



REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE DEL VENETO

Venezia, giovedì 5 gennaio 2017

Anno XLVIII - N. 4

PARTE SECONDA

CIRCOLARI, DECRETI, ORDINANZE E DELIBERAZIONI

Sezione seconda

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2133 del 23 dicembre 2016

Approvazione del “Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche” e del “Piano di campionamento per il monitoraggio degli alimenti in relazione alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcuni ambiti della Regione del Veneto”. 1

[Sanità e igiene pubblica]

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2167 del 23 dicembre 2016

Modifica ed integrazione delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016 e s.m.i. e modifica degli Allegati A e B della DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i. 99

[Sanità e igiene pubblica]

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2174 del 23 dicembre 2016

Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19. 271

[Sanità e igiene pubblica]

Direzione - Redazione

Dorsoduro 3901, 30123 Venezia - Tel. 041 279 2862 - 2900 - Fax. 041 279 2905

Sito internet: <http://bur.regione.veneto.it> e-mail: uff.bur@regione.veneto.it

Direttore Responsabile avv. Mario Caramel

PARTE SECONDA

CIRCOLARI, DECRETI, ORDINANZE, DELIBERAZIONI

Sezione seconda

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

(Codice interno: 336975)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2133 del 23 dicembre 2016

Approvazione del "Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche" e del "Piano di campionamento per il monitoraggio degli alimenti in relazione alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcuni ambiti della Regione del Veneto".

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Si approva il "Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche", nonché il "Piano di campionamento per il monitoraggio degli alimenti in relazione alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcuni ambiti della Regione del Veneto". Il sostegno finanziario alle Aziende Ulss coinvolte nella realizzazione del piano di sorveglianza è stato previsto con il Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione e Sicurezza Alimentare n. 21 dell'8.11.2016 che ha disposto a tale scopo l'impegno di spesa di Euro 399.458.00 e la relativa liquidazione.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con D.G.R. n. 565 del 21.04.2015 è stato approvato lo studio di "*Biomonitoraggio di sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcuni ambiti del territorio della Regione del Veneto*" poi integrato, a seguito delle richieste dei Comitati Etici, con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 318 del 25.11.2015.

Di tale studio, in data 18.04.2016, l'Istituto Superiore di Sanità ha comunicato alla Regione del Veneto gli esiti prodotti, conseguenti alle analisi sierologiche sulla popolazione. Conseguentemente è emersa la necessità di predisporre un piano di attività per la presa in carico degli esposti alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) mediante la collaborazione ed in coordinamento con tutti i soggetti istituzionali competenti coinvolti (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, OMS, Centri di ricerca).

Con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 38 del 27 aprile 2016 è stato Costituito un gruppo di lavoro regionale per supportare la Regione del Veneto nello stabilire un percorso diagnostico terapeutico che i maggiormente esposti alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) dovranno seguire, nonché le modalità di approfondimento del profilo tossicologico delle sostanze perfluoroalchiliche.

All'esito di questi lavori, in collaborazione con l'ISS e le cinque Aziende ULSS interessate dalla contaminazione, si intende avviare un piano di sorveglianza e presa in carico sanitaria della popolazione esposta a PFAS descritta nel "*Piano di Sorveglianza Sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche*" di cui all'"**Allegato A**" alla presente deliberazione, corredato da tutta la modulistica utile (es. lettere di invito, comunicazioni degli esiti, informative). Verrà inoltre predisposto un applicativo software regionale per permettere la gestione dei protocolli operativi e dei percorsi previsti garantendo il monitoraggio dei volumi e la qualità dell'attività svolta secondo la specifica procedura descritta nel medesimo "**Allegato A**".

Considerato che con la D.G.R. n.1517 del 29 ottobre 2015 "Sorveglianza sostanze perfluoroalchiliche (PFAS): acquisizione dei livelli di riferimento per i parametri "Altri PFAS" nelle acque destinate al consumo umano, nonché individuazione delle aree di esposizione per gli ambiti territoriali interessati dalla presenza di PFAS", si era provveduto all'individuazione delle aree di esposizione per gli ambiti territoriali interessati dalla presenza di PFAS, a seguito degli esiti del biomonitoraggio sopracitato si è proceduto alla ridefinizione dell'area di esposizione, mediante la ricostruzione della filiera idropotabile, unitamente all'Area Tutela e Sviluppo del Territorio e all'Agenzia Regionale per l'ambiente.

Sono state, pertanto, identificate le seguenti altre aree:

- Area di massima esposizione sanitaria: riferita all'area dove era presente un'alta concentrazione di PFAS nel 2013 prima dell'applicazione dei filtri sull'acqua in distribuzione e dove si riscontrano elevate concentrazioni di queste sostanze nelle acque sotterranee e superficiali ;
- Area delle captazioni autonome ad uso potabile: riferita ad ambiti comunali dove sono stati rilevati superamenti di PFAS dalle captazioni autonome censite;
- Area di attenzione: riferita al sistema di controllo delle reti ambientali per acque superficiali e sotterranee inclusive dell'uso irriguo e per abbeverata;
- Area di approfondimento: area con solo presenza di PFAS in matrici ambientali, che necessita di ulteriori monitoraggi e studi.

Tale ricostruzione è stata la base che ha consentito di individuare nell'area di massimo impatto sanitario l'area alla cui popolazione residente proporre il piano di sorveglianza citato.

Si precisa che due gruppi di sottopopolazione saranno oggetto di uno specifico biomonitoraggio: i lavoratori della Ditta produttrice di sostanze perfluoroalchiliche esposti e le donne in gravidanza. Per tale sottopopolazione verrà definito un programma di sorveglianza ad hoc, da approvarsi mediante apposito atto deliberativo.

L'obiettivo generale e del piano di sorveglianza è la prevenzione delle malattie croniche degenerative dovute all'esposizione alle sostanze perfluoroalchiliche ed agli scorretti stili di vita, attraverso la presa in carico della popolazione esposta e si concretizzerà nei seguenti obiettivi specifici:

1. Caratterizzare l'esposizione a PFAS delle persone che vivono nelle aree contaminate;
2. Valutare gli effetti dell'esposizione a PFAS sulla salute dei soggetti esposti;
3. Identificare i comportamenti a rischio per le malattie croniche degenerative;
4. Garantire il monitoraggio dello stato di salute del soggetto esposto attraverso l'offerta terapeutica affidata alla medicina di famiglia e l'attivazione degli strumenti di prevenzione per la modifica degli stili di vita scorretti, affidata ai dipartimenti di Prevenzione della Regione del Veneto.

Saranno coinvolte le seguenti Aziende ULSS: ULSS 5 Ovest Vicentino, ULSS 6 Vicenza (dal 1.1.2017 Azienda Ulss n.8 Berica) ULSS 17 Este (dal 1.1.2017 Azienda Ulss n.6 Euganea) ULSS 20 Verona e ULSS 21 Legnago (dal 1.1.2017 Azienda Ulss n.9 Scaligera). L'attuazione del piano sarà coordinata dal Centro Unico Screening del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino (dal 1.1.2017 Azienda Ulss n. 8 Berica). La popolazione complessiva residente nei Comuni interessati dall'esposizione a PFAS è di circa 127.000 abitanti. La popolazione coinvolta sarà costituita dai residenti e domiciliati di età compresa tra i 14 e i 65 anni (coorti di nascita dal 1951 al 2002), per un totale di 84.795 persone.

La chiamata attiva della popolazione seguirà la modalità organizzativa dei programmi di screening oncologici. L'avvio della chiamata prevede di iniziare con i nati della coorte del 2002, la scelta di iniziare con i più giovani è dettata dal fatto che l'eventuale alta concentrazione di PFAS e/o di rilevanti alterazioni metaboliche in tali soggetti potrebbe rappresentare motivo utile ad approfondimenti in termini di coorti interessate e di correlazione sanitaria all'esposizione alle sostanze in oggetto, in quanto gli scorretti stili di vita risultano meno associati ai soggetti appartenenti alle coorti più giovani (14-15enni).

Il dosaggio dei PFAS verrà centralizzato presso il laboratorio di riferimento di ARPAV, per garantire la massima standardizzazione delle procedure analitiche e la confrontabilità dei risultati con il supporto dell'ISS per la formazione e per il processo di intercalibrazione delle analisi.

Il sostegno finanziario alle Aziende Ulss coinvolte nella realizzazione del piano di sorveglianza è stato previsto con il Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione e Sicurezza Alimentare n. 21 dell'8.11.2016 che ha disposto l'impegno di spesa di Euro 399.458,00 e la relativa liquidazione.

Per le spese a carico di Arpav relative all'esecuzione delle analisi del dosaggio PFAS esse sono coperte dal finanziamento complessivo istituzionale che la Regione del Veneto corrisponde annualmente ad Arpav.

L'attività dell'Istituto Superiore di Sanità rientra tra le attività previste e finanziate con la quota vincolata del fondo sanitario nazionale relativa all'Ambiente e salute.

Per completare l'attività di monitoraggio dell'esposizione della popolazione alle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS), con deliberazione n. 243 dell'8.3.2016 la Giunta Regionale ha disposto l'affidamento all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) della predisposizione e realizzazione del Piano di monitoraggio sulle matrici di interesse alimentare in relazione alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS).

Inoltre, con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 19 dell'8.3.2016 è stato costituito il gruppo di lavoro "Gestione degli alimenti in ordine alle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS)" con i compiti tra l'altro di:

- Pianificare il monitoraggio sugli alimenti in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità;
- Valutare l'adozione di misure di prevenzione primaria efficaci ai fini di ridurre le esposizioni alimentari nel breve e nel lungo periodo;
- Valutare l'adozione di pratiche agronomiche e zootecniche volte a ridurre il trasferimento della contaminazione dai comparti ambientali a quelli agro-zootecnici.

Si ritiene inoltre opportuno dare mandato all'Istituto Superiore di Sanità di definire, in collaborazione con l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA), i limiti di sicurezza per la salute di queste sostanze negli alimenti.

In data 2.11.2016 l'Istituto Superiore di Sanità ha trasmesso alla Regione del Veneto il "*Piano di campionamento per il monitoraggio degli alimenti in relazione alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcuni ambiti della Regione del Veneto*".

In considerazione della necessità di procedere con urgenza, determinata dalla stagionalità della loro produzione, al campionamento di alcune tipologie di alimenti, è stata data indicazione alle Aziende Ulss di dare avvio al campionamento già a settembre 2016, nelle more della formalizzazione del piano, in ossequio alle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità.

Si ritiene pertanto, di approvare il documento proposto e redatto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, che, corredato dall'apposita modulistica, costituisce il "*Piano di campionamento per il monitoraggio degli alimenti in relazione alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcuni ambiti della Regione del Veneto*" di cui all'"**Allegato B**" alla presente deliberazione. L'obiettivo della Regione del Veneto è quello di poter concludere il monitoraggio degli alimenti nel più breve tempo possibile ed auspicabilmente nel mese di luglio 2017.

Trattandosi di documenti di utilità essenzialmente operative si ritiene necessario prevedere che le eventuali modifiche od integrazioni alla modulistica contenuta nell'"**Allegato A**" e nell'"**Allegato B**", dovessero rendersi successivamente necessarie, verranno disposte con Decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO l'art. 2 comma 2 della legge regionale n.54 del 31 dicembre 2012;

VISTA la D.G.R. n. 565 del 21.04.2015 "Biomonitoraggio di sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcuni ambiti del territorio della Regione del Veneto";

VISTO il D.D.G. Area Sanità e Sociale n. 318 del 25.11.2015;

VISTA la D.G.R. n.1517 del 29 ottobre 2015 "Sorveglianza sostanze perfluoroalchiliche (PFAS): acquisizione dei livelli di riferimento per i parametri "Altri PFAS" nelle acque destinate al consumo umano, nonché individuazione delle aree di esposizione per gli ambiti territoriali interessati dalla presenza di PFAS";

VISTO il D.D.G. Area Sanità e Socialen. 19 dell'8 marzo 2016 ;

VISTO il D.D.G. Area Sanità e Socialen. 38 del 27 aprile 2016;

delibera

1. di prendere atto di quanto espresso in premessa che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il "Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche", "**Allegato A**" alla presente deliberazione che ne costituisce parte integrante;
3. di approvare il "Piano di campionamento per il monitoraggio degli alimenti in relazione alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcuni ambiti della Regione del Veneto", "**Allegato B**" alla presente deliberazione che ne

costituisce parte integrante;

4. di stabilire che eventuali modifiche od integrazioni, di carattere operativo, alla modulistica dei documenti contenuta nell'"**Allegato A**" e nell'"**Allegato B**" di cui ai precedenti punti 2) e 3), dovessero rendersi successivamente necessarie, verranno disposte con Decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale;
5. di prendere atto che il sostegno finanziario alle Aziende Ulss coinvolte nella realizzazione del "Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche", di cui al punto 2 del presente deliberato, è stato previsto con il Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione e Sicurezza Alimentare n. 21 dell'8.11.2016 che ha disposto l'impegno di spesa di Euro 399.458,00 e la relativa liquidazione.
6. di incaricare l'Istituto Superiore di Sanità di definire, in collaborazione con l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA), i limiti di sicurezza per la salute delle sostanze perfluoroalchiliche negli alimenti;
7. di incaricare la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria dell'esecuzione del presente atto e della sua trasmissione al Ministero della Salute ed agli altri Enti nazionali e/o internazionali competenti;
8. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Regionale della Regione del Veneto.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 1/57



Piano di Sorveglianza Sanitaria Sulla Popolazione Esposta alle Sostanze Perfluoroalchiliche


REGIONE DEL VENETO

 giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.
del

pag. 2/57

INDICE

• Razionale	Pag. 3
• Obiettivi	Pag. 5
• Definizione dell'area di esposizione	Pag. 6
○ Gradazione del rischio di esposizione	Pag. 9
• Popolazione eleggibile ed intervallo di screening	Pag. 16
○ Chiamata attiva della popolazione target	Pag. 18
○ Esami ematochimici	Pag. 19
○ Centri prelievo	Pag. 20
• Sistema informativo regionale screening PFAS	Pag. 21
• Formazione	Pag. 26
• Coordinamento, monitoraggio e valutazione	Pag. 26
• Stima dei costi per il primo anno di attività	Pag. 27
• Elenco degli allegati	Pag. 28
○ Allegato 1: Lettera di invito per soggetto maggiorenne	Pag. 29
○ Allegato 2: Lettera di invito per soggetto minorenni	Pag. 30
○ Allegato 3: Informativa sul trattamento dei dati personali	Pag. 31
○ Allegato 4: Lettera informativa per Medico di Medicina Generale	Pag. 32
○ Allegato 5: Questionario	Pag. 34
○ Allegato 6: Istruzione operativa 1 - Misurazione della pressione arteriosa	Pag. 48
○ Allegato 7: Istruzione operativa 2 - Prelievo dei campioni biologici	Pag. 49
○ Allegato 8: Istruzione operativa 3 – Processazione, conservazione e invio dei campioni per PFAS al laboratorio ARPAV	Pag. 51
○ Allegato 9: Lettere di referto classi A-D	Pag. 53

**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 3/57

RAZIONALE

A seguito della comunicazione dei dati sulla salute della popolazione esposta alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) nella Regione del Veneto, di cui alla documentazione trasmessa dall'Istituto Superiore di Sanità con nota datata 18/04/2016, prot. 000111, e relativa ai risultati dello studio di Biomonitoraggio conseguenti alle analisi sierologiche sulla popolazione è emerso un bioaccumulo significativo di queste sostanze nella popolazione esposta, rispetto ai non esposti; i risultati in accordo con i dati di letteratura indicano le "acque" come via principale di esposizione ai PFAS.

Acquisiti i dati dello studio di biomonitoraggio si è proceduto alla ricostruzione della filiera idropotabile con l'obiettivo di ricostruire l'esposizione della popolazione prima dell'applicazione dei filtri a carboni attivi.

Ne è emerso che le stesse condizioni di esposizione dei soggetti arruolati nello studio di biomonitoraggio sono attribuibili alla popolazione di altri Comuni delle province di Padova e Verona, che si sono approvvigionati con acqua potabile contaminata.

A seguito dell'analisi epidemiologica esplorativa del Servizio Epidemiologico Regionale, rispetto ad alcune patologie definite "possibilmente associate a PFAS" nei 21 Comuni interessati dalla contaminazione da PFAS, si è rilevato un moderato ma significativo eccesso di mortalità per cardiopatie ischemiche (uomini +21%, donne +11%), per malattie cerebrovascolari negli uomini (+19%), per diabete mellito nelle donne (+25%) e per Alzheimer/demenza nelle donne (+14%). A questa si aggiunge un modesto ma significativo eccesso di prevalenza per alcune condizioni e malattie dell'area cardiovascolare: Ipertensione (+22% negli uomini e +20% nelle donne), Diabete mellito (+15% negli uomini e +17% nelle donne), Cardiopatie ischemiche (+6% negli uomini e +8% nelle donne).

Per quanto riguarda i tassi di prevalenza età specifici ed i rapporti standardizzati di prevalenza (SPR) per Ipotiroidismo e Dislipidemia, questi evidenziano in alcuni Comuni un eccesso di prevalenza e che nello specifico i Comuni che hanno un eccesso statisticamente significativo di casi di ipotiroidismo maschile tra 20 e 74 anni sono Lonigo e Sarego (Azienda ULSS 5), mentre i Comuni che hanno un eccesso statisticamente significativo di casi di ipotiroidismo femminile tra 20 e 74 anni sono: Arcole, Cologna Veneta, Legnago, Zimella (Azienda ULSS 20), Alonte, Lonigo e Sarego (Azienda ULSS 5).

A differenza delle alterazioni significative del metabolismo glicidico e lipidico e delle patologie tiroidee per quanto riguarda i tumori, le valutazioni fin qui condotte non evidenziano una maggiore incidenza di tumori nell'area di esposizione rispetto al restante territorio regionale.

Gli studi di letteratura riportati nel parere dell'Istituto Superiore di Sanità (del 16 gennaio 2014, prot. n.0001584) si definiscono queste sostanze possibilmente associate a:

- Ipercolesterolemia
- Colite ulcerosa
- Alterazioni del metabolismo di acido urico
- Malattie della tiroide
- Alterazione di livelli di glucosio
- Patologie tiroidee
- Ipertensione indotta dalla gravidanza
- Negli iper esposti tumori del rene e del testicolo

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 4/57

Tenuto conto che pur non essendo tali patologie direttamente correlate alle sostanze perfluoroalchiliche ed essendo attribuibili frequentemente agli scorretti stili di vita, risultano tuttavia correlate alle condizioni di rischio delle malattie sopra elencate.

