

Decreto n. 6 del 17 gennaio 2011 - Regione Campania - Commissario ad acta
per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario - con oggetto

“Adozione linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e le linee guida
per la corretta compilazione delle SDO”



Regione Campania

Il Presidente

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

DECRETO n. 6 del 17.01.2011

Oggetto: adozione linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e linee guida per la corretta compilazione delle SDO

PREMESSO

- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto legge n° 159 del 1 ottobre 2007, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 222 del 29 novembre 2009;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009 è stato nominato il sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 aprile 2010 si è proceduto alla nomina del nuovo Presidente pro-tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale e che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del servizio sanitario regionale;
- che al punto I), tra gli interventi da attuare in via prioritaria, è prescritta l'implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie sia a livello aziendale che regionale;

CONSIDERATO

- che la completezza e l'accuratezza della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, in relazione alla documentazione clinica relativa ad ogni ricovero ospedaliero costituisce uno strumento essenziale affinché i dati in essa contenuti possano essere utilizzati per l'analisi di alcuni aspetti della qualità dell'assistenza sanitaria erogata;



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

- che il controllo delle prestazioni di assistenza ospedaliera è una componente essenziale per assicurare la distribuzione equa delle risorse tra soggetti erogatori nel contesto del sistema di finanziamento a prestazione;
- che il controllo dell'accuratezza della compilazione delle cartelle cliniche e il monitoraggio delle prestazioni di assistenza ospedaliera costituisce altresì un'attività necessaria per la garanzia effettiva dei livelli essenziali di assistenza, in quanto consente di valutare l'appropriatezza dei ricoveri e, quindi, di contrastare fenomeni opportunistici, cui si correla l'improprio impiego delle risorse economiche destinate all'erogazione dei predetti livelli essenziali;
- che l'attività di codifica delle schede di dimissione ospedaliera e la funzione di controllo della correttezza, completezza ed accuratezza della codifica devono osservare la normativa nazionale in materia;
- che le modifiche dei protocolli clinici e la varietà degli eventi assistenziali richiedono periodicamente l'aggiornamento e la ridefinizione della codifica delle SDO al fine di migliorare la rappresentazione della casistica;

RICHIAMATI

- le Linee guida n. 1/1995 emanate in applicazione del DM 14.12.1994 relative alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera e, in particolare, il paragrafo 6 relativo ai controlli;
- la Legge n. 449 del 27.12.1997 "Misure di stabilizzazione della finanza pubblica" che all'art. 32, comma 9 a), dispone che le Regioni raccolgano ed analizzino sistematicamente i dati concernenti le attività ospedaliere e le attività relative agli altri livelli di assistenza ed i relativi costi e adottino tempestivamente azioni correttive nei casi di ingiustificato scostamento dai valori standard nazionali o locali. Le attività ospedaliere sono oggetto di specifiche azioni di monitoraggio e valutazione sotto i profili della qualità, dell'appropriatezza, della accessibilità e del costo;
- il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, in merito alla definizione e attivazione di idonei e sistematici strumenti di controllo, da parte delle Regioni e delle Aziende Usl, del comportamento degli erogatori pubblici e privati, con particolare riguardo alla modificazione del mix di attività erogate, della selezione delle prestazioni, alla appropriatezza delle prestazioni rese e alla qualità dell'assistenza erogata;
- il D.Lgs. n. 229 del 19.06.1999, art. 8 octies, che stabilisce che "la regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese";



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

- il DM n. 380 del 27.10.2000 e s.m.i. "Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati" che disciplina il flusso informativo ministeriale delle dimissioni ospedaliere;
- il DM del 21.11.2005 che all'art. 3 prevede che "Il sistema di classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ed il sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere che vi fa riferimento sono aggiornati con periodicità biennale a decorrere dal 1 gennaio 2006";
- il DM del 18.12.2008 che prevede, a decorrere dall'1 gennaio 2009, che la versione italiana 2007 della classificazione internazionale delle malattie e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ICD-9-CM, sia allineata alla versione 24 del sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere Diagnosis Related Groups (DRG);

VISTI

- il DL n. 112 del 25.06.2008, convertito con modificazioni dall'art. 1, comma 1, della Legge n. 133 del 06.08.2008 e l'art. 88 comma 2 della Legge n. 388 del 23.12.2000, così come sostituito dall'art. 79 del citato DL n. 112 del 2008 che dispone che "al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuazione dalle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, d'intesa con il Ministro dell'Economia e delle Finanze";
- il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10.12.2009 "controlli sulle cartelle cliniche" che:
 - definisce i parametri mediante i quali le Regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriata per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliere e il volume dei controlli da effettuare pari al 2,5% sul totale dei ricoveri complessivi della regione;
 - stabilisce che all'interno dei controlli di qualità e appropriatezza siano inclusi i controlli di congruità tra le cartelle cliniche e le corrispondenti schede di dimissione ospedaliere, e che tutte le tipologie di controllo debbano essere effettuate secondo specifici protocolli di valutazione;



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

- le "Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO)" che sono state aggiornate con l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010;
- il DM n. 135 del 08.07.2010 "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380";
- il Decreto Commissariale n. 58 del 30/09/2010, relativamente alla remunerazione definita in base alle soglie previste per quei DRG contenuti nell'allegato n. 1 del medesimo Decreto Commissariale, nonché la Circolare del sub-Commissario ad acta per l'Attuazione del Piano di Rientro Sanitario prot. 3915/C del 16.11.2010;

RITENUTO

- di dover definire, alla luce degli indirizzi normativi citati, i principali contenuti e le modalità del sistema dei controlli dell'attività ospedaliera da attivare omogeneamente e sistematicamente all'interno del Servizio Sanitario Regionale della Campania;
- di dover aggiornare le Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera quali indicazioni vincolanti per i produttori ospedalieri pubblici e privati;

RITENUTO ALTRESÌ

- al fine di garantire la migliore e più fattiva collaborazione anche in fase di organizzazione delle attività e delle procedure di controllo, di stabilire che ogni ASL individui un Responsabile unico della unità operativa SDO/DRG;

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

DECRETA

- di approvare i documenti allegati "Linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero" e "Linee guida per la corretta compilazione delle SDO" che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di stabilire che ciascuna ASL individui un responsabile unico della unità operativa SDO quale referente del flusso informativo SDO, nonché coordinatore delle attività di controllo sulle prestazioni di ricovero, da comunicare all'A.R.San. entro 10 giorni dalla notifica del presente atto;



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

- di stabilire che le suddette attività di controllo non siano più contemplate tra quelle svolte dagli organismi previsti dalla D.G.R.C. n. 1935 del 09/11/2007;
- di rettificare per i DRG 377 e 381 le soglie di ammissibilità al ricovero riportate con errori di trascrizione dei valori soglia nell'allegato 1 del Decreto 58/2010, come già indicato nella Circolare del sub-Commissario ad acta per l'Attuazione del Piano di Rientro Sanitario prot. 3915/C del 16.11.2010, e di seguito indicato:

Tipo DRG	DRG	Descrizione	Percentuale di ricoveri ammissibili in regime ordinario	Percentuale di ricoveri ammissibili in DH
C	377	Diagnosi relative al postparto ed al postaborto con intervento chirurgico	2	98
C	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	28	72

- di recepire e rendere operative le disposizioni contenute nel DM n. 135 del 08.07.2010, in cui è prevista l'integrazione dei contenuti della scheda di dimissione ospedaliera e la modifica della tempistica di trasmissione dalle Regioni al Ministero della Salute, ribadendo che nel tracciato record della scheda di dimissione ospedaliera dal 2011, come indicato nelle apposite riunioni tecniche tenute nella sede dell'A.R.San., è stata prevista l'introduzione dei campi per raccogliere le informazioni "Livello di Istruzione", "Classe di Priorità" e "Codice di Traumatismo E" codificati come indicato nel citato DM n. 135/2010, mentre già in precedenza era stato disposto lo spazio per registrare le informazioni sulla "Data di prenotazione al ricovero";
- di precisare che la tempistica di invio degli archivi delle schede di dimissione ospedaliera dal 2011 assume periodicità mensile, pertanto gli uffici di controllo SDO dovranno inviare le schede dei ricoveri entro il giorno 10 del mese successivo a quello di dimissione.
- Di inviare il presente provvedimento alle ACG 19 e 20 per gli adempimenti consequenziali ed al BURC per la pubblicazione.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Il Sub Commissario
Dott. Giuseppe Zuccatelli



Regione Campania

Il Presidente

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

Il Coordinatore dell'A.G.C. 19
Dott. Albino D'Ascoli

Il Coordinatore dell'A.G.C. 20
Dott. Mario Vasco

Il Direttore Generale dell'ARSAN
Dott.ssa Lia Bertoli

LINEE GUIDA PER I CONTROLLI SULLE PRESTAZIONI DI RICOVERO

La funzione di controllo delle prestazioni di assistenza ospedaliera è una componente essenziale per assicurare la distribuzione equa delle risorse tra i soggetti erogatori nel contesto del sistema di finanziamento a prestazione; per garantire il rispetto delle regole fissate nell'ambito degli accordi contrattuali esistenti tra soggetti erogatori, ASL e Regione; per contrastare il ricorso improprio alle prestazioni di ricovero.

