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN **STRUTTURE CODICE 28**  
 ASIA Impairment Scale: A B C D

PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN **STRUTTURE CODICE 56**

## MDC 4/5

Barthel Index Dispnea: punteggio complessivo |\_\_| |\_\_| |\_\_|  
 Six minutes walking test: \_\_\_\_\_  
**PER RICHIESTE DI RIABILITAZIONE IN STRUTTURE CODICE 75**  
 SCALA DRS (Disability Rating Scale): \_\_\_\_\_  
 LCF - Levels of Cognitive Functioning: \_\_\_\_\_  
 Note: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data ricovero: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Specificare reparto: \_\_\_\_\_  
 Data d'inizio della menomazione sopraindicata: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Intervento Chirurgico: Si No  
 Tipo intervento chirurgico: \_\_\_\_\_ Data intervento chirurgico: \_\_\_\_\_  
 Divieto carico: Si No Eventuale carico differito a: \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_

Ulcere trofiche / da pressione (specificare sede e stadio) .....  
 Ferite Post Chirurgiche Coalescente Deiscente Altro Altre patologie (specificare).....

Terapia in atto:	dosaggio	ev	os	Terapia in atto:	dosaggio	ev	Os
1				3			
2				4			



# Modulo unico



ONDIZIONI CLINICHE	BUONE	DISCRETE	SCADENTI
Condizioni generali	SI	NO	
Paziente stabile dal punto di vista internistico	SI	NO	
Paziente post comatoso	SI	NO SE SI, GCS (punteggio) ... e durata coma >24 ore	
Collaborazione	TOTALE	PARZIALE	ALTERNANTE ASSENTE
Comprensione	TOTALE	PARZIALE	ALTERNANTE ASSENTE
Motilità volontaria	TOTALE	PARZIALE	ASSENTE
Deambulazione	AUTONOMO	AUTONOMO CON AUSILIO	NON AUTONOMO IMPOSSIBILE
Controllo Tronco	TOTALE	PARZIALE	ASSENTE
Stazione eretta	SI	SI, CON AUSILI	NO
Stazione seduta	SI	NO	
Motilità articolazioni	TOTALE	PARZIALE	ASSENTE
Capacità di alimentarsi	AUTONOMO	DISFAGIA	SI NO
	NON AUTONOMO	IMBOCCATO	SNG PEG PARENTERALE
Igiene personale	AUTONOMO	CON AIUTO	DIPENDENTE
Controllo dell'alvo	SI	PARZIALE	NO
Controllo minzione	SI	PARZIALE	NO
Catetere vescicale a permanenza	SI (data inserimento o dell'ultimo cambio.....) NO		
Presenza cannula tracheale	SI (specificare tipo e data di inserimento.....) NO		
Ventilazione meccanica	SI (specificare tipo e modalità.....) NO		
Ossigenoterapia	SI (specificare modalità.....) NO		
Portatore di CVC	SI (specificare il tipo e la sede.....) NO		
Portatore di CV Periferico	SI (sede e data di inserimento.....) NO		
Presenza di stomie	SI (specificare tipo e sede.....) NO		
Fissatore esterno	SI (specificare tipo e sede.....) NO		
Apparecchio gessato	SI (specificare tipo e sede.....) NO		
Infezioni in atto/microrganismi alert*	SI	NO	

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO UGCA

Il paziente è in postura di decortizzazione o decerebrazione? SI NO  
 Il paziente presenta agitazione psico-motoria? SI NO  
 Il paziente esegue ordini semplici? SI NO

## INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SOLO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO US/CENTRO SPINALE

Il paziente è paraplegico tetraplegico

Livello di lesione documentato all'RX

## RICHIESTA DI TRASFERIMENTO (la risposta deve pervenire entro 48 ore lavorative dalla richiesta, come previsto normativa regionale vigente)

La richiesta è stata INVIATA IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'ISTITUTO \_\_\_\_\_  
 ACCETTATA – DISPONIBILITA' IMMEDIATA  
 ACCETTATA – INSERITO IN LISTA D'ATTESA  
 NON APPROPRIATA indicare criteri di esclusione ai sensi DCA 226/2018

La richiesta è stata INVIATA IN DATA \_\_\_\_\_ ALL'ISTITUTO \_\_\_\_\_  
 ACCETTATA – DISPONIBILITA' IMMEDIATA  
 ACCETTATA – INSERITO IN LISTA D'ATTESA  
 NON APPROPRIATA indicare criteri di esclusione ai sensi DCA 226/2018



Data trasferimento \_\_\_\_\_  
 Timbro e firma del medico del reparto \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico specialista in riabilitazione \_\_\_\_\_

\*La struttura per acuti ha l'obbligo di valutare ed indicare la presenza di colonizzazioni che richiedono misure di isolamento, per consentire alla struttura riabilitativa di predisporre posti letto idonei (isolamento in coorte)

## INTEGRAZIONE MODULO UNICO PER RICHIESTA DI TRASFERIMENTO PER QUADRI NEUROLOGICI O AD ALTA INTESITA' DI CURE

### Condizioni neurologiche

Paraplegia Tetraplegia

Livello neurologico della lesione: \_\_\_\_\_

Altri interventi chirurgici correlati all'evento lesivo: \_\_\_\_\_

Eventuale patologia o comorbidità di rilievo psichico/psichiatrico no si  
 Tipo: \_\_\_\_\_

### Condizioni Respiratorie attuali:

Respiro spontaneo no si dal \_\_\_\_\_

Ventilazione meccanica no si se si: weaning no si

NIV no si modalità \_\_\_\_\_

Ossigeno terapia: no si Lt/min \_\_\_\_\_

Drenaggio toracico no si sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Cannula tracheostomica no si Tipo: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

### Altri Devices :

Catetere venoso: centrale periferico sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Catetere arterioso sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Lesioni cutanee da pressione no si

sede \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_

sede \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_

Trombosi Venose Profonde no si sede \_\_\_\_\_

Infezioni in atto: no si Germi MDR: \_\_\_\_\_

emocoltura : data \_\_\_\_\_ negativa positiva per \_\_\_\_\_

broncoaspirato: data \_\_\_\_\_ negativo positivo per \_\_\_\_\_



# Modulo unico



urinocoltura: data \_\_\_\_\_ negativa      positiva      per \_\_\_\_\_  
tamponi rettali: data \_\_\_\_\_ negativo      positivo      per \_\_\_\_\_

**Terapia**  
Endovenosa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Orale \_\_\_\_\_  
**Note aggiuntive:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Data.....  
Nome del Medico .....

Riferimenti Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dichiarazione di responsabilità del richiedente il ricovero  
(Delibera della regione Lazio n.434 del 27/03/2001)