L'esposizione alle sostanze perfluoroalchiliche può essere quindi considerata come il "quinto" fattore di rischio che si associa ai quattro fattori di rischio: fumo, sedentarietà, dieta scorretta ed abuso di alcol che sono responsabili delle malattie croniche non trasmissibili.

Poiché all'esposizione alle sostanze perfluoroalchiliche, subita dalla popolazione, possono associarsi i fattori di rischio legati a scorrette abitudini di vita, risulta necessario agire con un'azione di sanità pubblica che oltre alla valutazione della concentrazione delle sostanze perfluoroalchiliche possa attraverso la determinazione della classe di rischio rispetto agli stili di vita, assicurare la presa in carico del soggetto da parte del proprio medico di medicina generale e fornire l'indicazione a riorientare lo stile di vita individuale attraverso i programmi di prevenzione individuale e collettiva rispondenti alla pianificazione della prevenzione regionale e locale.



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 5/57



OBIETTIVI

Obiettivo generale

Prevenzione delle malattie croniche degenerative dovute all'esposizione alle sostanze perfluoralchiliche ed agli scorretti stili di vita, attraverso la presa in carico della popolazione esposta.

Obiettivi specifici:

1. Caratterizzare l'esposizione a PFAS delle persone che vivono nelle aree contaminate.
2. Valutare gli effetti dell'esposizione a PFAS sulla salute dei soggetti esposti.
3. Identificare i comportamenti a rischio per le malattie croniche degenerative
4. Garantire il monitoraggio dello stato di salute del soggetto esposto attraverso l'offerta terapeutica affidata alla medicina di famiglia e l'attivazione degli strumenti di prevenzione per la modifica degli stili di vita scorretti, affidata ai dipartimenti di Prevenzione della Regione.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 6/57

DEFINIZIONE DELL'AREA DI ESPOSIZIONE

Lo studio di biomonitoraggio effettuato dall'ISS e tutt'ora in corso per un sottogruppo di popolazione (operatori e residenti di aziende zootecniche), ha avuto l'obiettivo di caratterizzare l'esposizione a sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in soggetti residenti nella Provincia di Vicenza interessate da esposizione incrementale a sostanze perfluoroalchiliche, rispetto a gruppi di popolazione di controllo residente in altre aree geografiche del Veneto. (Fig.1)

Le aree sono state identificate in base ai dati disponibili sulla contaminazione da PFAS della filiera idrica ed a dati ambientali di contaminazione delle acque sotterranee. Tali dati erano relativi a campionamenti effettuati prima dell'abbattimento della contaminazione nell'acqua potabile di rete, a seguito di un parere dell'ISS rilasciato all'inizio del 2014.

Hanno partecipato allo studio le Aziende ULSS:

ULSS 5 Ovest Vicentino e ULSS 6 Vicenza (area a esposizione incrementale);
ULSS 6 di Vicenza, 8 di Asolo, 9 di Treviso, 15 di Cittadella, 22 di Bussolengo (area di controllo).

Sono stati selezionati i seguenti comuni:

Per l'area a esposizione incrementale: Montecchio Maggiore, Lonigo, Brendola, Creazzo, Altavilla, Sovizzo, Sarego;

Per l'area di controllo: Mozzecane, Dueville, Carmignano, Fontaniva, Loreggia, Resana, Treviso.

Figura 1: Comuni Esposti e Non Esposti e relative Ulss di appartenenza

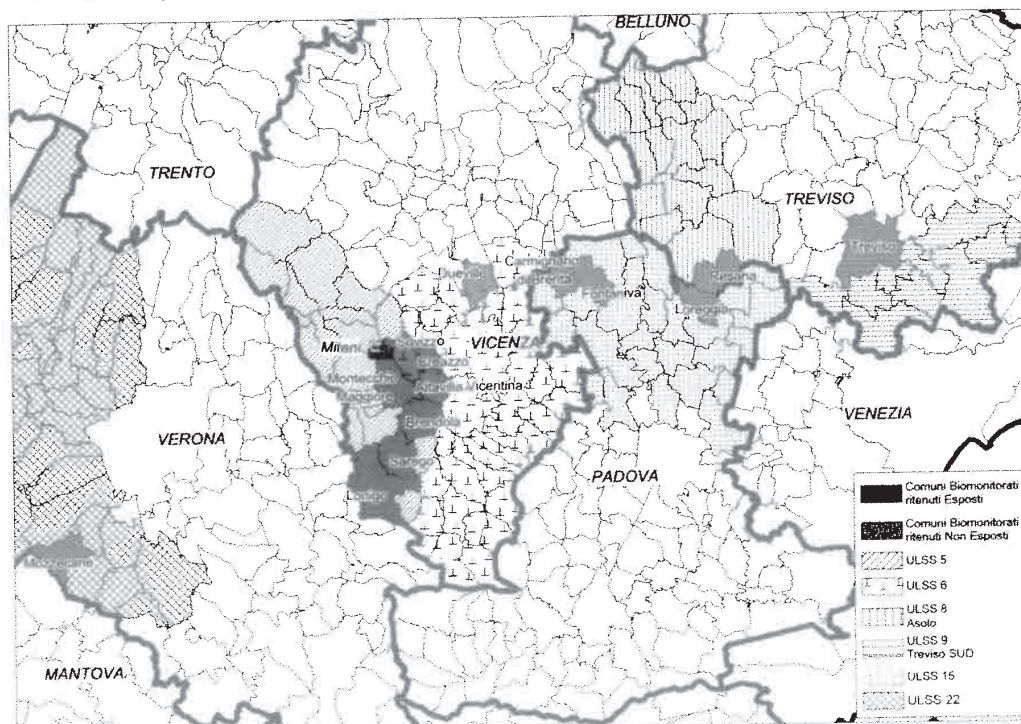
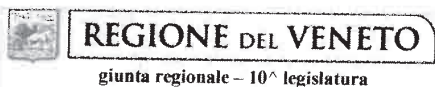


Fig. 1 - Comuni Esposti e Non Esposti e relative ULSS di appartenenza

Lo studio sulla popolazione generale dell'area di impatto e di controllo prevedeva l'arruolamento di 480 soggetti, 240 residenti nei Comuni sotto impatto e 240 residenti nei Comuni a presumibile esposizione di fondo. In ogni area dovevano essere arruolati 120 soggetti per sesso, 40 per ognuna delle classi di età: 20-29, 30-39 e 40-49 anni.

**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 7/57



Ogni soggetto doveva essere residente nell'area da almeno 10 anni.

In data 18 Aprile 2016 l'ISS ha comunicato alla Regione Veneto i risultati dello studio sulla popolazione generale, che risulta pertanto completato per quanto riguarda la determinazione dei livelli nel siero delle sostanze di interesse, e l'analisi genetica nei soggetti arruolati. Mentre è in corso l'analisi delle correlazioni tra i livelli osservati e le variabili da questionario somministrato ai soggetti arruolati.

Risultati

I campioni analizzati dal Reparto di Chimica Tossicologica sono stati 507 rispetto ai 480 previsti. Non tutti gli analiti ricercati sono risultati al di sopra del limite di quantificazione (LOQ) nei campioni. La percentuale dei valori determinabili è risultata essere > 50% per PFHpA, PFDA, PFUdA, PFHxS, PFNA, PFOS e PFOA.

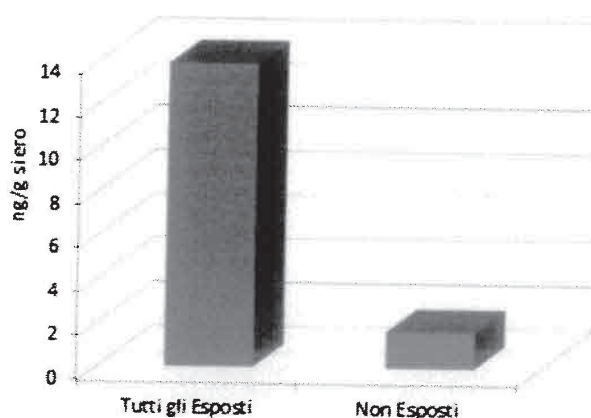
In particolare PFOS e PFOA, che rappresentano le sostanze di maggior rilievo sotto il profilo espositivo e tossicologico, sono stati rilevati in tutti i campioni analizzati.

In base ai risultati dell'analisi statistica descrittiva (riportata in allegato), si evidenzia quanto segue. Per nove delle sostanze analizzate (PFBA, PFPeA, PFBS, PFHxA, PFHpA, PFHxS, PFOA, PFOS e PFDoA) le concentrazioni nel siero dei residenti nei Comuni a esposizione incrementale sono risultate significativamente superiori ($p < 0.05$) a quelle dei residenti dei Comuni dell'area di controllo.

Per tutte queste sostanze, si osservano nella ULSS 5 concentrazioni significativamente più elevate che nella ULSS 6.

Figura 2:

Concentrazioni (mediane) di PFOA nel siero di tutti gli
Esposti e dei Non Esposti



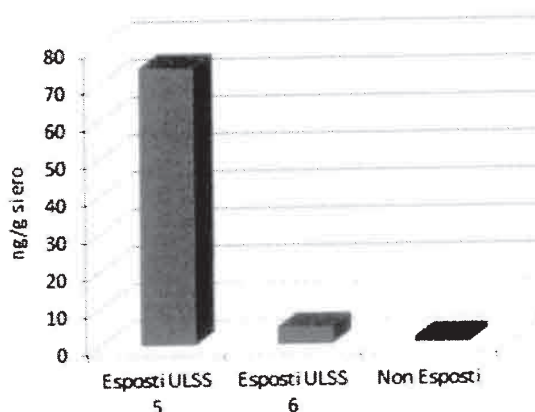
Si evidenziano i dati relativi al composto maggiormente presente e tossicologicamente rilevante (PFOA).

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 8/57

Figura 3:

Concentrazioni (mediane) di PFOA nel siero degli
Esposti della ULSS 5, della ULSS 6 e dei Non Esposti



Analisi genetica

I soggetti arruolati sono stati caratterizzati geneticamente rispetto alla variante polimorfica OATP1A2*3 (A516C) del gene che codifica per una delle proteine coinvolte nel trasporto renale dei PFAS per la loro eliminazione (bilancio tra secrezione/riassorbimento).

I dati, a tutt'oggi disponibili, indicano che non c'è relazione tra i livelli di dose interna dei PFAS e il genotipo. La dose interna così come evidenziata dallo studio di biomonitoraggio è determinata essenzialmente dall'esposizione esterna e non dalle caratteristiche genetiche individuali studiate.

Le elaborazioni preliminari sembrano confermare che la individuazione delle aree dei Comuni esposti e non esposti, sulla base dei livelli di PFAS nelle acque con potenziale uso umano, sia adeguata con il disegno dello studio di biomonitoraggio, in accordo con i dati di letteratura che indicano le **“acque”** come via principale di esposizione ai PFAS.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

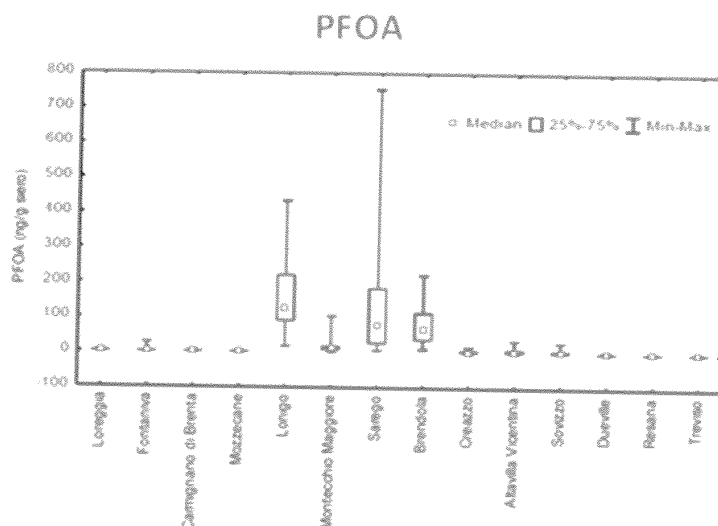
pag. 9/57

GRADAZIONE DEL RISCHIO DI ESPOSIZIONE

Sulla base dei risultati del Biomonitoraggio descritti precedentemente si è proceduto seguendo la metodologia di lavoro basata sull'intersectorialità, con la Agenzia Regionale per l'Ambiente ed il Dipartimento ambiente, alla ricostruzione della Filiera idropotabile.

La ricostruzione della Filiera idropotabile ha avuto l'obiettivo di individuare, partendo dai Comuni con la più significativa concentrazione di PFOA nel sangue (Fig. 4), l'area di massima esposizione sanitaria prima della apposizione dei filtri e quindi dell'abbattimento del carico inquinante con conseguente mitigazione del rischio. (tabella 1)

Figura4:



Regione del Veneto - Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria - Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica



Tabella 1: Dati sulle concentrazioni di PFAS nell'acqua potabile, dati a giugno 2013. Fonte: Area Tutela e Sviluppo del Territorio

Comune	Fonte	PFBA	PFPeA	PFtSA	PFHpA	PFOA	PFNA	PFDeA	PFDoA	PFUNA	PFOS	PFBS	PFtAS	PFAS_Somma	PFAS_TOT	POP_RES	POP_SERV	VOL_ANNO	Q
Longo	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	16322	15500	979000	31,04388635
	Madonna dei Prati	195	111	99	19	527	1	1	1	1	10	242	4	674	1211	6721	6600	440000	14,07914764
	Albaredo d'Adige	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	5308	3726	250102	7,939682395
	Arcole	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	6263	4700	346781	10,99635337
	Bevilacqua	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	1803	1710	115621	3,666317859
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	2042	1716	100699	3,199486301
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	1452	1133	77385	2,453862253
	Bonavigo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	8752	7724	592909	18,90102106
	Boschi Sant'Anna	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	25459	18044	1366147	43,32023719
	Cologna Veneta	187	115	101	28	559	20	0	0	0	0	24	158	23	631	1214	4660	4204	299316
Longo	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	2550	2273	159388	5,054160325
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	1547	1239	89180	2,827879249
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	2245	499	30051	0,952910955
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	4905	4595	354598	11,24422882
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	4894	4162	324956	10,30428716
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	1422	1422	96418	3,057394723
	Madonna di Longo miscelata con pozzo Acque Potabili	54	31	33	20	101	20	20	20	20	20	34	20	132	253	1647	1647	128177	4,064466007
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	877	877	465701	1,476725013
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	1791	1791	113067	3,58533105
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	1894	1894	108904	3,453323186
Longo	Madonna di Longo miscelata con pozzo Acque Potabili	54	31	33	20	101	20	20	20	20	20	20	20	10	50	9421	9118	585350	18,56132674
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	3151	3090	182670	5,799427702
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	4459	4317	225814	7,160514967
	Madonna di Longo	187	115	101	28	559	20	0	0	0	24	158	23	631	1214	4459	4317	225814	7,160514967
	Poiana Maggiore	50	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	10	50	1153	1153	70257	2,227834855
	Pozzo v'gazzola	50	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	10	50	1153	1153	70257	2,227834855
	San Germano dei Berici	196	128	108	34	534	20	20	20	20	26,6	190	20	660	1221	6641	6286	385271	12,21686327
	Sarego	135	85	68	19	274	0	0	0	0	22	110	22	438	734	8959	8959	555020	17,59955687
	Noventa Vicentina	83	56	40	0	204	0	0	0	0	19	79	17	274	497	4400	4338	297345	9,42874809
	Sossano																		

Nota: Per PFAS_TOT si intende la somma di tutti i PFAS in tabella, mentre PFAS_Somma è la somma dei PFAS esclusi i PFOA e i PFOS



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 11/57



Per l'individuazione dell'area di massima esposizione sanitaria è stato considerato come valore di riferimento la media di PFAS totali nel giugno 2013, pari a 1213 ng/L nelle acque potabili distribuite dagli acquedotti nei tre Comuni di Lonigo, Sarego e Brendola.

A questi valori di esposizione nelle acque potabili hanno trovato corrispondenza elevate concentrazioni di PFAS nel sangue della popolazione residente dei Comuni considerati.

Si è quindi proceduto ad individuare i Comuni che hanno avuto una esposizione idropotabile nel 2013, prima dell'applicazione dei filtri, con gli stessi valori sopra considerati, ne è derivato uno schema di ricostruzione della filiera, con l'identificazione delle Fonti di approvvigionamento e dei Comuni esposti. (Fig.5)

Lo stesso procedimento basato sulle concentrazioni di PFAS nelle acque potabili è stato applicato alle concentrazioni delle stesse sostanze sugli approvvigionamenti ad uso potabile derivanti dalle captazioni autonome ad uso potabile, sulla base dei dati disponibili.

La caratterizzazione completa dell'area ha richiesto che ai dati sulle acque potabili venissero associati i dati ambientali sulle acque superficiali e sotterranee forniti da ARPAV.

L'analisi dei dati ha consentito la graduazione delle aree in (Fig.6):

- **Area di massima esposizione sanitaria (in rosso):** riferita all'area dove era presente un'alta concentrazione di PFAS nel 2013 prima dell'applicazione dei filtri sull'acqua in distribuzione e dove si riscontrano elevate concentrazioni di queste sostanze nelle acque sotterranee e superficiali. In tale area sulla base dei dati ambientali nelle acque sotterranee e superficiali è stato possibile differenziare un'area rossa dove è maggiore la concentrazione di sostanze perfluoroalchiliche in tutte le acque, denominata "Area Rossa A" ed una area dove la contaminazione delle acque superficiali e sotterranee è minore, denominata "Area Rossa B" (Tab.2).
- **Area delle captazioni autonome ad uso potabile (in arancio):** riferita ad ambiti comunali dove sono stati rilevati superamenti di PFAS dalle captazioni autonome censite.
- **Area di attenzione (in giallo):** riferita al sistema di controllo delle reti ambientali per acque superficiali e sotterranee.
- **Area di approfondimento (in verde):** area con solo presenza di PFAS in matrici ambientali, necessita di ulteriori monitoraggi e studi

La graduazione viene confermata dalla corrispondenza del territorio identificato con la maggiore contaminazione nelle matrici ambientali e con l'esatta delimitazione del "plume" inquinante derivante dalla fonte di contaminazione identificata nei Rapporti tecnici redatti da ARPAV.