Nell'ottica della erogazione dei LEA, nell'ambito delle compatibilità economiche regionali, assume un rilievo importante l'azione di monitoraggio e controllo delle prestazioni di assistenza ospedaliera inteso sia come controllo sulla appropriatezza delle prestazioni di ricovero, sia come controllo di accuratezza della compilazione delle SDO al fine di contrastare fenomeni di compilazione e codifica opportunistici orientati ad incrementare il valore delle prestazioni

Le presenti linee guida definiscono i principali contenuti del sistema dei controlli dell'attività ospedaliera da attivare omogeneamente e sistematicamente all'interno del SSR della Campania.

FINALITÀ

Obiettivi principali del sistema dei controlli sulle prestazioni di ricovero:

- individuare i fenomeni opportunistici correlati alla manipolazione del sistema DRG attraverso la riduzione dei tempi di degenza per anticipazione delle dimissioni, la frammentazione delle cure tramite ricoveri ripetuti, la selezione della casistica e la scorretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera;
- ridurre le quote di inappropriatezza organizzativa migliorando il corretto utilizzo dell'ospedale, rilevando i ricoveri impropri rispetto all'alternativa di altri regimi assistenziali (day hospital medico e chirurgico, day service, ambulatorio);
- individuare sistematicamente le prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, per le quali occorre individuare modalità più appropriate di erogazione;
- migliorare ed uniformare la codifica utilizzata nel rispetto delle norme, effettuando analisi comparative tra i diversi erogatori su specifiche prestazioni;
- promuovere la qualità della documentazione clinica;
- promuovere, progettare, organizzare, realizzare e valutare iniziative di formazione, aggiornamento e informazione in materia di vigilanza e controllo delle attività sanitarie;
- valutare gli effetti e l'efficacia delle azioni correttive intraprese.

Il sistema dei controlli è basato su criteri di assoluta trasparenza prevedendo la dichiarazione preventiva dei fenomeni oggetto di controllo, degli indicatori e dei valori di riferimento utilizzati, nonché la diffusione delle informazioni sui risultati dei controlli.

AMBITO E RESPONSABILITÀ

Ambito

Il sistema dei controlli sull'attività ospedaliera ha come oggetto il complesso dell'attività erogata a carico del SSR da tutte le strutture ospedaliere operanti in Campania, sia pubbliche che private. Il sistema dei controlli opera secondo criteri di imparzialità e di neutralità.

Il monitoraggio e i controlli analitici dell'attività ospedaliera riguardano le dimissioni avvenute nelle strutture di ricovero ospedaliero della regione, indipendentemente dalla tipologia assistenziale (acuti e riabilitazione), dal regime di ricovero (ordinario, day-hospital) e dal luogo di residenza delle persone ricoverate.

Responsabilità

La responsabilità e l'esecuzione operativa dei controlli sull'attività di ricovero erogata da case di cura accreditate, ospedali religiosi equiparati, IRCCS di diritto pubblico e privato e ospedali pubblici a gestione diretta è delle ASL nel cui territorio ricadono le strutture di ricovero.

Le attività di controllo per le Aziende Ospedaliere saranno svolte dalle Aziende Sanitarie Locali ubicate nello stesso ambito provinciale. L'Azienda Ospedaliera collaborerà allo svolgimento delle attività di controllo attraverso la predisposizione della reportistica di monitoraggio degli archivi informatici delle SDO e l'estrazione dei dati necessari alla individuazione delle cartelle cliniche da sottoporre a controllo analitico.

	ASL RESPONSABILE
AORN Cardarelli Napoli	ASL Napoli 1 centro
AORN Santobono Pausilipon	ASL Napoli 1 centro
IRCCS Istituto Pascale Napoli	ASL Napoli 2 nord
AOP Federico II Napoli	ASL Napoli 2 nord
AORN Monaldi - Cotugno – CTO Napoli	ASL Napoli 3 sud
AOP Seconda Università Napoli	ASL Napoli 3 sud
AORN Moscati Avellino	ASL Avellino
AORN Ruggi D'Aragona Salerno	ASL Salerno
AORN Rummo Benevento	ASL Benevento
AORN S. Sebastiano Caserta	ASL Caserta

Coordinamento regionale delle attività di controllo da parte dell'Arsan

Tra i compiti affidati all'Arsan in merito alle attività di controllo esterno sulle prestazioni di assistenza ospedaliera rientrano le seguenti attività:

- definizione e aggiornamento degli eventi da sottoporre a controllo di congruità e di appropriatezza;
- definizione dei DRG/procedure "ad alto rischio di inappropriatezza"
- fissazione dei valori-soglia per gli indicatori significativi ai fini del controllo, oltre i quali i singoli istituti sono soggetti a controlli analitici ed eventualmente a sanzioni;
- formazione del personale ASL dedicato ai controlli;
- Monitoraggio e valutazione, annuale, delle attività di controllo esterno svolte dalle ASL e dal nucleo regionale di controllo ed i relativi esiti.
- Supporto e consulenza ai nuclei di controllo aziendali

ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI

L'articolazione del sistema dei controlli esterni dell'attività ospedaliera prevede due livelli di intervento sistematico:

- a) **il monitoraggio dell'attività ospedaliera**, attraverso l'analisi dei dati contenuti negli archivi informatici relativi alle dimissioni ospedaliere. Questo primo livello di controllo produce, altresì, le informazioni necessarie per l'attivazione dei successivi livelli di controllo attraverso la valutazione di specifici indicatori e dei relativi valori di riferimento regionali;
- b) **i controlli di qualità e di appropriatezza**, che si eseguono attraverso le verifiche delle cartelle cliniche su base campionaria o, in taluni casi, esaustiva. In base a quanto previsto documentazione clinica o di campioni di schede o se necessario di campioni rappresentativi di dimissioni da tutti gli ospedali. Tali controlli comprendono anche i controlli di congruità.

I controlli di congruità

Hanno l'obiettivo di verificare che siano rispettati i criteri per la corretta compilazione delle SDO e che l'iter diagnostico-terapeutico seguito nel corso del ricovero sia fedelmente descritto attraverso l'uso di codici dei codici appropriati di diagnosi e procedure contenuti nella classificazione ICD-9-CM.

I controlli di congruità vengono effettuati mediante il monitoraggio costante di appositi indicatori, desunti dall'elaborazione e l'analisi dei database delle dimissioni ospedaliere, che individuano le SDO affette da probabile incongruenza; la fase successiva è costituita dalla revisione campionaria o, se lo si ritiene necessario, esaustiva delle corrispondenti cartelle cliniche che consentirà di rilevare l'iter diagnostico terapeutico che ha caratterizzato il ricovero verificando la fedeltà e l'accuratezza della compilazione e codifica delle relative SDO;

Il controllo va eseguito su almeno due diverse tipologie di fenomeni:

- dovrà essere valutata la correttezza della compilazione della scheda di dimissione, ossia il grado di corrispondenza tra le patologie trattate e le prestazioni erogate durante il percorso assistenziale evincibili dalla documentazione clinica (cartella clinica, registro di sala operatoria, referti, etc) e quanto registrato e codificato sulla SDO;
- dovrà essere accertata l'eventuale presenza ed entità di fenomeni che indicano comportamenti opportunistici da parte degli istituti di ricovero al fine di sopravvalutare la complessità e numerosità degli eventi per quanto riguarda:
 - a) modalità di ammissione e dimissione,
 - b) sede di erogazione delle prestazioni,
 - c) compilazione e codifica delle SDO.

Poiché la codifica delle variabili cliniche (in particolar modo delle diagnosi) e l'ordine con cui esse sono riportate sulla SDO determinano l'attribuzione dei DRG e la relativa tariffa, è del tutto evidente che i controlli di congruità non possono prescindere da valutazioni sulla corretta codifica. Pertanto regole esplicite di compilazione e codifica assumono un ruolo rilevante sia per orientare gli erogatori verso una scrupolosa corretta compilazione e codifica sia per favorire l'esecuzione dei controlli. Tra i controlli di congruenza rientra la verifica del rispetto delle regole di compilazione codifica adottate sia a livello nazionale che regionale nelle apposite linee guida.

