

# **Indicazioni operative utili alla compilazione della SDO con elementi riabilitativi**

## **Regione Liguria**

A cura di A.Li.Sa  
AZIENDA LIGURE SANITARIA REGIONE LIGURIA  
In collaborazione con la Rete della Riabilitazione  
e i professionisti degli Enti e delle Aziende Sanitarie.

Redazione tecnica : Sergio Vigna, Elisa Malagamba (A.Li.Sa)  
Luigi Baratto (Coordinatore Rete Riabilitazione) ,  
Bruno Bernardini (esperto Humanitas)

## ***Scheda da Dimissioni Ospedaliere con elementi riabilitativi***

### ***Razionale***

Lo studio IPER-2.0 (Indicatori di Processo e di Esito in Riabilitazione, versione 2.0), avviato nel 2009 come studio per l'audit clinico e il controllo di gestione, ha permesso di raccogliere nel corso di 5 anni 10.000 cartelle cliniche all'interno delle strutture a gestione pubblica e private accreditate con contratto di riabilitazione intensiva, che parallelamente alla compilazione della SDO, hanno compilato il format di IPER-2.0 attraverso l'inserimento di 64 indicatori clinico-organizzativi per ogni paziente dimesso.

L'elaborazione statistica di questi indicatori ha permesso di identificare quelli a **maggior valore predittivo** sull'esito del ricovero in riabilitazione intensiva sia in termini di guadagno funzionale che di consumo di risorse.

Lo schema individuato utile alla compilazione della SDO con elementi riabilitativi rappresenta il frutto di analisi finalizzate a **dare significato al peso complessivo delle degenze dal punto di vista della programmazione.**

L'insieme delle aree informative della SDO che intendiamo sperimentare contribuisce ad integrare in modo rilevante le informazioni identificate dal Ministero della Salute come significative all'interno della nuova SDO.

Lo studio in via sperimentale si è concentrato sull'analisi della casistica dei flussi derivanti dai reparti con cod. 56 di Medicina Fisica e Riabilitativa e cod. 75 delle Gravi cerebro lesioni. Per tale ragione le indicazioni contenute in questo documento finalizzate alla compilazione della SDO con elementi riabilitativi saranno utilizzate per la fase sperimentale dell'anno 2017 nei reparti classificati con cod. 56 e 75, **ad esclusione dei sub codici relativi al 56 con specialità cardiologica, pneumologia e psichiatrica, così come i casi derivanti dal cod. 28 Mielolesioni, che saranno oggetto di studio statistico nel corso del 2017.**

## ***Il flusso dei dati per la compilazione della SDO con elementi riabilitativi***

La struttura delle informazioni che si propone di seguire nell'inserimento della SDO è così organizzata:

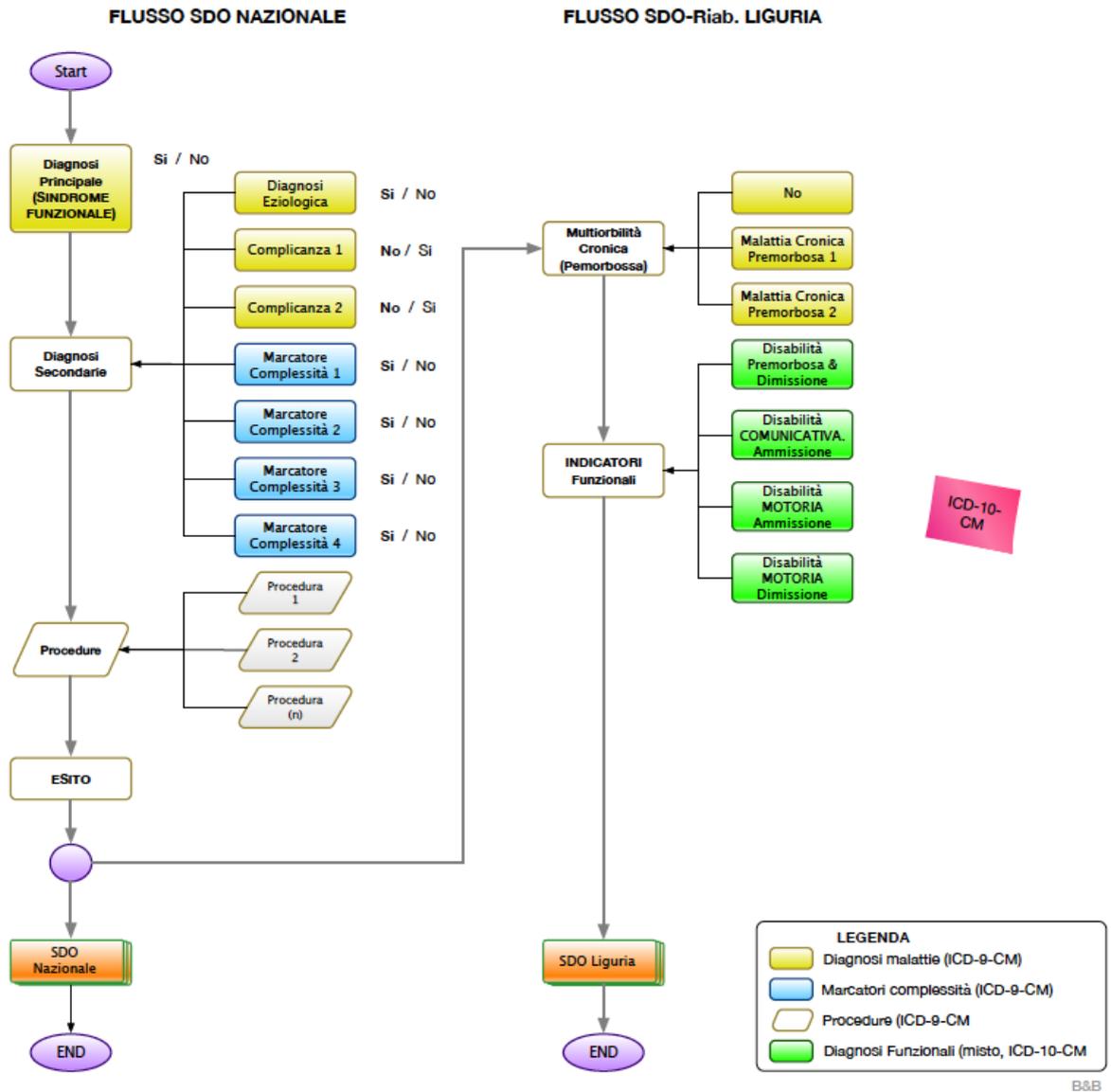
1. **Informazioni sulla condizione premorbosa** (clinica generale e funzionale);
2. **Informazioni sullo stato del paziente all'ammissione:** fattori generali di complessità medico infermieristica, dipendenza funzionale e comunicativa;
3. **Informazioni sugli eventi clinici avversi** (complicanze) comparsi durante il ricovero;
4. **Informazioni sulla dipendenza funzionale del soggetto alla dimissione.** Poiché nella SDO nazionale non si possono inserire informazioni relative alla dipendenza funzionale motoria comunicativa si è ritenuto opportuno introdurre alcuni campi aggiuntivi regionali che permettessero di raccogliere informazioni sulle condizioni di dipendenza funzionale.

Inoltre si è ritenuto opportuno inserire nei campi aggiuntivi regionali le informazioni relative alla comorbidità cronica premorbosa per i seguenti motivi:

- a. lo studio IPER-2.0 li identifica come fattori di moderata rilevanza predittiva, e quindi si è preferito utilizzare i campi della SDO nazionale per informazioni a maggior peso predittivo come la complessità generale medico infermieristica all'ingresso e le complicanze.
- b. In questo modo è più agevole identificarli come fattori che pur presenti all'ingresso erano già presenti prima dell'evento acuto (informazione non inseribile nella SDO nazionale).

Nel diagramma che segue è rappresentato l'insieme delle aree informative utili alla compilazione della SDO con elementi riabilitativi e che sarà possibile utilizzare.