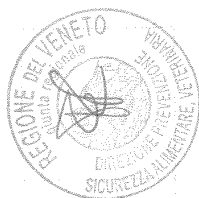
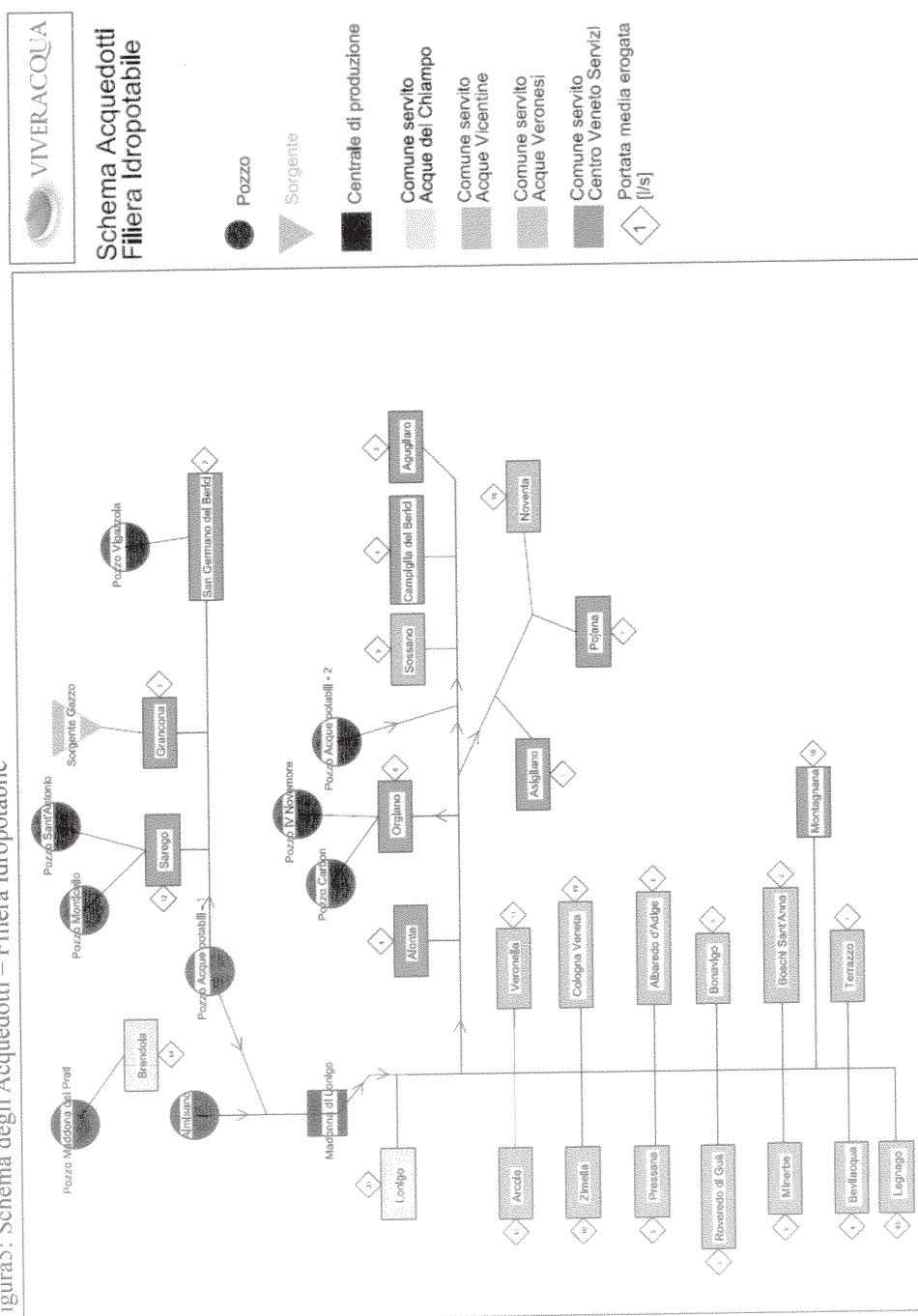


Figura5: Schema degli Acquedotti – Filiera Idropotabile





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale - 10^a legislatura

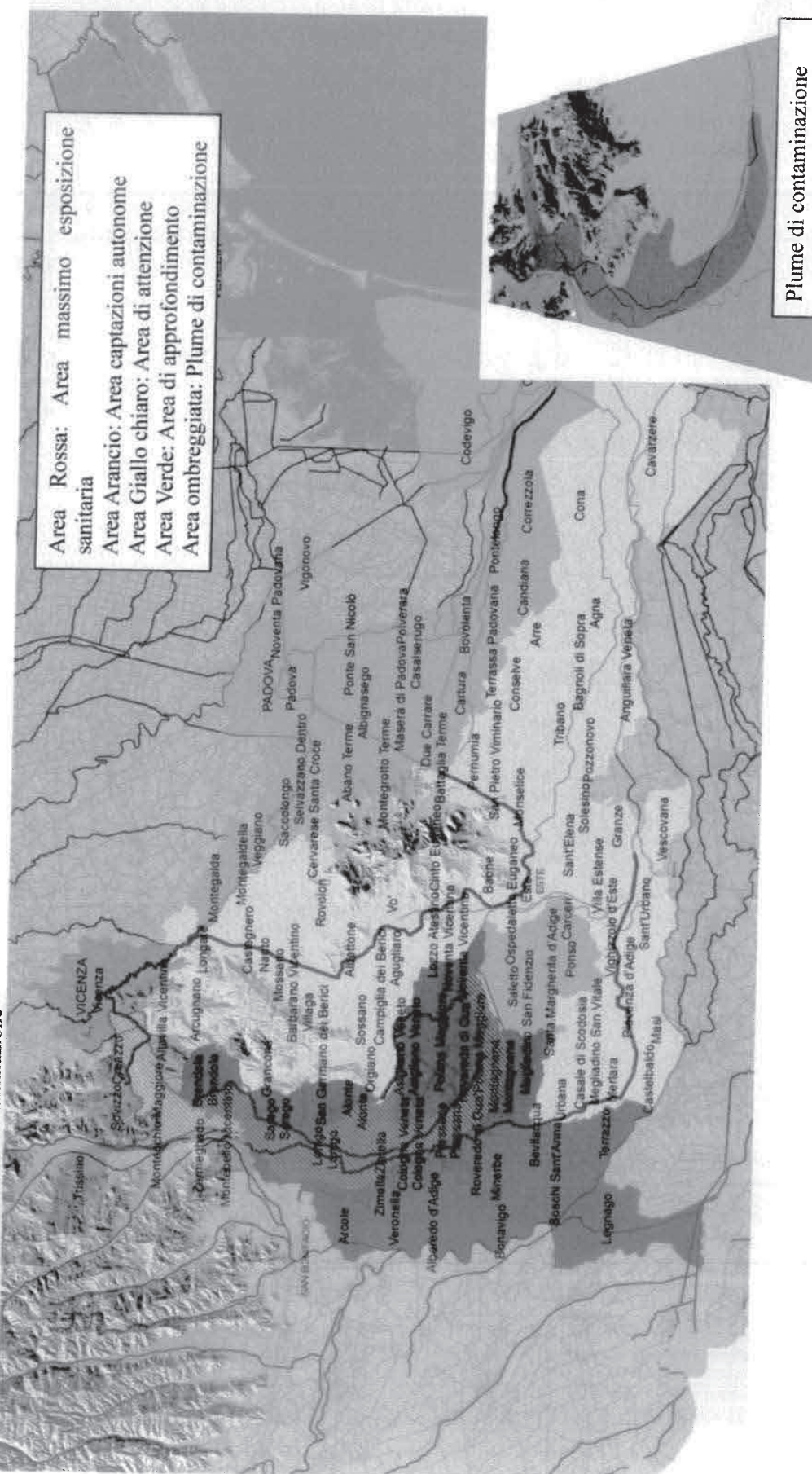
ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 13/57



Figura6: Definizione delle Aree della Contaminazione




REGIONE DEL VENETO

 giunta regionale - 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.
del

pag. 14/57



Tabella 2: Graduazione dell'Area di Massima Esposizione Sanitaria

COD_COMUNI	NOME COMUN	PROV	TIPO	ASL	SUPERFICIE (ha)	SUPERFICIE (KMQ)
24003	Alonte	VI	Area_A	5	1114,513	11,145
24015	Brendola	VI	Area_A	5	2553,972	25,540
24052	Lonigo	VI	Area_A	5	4931,950	49,320
24098	Sarego	VI	Area_A	5	2389,599	23,896
24010	Asigliano Veneto	VI	Area_A	6	807,977	8,080
24074	Noventa Vicentina	VI	Area_A	6	2300,770	23,008
24079	Poiana Maggiore	VI	Area_A	6	2847,215	28,472
28056	Montagnana	PD	Area_A	17	4503,527	45,035
23027	Cologna Veneta	VR	Area_A	20	4325,951	43,260
23061	Pressana	VR	Area_A	20	1770,716	17,707
23066	Rovereto di Gua'	VR	Area_A	20	1017,067	10,171
23098	Zimella	VR	Area_A	20	2007,261	20,073
23002	Albaredo d'Adige	VR	Area_B	20	2806,956	28,070
23004	Arcole	VR	Area_B	20	1893,525	18,935
23092	Veronella	VR	Area_B	20	2067,008	20,670
23008	Bevilacqua	VR	Area_B	21	1205,582	12,056
23009	Bonavigo	VR	Area_B	21	1784,178	17,842
23010	Boschi Sant'Anna	VR	Area_B	21	894,027	8,940
23044	Legnago	VR	Area_B	21	7936,234	79,362
23048	Minerbe	VR	Area_B	21	2970,282	29,703
23085	Terrazzo	VR	Area_B	21	2054,824	20,548



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 15/57

Tabella 3: Massima Esposizione Sanitaria – Popolazione residente e servita, Acquedotto e Fonte di Approvvigionamento

Area di massima esposizione sanitaria							Fonte di Approvvigionamento
Ulss	Cod. Comune	Comune	Popolazione Residente	Popolazione Servita	PFAS_TOT	Acquedotto	
20	23002	Albaredo d'Adige	5308	3726	1214	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
5	24003	Alonte	1647	1647	1214	Centro Veneto Servizi	Almisano Madonna di Lonigo
20	23004	Arcole	6263	4700	1211	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
6	24010	Asigliano Veneto	877	877	1214	Centro Veneto Servizi	Almisano Madonna di Lonigo
21	23008	Bevilacqua	1803	1710	1214	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
21	23009	Bonavigo	2042	1716	1214	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
21	23010	Boschi Sant'Anna	1452	1133	1214	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
5	24015	Brendola	6721	6600	1211	Acque del Chiampo	Pozzo Madonna dei Prati
20	23027	Cologna Veneta	8752	7724	1214	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
21	23044	Legnago	25459	18044	1214	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
5	24052	Lonigo	16322	15500	1214	Acque del Chiampo	Almisano Madonna di Lonigo
21	23048	Minerbe	4660	4204	1214	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
17	28056	Montagnana	9421	9118	1214	Centro Veneto Servizi	Almisano Madonna di Lonigo
6	24074	Noventa Vicentina	8959	8959	734	Acque Vicentine	Almisano Madonna di Lonigo
6	24079	Poiana Maggiore	4459	4317	1214	Centro Veneto Servizi	Almisano Madonna di Lonigo
20	23061	Pressana	2550	2273	1214	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
20	23066	Roveredo di Guà	1547	1239	1214	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
5	24098	Sarego	6641	6286	1221	Centro Veneto Servizi	Pozzo Monticello Pozzo Sant'Antonio Pozzo Acque potabili
21	23085	Terrazzo	2245	499	1214	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
20	23092	Veronella	4905	4595	1211	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
20	23098	Zimella	4894	4162	1214	Acque Veronesi	Almisano Madonna di Lonigo
		Popolazione totale	126927	109029			



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 16/57

POPOLAZIONE ELEGGIBILE ED INTERVALLO DI SCREENING

La popolazione eleggibile è costituita da tutti i soggetti nati tra il 01/01/1951 e il 31/12/2002 (ovverosia di età compresa tra i 14 e i 65 anni al 31/12/2016) residenti o domiciliati nei Comuni a massima esposizione delle cinque Aziende ULSS interessate dalla contaminazione ambientale. Complessivamente, la popolazione eleggibile ammonta a 84.795 persone così distribuite sul territorio (Tab.4):

Tabella 4: Distribuzione della popolazione eleggibile nell'area territoriale interessata

Comuni	Residenti ULSS 5	Residenti ULSS 6	Residenti ULSS 20	Residenti ULSS 21	Residenti ULSS 17
Alonte, Brendola, Lonigo, Sarego	31.331				
Asigliano, Noventa Vicentina, Poiana Maggiore		14.295			
Albaredo D'Adige, Arcole, Cologna Veneta, Pressana, Roveredo di Guà, Veronella, Zimella			34.219		
Bevilacqua, Bonavigo, Boschi Sant'Anna, Legnago, Minerbe, Terrazzo				37.661	
Montagnana					9.421



pag. 17/57

Popolazione per Età

Popolazione per Età

			Popolazione per Età																																
Uss	Prov.	Comune	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
20	VR	Albaredo d'Adige	75	66	74	90	82	82	75	83	87	99	104	95	103	75	74	84	76	79	63	65	60	62	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
5	VI	Alonte	23	29	30	23	27	33	28	32	46	33	35	27	39	24	24	18	30	24	19	23	16	17	21	13	15	17	18	19	20	21	22	23	24
20	VR	Arcole	106	101	123	111	93	118	98	121	95	98	117	78	109	91	92	95	85	69	82	64	68	63	64	62	44	57	58	59	60	61	62	63	64
6	VI	Asigliano Veneto	13	13	10	15	18	19	19	11	8	15	21	8	18	11	9	12	10	13	5	15	8	7	14	23	8	7	8	9	10	11	12	13	
21	VR	Bevilacqua	26	23	39	30	32	30	38	31	27	23	37	32	18	27	24	31	20	24	18	20	23	11	15	29	19	22	23	24	25	26	27	28	29
21	VR	Bonavigo	39	31	46	37	33	37	31	29	34	27	26	34	29	26	24	19	27	21	22	24	28	27	21	25	25	31	32	33	34	35	36	37	38
21	VR	Boschi Sant'Anna	26	30	18	25	21	35	20	30	24	33	23	26	14	26	21	25	13	22	21	23	24	28	17	14	16	16	17	18	19	20	21	22	
5	VI	Brendola	112	124	114	91	121	134	106	113	121	117	107	106	93	99	79	80	81	68	71	77	77	64	69	71	89	74	75	76	77	78	79	80	81
20	VR	Cologna Veneta	138	112	148	145	128	169	151	146	133	141	148	131	135	139	116	105	102	119	103	123	95	82	79	92	96	83	84	85	86	87	88	89	90
21	VR	Legnago	388	378	416	413	372	381	401	378	419	386	445	398	362	375	400	385	392	357	365	367	365	334	297	300	346	303	304	305	306	307	308	309	310
5	VI	Lonigo	250	273	295	256	280	269	253	257	252	267	251	231	203	237	245	205	229	180	201	210	211	176	186	177	177	173	174	175	176	177	178	179	180
21	VR	Minerbe	69	75	66	65	80	69	83	89	88	87	72	84	71	82	62	85	48	60	66	68	47	63	59	51	45	52	53	54	55	56	57	58	59
17	PD	Montagnana	136	140	148	143	143	153	139	151	158	140	172	153	145	152	148	143	123	125	104	112	120	102	104	108	130	125	126	127	128	129	130	131	132
6	VI	Noventa Vicentina	154	152	139	141	157	151	165	165	142	185	156	138	131	138	145	127	123	125	104	102	106	119	108	95	95	124	125	126	127	128	129	130	131
6	VI	Pojana Maggiore	71	62	70	71	65	76	66	70	60	84	52	74	95	70	74	54	56	57	64	55	56	47	60	49	48	43	44	45	46	47	48	49	
20	VR	Pressana	31	34	42	36	42	52	49	43	38	42	39	43	37	40	31	31	37	31	27	44	35	34	34	32	33	29	30	31	32	33	34	35	36
20	VR	Roveredo di Guà	27	23	34	10	25	15	26	22	29	22	28	25	23	24	26	30	19	32	21	14	18	26	10	16	13	13	14	15	16	17	18	19	
5	VI	Sarego	142	128	134	116	111	104	105	102	117	104	109	104	95	89	101	67	70	81	82	87	89	73	58	68	80	80	81	82	83	84	85	86	
21	VR	Terrazzo	30	18	28	31	26	40	35	32	40	37	36	44	34	30	24	43	36	33	23	29	39	36	26	18	30	26	27	28	29	30	31	32	
20	VR	Veronella	102	104	96	82	90	85	80	90	76	82	87	80	65	56	60	73	51	45	58	80	56	46	40	52	49	44	45	46	47	48	49	50	
20	VR	Zimella	106	76	82	83	78	80	85	73	74	102	94	75	70	83	74	69	71	63	56	67	50	49	55	57	56	55	56	57	58	59	60	61	



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 18/57

Chiamata attiva della popolazione target

Per il reclutamento dei soggetti verrà adottata la modalità organizzativa dei programmi di screening oncologici, che prevede l'identificazione delle persone eleggibili mediante l'anagrafe sanitaria regionale e la loro chiamata attiva.

La chiamata della popolazione eleggibile procederà in tutte le ULSS coinvolte secondo un ordine di età anagrafica crescente, ovverosia invitando per primi i nati nel 2002 e a seguire le coorti di nascita precedenti, fino alla coorte 1951.

È previsto l'invio di una lettera di sollecito entro dodici mesi dal 1° invito ai non rispondenti, cioè a coloro che non si presenteranno all'appuntamento prefissato. La lettera di sollecito conterrà la proposta di un nuovo appuntamento. I soggetti che non si presenteranno neanche al 2° appuntamento saranno esclusi dal programma di screening.