Oltre ai predetti controlli mirati, possono essere eseguiti controlli su campioni casuali di cartelle cliniche

I controlli di appropriatezza

Questi controlli si riferiscono alla valutazione di appropriatezza dei ricoveri. Prevedono sia attività di monitoraggio degli archivi informatici sia controlli analitici sulle cartelle cliniche.

Il monitoraggio degli archivi si basa sia sulla verifica della frequenza (soglie massime di ammissibilità) di specifici DRG o procedure, definiti a livello nazionali o regionale, ritenuti "ad alto rischio di inappropriately", che sulla verifica di episodi di ricovero caratterizzati da un basso livello di consumo di risorse e pertanto erogabili in forme alternative al ricovero ospedaliero.

I controlli analitici delle cartelle cliniche di congruità e appropriatezza sono effettuati dalle ASL su base campionaria anche se è facoltà delle ASL estendere i controlli a tutte le cartelle cliniche che, nello screening informatico delle SDO, hanno evidenziato fenomeni di rischio di incongruenza o in appropriatezza. I controlli di congruità e i controlli di appropriatezza, non vincolati a valori soglia, vanno effettuati più volte all'anno subito dopo che è stato effettuato il controllo informatico sui dati trasmessi, dalle strutture di ricovero. Si stabilisce che ciascuna ASL dovrà sottoporre a controllo analitico almeno il 10% delle cartelle cliniche dell'insieme dei dimessi dagli istituti ubicati sul proprio territorio.

Il rispetto delle soglie massime di ricovero per i DRG ad elevato rischio di inappropriately vanno monitorati trimestralmente comunicando all'erogatore le situazioni di superamento delle soglie da recuperare nel corso dei mesi successivi; il controllo definitivo avverrà a fine anno.

Il calcolo degli eventuali abbattimenti da praticare a seguito del superamento delle soglie massime di ammissibilità è effettuato con periodicità annuale dalle ASL sui dati contenuti negli archivi informatici aziendali.

RICOVERI PER ACUTI

Ricoveri lunghi

Tutti i ricoveri per acuti che superano il valore soglia di durata di degenza del DRG correlato a cui è associato un incremento tariffario per ciascuna giornata di degenza oltre la soglia, devono essere oggetto di verifica analitica per escludere errori nella compilazione delle date di accettazione e/o di dimissione". In caso di rilievo di errori la SDO andrà corretta a cura dell'erogatore, andrà ricalcolata la tariffa e la SDO andrà ritrasmessa alla ASL competente.

DRG incoerenti (DRG 468, 477, 476)

Gli episodi di ricovero in regime ordinario attribuiti ai DRG 468, 476 e 477 dovranno essere controllati attraverso la verifica di tutte le cartelle cliniche e se riconosciuti incoerenti dovranno essere riclassificati.

I ricoveri per i suddetti DRG sono invece inammissibili in regime di ricovero di DH e pertanto, in tal caso, non dovrà essere riconosciuta la relativa tariffa.

DRG complicati

La proporzione di DRG complicati può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata e di una buona qualità della codifica della scheda di dimissione, ma può riflettere anche fenomeni di "sovracodifica" delle diagnosi secondarie. A tal proposito si sottolinea che in base alle regole di codifica delle SDO definite dalla vigente normativa, possono essere riportate sulla SDO esclusivamente le patologie o problemi che hanno comportato, nel corso del ricovero, interventi assistenziali che hanno impegnato consumo di risorse.

Al fine di fornire agli organismi di controllo una rappresentazione del comportamento degli erogatori rispetto alla frequenza dei DRG con CC, l'A.R.San., annualmente, diffonderà, per i DRG

omologhi, la frequenza media regionale dei casi complicati per ciascun DRG per tipologia amministrativa del soggetto erogatore.

Per quanto riguarda i ricoveri acuti ordinari le ASL, qualora i valori di frequenza osservati presso i propri erogatori risultino più elevati della media regionale per tipo di erogatore, controlleranno analiticamente tutte le cartelle cliniche relative alle dimissioni attribuite a DRG complicati e di conseguenza i casi complicati ritenuti incongrui saranno riclassificati secondo lo stesso DRG senza complicazioni.

Ricoveri ripetuti

Il fenomeno della ripetizione di un ricovero anche a breve distanza da un ricovero precedente è un evento attribuibile a svariati motivi che possono essere giustificati dalle seguenti situazioni cliniche:

- complicazioni chirurgiche o mediche secondarie ad un precedente ricovero presso la stessa Struttura ospedaliera;
- completamento dell'iter diagnostico- terapeutico del precedente ricovero;
- malattie croniche in labile compenso clinico (esempio: scompensi cardiaci frequenti in paziente con cardiopatia dilatativa di grado elevato, pazienti in stato terminale, ecc.).

Da quando, però, la remunerazione delle prestazioni di ricovero è effettuata per ciascun ricovero classificato per DRG alla tariffa predeterminata, il fenomeno della ripetizione dei ricoveri può anche rappresentare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni come per:

- frazionamento dell'episodio di cura in più ricoveri a cui consegue un aumento consistente della spesa complessiva ed un disagio all'assistito nel ricevere l'assistenza; (esempio: 1° ricovero per esecuzione di una coronarografia e 2° ricovero per praticare l'angioplastica);
- dimissione precoce del paziente ad un livello di instabilità clinica che richiede ancora assistenza in degenza ospedaliera; ciò rappresenta un comportamento dell'ospedale volto a contenere i costi dell'assistenza del singolo ricovero riducendo la quantità dei servizi;

In relazione alle attività di controllo si definiscono ricoveri ripetuti per acuti, i ricoveri ordinari in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso presidio, sono attribuiti alla stessa MDC (categoria diagnostica maggiore) e che sono effettuati in un intervallo temporale inferiore o uguale a 30 giorni dalla precedente dimissione.

Pertanto tutti i ricoveri ripetuti entro 30 giorni da un precedente ricovero dovranno essere sottoposti a controlli analitici delle cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti.

Sono esclusi dai ricoveri ripetuti quelli relativi alle seguenti tipologie di ricovero:

- Ricovero con esito in decesso;
- DRG 257 – 258 – 259 – 260 relativi ad interventi di mastectomia totale o subtotale per neoplasia maligna che nel secondo ricovero presentino procedure di chirurgia ricostruttiva mammaria;
- DRG 317 per dialisi renale;
- DRG 409 radioterapia;
- DRG 410 chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta;
- DRG 425 – 426 – 427 – 428 – 429 – 430 - 431- 432, relativi a patologie psichiatriche;
- DRG 489 – 490, relativi ad HIV e patologie correlate;

- DRG 492 chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici;

Si precisa che i ricoveri ritenuti ripetuti, ad esclusione delle tipologie di ricovero sopraelencate, effettuati entro i 30 giorni non dovranno essere remunerati.

Onnicomprensività della tariffa

Una delle evenienze possibili di parcellizzazione dei ricoveri si verifica in occasione di ricoveri di tipo chirurgico. In questi casi potrebbe verificarsi che il ricovero per l'esecuzione dell'intervento sia preceduto da un ricovero in regime ordinario o in DH di tipo medico erogato per eseguire indagini e consulenze propedeutiche all'intervento chirurgico. Questa parcellizzazione risulta un comportamento opportunistico in quanto, come previsto dalla Legge n.449 del 27/12/1997, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica - e ribadito nella delibera regionale 546/2007 "Le prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero programmato, devono essere erogate nel corso dello stesso ricovero o anche precedentemente, purché non tariffate e senza partecipazione alla spesa da parte del paziente"

In caso di ricoveri di tipo chirurgico preceduti entro 45 giorni da un ricovero di tipo medico, ordinario o in DH, dello stesso soggetto, dovranno essere sottoposte a controllo analitico tutte le cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti. Qualora il primo ricovero di tipo medico risultasse erogato per l'esecuzione di prestazioni propedeutiche all'intervento chirurgico quali esami diagnostici e/o strumentali preoperatori, non andrà riconosciuta, per detta prestazione, nessuna remunerazione.

Ricoveri ripetuti per chemioterapia o radioterapia o per controllo clinico, con diagnosi principale di neoplasia

Come raccomandato sia nelle "Linee guida per la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera" adottate dalla Campania, che nelle analoghe raccomandazioni definite dal Ministero della Salute, i ricoveri per neoplasia, successivi a quello diagnostico eseguiti per praticare chemioterapia o radioterapia o per controllo clinico, devono essere codificati per mezzo degli appositi codici V, evitando di segnalare la neoplasia in diagnosi principale.