## DATAFLOW SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA RIABILITAZIONE LIGURIA



Il primo gruppo di informazioni rappresentano quelle che si possono inserire nel Flusso SDO nazionale utilizzando i campi diagnosi principale e diagnosi secondaria.

Il differente colore in legenda con il quale vengono evidenziati gli item del flusso dei dati, identifica i raggruppamenti logici delle diagnosi e procedure e vuole orientare sulle priorità della compilazione nell'ottica del maggior valore predittivo delle informazioni.

In termini compilativi, il flusso dei dati può essere letto secondo lo schema seguente:

<i>Campo schermata SDO Classica</i>	<i>Indicazione operative di inserimento SDO riabilitativa</i>
Diagnosi principale	<b>Diagnosi Principale (Sindrome funzionale)</b>
Diagnosi Secondarie, disposizione di sette campi	<b>Diagnosi Eziologica</b> <b>Complicanza1</b> <b>Complicanza 2</b>  <b>Marcatore di Complessità 1</b> <b>Marcatore di Complessità 2</b>  <b>Marcatore di Complessità 3</b> <b>Marcatore di Complessità 4</b> →
	Informazione che confluisce nel solo flusso regionale
Procedure	Procedure
Esito	Esito

Nota. I campi disponibili per le diagnosi secondarie sono sette; il Ministero della Salute prende in analisi soltanto i primi 5, tuttavia poiché per l'approfondita comprensione del paziente riabilitativo occorre non perdere nessuno dei fattori di complessità medico infermieristica presenti all'ingresso, i rimanenti due campi saranno comunque oggetto dello studio epidemiologico regionale. I fattori di complessità medico-infermieristica devono essere inseriti secondo la gerarchia di peso ritenuta significativa dal compilatore per dare evidenza nel flusso nazionale di quelli a maggior peso gestionale.

---

*Campo schermata SDO ligure riabilitativa*

---

**Multimorbilità cronica premorbosa**  
**Disabilità Comunicativa all'ammissione**  
**Disabilità funzionale Premorbosa- Rankin**  
**Autonomia –disabilità motoria alla ammissione**  
**Autonomia-disabilità motoria alla dimissione**  
**Disabilità alla dimissione - Rankin**

## GLOSSARIO

Per una omogeneità di compilazione è necessario utilizzare un glossario condiviso e di seguito indicato

### *Diagnosi Principale- Sindrome Funzionale*

La Diagnosi principale viene descritta con **codici ICD-9-CM riconducibili agli esiti dell'evento** morboso acuto, oggetto del Progetto Riabilitativo Individuale.

Per la compilazione del campo diagnosi principale dovranno pertanto essere scelti codici di postumo.

### *Diagnosi Eziologica*

La diagnosi eziologica riconduce **alle cause che attraverso l'evento morboso, hanno determinato gli esiti o postumi**. Le informazioni offerte dalla diagnosi eziologica sono importanti per due motivi:

1. sono necessarie per il riconoscimento dell'appropriatezza clinica del ricovero in riabilitazione in quanto connettono con chiarezza il ricovero riabilitativo ad un precedente evento morboso, in particolare per quanto riguarda i trasferimenti dall'acuzie;
2. la diagnosi eziologica es. ostruzione arterie cerebrale, emorragia cerebrale, neoplasia, encefalite può essere predittiva in modo diverso a parità di profilo clinico generale.

### *Complicanze*

Si tratta di **eventi morbosi insorti durante la degenza riabilitativa** che complicano la gestione del Progetto Riabilitativo Individuale e hanno un peso non solo dal punto di vista del consumo aggiuntivo di risorse ma altresì sulla durata della degenza. Le complicanze sono differenti dall'insieme dei fattori di base condizionanti prognosi e consumo di risorse identificati attraverso lo studio IPER-2.0.

La compilazione non è guidata

### *Marcatore generale di complessità clinica (medico- infermieristica)*

Si tratta di un numero definito di **condizioni medico ed infermieristiche che se presenti all'ingresso in degenza riabilitativa sono cumulativamente predittive di consumo di risorse e di outcome**. Questi fattori infatti pur avendo pesi disuguali dal punto di vista predittivo possono, se sommati e raggruppati avere pesi significativamente crescenti sull'esito. La compilazione è guidata (v. successivamente).

### *Marcatore di complessità condizione specifico*

Sono fattori di complessità clinica presenti all'ingresso, non connessi allo stato generale **ma all'esito specifico che ha portato al ricovero in riabilitazione** e che hanno un particolare peso sull'organizzazione dei processi assistenziali.

<b>Procedure</b>	La compilazione non è guidata
<b>Esito</b>	La compilazione non è guidata
<b>Multimorbilità cronica premorbosa</b>	<p>La multi morbidità cronica pre-morbosa, si riferisce alle <b>malattie croniche per le quali il soggetto era in cura prima dell' evento morboso acuto</b> che ha portato alla richiesta di ricovero in riabilitazione intensiva.</p> <p>Le multi morbidità croniche pre-morbose hanno un peso cumulativo sull' <i>outcome</i> funzionale del ricovero in riabilitazione intensiva. All'interno della SDO, possono essere indicate fino a due malattie scelte dal medico compilatore secondo criteri di rilevanza clinica.</p>
<b>Disabilità Funzionale Premorbosa</b>	Identifica il <b>grado di dipendenza funzionale premorbosa</b> , nel <i>setting</i> (domicilio o struttura) precedente al ricovero, viene utilizzata la Scala di Rankin con valori da 0 a 5.
<b>Disabilità Comunicativa all' ammissione</b>	La piena competenza comunicativa presuppone buone capacità percettive, cognitive e relazionali che permettono di utilizzare il codice linguistico per lo scambio di informazioni, esperienze, emozioni e strutturare il rapporto con gli altri. Dal manuale d'uso di IPER-2.0, viene utilizzata la <b>Scala di disabilità comunicativa</b> : 0-1-2-3-4
<b>Autonomia-disabilità motoria alla ammissione</b>	Indicatore di Stato della capacità di controllo e trasferimento antigravitario del soggetto all' ammissione.
<b>Autonomia-disabilità motoria alla dimissione</b>	Indicatore di Stato della capacità di controllo e trasferimento antigravitario del soggetto alla dimissione.
<b>Disabilità funzionale alla dimissione</b>	Identifica il grado di dipendenza funzionale alla dimissione utile al <i>setting</i> domicilio o struttura residenziale. Viene utilizzata la Scala Rankin con valori da 0 a 5

## ***SDO Flusso Nazionale***

La compilazione della diagnosi principale sindromica-funzionale e della diagnosi secondaria eziologica avviene attraverso l'utilizzo dei codici presenti all'interno del Manuale ICD-9- CM.

Tuttavia, poiché lo studio di una SDO con elementi riabilitativi si giova della possibilità di aggregare gli esiti secondo macrocategorie che rappresentano condizioni omogenee di consumo di risorse, questo manuale propone ai professionisti di utilizzare in via prioritaria, se possibile i codici presenti nelle successive tabelle per permettere in fase di studio epidemiologico di inserire più facilmente i soggetti dimessi dalle strutture riabilitative all'interno di queste macro categorie.

I gruppi e i relativi sottogruppi sui quali si intende lavorare rappresentano la maggior parte della popolazione dimessa dai reparti di riabilitazione intensiva in regione Liguria dalla ricerca IPER-2.0.

Il modello preso in considerazione si rifà ai **Rehabilitation Impairment Categories (RIC)** utilizzato negli Stati Uniti per i rimborsi in riabilitazione.