Le modalità di chiamata per invito verranno gestite dall'Azienda ULSS 5 "Ovest Vicentino" dalla Segreteria Organizzativa Aziendale del Centro Unico Screening con personale dedicato.

La gestione documentale con elaborazione, stampa, imbustamento, postalizzazione di comunicazioni sarà affidata ad una Ditta esterna.

Per la popolazione target invitata il programma è completamente gratuito.

A tutti i partecipanti verranno offerti, con periodicità biennale, i seguenti accertamenti:

- **somministrazione di un questionario** (All. 5: Questionario) su: caratteristiche socio-demografiche, storia residenziale e occupazionale, anamnesi familiare, patologica e riproduttiva, farmaci assunti, abitudine al fumo, attività fisica, alimentazione, consumo di prodotti locali, fonte di approvvigionamento idro-potabile, statura e peso;
- **misurazione della pressione arteriosa;**
- **prelievo di sangue venoso** per il dosaggio di: creatinina, filtrazione glomerulare, acido urico, ALT, AST, HbA1c, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, TSH, PFAS;
- **raccolta di campione urine** estemporaneo per il dosaggio della microalbuminuria.

Gli individui con stili di vita non salutarî verranno informati dei rischi per la salute e sostenuti nella modifica dei comportamenti.

Gli individui con concentrazioni sieriche di PFAS superiori all'intervallo di normalità e/o alterazioni degli esami biochimici o dei valori pressori verranno presi in carico dal proprio medico di famiglia ed inseriti in un percorso assistenziale di **II° livello** per la diagnosi tempestiva di eventuali patologie correlate all'esposizione a PFAS.

**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 19/57

Esami ematochimici**Primo livello:**

- Colesterolo totale, HDL, LDL
- Glicemia, Emoglobina glicata
- Creatinenemia e filtrato glomerulare
- Enzimi epatici: ALT, AST
- Ormoni tiroidei: TSH
- Ac. Urico
- Es. Urine: microalbuminuria
- Determinazione della pressione arteriosa

Determinazione dose interna PFAS**Secondo Livello**

Esami di approfondimento ad hoc



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 20/57

Centri prelievo

L'attività di prelievo, somministrazione del questionario e misurazione della PAO verrà svolta da personale adeguatamente formato presso i Centri prelievo di seguito evidenziati (Tab. 6), suddivisi in due annate (Tab. 7) secondo le modalità previste da apposite procedure (All. 6: Istruzione operativa 1 – Misurazione della pressione arteriosa; All. 7: Istruzione operativa 2 – Prelievo dei campioni biologici).

Tabella 6: Centri prelievo

ULSS	Centri prelievo	Invitati
ULSS 5 Ovest Vicentino	OSPEDALE DI LONIGO	21.539
ULSS 6 Vicenza	OSPEDALE DI NOVENTA VICENTINA	9.649
ULSS 17 Montagnana	OSPEDALE DI NOVENTA VICENTINA	6.074
ULSS 20 Verona	OSPEDALE DI COLOGNA VENETA	23.201
ULSS21 Legnago	OSPEDALE DI LEGNAGO	24.332
Totale		84.795

Tabella 7: Volumi di attività (persone) per i diversi Centri Prelievo nelle varie annate

Centro di Prelievo	anno 2017 (nati 2002- 1974)	adesione prevista 70 %	anno 2018 (nati 1973- 1951)	adesione prevista 70 %	invitati 2017- 2018	adesione prevista 70%
O. C. Lonigo	11.182	7827	10.357	7250	21.539	15.077
O. C. Noventa Vic.	7.616	5331	8.107	5675	15.723	11.006
O. C. Cologna V.	11.844	8290	11.357	7950	23.201	16.240
O. C. Legnago	11.512	8058	12.820	8974	24.332	17.032
Totale	42.154	29.506	42.641	29.849	84.795	59.355

I volumi di attività hanno valore orientativo e saranno modulabili in rapporto all'adesione allo screening da parte della popolazione invitata.

Gli ambulatori saranno dotati di computer con collegamento alla rete intranet regionale, con accesso al software gestionale regionale dello screening, in modo da consentire al personale prelevatore l'inserimento dei dati degli utenti, la compilazione del questionario e la stampa delle etichette riportanti il codice identificativo di ciascun soggetto (fase di accettazione).

Le analisi bioumorali di routine saranno eseguite nei laboratori delle singole ULSS di competenza.

Il dosaggio dei PFAS verrà centralizzato nel laboratorio di riferimento di ARPAV, per garantire la massima standardizzazione delle procedure analitiche e la confrontabilità dei risultati. I campioni ematici per i PFAS verranno raccolti e trasportati da fattorino dell'ARPAV con periodicità settimanale, nel rispetto delle modalità di conservazione indicate dal laboratorio (All. 8: Istruzione operativa 3 – Processazione, conservazione e invio dei campioni per PFAS al laboratorio ARPAV).

Le procedure di accettazione dei campioni, di gestione degli stessi, di trasmissione degli esiti degli esami dovranno rispettare le norme di sicurezza, tracciabilità dei percorsi e rispetto della privacy.

L'intercalibrazione di analisi dei campioni verrà garantita dall'Istituto Superiore di Sanità.



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 21/57

SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE SCREENING PFAS

Il processo dello screening PFAS sarà gestito attraverso un nuovo modulo dell'applicativo regionale screening oncologici (alla stregua di quanto già implementato per lo screening cardiovascolare) all'interno del quale saranno opportunamente configurati i 21 comuni sottoposti ad inquinamento da PFAS. La popolazione target sarà individuata nei soggetti residenti e domiciliati nei 21 comuni configurati.

L'applicativo sarà integrato con l'Anagrafe Unica Regionale con le stesse modalità degli screening oncologici e cardiovascolare.

1. Agenda

Nell'applicativo saranno configurati quattro centri prelievo corrispondenti alle cinque ULSS (uno dei centri prelievo serve due ULSS) e i soggetti saranno invitati in base al comune di residenza / domicilio secondo la tabella seguente:

CENTRI PRELIEVO	COMUNI
LONIGO	Alonte, Brendola, Lonigo, Sarego
NOVENTA VICENTINA	Asigliano, Noventa V., Poiana M., Montagnana
COLOGNA VENETA	Albaredo D'Adige, Arcole, Cologna V., Pressana, Roveredo di Guà, Veronella, Zimella
LEGNAGO	Bevilacqua, Bonavigo, Boschi S. Anna, Legnago, Minerbe, Terrazzo

Ogni centro prelievo avrà la propria agenda indipendente e la gestione sarà analoga a quella degli screening oncologici e cardiovascolare; la segreteria unificata potrà eseguire lo spostamento degli appuntamenti per tutti i centri prelievo tramite un unico accesso all'applicativo.

2. Generazione inviti ed invio prenotazioni ai Laboratori Analisi

La modalità di generazione inviti sarà analoga a quella degli screening oncologici e cardiovascolare, con le seguenti configurazioni:

- La sezione PRIMI INVITI includerà sempre (tramite i filtri proposti, che saranno modificabili) i mai invitati delle coorti 1951-2002, dando la precedenza ai più giovani;
- La sezione SOLLECITI permetterà di sollecitare i non aderenti al primo invito (un solo sollecito);
- La sezione ALTRI INVITI inviterà gli aderenti ai primi inviti ai richiami di controllo a 24 mesi.

Le lettere di invito potranno essere differenziate in base all'età dei soggetti (valutata alla data dell'appuntamento).

Una volta generati gli inviti occorrerà esportare le richieste ai Laboratori Analisi ULSS e al Laboratorio ARPAV.

NOTE: Questa configurazione permetterà fra due anni di valutare se continuare esclusivamente con i richiami di controllo o se chiamare anche i nuovi ingressi od i non aderenti.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 22/57

3. Accettazione (consenso e questionario), prelievo ed etichette

Nell'applicativo verrà predisposta una sezione dove registrare due consensi:

1. Consenso generale al trattamento dei dati (dati personali e sensibili)
2. Consenso alla condivisione dei dati con le ULSS convenzionate (nell'informativa sulla privacy, a cura delle Aziende ULSS, dovranno comparire gli enti coinvolti)

Solamente dopo aver raccolto favorevolmente entrambi i consensi l'operatore avrà accesso alle sezioni dedite al censimento del questionario e alla gestione dei dati di refertazione (sangue, urine, PFAS).

NOTE: La raccolta del consenso sarà necessaria in modo indistinto per tutti gli invitati, indipendentemente dalla ULSS di residenza. I consensi saranno raccolti al primo accesso e manterranno la loro validità fino ad eventuale revoca da parte dell'utente. L'eventuale consenso informato se necessario per l'esecuzione dei prelievi, andrà raccolto e gestito in cartaceo con le opportune modalità (a cura delle Aziende ULSS).

4. Prelievo, etichette ed export appuntamenti-accettazioni

Una volta completato il questionario l'operatore stamperà le etichette ed eseguirà i prelievi. Le due etichette previste per gli esami PFAS saranno stampate dall'applicativo di screening e saranno anonimizzate (conterranno esclusivamente il codice campione relativo all'esame); le altre etichette verranno invece stampate dall'interfaccia del gestionale in uso presso i Laboratori Analisi di ogni centro prelievo, dove verrà presa in carico la richiesta ricevuta dall'applicativo di screening (esportate dopo la generazione degli inviti ed identificate da un codice richiesta stampato anche nella lettera di invito).

NOTE: La postazione di accettazione dovrà essere dotata di PC in rete ULSS e collegato al server di Laboratorio Analisi della propria ULSS, stampante di etichette e lettore ottico.

5. Ritorno referti

Una volta completati tutti gli esami richiesti l'applicativo di screening riceverà dai Laboratori Analisi ULSS tutti gli esami effettuati.

ESAME	TIPO RISULTATO	UNITA' DI MISURA	VALORI DI RIFERIMENTO
creatinina	numero con due cifre decimali	mg/dL	M: 0,8-1,3 F: 0,6-1,0
eGFR	numero intero	mL/min/1,73 mq	>90
acido urico	numero con una cifra decimale	mg/dL	M: 3,5-7,2 F: 2,6-6,0
ALT	numero intero	U/L	M: 0-50 F: 0-35
AST	numero intero	U/L	M: 0-50 F: 0-35
glicemia	numero intero	mg/dL	70-99
HbA1c	numero intero	mmol/mole	<48
colesterolo totale	numero intero	mg/dL	<190
colesterolo HDL	numero intero	mg/dL	M: 0-39 F: 0-43
colesterolo LDL	numero intero	mg/dL	<115
TSH	numero con due cifre decimali	mIU/L	0,27-4,20
trigliceridi	numero intero	mg/dL	30-175
microalbuminuria	numero intero	mg/L	<30



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 23/57

ESAME	Concentrazione ng/g siero	Popolazione Italiana P5-P95 ng/g siero
PFAS		
acido perfluorobutanoico (PFBA)		
acido perfluoropentanoico (PFPeA)		
acido perfluoroesanoico (PFHxA)		
acido perfluotoeptanoico (PFHpA)		
acido perfluorooctanoico (PFOA)		1.15 - 8.00
acido perfluorononanoico (PFNA)		
acido perfluorodecanoico (PFDeA)		
acido perfluoroundecanoico (PFUnA)		
acido perfluorododecanoico (PFDoA)		
perfluorobutansulfonato (PFBS)		
perfluoroesansulfonato (PFHxS)		
perfluorooctansulfonato (PFOS)		1.88 - 14.79

Per ogni perfluorato in elenco verrà riportato il valore rilevato; gli intervalli di riferimento riportati per PFOA e PFOS rappresentano l'intervallo tra il 5° e il 95° percentile della concentrazione sierica rilevata in uno studio campionario sulla popolazione generale italiana (Ingelido et al., 2010. Chemosphere 80, 1125-1130); per tutti gli altri tipi di PFAS, i dati di letteratura sono scarsi pertanto verranno valutati al termine della rilevazione di tutta la popolazione target.

Una volta completati tutti gli esami PFAS l'applicativo di screening riceverà dal Laboratorio ARPAV tutti gli esami effettuati.

NOTE: sarà impossibile chiudere i referti nell'applicativo di screening se non saranno stati inseriti tutti gli esami previsti (nemmeno manualmente).



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 24/57

6. Referti e classi di rischio

Durante l'acquisizione degli esami dai Laboratori Analisi ULSS e/o dal Laboratorio ARPAV l'applicativo di screening verificherà se sono presenti tutti i dati necessari per chiudere il referto e determinerà la classe di rischio.

La determinazione della classe si baserà sulla combinazione di due variabili dicotomiche:

- Stile di vita: adeguato/migliorabile
- Pressione arteriosa e esami bioumorali: nella norma/alterati
- Esami PFAS: tale parametro sarà in un primo momento solo indicativo, e solo per i PFOA ed i PFOS verrà indicata una soglia di comparazione come indicato precedentemente

Saranno quindi configurate quattro classi di rischio, una per ogni combinazione di variabili possibile, contrassegnate da una lettera dell'alfabeto, come illustrato nella seguente tabella:

CLASSE	STILE DI VITA	PRESSIONE ARTERIOSA e ES. BIO-UMORALI	ESAMI PFAS
A	adeguato	nella norma	Valore rilevato
B	migliorabile	nella norma	Valore rilevato
C	adeguato	alterati	Valore rilevato
D	migliorabile	alterati	Valore rilevato

Di seguito si riportano i criteri per definire ciascuna delle due variabili che condizionano la classe di rischio.

STILE DI VITA: comprende i seguenti domini:

- Alimentazione: da considerare come variabile dicotomica (corretta/migliorabile) utilizzando i criteri già in uso nello Screening Cardiovascolare
- Attività motoria: da considerare come variabile categorica con tre possibili valori (elevata/moderata/lieve) utilizzando i criteri già in uso nello Screening Cardiovascolare
- Fumo: da considerare come variabile categorica con tre possibili valori (non fumatore/ex-fumatore/fumatore) utilizzando i criteri già in uso nello Screening Cardiovascolare
- BMI: numero con una cifra decimale; unità di misura: kg/mq; intervallo di riferimento: 18,5-24,9.

In base ai valori dei quattro suddetti domini, lo stile di vita verrà classificato come:

- "adeguato" → se Alimentazione="corretta" E Attività motoria="elevata"/"moderata" E Fumo="Ex-fumatore"/"Non fumatore" E BMI nella norma
- "migliorabile" → se Alimentazione="migliorabile" O Attività motoria="lieve" O Fumo="fumatore" O BMI fuori norma

PRESSIONE ARTERIOSA e ESAMI BIOUMORALI: saranno classificati come "nella norma" quando tutti i valori risultano nella norma; saranno classificati come "alterati" quando risulta fuori norma almeno un valore tra tutti quelli della pressione arteriosa (PAS e/o PAD) e dei vari esami bioumorali.

Unità di misura e cut-off per la pressione arteriosa:

PAS: numero intero; unità di misura: mmHg; intervallo di riferimento 0-139

PAD: numero intero; unità di misura: mmHg; intervallo di riferimento 0-89



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 25/57

ESAMI PFAS: verrà data un'indicazione solo per i PFOA ed i PFOS, se tali valori risulteranno superiori all'intervallo indicato, verrà data l'indicazione che si verrà contattati dal medico da responsabile dello screening.

7. Raccomandazioni e lettere di risposta

Ad ogni "classe di rischio" sarà associata una raccomandazione con specifica lettera di risposta in cui sarà possibile inserire tutti i risultati degli esami effettuati e tutte le rilevazioni del questionario valutate per il calcolo della classe di rischio.

Per la gestione dei follow-up, verranno utilizzati i seguenti criteri:

- Classi A-B (PA/es. biumorali nella norma) → richiamo a 24 mesi
- Classi C-D (PA/es. biumorali alterati) → richiamo a 24 mesi + invio MMG
- In ogni caso (A-B-C-D) con PFOA o PFOS alti → colloquio con il medico responsabile dello screening

Le lettere di risposta potranno essere differenziate in base all'età dei soggetti.

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 26/57

FORMAZIONE

Per garantire lo svolgimento delle attività di sorveglianza di I° livello (chiamata dei soggetti eleggibili, effettuazione dell'intervista e del prelievo, rilevazione della PAO, eventuale inserimento nel percorso di II° livello) verranno impiegati assistenti sanitari e personale amministrativo specificamente formati.

Per il personale sanitario ed amministrativo è prevista una formazione residenziale di 4 ore, riguardante le finalità e le caratteristiche del progetto e l'utilizzo del software.

COORDINAMENTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il coordinamento e l'organizzazione per le azioni della campagna di screening di massa delle cinque Aziende ULSS con massima esposizione ai PFAS è affidato al Responsabile Centro Unico Screening dell'Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino con il supporto della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare Veterinaria della Regione del Veneto. Per la parte Laboratoristica il Coordinamento Interaziendale sarà garantito dal Direttore del Laboratorio Analisi dell'ULSS 5.

La valutazione dei risultati dello screening di popolazione è affidata alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare Veterinaria della Regione del Veneto che avrà il compito di fare una valutazione complessiva unitamente ai risultati del campionamento alimenti e di integrarsi con lo studio epidemiologico che verrà attivato come previsto dalla DGR n. 661 del 17 maggio 2016 in collaborazione con l'ISS, il SER e il Registro Tumori del Veneto.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 27/57



STIMA DEI COSTI PER IL PRIMO ANNO DI ATTIVITÀ (ULSS + ARPAV)

Capitolo di spesa	Costo in Euro
Materiale laboratori ULSS	264.000
Assistenti Sanitari T.P.	265.500
Assistenti Sanitari P.T.	88.500
Assistente Amministrativo T.P.	28.800
Assistente Amministrativo P.T.	19.500
Dirigente Medico	73.897
UOSD	12.000
Coordinamento 3 ^a cl+P.O. cat. D	6.180
Coordinamento Interaziendale Laboratori	4.000
Materiale informatico	5.300
Attrezzature ARPAV	1.700.000
Materiale ARPAV	300.000
Personale ARPAV	105.000
Servizio stampa e postalizzazione (IVA esclusa)	39.800
Totale	€ 2.912.477,00

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 28/57

ELENCO DEGLI ALLEGATI

Allegato 1: Lettera di invito per soggetto maggiorenne

Allegato 2: Lettera di invito per soggetto minorenni

Allegato 3: Informativa sul trattamento dei dati personali

Allegato 4: Lettera informativa per Medico di Medicina Generale

Allegato 5: Questionario

Allegato 6: Istruzione operativa 1 - Misurazione della pressione arteriosa

Allegato 7: Istruzione operativa 2 - Prelievo dei campioni biologici

Allegato 8: Istruzione operativa 3 – Processazione, conservazione e invio dei campioni per PFAS al laboratorio ARPAV

Allegato 9: Lettere di referto classi A-D

**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 29/57

Allegato 1: Lettera di invito per soggetto maggiorenne

Montecchio Maggiore, _____

Cognome Nome
Via Indirizzo n. Civ
CAP Comune (Prov)

Gentile Signora/Signore,

a luglio 2013 uno studio scientifico nazionale ha evidenziato in alcune zone del Veneto, inclusa quella dove Lei risiede, una situazione di inquinamento delle acque legata alla presenza di una contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS). La Regione del Veneto ha provveduto immediatamente alla messa in sicurezza dell'acqua potabile attraverso l'apposizione di filtri per ridurre l'esposizione a tali sostanze, garantendo la qualità e la potabilità dell'acqua in distribuzione.