Dovranno essere controllati tutti i casi in cui si rileva la presenza di più di 2 casi di ricovero ripetuto, avvenuto entro 60 giorni dal ricovero indice nello stesso istituto, con degenza inferiore ai 4 giorni, con diagnosi principale di tumore maligno codice compreso tra 140 e 208 e 230 e 239 escludendo i deceduti e i trasferiti ad altro istituto.

Inoltre dovranno essere sottoposte a controllo anche tutte le cartelle cliniche relative ad episodi di ricovero ordinario o in DH con diagnosi principale di neoplasia, codice compreso tra 140 e 208 e 230 e 239 con degenza inferiore o uguale ai 4 giorni, precisando che i ricoveri per chemioterapia dovranno essere riclassificati nel DRG 410, comunque verificando che siano rispettate le soglie LEA.

Dimissioni di neonati patologici

Nel caso di dimissioni di neonati assegnati ai DRG 389 e 390 dallo stesso istituto in cui è avvenuto la nascita vanno sottoposte a controllo analitico tutte le cartelle cliniche.

Qualora i controlli analitici mettano in luce tendenze dell'erogatore a codifiche incongrue si dovrà procedere alla riclassificazione dei suddetti DRG.

ULTERIORI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA

Oggetto di questa modalità di controllo è l'appropriatezza generica, verificata in relazione al livello di erogazione degli interventi sanitari, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per acuti.

L'azione di controllo ha l'obiettivo di orientare il sistema sanitario verso un uso più appropriato dell'ospedale, promuovendo le scelte organizzative e strutturali in grado di assicurare livelli di cura più adeguati ed efficaci.

DRG ad elevato rischio di inappropriatezza

Per quanto riguarda tali DRG la Campania include ulteriori DRG così come riportato nell'elenco allegato al Decreto Commissariale n. 58 del 30/09/2010. A tal fine si richiede agli erogatori, l'osservanza delle soglie massime oltre le quali si procede ad abbattimenti delle tariffe, secondo quanto previsto dal Decreto Commissariale n. 58 del 30/09/2010. A parziale modifica del suddetto Decreto si precisa che il controllo della documentazione clinica viene eseguito solo nel caso l'erogatore contesti l'abbattimento.

RICOVERI POST ACUTI

Ricoveri in lungodegenza estensiva (Cod. 60)

Il ricovero in lungodegenza medica è un servizio ospedaliero destinato ad accogliere pazienti generalmente non autosufficienti, affetti da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza che di trattamenti fisioterapici incentrati ad ottenere un miglioramento della condizione di malattia o ad impedirne il peggioramento.

In particolare le unità di lungodegenza sono riservate a quei pazienti che, conclusa la fase acuta della patologia, necessitano di un prolungamento dell'intervento assistenziale ospedaliero in quanto presentano una situazione funzionale compromessa da cui ha origine una riduzione delle condizioni di autosufficienza psico-fisica rientrante in una delle seguenti categorie:

- quadro clinico ancora instabile, non compatibile con il rientro a domicilio o con il passaggio ad altre forme di residenzialità assistita;
- buon compenso clinico, ma persistenza di una limitazione funzionale non stabilizzata recuperabile almeno parzialmente con un intervento di riabilitazione estensiva;
- buon compenso clinico e limitazione stabilizzata della capacità funzionale e dell'autosufficienza, ma esigenza di assistenza continuativa di tipo infermieristico e di eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo finalizzati al mantenimento dei livelli di autonomia residui, in attesa di assegnazione ad altre forme di assistenza extraospedaliera.

Il ricovero in lungodegenza avviene su proposta impegnativa del MMG, con indicazione della durata presunta della degenza ed in caso di proroga è prevista la obbligatorietà, ai fini della liquidazione della prestazione, del rilascio della relativa autorizzazione da parte dell'UOASB territorialmente competente.

Pertanto, in primo luogo, compito del distretto competente è la verifica della appropriatezza del regime di ricovero.

Inoltre, poiché il sistema di tariffazione dei ricoveri nei reparti di lungodegenza estensiva prevede un meccanismo di decurtazione tariffaria per i ricoveri oltre soglia, si potrebbero instaurare fenomeni di dimissione precoce. Va pertanto controllato un elevato campione delle SDO che

presentino durata di poco inferiore ai 60 giorni. Infine, in considerazione della obbligatorietà del consenso alla proroga del ricovero stesso espresso dal Distretto territorialmente competente, per questi ricoveri va verificato principalmente che le eventuali proroghe siano state correttamente rilasciate e va organizzato un sistema di comunicazione dell'esito dei controlli agli uffici liquidatori per evitare che vengano comunque fatturate prestazioni non autorizzate.

Ricoveri ripetuti

Il fenomeno della ripetizione di un ricovero anche a breve distanza da un ricovero precedente è un evento attribuibile a svariati motivi che possono essere giustificati dalla situazione clinica in particolar modo nel caso dei pazienti che afferiscono ai reparti in oggetto; infatti la vigente normativa prevede espressamente un meccanismo di decurtazione tariffaria per i ricoveri ripetuti nello stesso Istituto con un intervallo di tempo inferiore ai 30 giorni da una precedente dimissione.

Tuttavia, anche in questo caso, si deve prevedere il controllo di tutte le prestazioni ripetute al fine di evitare l'inappropriato ricorso al ricovero ospedaliero per far fronte alle ben note carenze di strutture residenziali.

Ricoveri in riabilitazione (Cod. 56)

Le prestazioni di ricovero di riabilitazione presentano un alto margine di potenziale inappropriata della complessità organizzativa delle strutture coinvolte e del regime di erogazione in relazione alle effettive necessità assistenziali dei pazienti. Esse rappresentano, inoltre, una significativa quota dell'attività di ospedalizzazione e della spesa complessiva per l'assistenza ospedaliera.

Le "Linee Guida per le attività di riabilitazione in Regione Campania" contenute nella D.G.R.C. n. 482/05 sanciscono, puntualmente, i criteri di appropriatezza per i ricoveri di riabilitazione ed individuano nelle UU.VV.BB.RR. i soggetti preposti al monitoraggio dell'efficacia di tali prestazioni. La piena attuazione di quanto previsto dalla su richiamata normativa appare sufficiente a garantire un'ottimale attività di controllo sull'erogazione delle prestazioni di riabilitazione.

In mancanza delle UU.VV.BB.RR, nelle more di attivazione della stessa, sarà la struttura di controllo distrettuale e/o l'unità operativa competente per la presa in carico ad effettuare i controlli su tutte le prestazioni di ricovero.

PERSONALE ADDETTO AI CONTROLLI

I medici addetti alla funzione di controllo dovranno essere selezionati nelle ASL preferibilmente nell'ambito dei servizi che svolgono istituzionalmente attività di vigilanza e controllo sui ricoveri. Il personale medico addetto ai controlli dovrà essere in possesso dei seguenti requisiti:

- esperienza clinica
- esperienza di codifica delle schede di dimissione ospedaliera
- assenza di conflitto di interessi
- attitudine ad attività di supervisione.

Il Responsabile dell'unità operativa SDO/DRG coordinerà l'intera attività di controllo, coadiuvato da una rete di specialisti clinici individuati dall'ASL nell'ambito delle discipline operanti nei presidi ubicati sul proprio territorio, che fungono da referenti per l'attività dei medici revisori, fornendo all'occorrenza consulenza e supervisione per le attività di controllo.

Le ASL segnalano all'ARSAN i nominativi dei medici addetti al controllo per i quali l'Agenzia organizzerà periodicamente attività di formazione specifica

MODALITÀ OPERATIVE

L'unità operativa SDO/DRG di azienda coopera con i medici addetti al controllo per identificare le cartelle cliniche su cui effettuare i controlli analitici, infatti il sistema informativo aziendale rappresenta la base operativa per i controlli di congruità, e permette, attraverso il calcolo degli appositi indicatori, di individuare i ricoveri da sottoporre a controllo analitico.

L'attività di controllo deve svolgersi, di norma, nell'arco di 90 giorni dalla fatturazione, comunque risultano ammissibili i controlli anche se effettuati oltre i 90 giorni dalla fatturazione.

I controlli devono essere effettuati, con un preavviso di almeno 48 ore, alla presenza ed in contraddittorio con il direttore sanitario della struttura con il coinvolgimento, ove occorra, dei medici responsabili dell'assistenza e della compilazione e codifica delle SDO. La struttura di controllo della Asl, all'atto della comunicazione della effettuazione della visita presenterà al direttore dell'istituto soggetto a controllo, l'elenco dei numeri identificativi delle cartelle cliniche da controllare e che dovranno essere rese disponibili in occasione delle visite di controllo.