Le tabelle organizzano le seguenti categorie:

### **Neurologici**

1. Ictus
2. Disfunzioni Cerebrali (traumatiche e non traumatiche)
3. Paraplegia (traumatica e non traumatica)
4. Altre condizioni neurologiche

### **Ortopedici**

5. Frattura prossimale del femore
6. Frattura degli arti inferiori
7. Politrauma senza cerebrolesione o paraplegia
8. Protesi in elezione di articolazioni maggiori
9. Altre condizioni ortopediche
10. Artrosi e artriti

### **Altre**

11. Amputazioni
12. Debility

Per ogni categoria/sottocategoria di *impairment* (identificata quando possibile con codice ICD-9-CM di "postumo") vengono proposti aggregati di diagnosi eziologiche che hanno maggiore frequenza di correlazione con le diagnosi sindromiche. Questo per ottenere un dettaglio qualificatore della condizione principale disabilitante e creare una corrispondenza con la fase acuta per una migliore definizione del percorso.

**I codici di postumo da utilizzare per l'indicazione della diagnosi principale sono certamente riduttivi rispetto alla capacità di descrivere la complessità. Tuttavia, se scelti per descrivere il problema maggiore, possono dare accettabili livelli informativi all'interno del quadro descrittivo completo della SDO.**

## Istruzioni operative

### FLUSSO SDO NAZIONALE

1. Identificare l'esito **principale** (diagnosi sindromica-funzionale) **facendo riferimento alle categorie di menomazione-disabilità** (Rehabilitation Impairment Categories, modificato). Registrare come prima diagnosi.
2. Identificare **tra le diagnosi eziologiche collegate alla diagnosi sindromica-funzionale la malattia che ha causato la menomazione**. Registrare come seconda diagnosi.
3. Identificare **fino a due complicanze occorse durante la degenza riabilitativa**. La scelta dei codici delle complicanze è aperta, si raccomanda di scegliere tra gli eventi clinici avversi quelli più significativi per impatto sullo stato di salute del paziente e sull'organizzazione-erogazione delle cure. Registrare come terza e quarta diagnosi.
4. Identificare e registrare **fino a quattro marcatori generali di complessità clinica medico-infermieristica che erano presenti all'ammissione** (v. lista dei Marcatori generali di Complessità Clinica). Per la sequenza del loro inserimento segui il criterio del "maggior impatto" clinico-gestionale.
5. Un criterio integrativo è quello della "durata": un marcatore di "lunga durata" è in genere più importante di uno di "breve durata" e se un marcatore persiste alla dimissione significa che il peso delle cure è trasferito al servizio/struttura che si farà carico del paziente una volta dimesso. Comunque non registrare nella SDO un marcatore generico di complessità clinica se non era presente all'ammissione (entro 3 giorni dall'ingresso del paziente).
6. Considerare la presenza di marcatori di complessità "malattia-specifici". Tra i codici dei RIC modificati sono presenti, suddivisi per categoria, alcuni codici specifici che consideriamo qualificatori significativi. Se si ritiene che un marcatore di complessità malattia-specifico abbia avuto un ruolo significativo per il decorso e l'esito delle cure, deve essere registrato in coda alla lista dei marcatori generici. Se i campi a disposizione risultano esauriti, valutare se inserirlo al posto del marcatore generico meno rilevante.
7. Nella nuova SDO esiste per tutte le diagnosi un check che permette di segnalare la presenza o meno della malattia-condizione all'ammissione. Per le regole condivise tutte le diagnosi da inserire hanno un check positivo ad eccezione dei due campi riservati alle complicanze.
8. Identificare e registrare le procedure (fino a tre) che hanno caratterizzato il decorso del paziente. La codifica è libera. Considerato il modesto valore informativo delle procedure riabilitative codificate, si suggerisce di inserire tra le procedure eventuali esami di 2° livello ai quali il paziente è stato sottoposto (es. neuroimaging).
9. Registrare l'esito dell'episodio di ricovero come previsto nella nuova SDO.

## DIAGNOSI SINDROMICA –FUNZIONALE / DIAGNOSI EZIOLÓGICA

### CATEGORIE NEUROLOGICHE

#### 1. ICTUS

Comprende i pazienti con limitazione funzionale o disabilità successiva a danno cerebrale acquisito da malattia cerebrovascolare acuta.

##### Codici ICD-9-CM Diagnosi Sindromica / Funzionale (prima diagnosi)

###### Postumi delle malattie cerebrovascolari, deficit motori

- 438.21 Emiplegia dell'emisfero dominante
- 438.22 Emiplegia dell'emisfero non dominante
- 438.31 Monoplegia dell'arto superiore dell'emisfero dominante
- 438.32 Monoplegia dell'arto superiore dell'emisfero non dominante
- 438.41 Monoplegia dell'arto inferiore dell'emisfero dominante
- 438.42 Monoplegia dell'arto inferiore dell'emisfero non dominante
- 438.51 Altre sindromi paralitiche dell'emisfero dominante
- 438.52 Altre sindromi paralitiche dell'emisfero non dominante
- 438.53 Altre sindromi paralitiche, bilaterali

###### Postumi delle malattie cerebrovascolari, deficit non motori

- 438.0 Deficit cognitivi
- 438.10 Deficit del linguaggio e della parola
- 438.11 Afasia
- 438.12 Disfasia
- 438.13 → 438.19 Disartria, disordini della fluenza e altri specifici deficit del linguaggio
- 438.6 Disturbi della sensibilità
- 438.7 Disturbi della visione
- 438.81 Aprassia
- 438.82 Disfagia
- 438.84 Atassia

##### Codici ICD-9-CM Diagnosi Eziologica (qualificatore)

###### Ischemiche\*

- 433.x1 Occlusione e stenosi delle arterie pre-cerebrali con infarto cerebrale
  - 434.x1 Trombosi o embolia delle arterie cerebrali con infarto cerebrale
  - 436 Acute e ben definite malattie cerebrovascolari
- \* I codici si riferiscono a condizioni specifiche, con infarto cerebrale (.x1)

###### Emorragiche

- 430 Emorragia sub aracnoidea
- 431 Emorragia intracerebrale
- 432.0 Emorragia extradurale non traumatica
- 432.1 Emorragia sotto durale
- 432.9 Emorragia intracranica non specificata

## **2. DISFUNZIONE CEREBRALE**

Comprende i pazienti con disabilità successiva a danno cerebrale per malattia cerebrale acuta, subacuta o cronica di qualsiasi eziologia (traumatica, infiammatoria, vascolare, tumorale o degenerativa). Rientrano in questa categoria anche i pazienti con postumi di malattia cerebrovascolare quando il quadro clinico corrisponde ai criteri diagnostici di “disfunzione cerebrale”.

I quadri clinici delle disfunzioni cerebrali sono dominati essenzialmente da due cluster di segni e sintomi: 1. Alterazioni della coscienza e della personalità 2. Deficit neuromotori. Il paziente verrà classificato in relazione al disturbo prevalente secondo i codici raggruppati come segue.

### **Alterazione prevalente della coscienza e della personalità: Codici ICD-9-CM Diagnosi Sindromica / Funzionale (prima diagnosi)**

- 780.0 Alterazione della vigilanza
- 780.01 Coma
- 780.03 Stato Vegetativo Persistente
- 310.0 Sindrome del Lobo Frontale
- 310.1 Modificazione della personalità dovuta a condizioni patologiche classificate altrove
- 310.2 Sindrome post commotiva
- 310.8 Altri disturbi non psicotici specificati successivi a danno organico cerebrale
- 312.10 Disturbo della condotta con ridotta socializzazione di tipo non aggressivo

### **Deficit prevalente neuromotorio: Codici ICD-9-CM Diagnosi Sindromica / Funzionale (prima diagnosi) -**

- 342.00 → 342.12 Emiplegia flaccida o spastica dell'emisfero dominante/non dominante
- 342.80 → 342.82 Altre specifiche emiplegie dell'emisfero dominante /non dominante
- 342.90 → 342.92 Emiplegie non specificate
- 344.0 Tetraplegia, non specificata
- 344.09 Altre tetraplegie
- 344.81 Sindrome “dell'uomo incatenato” (Locked in)
- 344.89 Altra sindrome paralitica specifica

### **Codici ICD-9-CM Diagnosi Eziologica (qualificatore)**

#### **Trauma (Ferita aperta)**

- 800.60 → 800.99 Fratture aperte della volta cranica, danno encefalo e perdita di coscienza
- 801.50 → 801.99 Fratture aperte della base cranica, danno encefalo e perdita di coscienza
- 803.60 → 803.99 Altre e non specificate fratture aperte del cranio
- 804.00 → Fratture multiple relativo al cranio o alla faccia unitamente con altre ossa.