Gli effetti delle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) sulla salute umana sono poco conosciuti, ma si è visto che può determinare delle alterazioni di tipo metabolico che possono se associate a scorretti stili di vita portare allo sviluppo di malattie croniche.

Pertanto la Regione del Veneto, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e le cinque Aziende Sanitarie Locali coinvolte (ULSS 5, ULSS 6, ULSS 17, ULSS 20 e ULSS 21), ha deciso di intraprendere un'indagine volta a valutare se l'esposizione umana a questi contaminanti ambientali possa costituire, per alcune patologie croniche, un fattore di rischio aggiuntivo rispetto a quelli già noti. Questo studio offre a tutti i soggetti nati tra il 1951 e il 2002, residenti o domiciliati nelle aree di massima esposizione, l'opportunità di sottoporsi ad un programma di sorveglianza sanitaria completamente gratuito. Il programma prevede: un prelievo di sangue per eseguire una serie di esami ematochimici (colesterolo, trigliceridi, HbA1c, creatinina, enzimi epatici, ormoni tiroidei, acido urico, dosaggio PFAS), un esame delle urine, la determinazione della pressione arteriosa ed un'intervista con un operatore sanitario per valutare il Suo stile di vita ed eventuali fattori di rischio presenti nel Suo ambiente di vita e lavoro.

Dopo circa un mese riceverà l'esito completo degli esami comprendente il dosaggio dei PFAS.

Al momento del colloquio, prima del prelievo, Le verranno fornite tutte le informazioni necessarie per decidere in modo consapevole se prendere parte all'indagine. Il Suo medico di famiglia è al corrente di quest'iniziativa e potrà darLe ulteriori delucidazioni.

I dati saranno utilizzati proteggendo la Sua riservatezza (D.Lgs n. 196/2003, Codice Privacy).

La invitiamo quindi a partecipare a quest'indagine che fornisce un utile strumento conoscitivo per verificare e monitorare il Suo stato di salute.

Le proponiamo un appuntamento il giorno.....alle ore.....

presso.....

**L'esame è gratuito e non serve impegnativa. Non è necessario essere a digiuno.
La provetta per la raccolta delle urine Le verrà consegnata al momento del prelievo.**

L'adesione all'indagine è volontaria. Se ne ha bisogno, Le rilasceremo un certificato per giustificare l'assenza dal lavoro.

Se desidera spostare l'appuntamento o avere altre informazioni, chiami dal lunedì al venerdì dalle ore 10,00 alle 16,00 al seguente numero telefonico del Centro Unico Screening dell'Azienda ULSS 5:

800 059 110

Il Responsabile del Centro Unico Screening ULSS ...



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 30/57

Allegato 2: Lettera di invito per soggetto minorenni

Montecchio Maggiore, _____

Ai genitori di
Cognome Nome
Via Indirizzo n. Civ
CAP Comune (Prov)

Gentili Signori,

a luglio 2013 uno studio scientifico nazionale ha evidenziato in alcune zone del Veneto, inclusa quella dove Lei risiede, una situazione di inquinamento delle acque legata alla presenza di una contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS). La Regione del Veneto ha provveduto immediatamente alla messa in sicurezza dell'acqua potabile attraverso l'apposizione di filtri per ridurre l'esposizione a tali sostanze, garantendo la qualità e la potabilità dell'acqua in distribuzione.

Gli effetti delle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) sulla salute umana sono poco conosciuti, ma si è visto che può determinare delle alterazioni di tipo metabolico che possono se associate a scorretti stili di vita portare allo sviluppo di malattie croniche.

Pertanto la Regione del Veneto, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e le cinque Aziende Sanitarie Locali coinvolte (ULSS 5, ULSS 6, ULSS 17, ULSS 20 e ULSS 21), ha deciso di intraprendere un'indagine volta a valutare se l'esposizione umana a questi contaminanti ambientali possa costituire, per alcune patologie croniche, un fattore di rischio aggiuntivo rispetto a quelli già noti. Questo studio offre a tutti i soggetti nati tra il 1951 e il 2002, residenti o domiciliati nelle aree di massima esposizione, l'opportunità di sottoporsi ad un programma di sorveglianza sanitaria completamente gratuito. Il programma prevede: un prelievo di sangue per eseguire una serie di esami ematochimici (colesterolo, trigliceridi, HbA1c, creatinina, enzimi epatici, ormoni tiroidei, acido urico, dosaggio PFAS), un esame delle urine, la determinazione della pressione arteriosa ed un'intervista con un operatore sanitario per valutare lo stile di vita ed eventuali fattori di rischio presenti nell'ambiente di vita.

Dopo circa un mese riceverà l'esito completo degli esami comprendente il dosaggio dei PFAS.

Al momento del colloquio, prima del prelievo, Vi verranno fornite tutte le informazioni necessarie per decidere in modo consapevole se far partecipare Vostro figlio/a a quest'indagine. Il medico di famiglia di Vostro figlio/a è al corrente dell'iniziativa e potrà darVi ulteriori delucidazioni. I dati saranno utilizzati proteggendo la riservatezza di Vostro figlio/a (D.Lgs n. 196/2003, Codice Privacy).

Vi invitiamo quindi a far partecipare Vostro figlio/a a quest'indagine che fornisce un utile strumento conoscitivo per verificare e monitorare lo stato di salute del ragazzo/a.

Vi proponiamo un appuntamento il giorno.....alle ore.....

presso.....

L'esame è gratuito e non serve impegnativa. Non è necessario essere a digiuno.

La provetta per la raccolta delle urine Vi verrà consegnata al momento del prelievo.

È necessario che i minori siano accompagnati da chi esercita la potestà genitoriale.

Per spostare l'appuntamento o avere altre informazioni, chiamate dal lunedì al venerdì dalle ore 10,00 alle 16,00 al seguente numero telefonico del Centro Unico Screening dell'Azienda ULSS 5:

800 059 110

Il Responsabile del Centro Unico Screening ULSS ...



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 31/57

**Allegato 3: Informativa sul trattamento dei dati personali****INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI
DELL'ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003**

Gentile Signora/Gentile Signore,
la normativa in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo n. 196/2003 e successivi regolamenti applicativi) sancisce, a favore degli interessati, una serie di diritti. Lei, in quanto interessato/a ai trattamenti effettuati presso le Aziende ULSS della Regione del Veneto coinvolte nel Progetto *"Screening della popolazione veneta esposta a sostanze perfluoroalchiliche (PFAS)"*, ha il diritto di essere informato/a sulle caratteristiche del trattamento dei Suoi dati personali e sui diritti che la legge Le riconosce. Per quanto sopra, ai sensi dell'Art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, Le forniamo le seguenti informazioni.

I Suoi campioni di sangue e urine e i dati personali da Lei forniti saranno utilizzati unicamente nell'ambito delle attività previste dal *"Piano di sorveglianza della popolazione veneta esposta a sostanze perfluoroalchiliche (PFAS)"* che si attua attraverso uno screening di popolazione. Questo piano costituisce la prosecuzione dello *"Studio di biomonitoraggio di sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) nella Regione del Veneto"* (DGR n. 565 del 21/04/2015) e vedrà coinvolta tutta la popolazione residente nella zona di massima esposizione di età compresa tra i 14 e i 65 anni. Per consentire l'esecuzione di tutte le prestazioni sanitarie previste dal *"Piano di sorveglianza della popolazione veneta esposta a sostanze perfluoroalchiliche (PFAS)"*, la Sua Azienda ULSS Le chiederà di fornire il consenso alla comunicazione dei Suoi dati ai Centri di refertazione designati nell'ambito del suddetto Progetto.

I Suoi dati personali saranno:

1. trattati con procedure informatizzate e con le modalità necessarie al perseguimento delle finalità sopra riportate;
2. registrati dagli operatori incaricati dai Responsabili al trattamento dei dati personali delle Aziende ULSS della Regione del Veneto e trattati in modo da garantire l'anonimato e tutelare la Sua identità nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196/2003;
3. resi fruibili in caso di Suo esplicito consenso, nel rispetto del segreto professionale e degli obblighi di riservatezza, agli operatori incaricati delle Aziende ULSS coinvolte;
4. trattati in forma anonima per finalità di ricerca (pubblicazioni scientifiche, statistiche, convegni, ecc.);
5. elaborati in forma anonima e/o aggregata da parte dei competenti organi della Regione (Area Sanità e Sociale, Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria) per finalità amministrative di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza attinenti al Servizio Sanitario Nazionale.

Il consenso generale per il trattamento dei Suoi dati personali e/o relativi allo stato di salute e il consenso alla comunicazione dei dati hanno natura obbligatoria: un eventuale rifiuto, salvo particolari eccezioni, impedisce l'erogazione delle prestazioni richieste.

La informiamo, inoltre, che Lei ha la facoltà di revocare i consensi forniti in qualsiasi momento. **Nel caso in cui Lei decida di revocare il consenso alla comunicazione dei dati, la Sua Azienda ULSS non comunicherà più ad enti terzi i Suoi dati registrati nel sistema a partire dal momento della revoca.**



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 32/57

Allegato 4: Lettera informativa per Medico di Medicina Generale

Gentile dr.
Cognome Nome
Via Indirizzo n. Civ
CAP Comune (Prov)

Gentile Collega,

a luglio 2013 uno studio scientifico nazionale ha evidenziato in alcune zone del Veneto una situazione di inquinamento delle acque legata allo sversamento di sostanze perfluoroalchiliche (PFAS). La Regione del Veneto ha provveduto immediatamente alla messa in sicurezza dell'acqua potabile attraverso l'apposizione di filtri a carboni attivi per ridurre l'esposizione a tali sostanze, garantendo la qualità e la potabilità dell'acqua in distribuzione.

Gli effetti delle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) sulla salute umana sono poco conosciuti, ma si è visto che può determinare delle alterazioni di tipo metabolico che possono se associate a scorretti stili di vita portare allo sviluppo di malattie croniche.

Pertanto la Regione del Veneto, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e le cinque Aziende Sanitarie Locali coinvolte (ULSS 5, ULSS 6, ULSS 17, ULSS 20 e ULSS 21), ha deciso di intraprendere *Piano di sorveglianza della popolazione veneta esposta a sostanze perfluoroalchiliche* che si attua attraverso uno screening sulla popolazione nata tra il 1951 e il 2002 residente o domiciliata nelle aree di massima esposizione. Il programma prevede l'offerta di: un prelievo di sangue per eseguire una serie di esami ematochimici (colesterolo, trigliceridi, HbA1c, creatinina, enzimi epatici, ormoni tiroidei, acido urico, dosaggio PFAS), un esame delle urine, la determinazione della pressione arteriosa ed un'intervista con un operatore sanitario per la valutazione degli stili di vita e di eventuali fattori di rischio presenti nell'ambiente di vita e lavoro degli assistiti (ogni 24 mesi).

I Comuni coinvolti nell'indagine sono indicati nella tabella seguente:

ULSS	Comuni	Residenti	Eleggibili	Punti prelievo
ULSS 5	Alonte, Brendola, Lonigo, Sarego	31.331	21.539	Lonigo
ULSS 6	Asigliano, Noventa V., Poiana M.,	14.295	9.649	Noventa Vic.
ULSS 17	Montagnana	9.421	6.074	Noventa Vic.
ULSS 20	Albaredo D'Adige, Arcole, Cologna V., Pressana, Roveredo di Guà, Veronella, Zimella	34.219	23.201	Cologna V.
ULSS 21	Bevilacqua, Bonavigo, Boschi S. Anna, Legnago, Minerbe, Terrazzo	37.661	24.332	Legnago

Tutte le prestazioni saranno offerte **gratuitamente** in esenzione ticket, **senza necessità di prescrizione da parte Tua**. Non è necessario il digiuno. La provetta per la raccolta urine verrà consegnata ai Tuoi assistiti al momento del prelievo.

I minori dovranno essere accompagnati da chi esercita la potestà genitoriale.

Dopo circa quindici giorni dall'effettuazione del prelievo l'utente riceverà per posta una lettera, solo nel caso in cui venisse riscontrata un'alterazione degli esami ematochimici, mentre dopo circa un mese riceverà in ogni caso l'esito completo degli esami comprendente il dosaggio dei PFAS.

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 33/57

I dati saranno utilizzati proteggendo la riservatezza dei Tuoi assistiti (D.Lgs n. 196/2003).
Chiediamo la Tua collaborazione nel caso fosse necessario sostenere l'adesione all'indagine nei confronti degli assistiti che eventualmente si rivolgessero a Te per chiarimenti.
Per qualsiasi informazione puoi contattarci dal lunedì al venerdì dalle ore 10,00 alle 16,00 al Centro Unico Screening dell'Azienda ULSS 5 al seguente numero telefonico: **800 059 110**
Ti ringraziamo fin da ora per il tempo e la preziosa collaborazione.
Cordiali saluti.

Il Responsabile del Centro Unico Screening ULSS



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 34/57

Allegato 5

**Screening della popolazione veneta esposta a PFAS
Questionario Biomonitoraggio**

1. Dati anagrafici e socio-demografici

I dati da 1.1 a 1.15 devono essere inseriti in automatico dal software ma consentire eventuali modifiche da parte dell'operatore. L'indirizzo deve essere georeferenzabile.

- 1.1 Cognome PROVA 1.2 Nome PROVA 1.3 Sesso ☐ M ☐ F
- 1.4 Data di nascita GG/MM/AAAA 1.5 Luogo di nascita PROVA
- 1.6 Tessera sanitaria 111111111 1.7 C.F. PRVPRVXXXXXXXXXX 1.8 Telefono 111/1111111
- 1.9 Comune PROVA 1.10 CAP XXXXX 1.11 Via/Piazza PROVA 1.12 N° civico XX
- 1.13 Data invito GG/MM/AAAA 1.14 Centro di XXXX 1.15 Codice Soggetto XXXXXX
- 1.16 Titolo di studio (scelta multipla – una sola opzione possibile)
- ☐ Elementari ☐ Medie ☐ Superiori ☐ Università
- 1.17 Occupazione (scelta multipla – una sola opzione possibile)
- ☐ Casalinga
- ☐ Pensionato
- ☐ Studente
- ☐ Disoccupato
- ☐ Impiegato
- ☐ Insegnante
- ☐ Imprenditore
- ☐ Dirigente
- ☐ Libero professionista
- ☐ Agricoltore/allevatore
- ☐ Operaio ☐ Specificare tipo di produzione (testo libero)
- ☐ Altro Specificare (testo libero)
- 1.18 Da quanti anni svolge la Sua attuale mansione lavorativa? (valore numerico intero)



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 35/57

**2. Storia residenziale**

.1 Ha sempre abitato nel suo attuale Comune? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

Sì ☐ No

Se ha risposto Sì alla 2.1, passare alla domanda 3.1

2.2 Dove abitava in precedenza? *(menu a tendina con lista Province oppure “Stato estero”; menu a tendina con lista Comuni della Provincia, Esposti/Non esposti)*

e il Comune indicato alla 2.2 è Non esposto, passare alla domanda 3.1

.3 Anno inizio residenza/domicilio *(valore numerico intero)*

.4 Anno termine residenza/domicilio *(valore numerico intero)*

2.5 In precedenza, ha abitato da qualche altra parte? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

Sì ☐ No

Se ha risposto No alla 2.1, passare alla domanda 3.1

2.6 Dove abitava in precedenza? *(menu a tendina con lista Province oppure “Stato estero”; menu a tendina con lista Comuni della Provincia, esposti/non esposti)*

e il Comune indicato alla 2.6 è Non esposto, passare alla domanda 3.1

.7 Anno inizio residenza/domicilio *(valore numerico intero)*

.8 Anno termine residenza/domicilio *(valore numerico intero)*

.9 In precedenza, ha abitato da qualche altra parte? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

Sì ☐ No

Se ha risposto No alla 2.9 passare alla domanda 3.1

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATO A Dgr n.****del****pag. 36/57**

2.10 Dove abitava in precedenza? *(menu a tendina con lista Province oppure “Stato estero”; menu a tendina con lista Comuni della Provincia, esposti/non esposti)*

e il Comune indicato alla 2.10 è Non esposto, passare alla domanda 3.1

.11 Anno inizio residenza/domicilio *(valore numerico intero)*

.12 Anno termine residenza/domicilio *(valore numerico intero)*

2.13 In precedenza, ha abitato da qualche altra parte? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

Sì ☐ No

Se ha risposto No alla 2.13, passare alla domanda 3.1

2.14 Dove abitava in precedenza? *(menu a tendina con lista Province oppure “Stato estero”; menu a tendina con lista Comuni della Provincia, esposti/non esposti)*

e il Comune indicato alla 2.14 è Non esposto, passare alla domanda 3.1

.15 Anno inizio residenza/domicilio *(valore numerico intero)*

.16 Anno termine residenza/domicilio *(valore numerico intero)*

2.17 In precedenza, ha abitato da qualche altra parte? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

Sì ☐ No

Se ha risposto No alla 2.17, passare alla domanda 3.1

2.18 Dove abitava in precedenza? *(menu a tendina con lista Province oppure “Stato estero”; menu a tendina con lista Comuni della Provincia, esposti/non esposti)*

e il Comune indicato alla 2.18 è Non esposto, passare alla domanda 3.1

.19 Anno inizio residenza/domicilio *(valore numerico intero)*

.20 Anno termine residenza/domicilio *(valore numerico intero)*



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 37/57

**3. Produzione di alimenti per uso personale**

3.1 Coltiva un orto o un frutteto per uso alimentare personale? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

Sì ☐ No

.2 Se ha risposto Sì alla 3.1, che tipo di prodotti coltiva? *(scelta multipla – più opzioni possibili)*