Le operazioni di controllo possono durare anche più di un giorno, consistono nella revisione analitica di tutta la documentazione del ricovero e/o dell'episodio di assistenza (SDO, cartella clinica, registri di sala operatoria e sala parto, movimento infermi, registro delle prestazioni ambulatoriali, registro di accettazione e/o pronto soccorso, ecc.).

Al termine delle operazioni, di revisione, deve essere redatto un verbale delle operazioni di controllo, controfirmato sia dal direttore sanitario che dai medici revisori. Il verbale delle operazioni di controllo viene redatto in due copie, di cui una viene depositata agli atti della struttura e l'altra agli atti della ASL, presso i servizi di vigilanza e controllo sui ricoveri.

Nel corso del controllo la struttura ha facoltà di accettare i rilievi effettuati e sinteticamente motivati oppure, sempre sottoscrivendo il verbale, di non accettarli. In caso di non accettazione, su richiesta dei medici revisori, deve essere rilasciata copia fotostatica della cartella clinica.

Nel caso di non accettazione delle contestazioni formalizzate dai revisori e della conseguente riclassificazione della prestazione di ricovero in termini di attribuzione del DRG e riconoscimento della remunerazione, l'istituto di cura, attraverso il rappresentante legale dell'ente, entro 15 giorni dalla notifica della contestazione potrà presentare le relative controdeduzioni. La struttura di controllo, esaminate le controdeduzioni, potrà accettarle e quindi riconoscere la prestazione di ricovero così come proposta dall'istituto o potrà respingerle ed in tal caso l'episodio di ricovero sarà classificato e remunerato con le modalità indicate nelle contestazioni.

Dai controlli analitici sulla documentazione attestante le prestazioni di ricovero può derivare una diversa codifica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e quindi una diversa classificazione delle prestazioni erogate e una diversa valorizzazione economica. Tutto ciò dovrà essere riportato in uno specifico flusso informativo alimentato dalle singole A.S.L. ed A.O. che invieranno all'A.R.San. tutte le modifiche effettuate.

Le eventuali detrazioni, dalla remunerazione riconosciuta alle strutture, degli importi che scaturiscono dalla riclassificazione dei ricoveri oggetto del controllo, vengono definite tempestivamente ed effettuate annualmente, al momento del saldo o del conguaglio.

La decurtazione viene applicata sul ricavo che la struttura erogatrice avrebbe percepito in assenza dell'intervento di controllo. Gli importi da decurtare saranno oggetto di apposito provvedimento che verrà adottato dal Direttore Generale dell'ASL.

Semestralmente le ASL predispongono relazioni sulle attività di controllo svolte, che verranno trasmesse, entro il 30 luglio dell'anno in corso ed entro il 31 gennaio dell'anno successivo all'A.R.San. L'Agenzia predispone, a sua volta, un rapporto riepilogativo su tutte le attività di controllo svolte nella regione che rappresenta anche la base per la valutazione di efficacia delle attività di controllo svolte e per la programmazione delle attività per l'anno successivo. L' A.R.San. curerà la definizione di uno specifico sistema informativo sulle attività di controllo.

Assistenza Ospedaliera: Linee Guida per la corretta codifica della SDO

PRESENTAZIONE

Le linee guida rappresentano una integrazione ed una maggiore specificazione delle principali fonti per la codifica delle informazioni sanitarie della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), che sono costituite dalle regole generali di codifica stabilite con il D.M. 27 ottobre 2000, n. 380 e dal manuale della classificazione ICD-9-CM, alle cui indicazioni si deve in ogni caso far riferimento. Le presenti linee guida recepiscono l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito nella seduta del 29 aprile 2010, concernente l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Le linee guida, pertanto, tendono a fornire regole generali circa:

- l'utilizzo della classificazione ICD-9-CM, anche in considerazione dell'aggiornamento alla versione 2007 e delle innovazioni introdotte nel sistema;
- la selezione e la codifica della diagnosi principale, delle diagnosi secondarie e degli interventi e delle procedure;
- la soluzione di eventuali problemi di codifica determinati sia da mancanza di chiarezza e specificazione di alcune patologie/procedure, sia da difficile interpretazione della classificazione stessa, soprattutto in presenza di situazioni di rilievo o frequentemente oggetto di errori o di comportamenti di codifica non omogenei.

Scopo principale del presente documento, nell'ambito del sistema di rilevazione delle dimissioni ospedaliere, è il miglioramento dell'accuratezza dei dati registrati sulle SDO e del rispetto delle regole di codifica, finalizzato a rendere il sistema informativo elemento fondante sia per le attività di programmazione, valutazione ed analisi epidemiologica, che per la corretta attribuzione di ciascun episodio di ricovero al corrispondente DRG e relativa tariffa.

Le linee guida predisposte, pur non essendo esaustive rispetto al complesso delle problematiche di codifica, si propongono di essere uno strumento di facile consultazione, utile per gli operatori impegnati sul "campo".

GRUPPO DI LAVORO

La predisposizione delle linee guida è stata resa possibile grazie al coinvolgimento ed all'impegno del Gruppo di lavoro, costituito con D.G.R.C. n.1978 del 30/11/06 e Decreto Dirigenziale n.24 del 29/05/07, composto da esperti regionali, dell'A.R.San., delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali.

Il Gruppo di lavoro ha analizzato le situazioni di codifica, selezionate secondo criteri di priorità relativi a situazioni cliniche specifiche, per le quali siano state evidenziate prassi di codifica disomogenee o prestazioni innovative ed ha posto particolare cura alla produzione di esempi concreti.

LINEE GUIDA GENERALI PER L'UTILIZZO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM

L. G. 1.

Introduzione alle Linee Guida per la codifica delle diagnosi e delle procedure

La Classificazione Internazionale delle Malattie ICD-9-CM versione 2007 (volume unico) rappresenta lo strumento di lavoro fondamentale per la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o delle procedure diagnostiche e terapeutiche, per la corretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Il sistema ICD-9-CM contiene due classificazioni, una per le malattie ed una per le procedure, ed è costituito da quattro parti:

1. Indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi;
2. Elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi;
3. Indice alfabetico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche;
4. Elenco sistematico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Inoltre sono presenti due classificazioni supplementari:

- la classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V);
- la classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codici E).

- ◆ **L'indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi** contiene una lista alfabetica delle malattie, dei traumatismi, dei sintomi e di altre cause di ricorso ai servizi sanitari.

Una formulazione diagnostica è abitualmente composta da due parti: un termine principale (scritto in grassetto) ed uno o più modificatori.

I termini principali descrivono una malattia, un traumatismo, un problema o un sintomo, e rappresentano le voci di accesso alla classificazione.

Esempi di termini principali:

- sostantivi "generici": vertigine; trauma.
- sostantivi "specifici": polmonite; artrite.
- aggettivi: gigante; acuto; gialla.
- nomi propri (eponimi): Hashimoto; Biermer.

I modificatori (sotto-voci) sono dei termini elencati al fine di fornire al codificatore delle informazioni aggiuntive. L'indice alfabetico li riporta, al di sotto del termine principale, in parentesi o rientrati.

Quando sono richiesti due codici per indicare sia l'eziologia che la manifestazione clinica di una malattia, il codice della manifestazione appare fra parentesi quadre, per esempio, cataratta diabetica 250.5 [366.41]

- ◆ **L'elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi** riporta, in ordine numerico progressivo, i codici e le relative descrizioni delle malattie, dei traumatismi, dei sintomi e delle altre cause di ricorso ai servizi sanitari.

Comprende:

- la classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi;
- la classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V).
- la classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codici E).

La classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi è strutturata in 17 capitoli (1. - 17.), dedicati ad uno specifico organo o ad apparati anatomici. Ciascun capitolo è suddiviso nelle seguenti parti:

- **Blocco:** insieme di condizioni tra loro strettamente correlate (es.: malattie infettive intestinali da 001 a 009);
 - **Categoria:** codici a tre caratteri, alcuni dei quali molto specifici e non ulteriormente suddivisibili (es.: 462 faringite acuta), mentre altri sono ulteriormente suddivisi, con l'aggiunta di un quarto carattere dopo il punto decimale;
 - **Sotto-categoria:** codici a quattro caratteri; il quarto carattere fornisce ulteriore specificità o informazione relativamente ad eziologia, localizzazione o manifestazione clinica; quando presenti, prevalgono rispetto ai codici a tre caratteri;
 - **Sotto-classificazioni:** codici a cinque caratteri; quando presenti prevalgono rispetto ai codici a tre e a quattro caratteri.
- ◆ **L'indice alfabetico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche** contiene una lista alfabetica di interventi chirurgici e di procedure diagnostiche e terapeutiche.
 - ◆ **L'elenco sistematico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche** riporta, in ordine progressivo, i codici e le relative descrizioni degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

E' strutturato, secondo un criterio anatomico-topografico, in **17 sezioni (0. - 16.)**, ciascuna delle quali è suddivisa nelle seguenti parti:

- **Rubrica:** codici a due cifre da 00 a 99 che individuano un insieme di interventi / procedure diagnostiche e terapeutiche tra loro correlate (esempi: *interventi sui vasi del cuore: rubrica 36; interventi sull'ovaio: rubrica 65*).
In particolare:
 - la rubrica **00** contiene codici utili a descrivere **interventi e procedure non classificati altrove** ed introdotti per la prima volta nella versione italiana 2007 della ICD-9-CM;
 - le rubriche comprese tra **01 e 86** comprendono **interventi chirurgici maggiori, endoscopie e biopsie**.
 - le rubriche comprese tra **87 e 99** comprendono **altre procedure diagnostiche e terapeutiche**.
- **Categoria:** codici a tre cifre;
- **Sotto-categoria:** codici a quattro cifre.