#### **Trauma (Ferita chiusa)**

- 850.00 → 850.9 Concussione cerebrale
- 851.00 → 851.19 Lacerazioni e contusione cerebrali.

#### **Cause Non Traumatiche**

- 320.0 → 322.9 Meningiti piogene, non piogene, agenti eziologici differenti
- 323.0 → 323.9 Encefaliti, encefalomieliti a varia eziologia
- 324.0 Ascesso intracranico
- 191.0 → 191.9 Tumori maligni del cervello
- 192.1 Tumori maligni delle meningi cerebrali

- 198.3 Tumori maligni secondari dell'encefalo
- 225.0 → 225.2 Tumori benigni dell'encefalo, dei nervi cranici e delle meningi
- 237.5 → 237.6 Tumori dell'encefalo e delle meningi di incerto comportamento
- 239.9 Tumori del cervello di natura non specificata
- 331.0 → 331.5 Malattia di Alzheimer, mal. di Pick e altre demenze fronto temporali
- 331.3 → 331.5 Idrocefalo (comunicante, ostruttivo e normoteso)
- 331.82 Demenza a corpi di Lewy
- 348.1 Danno encefalico da anossia (Encefalopatia postanossica)
- XXX.XX **NOTA bene:** quando la causa della disfunzione cerebrale (es. coma) è una malattia cerebrovascolare fare riferimento ai codici eziologici delle malattie cerebrovascolari.

### **3. PARAPLEGIA**

Comprende i pazienti con limitazione funzionale e disabilità secondarie a lesioni del midollo spinale e della cauda equina da qualsiasi causa patologica.

#### **Codici ICD-9-CM Diagnosi Sindromica / Funzionale (prima diagnosi)**

- 344.00 Tetraplegia, non specificata
- 344.01 Tetraplegia, C1-C4, completa
- 344.02 Tetraplegia, C1-C4, incompleta
- 344.03 Tetraplegia, C5-C7, completa
- 344.04 Tetraplegia, C1-C4, incompleta
- 344.05 Altre tetraplegie
- 344.1 Paraplegia
- 344.2 Diplegia degli arti superiori
- 344.30 → 344.5 Monoplegia arto inferiore (dominante, non dominante, NAS)
- 344.60 Sindrome della cauda equina senza menzione di vescica neurologica
- 344.61 Sindrome della cauda equina con menzione di vescica neurologica

#### **Codici ICD-9-CM Diagnosi Eziologica (qualificatore)**

##### **Cause Non Traumatiche**

- 015.0 Tubercolosi della colonna vertebrale
  - 323.02 → 323.9 Mieliti ed encefalomieliti a varia eziologia
  - 336.0 Siringomielia e Siringobulbia
  - 336.1 Mielopatia vascolare
  - 170.2 Tumori maligni della colonna vertebrale, esclusi sacro e coccige
  - 192.2 → 192.3 Tumori maligni del midollo spinale e delle meningi spinali
  - 198.3 Tumori maligni secondari di encefalo e del midollo spinale
  - 198.4 Tumori maligni secondari di altre parti del sistema nervoso
  - 225.3 → 225.4 Tumori benigni del midollo spinale e delle meningi spinali
  - 237.5 Tumori di comportamento incerto di encefalo e midollo spinale
  - 237.6 Tumori di comportamento incerto delle meningi
  - 721.1 Spondilosi cervicale con mielopatia
  - 721.41 Spondilosi toracica, con mielopatia
  - 721.42 Spondilosi lombare, con mielopatia
  - 722.71 → 722.73 Discopatie con mielopatie regione cervicale, toracica, lombare
  - 723.0 Stenosi spinale, regione cervicale
- ##### **Cause Traumatiche**
- 806.00 → 806.9 Fratture chiuse della colonna vertebrale con lesione midollare
  - 953.0 → 953.8 Traumatismo delle radici dei nervi e dei plessi rachidei
  - 952.00 → 952.8 Traumatismo del midollo spinale senza segni di lesione vertebrale

## MARCATORI DI COMPLESSITA' CONDIZIONE-SPECIFICI (PAZIENTI NEUROLOGICI)

- 996.2 Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti del sistema nervoso
- 996.63 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso
- 198.4 Tumori maligni secondari di altre parti del sistema nervoso
- V462 Altra dipendenza da macchine, supplementazione di ossigeno
  
- xxxx Altre complicanze esito specifiche rilevanti con particolare riferimento agli esiti di Gravi Cerebrolesioni Acquisite

## 4. ALTRE CONDIZIONI NEUROLOGICHE

Per questo gruppo di malattie si suggerisce una duplice possibile codifica:

1. Quando il quadro funzionale è riconducibile ad una categoria di impairment neurologico “maggiore” (emiplegia, paraplegia, tetraplegia, ecc.), la codifica avviene secondo la modalità stabilita: diagnosi sindromica/funzionale come prima diagnosi → diagnosi eziologica come qualificatore;
2. Quando il quadro funzionale è peculiare e non riconducibile fenomenologicamente ad una categoria di *impairment* neurologico “maggiore”, la diagnosi “eziologica” sarà la diagnosi principale.

### Codici ICD-9-CM Diagnosi Sindromica / Funzionale (prima diagnosi) –se stato funzionale riconducibile a categoria di impairment “maggiore”)

- 342.00 → 342.92 Emiplegia spastica o flaccida o non specificata del lato dominante o non dominante
- 344.00 Tetraplegia, non specificata
- 344.05 Altre tetraplegie
- 344.1 Paraplegia
- 344.2 Diplegia degli arti superiori
- 344.30 → 344.5 Monoplegia arto inferiore (dominante, non dominante, NAS)  
*Nota* che i codici relativi alle sindromi emiplegiche sono differenti da quelli considerati come postumi di malattie cerebrovascolari.

### Codici ICD-9-CM Diagnosi Eziologiche (prima diagnosi o qualificatore)

- 340 Sclerosi Multipla
- 341 → 341.8 Altre malattie demielinizzanti del sistema nervoso
- 320.0 → 332.1 Paralisi Agitante, Parkinsonismo secondario
- 333.0 Altre malattie degenerative dei gangli della base
- 333.4; 333.5 Corea di Huntington ed altre sindromi coreiformi
- 333.6 → 333.92 Altri disturbi del movimento
- 356.0 → 356.8 Neuropatie periferiche ereditarie ed idiopatiche
- 344.05 Polineuropatie tossiche
- 357.0 Polineuropatia acuta infettiva (sd. Guillain Barrè)
- 357.1 → 357.9 Altre Polineuropatie acute, subacute e croniche
- 335.20 Sclerosi Laterale Amiotrofica
- 335.21 → 335.9 Altre malattie del motoneurone
- 358.00; 358.01 Miastenia grave, senza e con riacutizzazione
- 335.21 → 335.9 Sindromi miasteniformi (es. Lambert-Eaton) e altri disturbi mio-neurali
- 334.0 → 335.19 Malattie Spinocerebellari
- 337.00 → 337.9 Disturbi del sistema nervoso autonomo
- 359.0 → 359.9 Distrofie muscolari ed altre miopatie