Frutta ☐ Ortaggi ☐ Radici e tuberi ☐ Seminativo

.3 Se ha risposto Sì alla 3.1, da quale fonte ricava l'acqua per irrigare? *(scelta multipla – più opzioni possibili)*

Acquedotto ☐ Pozzo privato ☐ Sorgente ☐ Corsi d'acqua o bacini superficiali

.4 Alleva animali per uso alimentare personale? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

Sì ☐ No

.5 Se ha risposto Sì alla 3.4, che tipo di alimenti ottiene dai Suoi animali? *(scelta multipla – più opzioni possibili)*

Carne ☐ Pesce ☐ Uova ☐ Latte e derivati

.6 Se ha risposto Sì alla 3.4, da quale fonte ricava l'acqua per abbeverare i Suoi animali? *(scelta multipla – più opzioni possibili)*

Acquedotto ☐ Pozzo privato ☐ Sorgente ☐ Corsi d'acqua o bacini superficiali**4. Anamnesi familiare**

4.1 Quali problemi di salute vi sono tra i Suoi familiari di primo grado (genitori, figli, fratelli)?

(scelta multipla – più opzioni possibili)

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 38/57

Nulla di rilevante

Ipertensione arteriosa

Ipercolesterolemia

Diabete mellito

Infarto o ictus sotto i 60 anni

Neoplasie ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (*testo libero*)☐ Altro ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (*testo libero*)**5. Anamnesi patologica****5.1 Di quali patologie soffre o ha sofferto in passato? (scelta multipla – più opzioni possibili)**

Nessuna

Ipertensione arteriosa

Ipercolesterolemia

Ipertrigliceridemia

Diabete mellito

Infarto miocardico/Angina pectoris

Ictus/TIA

Arteriopatia ostruttiva periferica (es. arti inferiori, carotidi, arterie addominali)

Procedure di rivascularizzazione (bypass, angioplastica)

Insufficienza renale cronica

☐ Altre patologie renali ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (*testo libero*)☐ Patologie respiratorie ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (*testo libero*)☐ Neoplasie ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (*testo libero*)☐ Patologie della tiroide ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (*testo libero*)



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 39/57



- ☐ Patologie reumatiche/autoimmuni ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (testo libero)
- ☐ Patologie allergiche ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (testo libero)
- ☐ Patologie gastroenteriche ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (testo libero)
- ☐ Patologie epatiche ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (testo libero)
- ☐ Patologie neurologiche ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (testo libero)
- ☐ Patologie psichiche ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (testo libero)
- ☐ Patologie dell'apparato riproduttivo ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (testo libero)
- ☐ Patologie della gravidanza ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (testo libero)
- ☐ Altro ☐ *se contrassegnata questa opzione* ☐ Specificare (testo libero)

6. Anamnesi farmacologica

6.1 Assume regolarmente farmaci (inclusi ormoni femminili)? (scelta multipla – una sola opzione possibile)

Sì ☐ No ☐

6.2 Se Sì, quali categorie di farmaci assume? (scelta multipla – più opzioni possibili)

Anti-ipertensivi

Diuretici

Statine

Fibrati

Ipoglicemizzanti

Ipouricemizzanti

Antiaritmici

Antiaggreganti

Anticoagulanti

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATO A Dgr n.****del****pag. 40/57**

Broncodilatatori

Antinfiammatori non steroidei

Corticosteroidi

Ormoni tiroidei

Tireostatici

☐ Contraccettivi orali o terapia ormonale sostitutiva

Antidepressivi

Ansiolitici

Antipsicotici o stabilizzatori dell'umore

Antiepilettici

Antiparkinsoniani

☐ Immunosoppressori o immunomodulanti

Antineoplastici

Antivirali

Altro ☐ Specificare (*testo libero*)**7. Fumo****7.1 Ha mai fumato?** (*scelta multipla – una sola opzione possibile*) ☐ Sì ☐ No**7.2 Se ha risposto Sì alla 7.1, quante sigarette fuma o fumava al giorno?** (*valore numerico intero*)**7.3 Se ha risposto Sì alla 7.1, ha smesso di fumare da almeno 6 mesi?** (*scelta multipla – una sola opzione possibile*) ☐ Sì ☐ No**7.4 Se ha risposto Sì alla 7.3, da quanti anni ha smesso di fumare (minimo 0,5 anni)?** (*valore numerico con una cifra decimale*)



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 41/57

**8. Attività fisica**

8.1 Svolge regolarmente attività fisica di intensità almeno moderata? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

☐ Sì ☐ No

☐ *se alla 8.1 contrassegnata opzione "No" il software classifica il soggetto nella categoria ATTIVITÀ LIEVE*

8.2 Se Sì, quali attività svolge? *(scelta multipla – più opzioni possibili)*

Il software considera le seguenti attività di intensità moderata (coefficiente di intensità=4.0)

- ☐ Attività lavorativa moderata (richiede di camminare a lungo o movimentare carichi)
- ☐ Attività domestica moderata (es. pulire i vetri o i pavimenti)
- ☐ Giardinaggio moderato (es. usare il tosa-erba a motore, rastrellare il prato, potare arbusti)
- ☐ Ballo
- ☐ Bicicletta in piano ad andatura sostenuta (8-15 km/h) o in leggera salita
- ☐ Cammino in piano a passo sostenuto (almeno 6 km/h) o in leggera salita
- ☐ Uso scale per almeno 10 minuti consecutivi
- ☐ Ginnastica a ritmo moderato, yoga
- ☐ Acquagym
- ☐ Nuoto a ritmo moderato
- ☐ Sci a ritmo moderato
- ☐ Altra attività moderata ☐ Specificare *(testo libero)*

Il software considera le seguenti attività di intensità vigorosa (coefficiente di intensità=8.0)

- ☐ Attività lavorativa pesante (es. spalare, movimentare carichi pesanti)
- ☐ Attività domestica pesante (es. spostare mobili)
- ☐ Giardinaggio pesante (es. tagliare l'erba a mano, spaccare la legna)
- ☐ Bicicletta in piano ad andatura molto sostenuta (>15 km/h) o mountain bike
- ☐ Trekking
- ☐ Corsa
- ☐ Ginnastica a ritmo sostenuto
- ☐ Sollevamento pesi
- ☐ Nuoto a ritmo sostenuto
- ☐ Sci a ritmo sostenuto
- ☐ Sport vigorosi (es. tennis, calcio, pallacanestro, pallavolo)
- ☐ Altra attività vigorosa ☐ Specificare *(testo libero)*



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 42/57

☐ per ogni opzione contrassegnata alla 8.2, il software richiede:

Numero di sedute settimanali (valore numerico intero)

Durata di ogni seduta in minuti (valore numerico intero)

9. Alimenti e bevande

9.1 Consumo alimentare

Alimento	Dimensioni porzione (S:small, M:medium, L:large come da atlante)			Provenienza	N° porzio- ni/ setti- mana
	S	M	L		
FRUTTA				locale	
				commerciale	
Mele				locale	
				commerciale	
Pere				locale	
				commerciale	
VERDURA E ORTAGGI				locale	
				commerciale	
Verdura cruda (insalata)				locale	
				commerciale	
Verdura cotta				locale	
				commerciale	
Asparagi				locale	
				commerciale	
Cipolle				locale	
				commerciale	
Pomodori				locale	
				commerciale	
Fagiolini				locale	
				commerciale	
Zucchine				locale	
				commerciale	
Peperoni				locale	
				commerciale	
Zucca				locale	
				commerciale	
Cavoli				locale	
				commerciale	
LEGUMI				locale	
				commerciale	



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 43/57

	Piselli				locale	
					commerciale	
	Fagioli				locale	
					commerciale	
TUBERI					locale	
					commerciale	
	Patate				locale	
					commerciale	
CEREALI E DERIVATI					locale	
					commerciale	
	Polenta				locale	
					commerciale	
	Pane				locale	
					commerciale	
	Pasta				locale	
					commerciale	
	Riso				locale	
					commerciale	
	Pizza				locale	
					commerciale	
	Biscotti dolci				locale	
					commerciale	
	Brioche				locale	
					commerciale	
	Torte				locale	
					commerciale	
DOLCI					locale	
					commerciale	
	Gelati				locale	
					commerciale	
	Dolci al cucchiaino e creme				locale	
					commerciale	
LATTE					locale	
					commerciale	
YOGURT					locale	
					commerciale	
LATTICINI					locale	
					commerciale	
	Mozzarella				locale	
					commerciale	
	Ricotta				locale	
					commerciale	
FORMAGGI STAGIONATI					locale	
					commerciale	
CARNI					locale	
					commerciale	
	Avicola				locale	
					commerciale	
	Bovino				locale	



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 44/57

				commerciale	
Suino				locale	
				commerciale	
Insaccati				locale	
				commerciale	
PRODOTTI DELLA PESCA				locale	
				commerciale	
pesce di mare				locale	
				commerciale	
pesce d'acqua dolce				locale	
				commerciale	
molluschi				locale	
				commerciale	
crostacei				locale	
				commerciale	
UOVA				locale	
				commerciale	
VINO				locale	
				commerciale	
Birra				locale	
				commerciale	
Superalcolici				locale	
				commerciale	
Caffè				locale	
				commerciale	
Tè				locale	
				commerciale	

9.2 Come valuta il Suo consumo di sale? (scelta multipla – una sola opzione possibile)

☐ Basso ☐ Medio ☐ Elevato

9.3 Quando mangia fuori casa, aggiunge sale ai cibi già conditi? (scelta multipla – una sola opzione possibile)

☐ Sì ☐ No

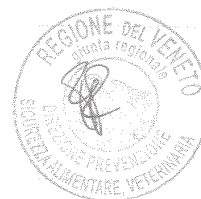
10. Acqua

10.1 Che tipo di acqua usa per bere? (scelta multipla – più opzioni possibili)

☐ Acqua da acquedotto
☐ Acqua da pozzo privato



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 45/57

☐ Acqua in bottiglia☐ Altro ☐ se contrassegnata questa opzione ☐ Specificare (testo libero)☐ per ogni opzione contrassegnata alla 10.1 il software richiede:**Quantità consumata (Litri/die)** (valore numerico con una cifra decimale)**10.2 Che tipo di acqua usa per cucinare?** (scelta multipla – più opzioni possibili)☐ Acqua da acquedotto☐ Acqua da pozzo privato☐ Acqua in bottiglia☐ Altro ☐ Specificare (testo libero)**10.3 Che tipo di acqua usa per lavare gli alimenti?** (scelta multipla – più opzioni possibili)☐ Acqua da acquedotto☐ Acqua da pozzo privato☐ Acqua in bottiglia☐ Altro ☐ Specificare (testo libero)**11. Funzione riproduttiva***Per persone di GENERE FEMMINILE il software richiede:***11.1 Ha avuto gravidanze?** (scelta multipla – una sola opzione possibile)☐ Sì ☐ No

Se ha risposto No alla 11.1, passare direttamente alla domanda 11.10

11.2 Quante gravidanze ha avuto? (valore numerico intero)**11.3 Quanti parti ha avuto?** (valore numerico intero)**11.4 Quanti figli nati morti ha avuto?** (valore numerico intero)**11.5 Quanti figli morti entro 24 ore dal parto ha avuto?** (valore numerico intero)**11.6 Quanti figli nati pretermine ha avuto?** (valore numerico intero)**11.7 Quanti figli con malformazioni ha avuto?** (valore numerico intero)**11.8 Quanti figli vivi ha attualmente?** (valore numerico intero)



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 46/57

11.9 Attualmente sta allattando al seno? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

☐ Sì ☐ No

11.10 Attualmente è in gravidanza? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

☐ Sì ☐ No

Se ha risposto No alla 11.10, passare direttamente alla domanda 11.14

11.11 A quale settimana di gestazione si trova? *(valore numerico intero)*

11.12 Com'è il decorso della gravidanza? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

☐ Fisiologico ☐ Patologico

11.13 Se il decorso della gravidanza è patologico, specificare il tipo di condizione morbosa.
(scelta multipla – una sola opzione possibile)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a) minacce di aborto | ☐ Sì | ☐ No |
| b) minacce di parto prematuro | ☐ Sì | ☐ No |
| c) malattie infettive | ☐ Sì | ☐ No |
| d) infezioni del tratto genito-urinario | ☐ Sì | ☐ No |
| e) diabete | ☐ Sì | ☐ No |
| f) gestosi | ☐ Sì | ☐ No |
| g) altro | ☐ Sì | ☐ No |

11.14 Sta cercando di avere figli? *(scelta multipla – una sola opzione possibile)*

☐ Sì ☐ No

11.15 Se ha risposto Sì alla 11.14, da quanti mesi sta cercando di averne? *(valore numerico intero)*

11.16 Ha mai fatto ricorso a tecniche di fecondazione assistita? *(valore numerico intero)*

☐ Sì ☐ No

11.17 Se ha risposto Sì alla 11.16, a quali tecniche di fecondazione assistita ha fatto ricorso?
(scelta multipla – più opzioni possibili)

- ☐ trattamento farmacologico per l'induzione dell'ovulazione
- ☐ IUI (inseminazione intrauterina)
- ☐ GIFT (trasferimento di gameti nelle tube di Falloppio)
- ☐ FIVET (fecondazione in vitro e trasferimento di embrioni nell'utero)
- ☐ ICSI (fecondazione in vitro tramite iniezione di uno spermatozoo nel citoplasma di un ovocita)



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 47/57



☐ altre tecniche ☐ se contrassegnata questa opzione ☐ Specificare (testo libero)

Per persone di *GENERE MASCHILE* il software richiede:

11.1 Ha oppure ha avuto problemi di infertilità? (*scelta multipla – una sola opzione possibile*)

☐ Sì ☐ No

11.2 Quanti figli ha avuto? (*valore numerico intero*)

12. Altro

12.1 È donatore di sangue? (*scelta multipla – una sola opzione possibile*)

☐ Sì ☐ No

13. Parametri antropometrici

13.1 Peso riferito (in kg) (*valore numerico intero*)

13.2 Statura riferita (in cm) (*valore numerico intero*)

13.3 BMI (*parametro calcolato automaticamente dal software*)

13.4 Da quante ore è a digiuno? (*valore numerico intero*)

13.5 Pressione arteriosa sistolica (PAS) – I misurazione (mmHg) (*valore numerico intero*)

13.6 Pressione arteriosa diastolica (PAD) – I misurazione (mmHg) (*valore numerico intero*)

Se PAS > 139 mmHg e/o PAD > 89 mmHg, eseguire una seconda misurazione pressoria:

13.7 Pressione arteriosa sistolica (PAS) – II misurazione (mmHg) (*valore numerico intero*)

13.8 Pressione arteriosa diastolica (PAD) - II misurazione (mmHg) (*valore numerico intero*)

**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 48/57

Allegato 6: Istruzione operativa 1 – Misurazione della pressione arteriosaPremessa

La pressione arteriosa è soggetta a notevole variabilità intra-individuale. Pertanto, la sua misurazione deve essere effettuata secondo modalità standardizzate.

Scopo e campo di applicazione

La presente istruzione operativa definisce le modalità per la misurazione della pressione arteriosa nell'ambito dello screening della popolazione esposta a PFAS e si applica in tutti i Centri Prelievo partecipanti al programma di screening.

Abbreviazioni

PAS: pressione arteriosa sistolica

PAD: pressione arteriosa diastolica

Attrezzatura necessaria

Sfigmomanometro aneroido oppure sfigmomanometro elettronico da braccio clinicamente validato. L'apparecchio deve essere periodicamente tarato, secondo le raccomandazioni del produttore.

Modalità operative

- Eseguire la misurazione della pressione arteriosa al termine del questionario e prima del prelievo ematico.
- Il soggetto dovrà essere disteso oppure seduto in posizione comoda da almeno 3 minuti, con l'avambraccio ben appoggiato su un ripiano.
- Scegliere un manicotto di dimensioni appropriate per la circonferenza del braccio: largo in caso di circonferenza >32 cm, standard negli altri casi.
- Posizionare il manicotto al livello del cuore.
- In caso di utilizzo della tecnica auscultatoria, la PAS corrisponde alla fase I di Korotkoff (primo tono udito) e la PAD corrisponde alla fase V di Korotkoff (scomparsa dei toni).
- Qualora la prima misurazione fornisca valori di PAS >140 mmHg e/o di PAD >90 mmHg, effettuare una seconda misurazione dopo almeno 2 minuti.

**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 49/57

Allegato 7: Istruzione operativa 2 – Prelievo dei campioni biologiciPremessa

L'accuratezza delle analisi di laboratorio può risultare compromessa se il prelievo del campione biologico non è effettuato in modo adeguato.

Scopo e campo di applicazione

La presente istruzione operativa definisce le modalità per il prelievo dei campioni biologici nell'ambito dello screening della popolazione esposta a PFAS e si applica in tutti i Centri Prelievo partecipanti al programma di screening.

Abbreviazioni

PFAS: perfluoroalkyl substances (sostanze perfluoroalchiliche)

Attrezzatura necessaria

- Materiale di consumo per l'esecuzione del prelievo ematico
- N° 1 provetta per chimica clinica
- N° 1 provetta per emoglobina glicata
- N° 1 provetta per PFAS: provetta per siero priva di anticoagulante (può contenere attivatore della coagulazione e gel separatore)
- N° 1 provetta per urinocultura (verrà utilizzata solo per la raccolta del campione urinario e non verrà inviata al Laboratorio analisi)
- N° 1 provetta per microalbuminuria

Modalità operative

IMPORTANTE: in ogni fase del processo evitare il contatto del campione per il dosaggio dei PFAS con materiali in teflon perché le contaminazioni derivanti dalla presenza di materiale teflonato possono essere causa di interferenza analitica.