Sulla SDO vanno indicati esclusivamente codici di interventi / procedure a tre o quattro cifre. Il terzo e il quarto carattere specificano la sede e il tipo di intervento. In alcuni casi, i codici si limitano al terzo carattere per descrivere interventi che non necessitano di ulteriori specificazioni.

L. G. 2.

Sistema di codifica delle diagnosi, degli interventi e delle procedure - fasi operative

Per identificare il codice di **diagnosi** appropriato, è necessario seguire le seguenti fasi operative:

1. Individuare tutti i termini principali che descrivono nella formulazione diagnostica le condizioni del paziente;

2. Utilizzare l'**indice alfabetico** per rintracciare ciascun termine principale individuato;
3. Individuare i modificatori del termine principale;
4. Analizzare attentamente le sotto-voci elencate al di sotto del termine principale;
5. Analizzare le note e/o i riferimenti;
6. Selezionare un codice tra quelli forniti dall'Indice alfabetico;
7. Verificare nell'**elenco sistematico** l'accuratezza di tale codice; utilizzare sempre i codici che descrivono la diagnosi al massimo livello di specificità possibile (ossia i codici a 5 caratteri, quando disponibili);
8. Analizzare tutti i codici appartenenti alla intera categoria, per essere sicuri che il codice selezionato rappresenti la scelta migliore;
9. Esaminare attentamente ogni nota illustrativa;
10. Assegnare il codice selezionato nell'elenco sistematico.

Le regole di base riportate per la codifica delle malattie e dei traumatismi sono valide anche per codificare gli **interventi** e le **procedure**:

In ogni caso fare massima attenzione nell'utilizzo di codici con ultima cifra "9" in quanto solitamente individuano diagnosi, interventi e procedure non meglio specificate.

(Riservare la scelta di tali codici per la descrizione di diagnosi, interventi e procedure sicuramente non descritte da codici più specifici, anche per assimilazione).

L. G. 3.

Specificità della codifica

I codici relativi alle diagnosi, agli interventi ed alle procedure devono essere impiegati al livello di specificità più elevato consentito dalla classificazione, utilizzando, ove possibile, tutti i caratteri (fino a cinque per le diagnosi, fino a quattro per gli interventi e le procedure).

E' necessario pertanto:

- assegnare un codice a 5 caratteri tutte le volte in cui ciò sia possibile,
- assegnare un codice a 4 caratteri solo se non vi sono codici a 5 caratteri nell'ambito della stessa categoria,
- assegnare un codice a 3 caratteri solo se non vi sono codici a 4 caratteri nell'ambito della stessa categoria.

Per i casi in cui siano previsti soltanto 3 o 4 caratteri, riportarli, sulla SDO, allineati a sinistra.

L. G. 4.

Codici relativi ad altre condizioni ed a condizioni non specificate

I codici identificati con le sigle **NIA** (non indicato altrove) e **SAI** (senza altre indicazioni) devono essere utilizzati solo quando la formulazione diagnostica e l'eventuale revisione della documentazione clinica non forniscono informazioni sufficienti per consentire l'utilizzo di un codice più specifico.

Quando la consultazione dell'indice alfabetico individua un codice identificato dalle sigle NIA e SAI, verificare nell'elenco sistematico la possibilità di utilizzare un codice più specifico.

L. G. 5.

Diagnosi principale della SDO

La diagnosi principale di dimissione dall'ospedale costituisce la principale condizione morbosa trattata o presa in esame durante l'episodio di ricovero, ovvero la condizione morbosa che nel corso del ricovero in ospedale ha comportato i più importanti problemi

assistenziali e che **quindi ha assorbito la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento.**

Nel caso il paziente durante uno stesso ricovero sia passato per più reparti, **il medico che dimette il paziente dall'ospedale deve scegliere la diagnosi principale di dimissione tra tutte le diagnosi formulate nei diversi reparti** individuando quella che ha comportato i più complessi problemi assistenziali e che quindi ha assorbito la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento durante l'intero episodio di ricovero.

Quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, per la codifica della diagnosi principale possono essere utilizzati i codici riportati nel Capitolo XVI del manuale ICD-9-CM Sintomi, Segni e Stati Morbosi Mal Definiti, (categorie da 780 a 799).

L. G. 6.

Diagnosi secondaria della SDO

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito, e che influenzano significativamente il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Quindi, **per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi comunque l'assistenza erogata al paziente in termini di trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.**

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più di cinque forme morbose, devono essere selezionate e codificate quelle che hanno esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

L. G. 7.

Codici combinati di diagnosi

Un codice utilizzato per classificare simultaneamente due diagnosi, oppure una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata, oppure una diagnosi insieme ad una complicazione associata, è definito "codice combinato".

I codici combinati sono riportati come sotto-voci nell'indice alfabetico e come note di inclusione nell'elenco sistematico.

Si deve utilizzare il codice combinato quando esso identifica pienamente tutte le condizioni riportate o quando l'indice alfabetico lo richiede esplicitamente. Se il codice combinato descrive tutti gli elementi riportati nella formulazione diagnostica, non devono essere utilizzati ulteriori codici. Esempio: Sinusite acuta mascellare con ascesso; utilizzare il codice 461.0 "Sinusite acuta con ascesso".

Quando, invece, il codice combinato non è in grado di descrivere tutte le manifestazioni o complicazioni riportate nella formulazione diagnostica, può essere utilizzato, insieme al codice combinato, un codice aggiuntivo.

L. G. 8.

Condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale

Le condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale non devono essere riportate e codificate come diagnosi secondarie. Esempi:

- Ricovero per ernia del disco intervertebrale lombare e lombalgia: codificare solo 722.10 "Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia",

- Ricovero per broncopolmonite e tosse: codificare solo 485 "Broncopolmonite, agente non specificato".

L. G. 9.

Condizioni che non costituiscono una componente integrale della malattia principale

Le condizioni che non sono ordinariamente associate alla diagnosi principale, se presenti, devono essere riportate e **codificate solo se influenzano il trattamento erogato** nel corso del ricovero. Esempio: Ricovero per setticemia e shock settico: codificare entrambe le condizioni: codice 785.52 "Shock settico" e codice 038. "Setticemia".

L. G.10.

Codifica multipla di diagnosi

Quando una formulazione diagnostica non può essere rappresentata da un unico codice è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero alla utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi.

Il ricorso alla codifica multipla è sollecitato, nella ICD-9-CM, dalle indicazioni "utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo", "codificare per primo", che possono essere riportate all'inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria.

La nota "codificare per prima la malattia di base" indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, sia quello relativo alla manifestazione conseguente: quest'ultimo non può essere utilizzato come diagnosi principale.

La nota "utilizzare un codice aggiuntivo per identificare manifestazioni quali ..." indica la necessità di utilizzare, tra le diagnosi secondarie, un ulteriore codice per identificare manifestazioni analoghe agli esempi riportati.

L. G.11.

Condizioni acute e croniche

Quando la stessa condizione è descritta sia come acuta (o sub-acuta), sia come cronica (e nell'indice alfabetico non è presente un codice specifico che descriva la forma riacutizzata), **devono essere utilizzati entrambi i codici riportando in diagnosi principale la forma acuta** (o sub-acuta). Esempio: per la riacutizzazione di pancreatite cronica, codificare:
diagnosi principale: codice 577.0 "Pancreatite acuta"
diagnosi secondaria: codice 577.1 "Pancreatite cronica".

L. G.12.

Segni, sintomi e condizioni mal definite

Quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo XVI della ICD-9-CM.

- Sintomi: codici da 780 a 789.
- Cause mal definite e sconosciute di morbosità e mortalità: codici da 797 a 799.