## **CATEGORIE ORTOPEDICHE**

### **5. FRATTURA PROSSIMALE DEL FEMORE**

**Codice ICD-9-CM Diagnosi Sindromica / Funzionale (prima diagnosi)**

905.3 Postumi di fratture del collo del femore

**Codici ICD-9-CM Diagnosi Eziologica (qualificatore)**

820.00 → 820.10 Fratture chiuse intracapsulari del collo del femore

820.20 → 820.22 Fratture chiuse trocanteriche

820.8 Fratture chiuse del collo del femore non specificate

### **6. FRATTURE ARTI INFERIORI**

**Codice ICD-9-CM Diagnosi Sindromica / Funzionale (prima diagnosi)**

905.4 Postumi di fratture degli arti inferiori

**Codici ICD-9-CM Diagnosi Eziologica (qualificatore)**

821.00 Frattura chiusa del femore, non specificate

820.01 Frattura chiusa della diafisi femorale

821.20 → 821.29 Frattura chiusa distale del femore

823.00 → 823.02 Frattura chiusa tibia o perone

823.20 → 823.22 Altre Fratture chiuse tibia o perone

### **7. POLITRAUMA, SENZA LESIONE CEREBRALE O PARAPLEGIA**

**Codice ICD-9-CM Diagnosi Sindromica / Funzionale (prima diagnosi)**

905.5 Postumi di fratture di ossa multiple e non specificate

**Codici ICD-9-CM Diagnosi Eziologica (qualificatore)**

827.0 → 827.1 Altre multiple e mal definite fratture dell'arto inferiore

828.0 → 828.1 Fratture multiple interessanti ambedue gli arti inferiori, l'arto inferiore con quello superiore e l'arto inferiore con le costole e lo sterno, chiuse o esposte

### **8. PROTESI IN ELEZIONE ARTICOLAZIONI MAGGIORI**

**Codice ICD-9-CM Diagnosi Sindromica / Funzionale (prima diagnosi)**

V436.4 Protesi di anca

V438.5 Protesi di ginocchio

**Codici ICD-9-CM Diagnosi Eziologica (qualificatore)**

714.4 Artropatia cronica post traumatica

714.0 → 714.2 Artrite reumatoide e varianti

715.05 → 716.06 Artrosi e altre artropatie non specificate

696.0 Artropatia psoriasica

711.0 Artrite settica

## **9. ALTRE CONDIZIONI ORTOPEDICHE (MISCELLANEA)**

Inserire le diagnosi che non trovano sistemazione negli altri aggregati, purché rientrino nella definizione di complessità clinica, propria della riabilitazione intensiva (come da definizione del Piano di Indirizzo della Riabilitazione) e che necessitano di tutela medico infermieristica nelle 24 ore.

## **10. ARTROSI ED ARTRITI**

Per queste categorie la diagnosi principale sindromica coincide con la diagnosi eziologica.

### **MARCATORI DI COMPLESSITA' CONDIZIONE-SPECIFICI (PAZIENTI ORTOPEDICI)**

996.66	Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare
998.67	Infezione e reazione infiammatoria altri impianti ortopedici o trapianti
730.10 → 730.19	Osteomielite cronica, sito non specificato, vari siti
170.0 → 170.9	Tumori maligni delle ossa o delle cartilagini
198.5	Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo
733.10 → 733.19	Fratture patologiche delle ossa, differenti siti

## **ALTRE CATEGORIE**

### **11. AMPUTAZIONE ARTO INFERIORE**

#### **Codice ICD-9-CM Diagnosi Sindromica / Funzionale (prima diagnosi)**

V497.3	Amputazione del piede
V497.4	Amputazione a livello tibiotarsica
V497.5	Amputazione sopra il ginocchio
V497.6	Amputazione sotto il ginocchio
V497.7	Amputazione a livello dell'anca

#### **Codici ICD-9-CM Diagnosi Eziologica (qualificatore)**

440.20 → 440.29	Aterosclerosi delle arterie native delle estremità, specificate e non
444.22 → 714.2	Tromboembolia arteriosa degli arti inferiori
895.0 → 897.7	Amputazione traumatica arto inferiore, vari livelli
170.7 → 170.8	Tumori maligni delle ossa, arto inferiore
XXX.X	Altre cause specifiche

### **MARCATORI DI COMPLESSITA' CONDIZIONE-SPECIFICI (AMPUTAZIONE)**

997.62	Infezione cronica del moncone di amputazione
997.61	Neuroma del moncone di amputazione

## **12. DEBILITY**

Comprende soggetti con esiti di eventi morbosi acuti internistici o chirurgici che presentano un decondizionamento generale, una buona autonomia funzionale pre morbosa, una dipendenza funzionale all'ingresso medio-grave, non riconducibile ad altre categorie di impairment riabilitativo.

### **Codice ICD-9-CM Diagnosi Sindromica / Funzionale (prima diagnosi)**

909.3 Postumi di complicanze di cure mediche o chirurgiche

### **Codici ICD-9-CM Diagnosi Eziologica (qualificatore)**

XXX.XX Codice della specifica condizione morbosa primariamente responsabile della debility del paziente

### **MARCATORI DI COMPLESSITA' CONDIZIONE-SPECIFICI (DEBILITY)**

727.81; 727.82 Contrattura della fascia tendinea, calcificazione di tendini e borse

728.10 Calcificazione e ossificazione non specificata

728.2 Muscular wasting and disuse atrophy, not elsewhere classified

728.0 Unspecified disorder of muscle, ligament and fascia

**MARCATORI GENERALI DI COMPLESSITA' CLINICA  
(medico-infermieristica)  
ALL' AMMISSIONE**

Si tratta di un numero definito di **condizioni che se presenti all' ingresso in degenza riabilitativa sono cumulativamente predittive di consumo di risorse e di esiti.**

Tale numero definito è stato identificato sulla base dello studio statistico effettuato sui dati IPER-2.0 che ha evidenziato la rilevanza predittiva di:

1. **catetere vescicale**
2. **incontinenza urinaria**
3. **disfagia**
4. **instabilità clinica**
5. **ulcera da pressione**
6. **malnutrizione**
7. **umore depresso**
8. **dolore**
9. **ridotta vigilanza**
10. **infezione acuta in atto**
11. **delirium**
12. **tracheostomia.**

Viene raccomandato l'inserimento di questi indicatori all' interno dei campi "diagnosi secondarie" in numero non superiore a 4 in quanto lo studio statistico dimostra la crescente significatività predittiva dell'aggregazione di questi indicatori per raggruppamenti da 0 a 1, da 2 a 3, da 4 a più.

Occorre tenere presente che i campi disponibili per la diagnosi secondaria sono sette, ma che soltanto le informazioni contenute nei primi cinque vanno nel flusso nazionale.

Si consiglia di descrivere all'interno delle diagnosi secondarie prioritariamente le complicanze e successivamente i fattori di complessità clinica generale.

Nel caso di paziente ad elevata complessità è possibile che dopo l'inserimento di diagnosi eziologica e di due complicanze i campi disponibili per inviare nel flusso nazionale indicatori di complessità clinica generale si riducano a due, rimanendo gli eventuali altri due all'interno dei flussi regionali.

Tenuto conto di questo si raccomanda di inserire con priorità i fattori di complessità, che a parere dei professionisti comportano il maggior impegno economico-gestionale.

**Di seguito si indicano i codici ICD-9-CM corrispondenti alla statistica più frequentemente presente nella statistica Iper-2.0, Si consiglia pertanto di utilizzare i codici che seguono.**

## MARCATORI GENERALI DI COMPLESSITA' CLINICA

### (medico-infermieristica)

#### ALL'AMMISSIONE

(Registro IPER-2.0)

Nella definizione dei marcatori di complessità medico infermieristica è stato mantenuto l'algoritmo di IPER-2.0 per rendere uniforme il loro rilievo e poter confrontare in maniera omogenea le varie casistiche. Si raccomanda di seguire per quanto possibile le indicazioni degli algoritmi per evitare il rischio di "over diagnosis".