- Eseguire il prelievo ematico dopo la somministrazione del questionario e la rilevazione della pressione arteriosa.
- Il soggetto dovrà essere seduto oppure disteso in posizione comoda.
- Stampare le etichette adesive generate dall'applicativo Software.
- Applicare le etichette alle provette, posizionandole in verticale e accertandosi che il codice a barre sia ben leggibile, privo di grinze o sbavature.
- Porre il laccio emostatico al braccio.
- Individuare e disinfettare la sede di prelievo più idonea.
- Preparare ago e holder alla presenza dell'interessato.

**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 50/57



- Eseguire il prelievo.
- Eliminare l'holder e l'ago agganciato nell'apposito contenitore per rifiuti pungenti a rischio infettivo, senza manovre di sganciamento dell'ago; se è stata utilizzata una siringa anche questa viene eliminata integra in conformità alle normative e secondo quanto riassunto dalla procedura aziendale per il corretto smaltimento dei rifiuti.
- Consegnare al soggetto la provetta per urinocoltura e istruirlo su come raccogliere il campione urinario.
- Ritirare la provetta per urinocoltura contenente le urine e prelevare il campione urinario con la provetta per microalbuminuria.



pag. 51/57

Premessa

- 1) Prelievo del campione di sangue;
- 2) Separazione e trasferimento del siero;
- 3) Conservazione del campione in attesa della spedizione;
- 4) Spedizione del campione;
- 5) Conservazione del campione in attesa dell'analisi.

La presente istruzione operativa definisce le modalità di processazione, conservazione e spedizione al laboratorio ARPAV dei campioni biologici per PFAS (fasi dalla 2 alla 4) e si applica in tutti i Centri Prelievo partecipanti al programma di screening.

PFAS: perfluoroalkyl substances (sostanze perfluoroalchiliche)

Circolare Ministeriale n. 3/2003 “Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici.”

- Portaprovette adatto a contenere le provette per il prelievo PFAS
- Centrifuga adatta a contenere le provette per il prelievo PFAS
- Pipette per il trasferimento di liquidi
- Provette in polipropilene da 15 mL con tappo a vite
- Etichette con il codice identificativo del campione
- Nastro adesivo trasparente
- Portaprovette adatto a contenere provette in polipropilene da 15mL
- Congelatore
- Materiale per la spedizione

IMPORTANTE: in ogni fase del processo evitare il contatto del campione per il dosaggio dei PFAS con materiali in teflon perché le contaminazioni derivanti dalla presenza di materiale teflonato possono essere causa di interferenza analitica.

- Dopo il prelievo posizionare la provetta per il dosaggio PFAS in posizione verticale (evitando per quanto possibile ogni sollecitazione del contenuto) in adatto portaprovette e lasciarla a temperatura ambiente fino a completa formazione del coagulo (circa 30 min).

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 52/57

- Trasferire delicatamente la provetta in centrifuga e centrifugare a circa 1500 g per 10 minuti.
- Prelevare la provetta dalla centrifuga, posizionarla in portaprovette e quindi rimuovere il siero con una pipetta trasferendolo in provetta in polipropilene da 15 mL con tappo a vite tipo Falcon, opportunamente etichettata.
- Congelare immediatamente la provetta mantenendola in posizione verticale all'interno di adatto portaprovette.

Conservazione

Le provette contenenti i campioni di siero vanno conservate a -20°C in portaprovette fino al momento della spedizione.

Spedizione

Al fine della spedizione, i campioni per il dosaggio dei PFAS devono essere confezionati secondo il sistema a tre involucri in uso per i campioni diagnostici a rischio infettivo (Circolare Ministeriale n. 3 dell'8 maggio 2003), come descritto di seguito:

- Avvolgere i singoli "recipienti primari" contenenti i campioni (nel caso specifico, le provette) con materiale assorbente non particolato quale carta bibula o cotone idrofilo, in quantità sufficiente da poter assorbire tutto il liquido in caso di rottura delle provette;
- Sistemare le provette in un contenitore di materiale resistente, impermeabile e a tenuta stagna ("recipiente secondario"), riportante sull'involucro esterno i dati identificativi e descrittivi del contenuto e i dati di mittente e destinatario;
- Riporre il recipiente secondario in un "recipiente terziario", ossia un contenitore esterno di materiale resistente (es. plastica, legno, cartone rigido) destinato a proteggerlo da urti e agenti fisici.

Il volume totale contenuto nell'intera confezione non può essere superiore a 4 litri.

L'imballaggio esterno deve riportare un'etichetta contenente le seguenti informazioni:

- Nome, indirizzo, numero di telefono del destinatario
- Nome, indirizzo, numero di telefono del mittente
- Dichiarazione "Campione diagnostico confezionato in conformità alle norme PI 650"
- Temperatura di conservazione del materiale

Consegnare il pacco al fattorino incaricato del trasporto allegando una lista di imballaggio contenente le seguenti informazioni:

- Nome, indirizzo, numero di telefono del destinatario
- Numero di confezioni
- Descrizione del contenuto (incluso elenco dei codici identificativi dei campioni inviati con relativa data di prelievo)
- Peso del pacco
- Dichiarazione che si tratta di prodotti senza valore commerciale

Conservare una copia della lista di imballaggio al fine di poter verificare se necessario l'avvenuto recapito di ciascun campione.



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 53/57

Allegato 9: Lettere di referto classi A-D

CLASSE A: stile di vita ADEGUATO – PA + esami NELLA NORMA Esami PFAS

Data, .../.../...

Centro Unico Screening

ULSS 5 - "Ovest Vicentino"

Via Ca' Rotte, 9, 36075 Montebelluna Maggiore (VI)

E-mail: screening@ulss5.it

Gent. Sig.ra/Sig.
Cognome Nome
Via
Cap. Comune

Si comunicano i risultati dello screening eseguito presso <<Sede>> il giorno <<Data>>:

Secondo quanto da Lei riferito, il Suo STILE DI VITA è risultato: ADEGUATO

In particolare:

- Lei è: NON FUMATORE/EX-FUMATORE
- la Sua alimentazione è risultata: CORRETTA
- la Sua attività motoria è risultata: MODERATA/ELEVATA
- il Suo Indice di Massa Corporea è risultato: NELLA NORMA (BMI= Kg/mq, v.n. 18,5-24,9)

Le rilevazioni da noi effettuate hanno dato i seguenti risultati:

Creatinina: ... mg/dL (v.n. maschi 0,8-1,3 femmine 0,6-1,0)	acido perfluorobutanoico (PFBA): ... ng/g
eGFR: ... ml/min/1,73 mq (v.n. >90)	acido perfluoropentanoico (PFPeA): ... ng/g
Acido urico: ... mg/dL (v.n. maschi 3,5-7,2 femmine 2,6-6,0)	acido perfluoroesanoico (PFHxA): ... ng/g
ALT: ... U/L (v.n. maschi 0-50 femmine 0-35)	acido perfluotoeptanoico (PFHpA): ... ng/g
AST: ... U/L (v.n. maschi 0-50 femmine 0-35)	acido perfluorooctanoico (PFOA): ... ng/g (v.n. 1,15-8,00)
Glicemia: ... mg/dL (v.n. 70-99)	acido perfluorononanoico (PFNA): ... ng/g
Emoglobina glicata (HbA1c): ... mmol/mole (v.n. <48)	acido perfluorodecanoico (PFDeA): ... ng/g
Colesterolo totale: ... mg/dL (v.n. <190)	acido perfluoroundecanoico (PFUnA): ... ng/g
Colesterolo HDL: ... mg/dL (v.n. maschi >39 femmine >43)	acido perfluorododecanoico (PFDoA): ... ng/g
Colesterolo LDL: ... mg/dL (v.n. <115)	perfluorobutansulfonato (PFBS): ... ng/g
Trigliceridi: ... mg/dL (v.n. 30-175)	perfluoroesansulfonato (PFHxS): ... ng/g
TSH: ... mIU/L (v.n. 0,27-4,20)	perfluorooctansulfonato (PFOS): ... ng/g (v.n. 1,88-14,79)
Microalbuminuria: ... mg/L (v.n. <30)	

Pressione arteriosa: sistolica ... mmHg (v.n. <140) – diastolica ... mmHg (v.n. <90)

Come può vedere, dalle rilevazioni effettuate non è emersa nessuna alterazione.

Precisiamo tuttavia che il valore normale di colesterolo LDL sopra riportato può risultare troppo elevato per le persone ad alto rischio di eventi cardiovascolari. Pertanto, se Lei soffre o ha sofferto di problemi cardiovascolari o diabete mellito, Le consigliamo di mostrare i risultati di questi esami al Suo Medico curante.

Ci complimentiamo per il Suo stile di vita e La invitiamo a seguire sempre una dieta equilibrata e a continuare un'attività fisica regolare, che rappresenta un valido alleato della salute.
Le ricordiamo che sarà invitato per la ripetizione dello screening tra 24 mesi.

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATO A Dgr n.****del**

pag. 54/57

Infine può notare che vengono riportati i risultati sulle concentrazioni di PFAS nel sangue. Tali valori verranno valutati al termine delle rilevazioni in quanto non esistono ad oggi, in letteratura, dei parametri di confronto. Fanno eccezione i valori di PFOA e PFOS, per i quali viene riportato un range, puramente indicativo, ottenuto da un precedente studio (Ingelido et al., 2010. Chemosphere 80, 1125-1130). Qualora il suo valore fosse superiore all'intervallo verrà contattato dal medico responsabile dello screening.

Cordiali saluti

Il Responsabile Centro Unico Screening ULSS...



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 55/57



**CLASSE B: stile di vita MIGLIORABILE – PA + esami NELLA NORMA –
Esami PFAS**

Data, .../.../...

Centro Unico Screening

ULSS 5 - "Ovest Vicentino"

Via Ca' Rotte, 9, 36075 Montebelluna Maggiore (VI)

E-mail: screening@ulss5.it

Gent. Sig.ra/Sig.
Cognome Nome
Via
Cap. Comune

Si comunicano i risultati dello screening eseguito presso <<Sede>> il giorno <<Data>>:

Secondo quanto da Lei riferito, il Suo STILE DI VITA è risultato: MIGLIORABILE

In particolare:

- Lei è: NON FUMATORE/EX-FUMATORE/FUMATORE
- la Sua alimentazione è risultata: CORRETTA/MIGLIORABILE
- la Sua attività motoria è risultata: LIEVE/MODERATA/ELEVATA
- il Suo Indice di Massa Corporea è risultato: NELLA NORMA/ALTERATO (BMI= Kg/mq, v.n. 18,5-24,9)

Le rilevazioni da noi effettuate hanno dato i seguenti risultati:

Creatinina: ... mg/dL (v.n. maschi 0,8-1,3 femmine 0,6-1,0)	acido perfluorobutanoico (PFBA): ... ng/g
eGFR: ... ml/min/1,73 mq (v.n. >90)	acido perfluoropentanoico (PFPeA): ... ng/g
Acido urico: ... mg/dL (v.n. maschi 3,5-7,2 femmine 2,6-6,0)	acido perfluoroesanoico (PFHxA): ... ng/g
ALT: ... U/L (v.n. maschi 0-50 femmine 0-35)	acido perfluotoeptanoico (PFHpA): ... ng/g
AST: ... U/L (v.n. maschi 0-50 femmine 0-35)	acido perfluorooctanoico (PFOA): ... ng/g (v.n.
1,15-8,00)	
Glicemia: ... mg/dL (v.n. 70-99)	acido perfluorononanoico (PFNA): ... ng/g
Emoglobina glicata (HbA1c): ... mmol/mole (v.n. <48)	acido perfluorodecanoico (PFDeA): ... ng/g
Colesterolo totale: ... mg/dL (v.n. <190)	acido perfluoroundecanoico (PFUnA): ... ng/g
Colesterolo HDL: ... mg/dL (v.n. maschi >39 femmine >43)	acido perfluorododecanoico (PFDoA): ... ng/g
Colesterolo LDL: ... mg/dL (v.n. <115)	perfluorobutansulfonato (PFBS): ... ng/g
Trigliceridi: ... mg/dL (v.n. 30-175)	perfluoroesansulfonato (PFHxS): ... ng/g
TSH: ... mIU/L (v.n. 0,27-4,20)	perfluoroottansulfonato (PFOS): ... ng/g (v.n.
1,88-14,79)	
Microalbuminuria: ... mg/L (v.n. <30)	

Pressione arteriosa: sistolica ... mmHg (v.n. <140) – diastolica ... mmHg (v.n. <90)

Come può vedere, dalle rilevazioni effettuate non è emersa nessuna alterazione.

Precisiamo tuttavia che il valore normale di colesterolo LDL sopra riportato può risultare troppo elevato per le persone ad alto rischio di eventi cardiovascolari. Pertanto, se Lei soffre o ha sofferto di problemi cardiovascolari o diabete mellito, Le consigliamo di mostrare i risultati di questi esami al Suo Medico curante.

Le consigliamo di rivedere il Suo stile di vita per ridurre la probabilità di sviluppare patologie croniche in futuro. Le ricordiamo che sarà invitato per la ripetizione dello screening tra 24 mesi.

Infine può notare che vengono riportati i risultati sulle concentrazioni di PFAS nel sangue. Tali valori verranno valutati al termine delle rilevazioni in quanto non esistono ad oggi, in letteratura, dei parametri di confronto. Fanno eccezione i valori di PFOA e PFOS, per i quali viene riportato un range, puramente indicativo, ottenuto da un precedente studio (Ingelido et al., 2010. Chemosphere 80, 1125-1130). Qualora il suo valore fosse superiore all'intervallo verrà contattato dal medico responsabile dello screening.

Cordiali saluti

Il Responsabile Centro Unico Screening ULSS



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 56/57

**CLASSE C: stile di vita ADEGUATO – PA + esami ALTERATI –
Esami PFAS**

Data, .../.../...

Centro Unico Screening

ULSS 5 - "Ovest Vicentino"

Via Ca' Rotte, 9, 36075 Montebelluna Maggiore (VI)

E-mail: screening@ulss5.it

 Gent. Sig.ra/Sig.
Cognome Nome
Via
Cap. Comune

Si comunicano i risultati dello screening eseguito presso <<Sede>> il giorno <<Data>>:

Secondo quanto da Lei riferito, il Suo STILE DI VITA è risultato: ADEGUATO

In particolare:

- Lei è: NON FUMATORE/EX-FUMATORE
- la Sua alimentazione è risultata: CORRETTA
- la Sua attività motoria è risultata: MODERATA/ELEVATA
- il Suo Indice di Massa Corporea è risultato: NELLA NORMA (BMI= Kg/mq, v.n. 18,5-24,9)

Le rilevazioni da noi effettuate hanno dato i seguenti risultati:

Creatinina: ... mg/dL (v.n. maschi 0,8-1,3 femmine 0,6-1,0)	acido perfluorobutanoico (PFBA): ... ng/g
eGFR: ... ml/min/1,73 mq (v.n. >90)	acido perfluoropentanoico (PFPeA): ... ng/g
Acido urico: ... mg/dL (v.n. maschi 3,5-7,2 femmine 2,6-6,0)	acido perfluoroesanoico (PFHxA): ... ng/g
ALT: ... U/L (v.n. maschi 0-50 femmine 0-35)	acido perfluotoeptanoico (PFHpA): ... ng/g
AST: ... U/L (v.n. maschi 0-50 femmine 0-35)	acido perfluorooctanoico (PFOA): ... ng/g (v.n.
1,15-8,00)	
Glicemia: ... mg/dL (v.n. 70-99)	acido perfluorononanoico (PFNA): ... ng/g
Emoglobina glicata (HbA1c): ... mmol/mole (v.n. <48)	acido perfluorodecanoico (PFDeA): ... ng/g
Colesterolo totale: ... mg/dL (v.n. <190)	acido perfluoroundecanoico (PFUnA): ... ng/g
Colesterolo HDL: ... mg/dL (v.n. maschi >39 femmine >43)	acido perfluorododecanoico (PFDoA): ... ng/g
Colesterolo LDL: ... mg/dL (v.n. <115)	perfluorobutansulfonato (PFBS): ... ng/g
Trigliceridi: ... mg/dL (v.n. 30-175)	perfluoroesansulfonato (PFHxS): ... ng/g
TSH: ... mIU/L (v.n. 0,27-4,20)	perfluorooctansulfonato (PFOS): ... ng/g (v.n.
1,88-14,79)	
Microalbuminuria: ... mg/L (v.n. <30)	

Pressione arteriosa: sistolica ... mmHg (v.n. <140) – diastolica ... mmHg (v.n. <90)

Come può vedere, non tutte le rilevazioni effettuate rientrano nella normalità.

Precisiamo inoltre che il valore normale di colesterolo LDL sopra riportato può risultare troppo elevato per le persone ad alto rischio di eventi cardiovascolari.

Pertanto, Le consigliamo di mostrare questa lettera al Suo Medico curante, che è informato di questo programma di screening e potrà indicarLe gli approfondimenti e i provvedimenti più opportuni. Le ricordiamo che sarà invitato per la ripetizione dello screening tra 24 mesi.

Infine può notare che vengono riportati i risultati sulle concentrazioni di PFAS nel sangue. Tali valori verranno valutati al termine delle rilevazioni in quanto non esistono ad oggi, in letteratura, dei parametri di confronto. Fanno eccezione i valori di PFOA e PFOS, per i quali viene riportato un range, puramente indicativo, ottenuto da un precedente studio (Ingelido et al., 2010. Chemosphere 80, 1125-1130). Qualora il suo valore fosse superiore all'intervallo verrà contattato dal medico responsabile dello screening.

Cordiali saluti

Il Responsabile Centro Unico Screening ULSS ...



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 57/57



**CLASSE D: stile di vita MIGLIORABILE – PA + esami ALTERATI –
Esami PFAS**

Data,/....../....