Quando, in presenza di patologia già nota, il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

I codici del capitolo XVI si usano, come **diagnosi secondarie**, solo quando i segni o i sintomi non sono compresi nella patologia principale e la loro presenza comporta una differenza nella gravità della patologia del paziente e/o nella terapia condotta.

L. G.13.
Postumi

Un postumo è un effetto (manifestazione clinica) causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata.

Non vi è un limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato: il postumo può essere relativamente precoce come negli incidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso dei traumi.

Per codificare i postumi sono necessari due codici:

1. il primo relativo alla condizione residua o **natura** del postumo, da utilizzare come diagnosi principale,
2. il secondo relativo alla **causa** del postumo, da utilizzare come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

L. G.14.
Diagnosi con indicazione di intervento/procedura correlata

Occorre porre attenzione al fatto che alcune diagnosi principali descrivono anche la procedura terapeutica o d'intervento correlata: in tali casi **vanno sempre riportati il codice di diagnosi e quello di intervento/procedura**.

Esempio: Chemioterapia in adenocarcinoma della mammella. Utilizzare:

- Diagnosi principale: codice V58.11 "Chemioterapia antineoplastica",
- Diagnosi secondaria: codice 174.9 "Tumore maligno della mammella (della donna), non specificato,
- Intervento/Procedura: codice 99.25 "Iniezione od infusione di sostanze chemioterapiche per tumore".

L. G.15.
Politraumatismi (traumi multipli)

Per i politraumatismi non esistono codici specifici, per cui **si devono codificare separatamente i singoli traumi nell'ordine del peso assistenziale** e riportare per primo il codice che descrive il trauma di maggiore gravità.

L. G.16.
Infezioni insorte nel corso del ricovero

Le infezioni insorte nel corso del ricovero **devono essere obbligatoriamente riportate in scheda nosologica, tra le diagnosi secondarie**, salvo che tali infezioni non rientrino nei criteri di selezione della diagnosi principale.

Deve essere specificato, inoltre, l'agente patogeno ogniqualvolta sia stato identificato.

L. G.17.
Complicanze di cure mediche e chirurgiche

Le complicanze di cure mediche e chirurgiche (categorie 996 - 999) prevedono un ampio repertorio delle più frequenti complicanze o conseguenze di taluni peculiari procedure diagnostiche o terapeutiche, con particolare dettaglio sulle complicanze degli interventi chirurgici (categoria 998).

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di complicazioni di cure mediche o chirurgiche (ivi comprese le reazioni avverse da farmaci correttamente utilizzati o i problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi) **e le prestazioni erogate sono rivolte a risolvere tale complicazione, quest'ultima dovrà essere selezionata come diagnosi principale** (se rientra nei criteri di selezione della diagnosi principale), **riportando tra le diagnosi secondarie uno o più codici aggiuntivi per specificare la causa della complicazione.**

L. G.18.

Risultati anomali di laboratorio

I risultati anomali di test di laboratorio e di altre procedure diagnostiche (codici 790 - 796) non devono essere utilizzati in diagnosi principale.

L. G.19.

L'uso della Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (Codici V)

Oltre alla classificazione principale costituita dalle categorie 001 - 999, la ICD-9-CM prevede anche la classificazione dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie con i codici da V01 a V86.

I codici V si utilizzano per descrivere le circostanze, **diverse da malattie o traumatismi**, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie, o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute del paziente.

I codici V possono essere rintracciati nell'indice alfabetico delle diagnosi utilizzando i seguenti principali termini: ammissione, esame, storia, osservazione, problema, screening, anamnesi, assistenza, controllo, sorveglianza, verifica, chemioterapia, ed altri ancora.

Va verificata comunque nell'elenco sistematico l'accuratezza del codice selezionato.

E' importante tenere presente, inoltre, che i codici V non devono essere utilizzati per indicare le complicanze di precedenti cure mediche e chirurgiche: queste ultime se presenti, devono essere codificate con le specifiche categorie numeriche.

L. G.20.

Prestazioni ricevute in ospedali diversi da quello di ricovero

Durante la degenza, è possibile che al paziente siano erogate prestazioni strumentali da parte di un presidio ospedaliero diverso da quello in cui il paziente è ricoverato.

Gli interventi effettuati vanno codificati dall'ospedale presso il quale il paziente è in degenza riportando, in uno dei campi relativi alle diagnosi secondarie, il codice V63.8 "Altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici".

L. G.21.

Osservazione e valutazione di condizioni sospette

I codici compresi fra V71.0 e V71.9 devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale, quando in assenza di segni o sintomi, si richiede una specifica valutazione per una sospetta condizione anomala che, al termine del ricovero, risulta essere non confermata.

L. G.22.***Trattamento non eseguito***

In caso di ricovero programmato per un determinato trattamento, in cui per motivi diversi (volontà del paziente, organizzazione ospedaliera, insorgenza di controindicazione clinica) il trattamento non viene eseguito, riportare in diagnosi principale il codice V64._, e in diagnosi secondaria la patologia che avrebbe dovuto determinare il trattamento stesso.

Nel caso, invece, in cui il trattamento non è stato eseguito per l'insorgenza di un'altra patologia che è stata trattata nel corso del ricovero, quest'ultima va riportata come diagnosi principale e fra le diagnosi secondarie deve essere riportato il codice V64._.

L. G.23.***Condizione "imminente"***

Le condizioni descritte al momento della dimissione come "minaccia di" o "imminente" devono essere codificate secondo le seguenti istruzioni:

- individuare nell'indice alfabetico se la condizione ha una sottovoce relativa al termine "imminente" o "minaccia di"; verificare anche il termine principale "minaccia di";
- se sono riportate le sotto-voci "minaccia di" o "imminente", utilizzare il codice corrispondente;
- se non sono riportate delle sotto-voci specifiche, codificare la condizione come esistente.

L. G.24.***L'uso della Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento (Codici E)***

I codici E, di tipo alfanumerico, consentono di descrivere gli eventi, le circostanze e le condizioni che rappresentano le cause di traumatismo, avvelenamento e di altri effetti avversi.

Costituiscono una classificazione supplementare che ha l'obiettivo di migliorare la capacità descrittiva dei codici di diagnosi ICD-9-CM, e **non devono pertanto mai essere utilizzati per descrivere la diagnosi principale.**

L'uso della classificazione supplementare dei codici E, insieme alla descrizione dell'evento di traumatismo o avvelenamento, è molto utile per l'identificazione e l'analisi delle modalità causali più frequenti, al fine di aumentare le conoscenze sull'incidentalità (traumatica, domestica, lavorativa, etc.), valutare l'efficacia delle strategie di prevenzione dei traumi, implementare strumenti e metodologie nell'ambito dei programmi nazionali e regionali orientati alla sicurezza dei pazienti.

I codici E, infatti, descrivono come il traumatismo o avvelenamento si è verificato (l'agente causale), dove l'evento si è verificato (il luogo) e l'intenzionalità (se l'evento è accidentale, oppure se è intenzionale). **Possono essere utilizzati in associazione con qualunque codice di diagnosi, da 001 a V83.89**, che indichi un traumatismo, avvelenamento o un danno determinato da una causa esterna.

Nel caso sia possibile assegnare un solo codice E, deve essere selezionato quello maggiormente correlato con la diagnosi principale.

Questa edizione del Manuale ICD-9-CM riporta solo l'**elenco sistematico** dei codici E.