Marcatore	<b>CATETERE VESCICALE (RITENZIONE)</b>
Algoritmo IPER-2.0	SE l'esame obiettivo evidenzia la presenza di catetere vescicale a dimora O presidi equivalenti (es. cistostomia sovrapubica, nefrostomia) .Oppure il paziente segue un programma di cateterismo intermittente, ALLORA Si, ALTRIMENTI No.
ICD-9-CM	788.20 Ritenzione di urine, non specificata 788.21 Svuotamento vescicale incompleto 788.29 Altre specifiche ritenzioni urinarie

Marcatore	<b>INCONTINENZA URINARIA *</b>
Algoritmo IPER-2.0	SE l'esame obiettivo evidenzia la presenza di incontinenza urinaria (qualsiasi forma) di severità $\geq 3$ della Scala di Gravità dell'Incontinenza Urinaria, ALLORA Si, ALTRIMENTI No.
ICD-9-CM	788.30 Incontinenza urinaria, non specificata 788.31 Incontinenza da urgenza 788.32 Incontinenza da sforzo (maschio) 788.33 Incontinenza Mista (sia maschio che femmina) 788.34 Incontinenza senza consapevolezza sensitiva 788.39 Altre forme di incontinenza Urinaria** 788.91 Incontinenza Urinaria Funzionale
	* <b>NB</b> NON considerare l'Incontinenza Urinaria se il paziente è portatore di catetere vescicale (Ritenzione urinaria). ** Esclusa 788.38 Incontinenza da rigurgito (da classificare come ritenzione).

Marcatore	<b>DISFAGIA *</b>
Algoritmo IPER-2.0	SE il paziente è portatore di sondino nasogastrico o PEG per la nutrizione Oppure l'esame obiettivo dimostra segni di disfagia (es. 3 Oz test positivo), ALLORA Si, ALTRIMENTI No.
ICD-9-CM	787.20 Disfagia, non specificata 787.21 Disfagia, fase orale 787.22 Disfagia, fase orofaringea 787.23 Disfagia, fase faringea 787.24 Disfagia, fase faringoesofagea 787.29 Altre Disfagie
	* Non considerare nel caso che il paziente venga preso in carico con una diagnosi principale 438.8 Postumi delle malattie cerebrovascolari: Disfagia.

Marcatore	<b>INSTABILITA' CLINICA</b>
Algoritmo IPER-2.0	SE l'esame obiettivo evidenzia la presenza di una o più alterazioni dei seguenti parametri vitali: febbre $\geq 37.8$ °C, Frequenza Cardiaca $\geq 100$ bpm, Frequenza Respiratoria $\geq 20$ apm, PA sistolica $\leq 90$ , SaO <sub>2</sub> $< 90\%$ (o PaO <sub>2</sub> $< 60$ mmHg), ALLORA Si, ALTRIMENTI No.
ICD-9-CM	780.60 Febbre, non specificata 427.2 Tachicardia parossistica, non specificata 786.06 Tachipnea 458.9 Ipotensione, non specificata 748.9 Anomalie aspecifiche del sistema respiratorio
	<b>Nota:</b> Nella SDO il paziente instabile viene identificato da un solo codice appropriato dei precedenti.

Mai	<b>ULCERA DA PRESSIONE</b>
Algoritmo IPER-2.0	SE l'esame obiettivo evidenzia la presenza di ulcera da pressione di stadio $\geq 2$ (classificazione AHCPR), ALLORA Si, ALTRIMENTI No.
ICD-9-CM	707.22 Ulcera da pressione, stadio II 707.23 Ulcera da pressione, stadio III 707.24 Ulcera da pressione, stadio IV
	<b>Nota:</b> Limitarsi all'uso dei codici sopra riportati, che consentono anche di stadiare le ulcere da pressione.

Marcatore	<b>MALNUTRIZIONE CALORICO PROTEICA</b>
Algoritmo IPER-2.0	SE il paziente presenta segni clinici (Body Mass Index $\leq 19$ ) E di laboratorio (es. albumina $\leq 3$ gr/dl) di malnutrizione, ALLORA Si, ALTRIMENTI No.
ICD-9-CM	260 Kwashiorkor 261 Marasma nutrizionale 262 Altre malnutrizioni calorico proteiche severe 263.0 Malnutrizione di grado moderato 263.8 Altra malnutrizione calorico proteica 263.9 Malnutrizione calorico-proteica, non specificata

Marcatore	<b>UMORE DEPRESSO / DEPRESSIONE</b>
Algoritmo IPER-2.0	SE lo screening per la depressione risulta positivo Oppure è già stata posta diagnosi di depressione E/Oppure il paziente è in trattamento con farmaci antidepressivi, ALLORA Si, ALTRIMENTI No.
ICD-9-CM	311 Disturbo depressivo, non altrimenti specificato 309.0 Disturbo dell'adattamento con umore depresso 309.1 Reazione depressiva prolungata 296.20 → 296.36 Disturbo depressivo maggiore, episodio singolo o ricorrente di varia gravità

Marcatore	<b>DOLORE</b>
Algoritmo IPER-2.0	SE il paziente riferisce dolore significativo (Scala Numerica o visiva $\geq 6/10$ ) E/Oppure l'esame obiettivo mostra segni indiretti di dolore (es. una smorfia nelle persone che non sono in grado di comunicare), Oppure è già in

	trattamento con antidolorifici, ALLORA Si, ALTRIMENTI No.
ICD-9-CM	719.40 Dolore articolare, sito non specificato 719.41→ 719.49 Dolore articolare, sedi specificate 729.2 Nevralgia, nevrite e radicolite, non specificato 338.0 Sindrome da dolore centrale 338.11→ 338.19 Dolori acuti 338.21→ 338.29 Dolori cronici 338.4 Sindrome da dolore cronico XXX.xx Tutte le altre sindromi dolorose specifiche
Marcatore	<b>RIDOTTA VIGILANZA</b>
Algoritmo IPER-2.0	SE l'esame obiettivo evidenzia riduzione della vigilanza uno stato di stupor o coma (NIHSS Level of Consciousness $\geq 2$ ), ALLORA Si, ALTRIMENTI No.
ICD-9-CM	780.09 Altre alterazioni della coscienza (sonnolenza, sopore, stupore)
Marcatore	<b>INFEZIONE ACUTA IN ATTO</b>
Algoritmo IPER-2.0	SE l'esame obiettivo E/Oppure gli esami ematochimici evidenziano la presenza di una malattia infettiva in atto Oppure il paziente è in trattamento con antibiotici/antivirali/antifungini, E/Oppure necessita di isolamento ALLORA Si, ALTRIMENTI No.
ICD-9-CM	V070.0 Necessità di isolamento V098.0 Infezione da microorganismi senza menzione di multiresistenza <b>Nota:</b> Questo marcatore si propone di separare i pazienti che entrano in riabilitazione già con problematiche infettivologiche da quelli che le sviluppano successivamente durante il ricovero. Non è focalizzato sulla natura o localizzazione dell'infezione. Se il paziente è isolato o viene posto in isolamento entro le prime 72 ore dall'ingresso preferire il codice V070.0.
Marcatore	<b>DELIRIUM</b>
Algoritmo IPER-2.0	SE l'esame obiettivo evidenzia segni e sintomi di delirio secondo i criteri del Confusion Assessment Method, ALLORA Si, ALTRIMENTI No.
ICD-9-CM	293.0 Delirium da condizioni patologiche classificate altrove 293.1 Delirium subacuto 293.81 Disturbo psicotico con deliri in condizioni patologiche classificate altrove 293.82 Disordine psicotico con allucinazioni da condizioni patologiche classificate altrove
Marcatore	<b>TRACHEOSTOMIA</b>
Algoritmo IPER-2.0	SE l'esame obiettivo evidenzia la presenza di cannula tracheostomica, ALLORA Si, ALTRIMENTI No.
ICD-9-CM	V440 Presenza di tracheostomia

## FLUSSO SDO-CAMPI REGIONE LIGURIA

### Multimorbilità Cronica premorbosa

La multimorbilità cronica pre-morbosa, si riferisce alle **malattie croniche per le quali il soggetto era in cura prima dell'evento morboso acuto** che ha portato alla richiesta di ricovero in riabilitazione intensiva.