L. G.25.

Criteri per la scelta degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche da segnalare

Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

- **Selezionare e codificare come principale l'intervento / procedura maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.).**
- **Nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici.**
- **Qualora vengano indicati nella cartella clinica interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:**
 1. **interventi chirurgici a cielo aperto,**
 2. **interventi per via laparoscopica e/o endoscopica,**
 3. **procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici,**
 4. **procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica),**
 5. **procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese tra le procedure della rubrica "00" introdotta con la versione 2007 dell'ICD-9-CM o nel primo settore - codici da 01._ a 86._ - (es. gastroscopia),**
 6. **altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese tra le procedure della rubrica "00" introdotta con la versione 2007 dell'ICD-9-CM o nel secondo settore (codici da 87._ a 99._), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, RMN, radioterapia, ecc.).**

Vengono elencate di seguito alcune procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici:

- codice 00.10 "Impianto di agenti chemioterapici",
- codice 00.15 "Infusione di interleuchina-2 (IL-2)",
- codice 00.63 "Inserzione percutanea di stent nell'arteria carotidea",
- codice 87.53 "Colangiografia intraoperatoria",
- codice 88.52 "Angiocardigrafia del cuore destro",
- codice 88.53 "Angiocardigrafia del cuore sinistro",
- codice 88.54 "Angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro",
- codice 88.55 "Arteriografia coronarica con catetere singolo",
- codice 88.56 "Arteriografia coronarica con catetere doppio",
- codice 88.57 "Altra e non specificata arteriografia coronarica",
- codice 88.58 "Roentgenografia cardiaca con contrasto negativo",
- codice 92.27 "Impianto o inserzione di elementi radioattivi",

- codice 92.30 "Radiochirurgia stereotassica SAI",
- codice 92.31 "Radiochirurgia fotonica a sorgente singola",
- codice 92.32 "Radiochirurgia fotonica multi-sorgente",
- codice 92.33 "Radiochirurgia fotonica particolare",
- codice 92.39 "Radiochirurgia stereotassica NIA",
- codice 94.61 "Riabilitazione da alcool",
- codice 94.63 "Disintossicazione e riabilitazione da alcool",
- codice 94.64 "Riabilitazione da farmaci",
- codice 94.66 "Disintossicazione e riabilitazione da farmaci",
- codice 94.67 "Riabilitazione combinata da alcool e farmaci",
- codice 94.69 "Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci",
- codice 95.04 "Esame dell'occhio sotto anestesia",
- codice 96.70 "Ventilazione meccanica continua di durata non specificata",
- codice 96.71 "Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive",
- codice 96.72 "Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più",
- codice 98.51 "Litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica",
- codice 99.10 "Iniezione o infusione di agente trombolitico".

L. G.26.

Interventi chirurgici non correlati alla diagnosi principale

Nell'eventualità in cui il paziente durante un ricovero per una patologia importante, selezionata come diagnosi principale di dimissione, venga sottoposto ad intervento chirurgico per altra patologia, non si deve cambiare la diagnosi principale di dimissione per giustificare l'intervento chirurgico, che deve essere comunque sempre segnalato.

L. G.27.

Approccio chirurgico all'intervento

Esistono codici che descrivono la metodica chirurgica dell'intervento, come quelli che fanno distinzione tra approccio "a cielo aperto" oppure "per via endoscopica" o "laparoscopica" o "non invasiva", oppure che prevedono l'utilizzo di tecnologie innovative (chirurgia computer assistita), come ad esempio:

- codice 51.22 "Colecistectomia",
- codice 51.23 "Colecistectomia laparoscopica",
- codice 51.88 "Rimozione endoscopica di calcoli dal tratto biliare",
- codice 98.52 "Litotripsia extracorporea della colecisti e/o dotto biliare".

Qualora sia utilizzata, nel corso dell'intervento, una procedura computer assistita, riportare tra le procedure secondarie, uno dei seguenti codici:

- codice 00.31 "Chirurgia computer-assistita con CT/CTA",
- codice 00.32 "Chirurgia computer-assistita con MR/MRA",
- codice 00.33 "Chirurgia computer-assistita con fluoroscopia",
- codice 00.34 "Chirurgia computer-assistita senza immagini",
- codice 00.35 "Chirurgia computer-assistita con datasets multipli",
- codice 00.39 "Altra chirurgia computer-assistita".

L. G. 28.

Codici di intervento combinati

Alcuni codici consentono di classificare simultaneamente due interventi, identificando completamente una prestazione. In tali casi, non devono essere utilizzati ulteriori codici.

Esempi: il codice ICD-9-CM di procedura 72.31 identifica in modo appropriato l'intervento di "Parto con forcipe alto, con episiotomia"; il codice 85.43 "Mastectomia semplice allargata monolaterale con asportazione di linfonodi regionali" indica sia l'intervento di mastectomia semplice monolaterale (codice 85.41) che l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari (codice 40.51).

L. G. 29.

Codifica multipla di un intervento

La completa descrizione di un intervento può comportare l'utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi. L'espressione **"codificare anche"**, nel manuale ICD-9-CM, indica la necessità di utilizzare un codice aggiuntivo per identificare le diverse componenti di un intervento, sempre che nel caso concreto esse siano state realmente effettuate.

L. G. 30.

Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari

L'esecuzione di più interventi nel corso dello stesso atto operatorio può richiedere la codifica separata, qualora non sia previsto un codice combinato. Ad esempio: ovariectomia monolaterale e appendicectomia: codici 65.39 + 47.19.

L'espressione **"codificare anche"**, viene utilizzata nel manuale ICD-9-CM anche per segnalare l'utilizzo di procedure o di strumentazioni complementari o di supporto ad un intervento.

L. G.31.

Codifica di interventi bilaterali

Se un codice non consente una distinzione tra interventi monolaterali e bilaterali, è possibile utilizzare due volte lo stesso codice di intervento per descrivere l'intervento bilaterale.

Tale regola deve essere seguita nei soli casi in cui la completa descrizione ha rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse, mentre non è appropriata per i casi di procedure minori (ad esempio: escissioni di lesioni cutanee). Esempio: Miringoplastica bilaterale in un'unica seduta operatoria;

- codice 19.4 Miringoplastica (destra) +
- codice 19.4 Miringoplastica (sinistra).

L. G.32.

Assenza di codice che descrive l'intervento per via endoscopica

Nel caso in cui non sia presente il codice che descriva l'intervento per via endoscopica o laparoscopica è necessario codificare sia l'intervento che la procedura endoscopica.

Esempio: Meniscectomia mediante artroscopia del ginocchio:

- Intervento principale: codice 80.6 "Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio"
- Intervento/procedura secondario: codice 80.26 "Artroscopia del ginocchio".

L. G.33.

Codifica degli interventi chirurgici laparo-toracoscopici ed artroscopici convertiti successivamente a cielo aperto

Un intervento chirurgico, inizialmente avviato per via laparoscopica o toracoscopia o artroscopica e successivamente convertito a cielo aperto, deve essere codificato

utilizzando il codice di intervento a cielo aperto. In tali casi tra le diagnosi secondarie deve essere riportato:

- il codice V64.41 "Intervento chirurgico per via laparoscopica convertito in intervento a cielo aperto" ovvero
- il codice V64.42 "Intervento chirurgico per via toracoscopica convertito in intervento a cielo aperto" ovvero
- il codice V64.43 "Intervento chirurgico per via artroscopica convertito in intervento a cielo aperto".

L. G.34.
Biopsie

Il prelievo e l'analisi di materiale istologico prelevato nel corso di un intervento chirurgico non richiede la codifica aggiuntiva di biopsia.

La codifica di biopsia è invece necessaria, come codice aggiuntivo, nei casi in cui nel corso di un intervento, sia effettuata una biopsia il cui risultato si attende per poter definire il tipo e l'estensione dell'intervento in corso, od anche se viene effettuata su organi diversi da quello cui è rivolto l'intervento principale.

Per le biopsie chiuse è possibile in molti casi utilizzare un codice combinato che individui sia la biopsia, sia l'approccio utilizzato.

Nelle situazioni, tuttavia, nelle quali non si disponga di un codice combinato, si osservino le seguenti regole:

- a) quando si tratti di una biopsia endoscopica, è necessario riportare sia il codice dell'endoscopia, come procedura principale, sia quello della biopsia, come procedura associata;
- b) quando si tratti di una biopsia effettuata mediante "brush" o mediante aspirazione, è necessario utilizzare il codice della corrispondente biopsia chiusa;
- c) per le agobiopsie eseguite (su organi diversi da quelli operati) nel corso di interventi chirurgici a cielo aperto, il codice da utilizzare è quello della biopsia chiusa.

Le biopsie osteomidollari effettuate per via percutanea con agoaspirazione vanno codificate esclusivamente con il codice 41.31 "Biopsia del midollo osseo"; se effettuate a cielo aperto vanno codificate esclusivamente con i codici della categoria 77.4_ "Biopsia dell'osso".

La sottocategoria 77.40 non dovrebbe mai essere utilizzata in quanto poco specifica.

La biopsia stereotassica cerebrale va codificata esclusivamente con il codice 01.13 "Biopsia (percutanea) (agobiopsia) di lesione cerebrale".

L. G.35.

Paziente che esegue un intervento/procedura con assistenza anestesiológica (stand-by anestesiológico senza ventilazione meccanica)

Nel manuale di classificazione ICD-9-CM non esiste un codice per la procedura di sedazione profonda con assistenza anestesiológica. Va precisato, inoltre, che nell'elenco sistematico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche (nelle note di esclusione relative al codice 03.91), viene espressamente indicato di omettere il codice nel caso in cui l'anestesia sia effettuata per intervento.

La sedazione in un intervento chirurgico, quindi, non va segnalata nella Scheda di Dimissione Ospedaliera, dato che è già compresa nell'insieme delle prestazioni previste per l'intervento.