Le multimorbilità croniche pre-morbose, sulla base dello studio statistico IPER-2.0 dimostrano un peso cumulativo sull'*outcome* funzionale del ricovero in riabilitazione intensiva.

Gli indicatori di multimorbilità cronica premorbosa vanno inseriti nella sezione della SDO che entrerà soltanto nei flussi regionali in quanto il suo peso predittivo risulta inferiore a quello delle complicanze e della complessità clinico generale all'ingresso.

All'interno della SDO, nella sezione ligure, possono essere indicate fino a due malattie scelte dal medico compilatore secondo criteri di rilevanza clinica.

Tecnicamente il professionista troverà un campo denominato Multimorbilità Cronica Premorbosa che dovrà compilare come segue:

<b>Multimorbilità Cronica Premorbosa</b>	<b>00000</b>	Non presente
	<b>Malattia cronica premorboza 1</b>	Inserire se presente una prima malattia cronica premorbosa
	<b>Malattia cronica premorboza 2</b>	Inserire se presente una seconda malattia cronica premorbosa

Il campo consente di registrare fino a due malattie croniche preesistenti all'evento acuto che ha determinato il ricovero riabilitativo. Se nell'ultimo anno non è identificabile un ricovero in acuto correlabile con la diagnosi sindromica-funzionale, va fatto riferimento al mese precedente il ricovero riabilitativo. Vanno inseriti i codici ICD-9-CM relativi alle malattie *croniche* per le quali il paziente assumeva una terapia a lungo termine. *La compilazione è aperta.*

Di seguito si segnalano comunque alcuni codici ICD-9-CM relativi alle insufficienze d'organo, che nello studio IPER-2.0 riguardavano complessivamente circa l'11% dei pazienti, ed altre condizioni malattia correlabili.

---

#### INSUFFICIENZA CARDIACA

---

ICD-9-CM	428.0 Insufficienza cardiaca cronica, non specificata
	428.1 Insufficienza cardiaca sinistra
	428.20 Insufficienza cardiaca sistolica, non specificata
	428.22 Insufficienza cardiaca cronica, sistolica
	428.30 Insufficienza cardiaca cronica, diastolica
	428.42 Insufficienza cardiaca cronica, sistolica e diastolica
	428.9 Insufficienza cardiaca non specificata

---

---

**INSUFFICIENZA RESPIRATORIA**

---

ICD-9-CM 518.83 Insufficienza respiratoria cronica  
V461.1 Dipendenza da respiratore

---

---

**INSUFFICIENZA RENALE**

---

ICD-9-CM 585.1 Malattia renale cronica, stadio I  
585.2 Malattia renale cronica, stadio II (lieve)  
585.3 Malattia renale cronica, stadio III (moderata)  
585.4 Malattia renale cronica, stadio IV (grave)  
505.5 Malattia renale cronica, stadio V  
585.6 Malattia renale, stadio terminale  
586 Insufficienza renale, non specificata  
V451.1 Stato di dialisi

---

---

**INSUFFICIENZA EPATICA**

---

ICD-9-CM 070.xx Epatiti virali croniche  
571.2 Cirrosi epatica, alcolica  
571.40 Epatite cronica, non specificata  
571.41 Epatite cronica persistente  
571.42 Epatite autoimmune  
571.49 Altre epatiti croniche  
571.5 Cirrosi epatica senza menzione di alcol  
571.6 Cirrosi biliare  
571.8 Altre epatopatie croniche senza menzione di alcol  
571.9 Altre epatopatie croniche NAS, senza menzione di alcol

---

---

**DEMENZA**

---

ICD-9-CM 290.0  
290.43 Varie forme di demenza presenile e senile  
331.0 Malattia di Alzheimer  
331.11 Malattia di Pick  
331.19 Altre demenze frontotemporali  
331.82 Demenza a corpi di Lewy

---

Si segnalano anche i codici

V10.9. Anamnesi personale di tumore maligno non specificato.

Il codice di malattia oncologica riferito ad un'anamnesi positiva per malattia oncologica dell'ultimo anno.

## ***Disabilità Comunicativa all'ammissione***

Rappresenta **la perdita della piena competenza comunicativa ovvero di buone capacità percettive, cognitive e relazionali che permettono di utilizzare il codice linguistico per lo scambio di informazioni, esperienze, emozioni e strutturare il rapporto con gli altri.**

Questa competenza è soggetta sia agli affetti dell' invecchiamento che alle patologie e come evidenziato dallo studio IPER ha un elevato valore predittivo sugli esiti funzionali della riabilitazione ed un ottimo grado di associazione con il peso assistenziale.

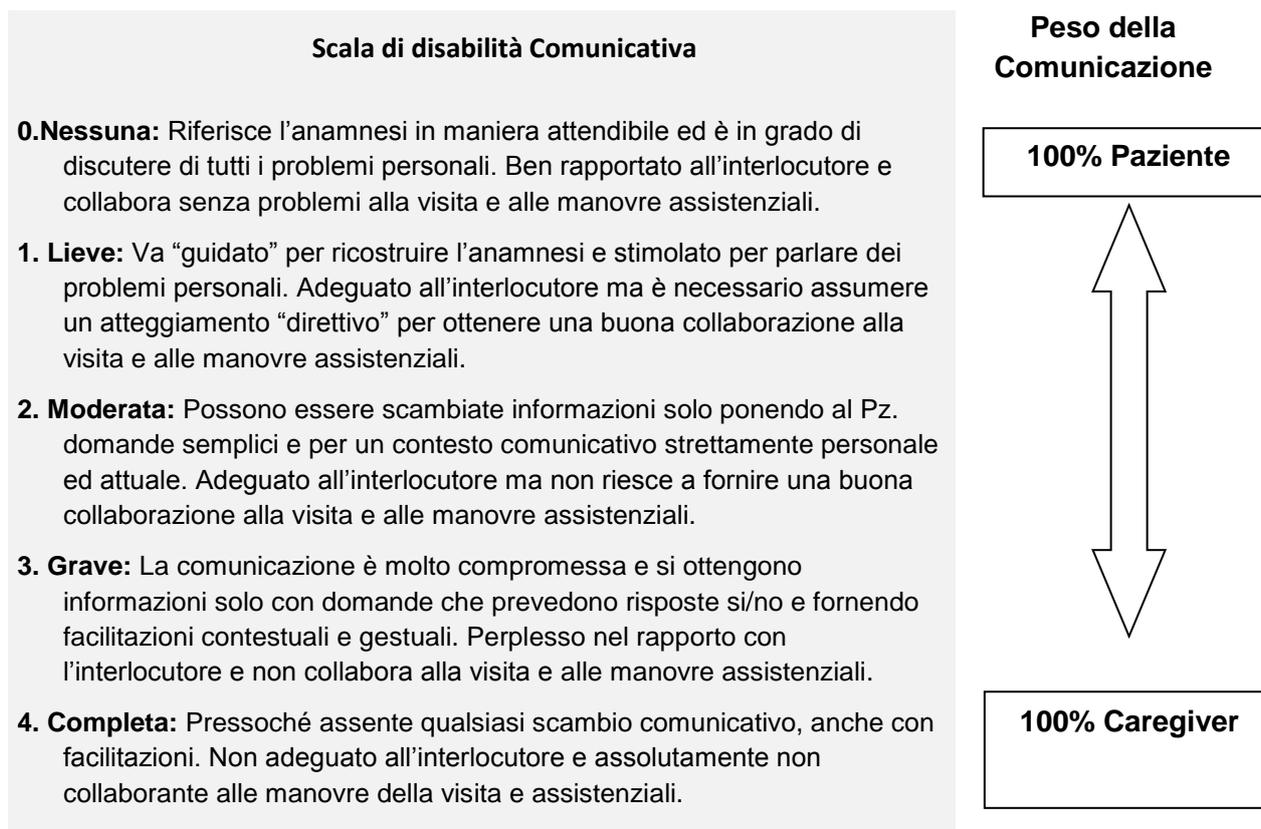
**La scala di disabilità comunicativa è un rating scale clinica, ideata per lo screening rapido delle capacità comunicative.** Come ogni scala di disabilità prescinde dalla causa del deficit (disturbi neuropsicologici, sensoriali, o psicomotori) che isolatamente o in modo simultaneo possono compromettere la comunicazione. Questo è particolarmente utile in quanto permette di classificare in maniera omogenea gruppi di pazienti con disabilità comunicative da cause differenti. La SDC è costruita sul criterio del "burden of care" , con il principio implicito che quanto più grave è la disabilità comunicativa, tanto è maggiore il peso della comunicazione che il care giver dovrà sostenere.

La scala è costruita su tre assi principali

- **1.Capacità Verbale**
  
- **2. Rapporto con l'interlocutore**
  
- **3.Capacità di Collaborazione**

*La valutazione viene effettuata in un setting comunicativo non formale ma minimamente strutturato (ad esempio durante la raccolta dell'anamnesi l'effettuazione dell' esame obiettivo).*

**Si raccomanda una valutazione dopo un periodo di osservazione del paziente di 24-48 ore.**



Meinecke C, Cappadonia C, Bernardini B. Validazione di una semplice scala di impairment comunicativo nell'anziano. In XXIII Congresso Nazionale SIMFER. Valutazione e qualità dell'assistenza in Medicina Riabilitativa. Ancona, 1995. Abstract book pp. 56-57.

**Tecnicamente il professionista troverà un campo denominato Disabilità Comunicativa all' ammissione che dovrà compilare con valori possibili da 0 a 4 come sopra indicato.**

### *Disabilità Premorbose e disabilità alla dimissione*

Identifica il grado di dipendenza funzionale premorbose, nel *setting* precedente al ricovero (domicilio o struttura). La disabilità premorbose viene identificata attraverso la scala di Rankin modificata, utilizzata in Iper-2.0.

Nel sistema IPER 2 la scala è stata utilizzata per classificare il grado di dipendenza funzionale (un mese prima del ricovero nel reparto per acuti o un mese prima del ricovero in riabilitazione quando non sia ben identificabile un evento acuto) del paziente.

Per facilitare la compilazione, la descrizione tradizionale viene specificata con il riferimento alle IADL (usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, cura della casa, fare il bucato, spostamenti fuori casa, assunzione di farmaci, uso del denaro) e alle BADL (alimentazione,

igiene personale, abbigliamento, bagno-doccia, continenza, andare in bagno, trasferimenti, deambulazione).

Classicamente in IPER-2.0 è stata utilizzata come segue

### **Disabilità (mRankin) premorbosa e alla dimissione**

#### **0. Nessun sintomo**

1. **Non disabilità significativa:** nonostante la presenza di sintomi era in grado di svolgere tutte le attività (IADL e BADL) ed i compiti abituali.
2. **Disabilità lieve:** non in grado di eseguire tutte le IADL quotidiane ma autonomo nelle BADL, senza bisogno di supervisione o aiuto.
3. **Disabilità moderata:** richiedeva supervisione/aiuto nelle BADL, ma era in grado di deambulare senza assistenza.
4. **Disabilità moderatamente grave:** era incapace di deambulare e provvedere alle BADL senza assistenza.
5. **Disabilità grave:** allettato, incontinente, richiedeva assistenza continua.

*Nota:*

- IADL: usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, cura della casa, fare il bucato, spostamenti fuori casa, assunzione dei farmaci, uso del denaro.
- BADL: alimentazione, igiene personale, abbigliamento, bagno-doccia, continenza, uso del gabinetto, trasferimenti, deambulazione.

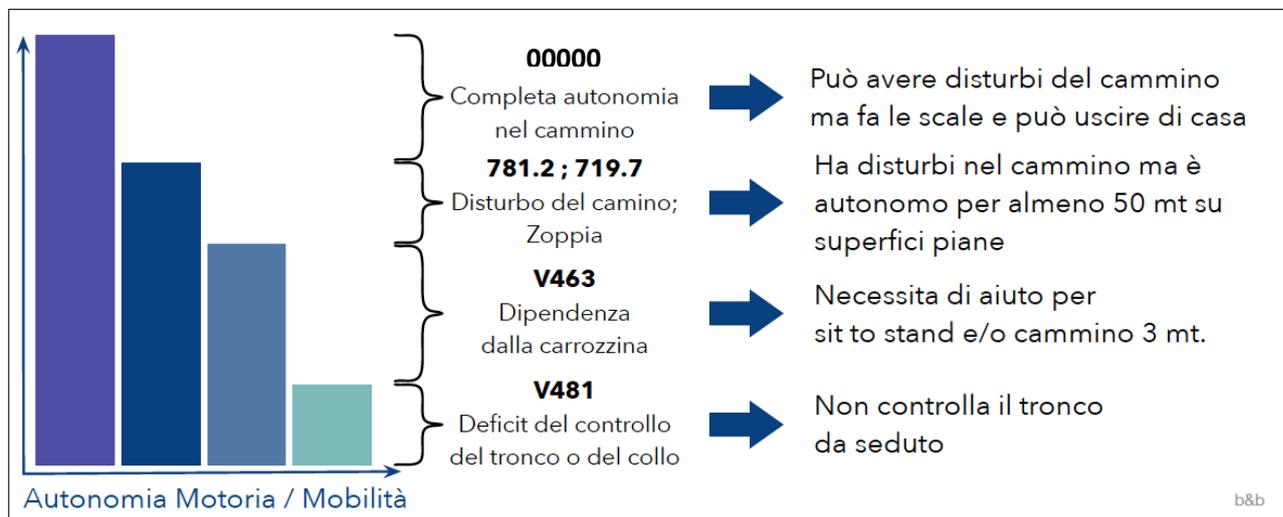
**Tecnicamente il professionista troverà un campo denominato Disabilità Premorbosa e un campo denominato Disabilità alla Dimissione che dovrà compilare inserendo dei valori numerici da 0 a 5, come corrispondenti al punteggio della scala..**

### ***Autonomia motoria –disabilità alla ammissione e alla dimissione***

Classifica la capacità di controllo e trasferimento antigravitario del soggetto all'ammissione  
Tecnicamente il professionista troverà i due campi Funzionalità all'ammissione e Funzionalità alla Dimissione (Autonomia motoria all'ammissione a alla dimissione ) che dovrà compilare utilizzando in alternativa i seguenti codici:

- Deficit del controllo del tronco V481 (incapacità di mantenere autonomamente la stazione seduta),

- Dipendenza dalla carrozzina V463 (incapacità di alzarsi autonomamente dalla carrozzina e di percorrere tre metri);
- Disturbo del cammino 781.2, 719.7 (andatura disturbata, da problema neurologico o ortopedico);
- Completa abilità **00000** (completa autonomia nel cammino).



Sono state individuate queste quattro alternative in quanto identificano con sufficiente capacità descrittiva 4 aree di bisogno assistenziale e di prognosi di recupero. Il deficit del controllo del tronco correla in generale con quadri di elevata complessità clinica generale e con una bassa probabilità di recupero del cammino,

La scelta dei codici per i quattro raggruppamenti ha incontrato notevoli difficoltà in relazione alla mancanza di codici funzionali all'interno del Manuale ICD-9-CM, per questo i codici V481 e V463 sono stati individuati all'interno del manuale ICD-10.

Per quanto riguarda il disturbo del cammino i codici sono stati individuati nel manuale ICD 9, in particolare 781.2 (andatura vacillante relativo agli esiti neurologici) e 719.7 (deambulazione difficoltosa/Zoppia relativo agli esiti ortopedici).

**L'utilizzo eventuale di questi codici all'interno della diagnosi principale sindromica non impedisce il loro utilizzo anche all'interno dei campi funzionali in quanto questi, grazie alla diversa struttura dei campi regionali, sono specificatamente identificati e riconoscibili.**