Centro Unico Screening

ULSS 5 - "Ovest Vicentino"

Via Ca' Rotte, 9, 36075 Montebelluna Maggiore (VI)

E-mail: screening@ulss5.it

Gent. Sig.ra/Sig.
Cognome Nome
Via
Cap. Comune

Si comunicano i risultati dello screening eseguito presso <<Sede>> il giorno <<Data>>:

Secondo quanto da Lei riferito, il Suo STILE DI VITA è risultato: MIGLIORABILE
In particolare:

- Lei è: NON FUMATORE/EX-FUMATORE/FUMATORE
- la Sua alimentazione è risultata: CORRETTA/MIGLIORABILE
- la Sua attività motoria è risultata: LIEVE/MODERATA/ELEVATA
- il Suo Indice di Massa Corporea è risultato: NELLA NORMA/ALTERATO (BMI= Kg/mq, v.n. 18,5-24,9)

Le rilevazioni da noi effettuate hanno dato i seguenti risultati:

Creatinina: ... mg/dL (v.n. maschi 0,8-1,3 femmine 0,6-1,0)	acido perfluorobutanoico (PFBA): ... ng/g
eGFR: ... ml/min/1,73 mq (v.n. >90)	acido perfluoropentanoico (PFPeA): ... ng/g
Acido urico: ... mg/dL (v.n. maschi 3,5-7,2 femmine 2,6-6,0)	acido perfluoroesanoico (PFHxA): ... ng/g
ALT: ... U/L (v.n. maschi 0-50 femmine 0-35)	acido perfluotoeptanoico (PFHpA): ... ng/g
AST: ... U/L (v.n. maschi 0-50 femmine 0-35)	acido perfluorooctanoico (PFOA): ... ng/g (v.n. 1,15-8,00)
Glicemia: ... mg/dL (v.n. 70-99)	acido perfluorononanoico (PFNA): ... ng/g
Emoglobina glicata (HbA1c): ... mmol/mole (v.n. <48)	acido perfluorodecanoico (PFDeA): ... ng/g
Colesterolo totale: ... mg/dL (v.n. <190)	acido perfluoroundecanoico (PFUnA): ... ng/g
Colesterolo HDL: ... mg/dL (v.n. maschi >39 femmine >43)	acido perfluorododecanoico (PFDoA): ... ng/g
Colesterolo LDL: ... mg/dL (v.n. <115)	perfluorobutansulfonato (PFBS): ... ng/g
Trigliceridi: ... mg/dL (v.n. 30-175)	perfluoroesansulfonato (PFHxS): ... ng/g
TSH: ... mIU/L (v.n. 0,27-4,20)	perfluorootansulfonato (PFOS): ... ng/g (v.n. 1,88-14,79)
Microalbuminuria: ... mg/L (v.n. <30)	

Pressione arteriosa: sistolica ... mmHg (v.n. <140) – diastolica ... mmHg (v.n. <90)

Come può vedere, non tutte le rilevazioni effettuate rientrano nella normalità.

Precisiamo inoltre che il valore normale di colesterolo LDL sopra riportato può risultare troppo elevato per le persone ad alto rischio di eventi cardiovascolari.

Pertanto, Le consigliamo di mostrare questa lettera al Suo Medico curante, che è informato di questo programma di screening e potrà indicarLe gli approfondimenti e i provvedimenti più opportuni. Le ricordiamo che sarà invitato per la ripetizione dello screening tra 24 mesi.

Infine può notare che vengono riportati i risultati sulle concentrazioni di PFAS nel sangue. Tali valori verranno valutati al termine delle rilevazioni in quanto non esistono ad oggi, in letteratura, dei parametri di confronto. Fanno eccezione i valori di PFOA e PFOS, per i quali viene riportato un range, puramente indicativo, ottenuto da un precedente studio (Ingelido et al., 2010, Chemosphere 80, 1125-1130). Qualora il suo valore fosse superiore all'intervallo verrà contattato dal medico responsabile dello screening.

Cordiali saluti

Il Responsabile Centro Unico Screening ULSS ...

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 1/37



**Piano di Campionamento per il monitoraggio degli alimenti
in relazione alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS)
in alcuni ambiti della regione del Veneto**

Proposta definita dall'Istituto Superiore di Sanità-Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e
Sicurezza Alimentare in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie

Roma, 20 ottobre 2016

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 2/37

**Premessa**

Il presente documento descrive il piano di monitoraggio sulle matrici alimentari di produzione locale da attuarsi per valutare i livelli di contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) e definire una stima dell'esposizione alimentare della popolazione residente in alcuni ambiti della Regione del Veneto.

Il documento fa riferimento ai seguenti provvedimenti e pareri:

- DRGV 764 27/05/2014 "Approvazione dell'Accordo di collaborazione tra la Regione del Veneto e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) finalizzato al "Supporto tecnico scientifico, analitico e consultivo per l'analisi di rischio correlato alla contaminazione da PFAS di matrici ambientali e filiera idro-potabile in talune circostanze territoriali, e potenziale trasferimento di PFAS alla filiera alimentare e allo studio di biomonitoraggio";
- parere dell'ISS (prot. ISS 19/02/2016 – 4930) sui risultati del piano di campionamento eseguito in Regione Veneto sugli alimenti secondo quanto stabilito dalla DGRV n.1570 del 26 agosto 2014;
- DGRV 243 8/3/2016 "Affidamento all'Istituto Superiore di Sanità del Piano di monitoraggio sulle matrici di interesse alimentare in relazione alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcuni ambiti del territorio della Regione del Veneto".

Durante la riunione del 08/06/2016, il "Gruppo di Lavoro – Gestione della sorveglianza degli alimenti in ordine alle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS)" ha fornito le seguenti indicazioni che l'ISS ha seguito per l'elaborazione del piano:

1. analizzare l'area "rossa" (21 comuni esposti) definendo quali siano gli alimenti che fanno parte del paniere alimentare della popolazione ivi residente, considerando anche le produzioni locali;
2. analizzare inoltre i dati sui consumi relativi al sottogruppo degli allevatori, che è stato considerato separatamente nell'ambito dello studio di biomonitoraggio; realizzare il campionamento alimenti anche nell'area che è costituita dai 7 comuni dell'area di controllo del biomonitoraggio;
3. correlare i dati sui consumi alimentari con i risultati del biomonitoraggio, al fine di identificare possibili fattori di rischio, e conseguentemente le possibili misure di mitigazione del rischio stesso.

Tali indicazioni sono state recepite per la definizione del presente piano di campionamento, in particolare per quanto riguarda i punti sopra riportati 1 e 3. Per quanto attiene il punto 2, si è ritenuto di non procedere inizialmente con il campionamento nella zona di controllo. Tale scelta deriva dall'opportunità di valutare in primo luogo i risultati che si otterranno nell'area a rischio, per poter successivamente identificare in modo preciso una zona di controllo che abbia le caratteristiche idonee a eseguire un raffronto metodologicamente corretto, in termini di ampiezza, popolazione, presenza o meno di fonti di inquinamento, consumi della popolazione residente.

ALLEGATO **B** al n.

del

pag. 3/37

**Dati a disposizione**

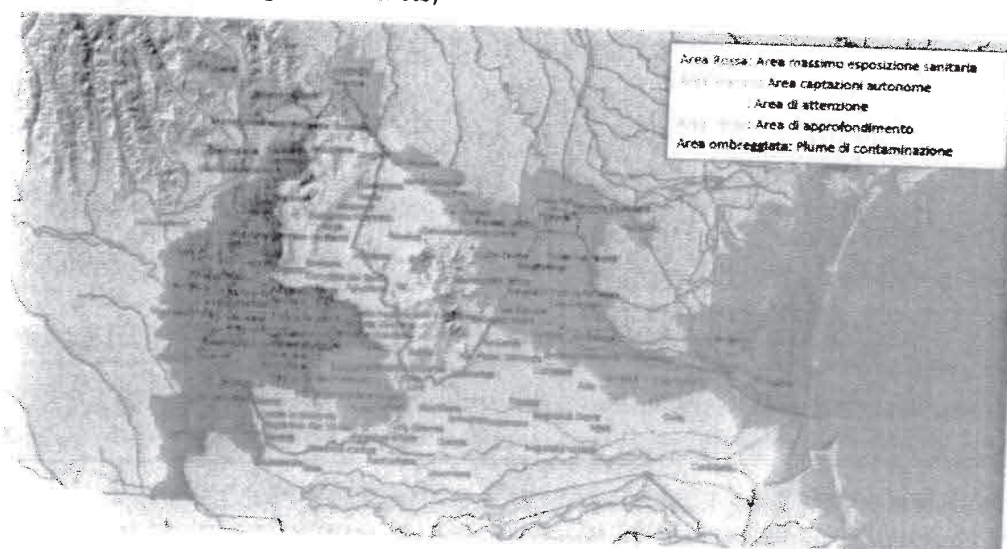
1. Distribuzione degli allevamenti zootecnici per specie e consistenza nei comuni identificati come a rischio, Estrazione dati dalla Banca Dati Regionale degli insediamenti zootecnici al 24 marzo 2016.
2. Informazioni sugli allevamenti rurali di avicoli nel territorio di interesse, dati aggiornati al 2015, Banca Dati Regionale degli insediamenti zootecnici al 24 marzo 2016.
3. Informazioni relative alle aziende agricole incluse la conduzione e la tipologia di produzione con dettaglio sulla superficie occupata per i comuni nell'area a rischio (dati Regione Veneto inviati il 17 giugno 2016).

Obiettivo del piano di campionamento

Obiettivo del piano è stimare il livello di contaminazione da PFAS nelle principali produzioni agro-zootecniche dell'area a rischio della Regione del Veneto. I risultati ottenuti dovranno essere correlati ai dati sui consumi alimentari della popolazione della zona a rischio, al fine di stimare l'esposizione per via alimentare (ivi compresa la fonte idrica).

I risultati saranno inoltre confrontati con quelli ottenuti nell'ambito di studi eseguiti in altre aree geografiche e disponibili in letteratura, per fornire indicazioni relative al livello di contaminazione nella zona oggetto di studio, rispetto ad altre aree il cui livello di rischio sia stato precedentemente valutato.

Figura 1: suddivisione del territorio della Regione del Veneto in funzione dei livelli di contaminazione da PFAS delle acque (Fonte: Regione del Veneto)



ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag.

4/37

**Assunti e limitazioni generali**

1. Il piano di campionamento deriva dalla constatazione che l'area a elevato impatto sanitario (Area ROSSA-di massima esposizione sanitaria in Figura 1, che include 21 comuni) è differenziabile, sulla base dei livelli di contaminazione nelle acque superficiali e profonde e dell'approvvigionamento idrico, in due sotto-aree:
 - AREA ROSSA A comprendente 12 Comuni (Brendola, Sarego, Lonigo, Alonte, Zimella, Asigliano Veneto, Cologna Veneta, Poiana Maggiore, Noventa Vicentina, Pressana, Rovereto di Guà e Montagnana)
 - AREA ROSSA B con i restanti 9 comuni (Bevilacqua, Boschi Sant'Anna, Terrazzo, Veronella, Minerbe, Arcole, Legnago, Bonavigo e Albaredo d'Adige)

Questo presupposto consente di definire un piano di campionamento in linea con le evidenze legate alla contaminazione delle acque nel territorio.

2. Sono esclusi dal presente campionamento i prodotti trasformati; questa scelta è mirata ad ottenere informazioni correlabili alle produzioni del territorio.
3. I dati sui consumi alimentari che sono necessari per la stima dell'esposizione alimentare nella popolazione residente nei comuni sopra citati saranno ricavati da studi già effettuati (biomonitoraggio), eventualmente integrati con dati di consumo disponibili in letteratura o presso database nazionali e internazionali (EFSA) e, se del caso, con dati generati da indagini mirate.

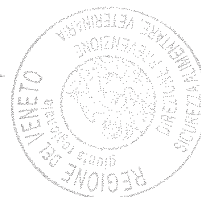
Criteri adottati per il campionamento

1. Le matrici alimentari sono state selezionate in base alla rilevanza delle produzioni agro-zootecniche, considerando l'estensione di territorio dedicata e il numero di aziende attive nel territorio. L'inclusione di altre matrici alimentari al momento non considerate è prevista successivamente; in particolare sarà presa in considerazione la fauna selvatica di interesse alimentare.
2. Per gli alimenti di origine animale la stima della numerosità campionaria si basa, laddove disponibile, sulle informazioni ottenute dal precedente campionamento per PFAS eseguito sugli alimenti prodotti in alcune aree della Regione Veneto (DGRV n. 1570 del 26 agosto 2014). Per le matrici di origine animale non considerate nel citato campionamento e per i vegetali, la numerosità campionaria è stata determinata con lo scopo di stimare la contaminazione media, con una precisione pari al 25% (valore fissato in base alla letteratura) della deviazione standard in valore assoluto e una confidenza del 95%. (Tabelle 1 e 2).
3. In base alla suddivisione in AREA ROSSA A e B, la numerosità campionaria totale è stata ridistribuita tra le due aree secondo il criterio di proporzionalità alla numerosità delle aziende agro-zootecniche, garantendo comunque la rappresentatività del campione rispetto alla realtà territoriale. Nell'area

ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 5/37



ROSSA A è stato assicurato il campionamento di almeno un'azienda/allevamento, se presente, per ogni comune indipendentemente dai risultati della distribuzione dei campioni su base statistica.

4. Il campionamento ha coinvolto sia le aziende industriali sia quelle familiari/per autoconsumo.

Campionamento

- L'unità campionaria di riferimento è la matrice alimentare.
- La distribuzione per comune e per Az.ULSS delle aziende da campionare per il prelievo delle singole matrici previste dal piano di campionamento è riportata in Allegato 1. Ulteriori aggiustamenti potranno essere considerati sulla base dei risultati preliminari che si otterranno dalle analisi dei campioni eseguite durante l'esecuzione del piano.
- La precisa individuazione delle aziende da campionare e il prelievo dei campioni è a carico delle Az.ULSS competenti per territorio. Le modalità di campionamento sono definite in specifici protocolli elaborati dai competenti Servizi regionali e che devono essere condivisi con le Az.ULSS prima dell'avvio del piano. Per gli aspetti generali legati alla definizione del campione si è fatto riferimento al D.M. 23 luglio 2003 relativo ai metodi di campionamento ai fini del controllo ufficiale dei residui di antiparassitari nei prodotti alimentari di origine vegetale e animale. Modifiche alle disposizioni del suddetto decreto sono state adottate per alcune matrici secondo specifiche esigenze operative.
- Per quanto riguarda i prodotti di origine animale, il campionamento deve rivolgersi in via preferenziale agli animali con vita produttiva superiore a tre mesi.
- I campioni di origine animale e vegetale devono essere inviati rispettivamente all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie e all'Agenzia Regionale per l'Ambiente del Veneto accompagnanti dalla scheda di campionamento, che è diversa in base al tipo di matrice da campionare – alimenti di origine animale, vegetale e pesci di acqua dolce – e che deve essere allegata ai citati protocolli di campionamento.
- Nei singoli campioni saranno determinati PFOS, PFOA e altri PFAS dettagliati nel documento che descrive i protocolli tecnici per le analisi di laboratorio (Allegato 2).

Il campionamento sarà effettuato nell'arco temporale necessario per garantire il rispetto della stagionalità delle produzioni coinvolte nel piano.

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 6/37



Alimenti di origine animale

Tabella 1: Numerosità campionaria per le categorie di alimenti di origine animale

	N. allevamenti presenti	N. campioni
SUINOS	286	
MUSCOLO		61
FEGATO		61
LATTE	68	
		61
PESCI D'ACQUA DOLCE*	5	
Allevamento/cattura (edibili)		76
BOVINO DA CARNE	303	
MUSCOLO		83
FEGATO		83
UOVA	15	
		64
AVICOLIS	192	
Muscolo		61
Fegato		61
TOTALE		611

§ negli allevamenti di suini, bovini e avicoli devono essere prelevati, possibilmente dagli stessi animali, campioni di fegato e muscolo. Ne deriva che a fronte dei 611 campioni previsti in totale, il numero di allevamenti da campionare è pari a 406.

* I campioni dovranno essere effettuati in via prioritaria negli allevamenti e nei laghi destinati alla pesca sportiva, con eventuale ripetizione del prelievo a cadenze che saranno definite in fase operativa. Sempre in fase di pianificazione del campionamento sarà valutata, in collaborazione con gli Enti territoriali competenti in materia di pesca, l'utilità e la praticabilità del prelievo di pesci di cattura, considerando per quest'ultima categoria le specie edibili, e basandosi sulla distribuzione dei bacini idrologici.

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 7/37

**Alimenti di origine vegetale**

Per i vegetali si sono considerate le seguenti macrocategorie: **Frutta, Ortive, Cereali**

All'interno delle macrocategorie, per identificare quali prodotti sottoporre a campionamento, sono stati selezionati quelli che rivestono la maggior importanza considerando la superficie destinata alla loro produzione e il numero di aziende sul territorio. Il dettaglio della suddivisione è presentato in tabella 2.

La tabella 2 riporta la stima complessiva della numerosità campionaria.

Tabella 2: Numerosità campionaria dei prodotti di origine vegetale. Nelle righe blu, che identificano le macrocategorie, viene riportata sia la superficie che la % di superficie occupata in base alla superficie complessiva dell'area a rischio; nelle righe bianche, che identificano le matrici all'interno delle macrocategorie, viene riportata la superficie e la % di superficie relativa alla macrocategoria a cui le matrici appartengono.

	Superficie (ha)	% superficie	N. aziende presenti	N. campioni
FRUTTA	13775695	8,33%	2661	
MELE DA TAVOLA	7828220	56,83%	1100	61
PERE DA TAVOLA	2994165	21,74%	572	61
Altra frutta	2953310	21,43%	989	61
VITE	28673539	17,33%	7747	
UVA DA VINO	28280022	98,63%	7640	61
ORTIVE	12175569	7,36%	2034	
PATATE	5326326	43,75%	520	61
RADICCHIO	100262	68,09%	18	61*
LATTUGA E LATTUGHINO	32781	22,26%	13	61*
Altro tra cicoria, insalata, spinaci, indivia, bieta	14199	8,65%	5	61
POMODORO	1092030	26,92%	36	61*
ASPARAGO	726687	17,91%	220	61
CIPOLLA	737854	18,19%	52	61*
Altro tra fagiolini, zucchine, peperoni, zucca pisello cavolo fagioli	1499965	36,98%	30389	61
CEREALI	95030116	57,44%	14206	
GRANTURCO (MAIS)	60201351	63,35%	8216	61
TOTALE				793

* poiché il numero di aziende è inferiore alla numerosità campionaria stabilita, verranno campionate tutte le aziende nel territorio, acquisendo un campione per azienda. Inoltre, ove possibile, saranno inclusi nel campionamento anche orti privati per un massimo di 61 campioni per matrice.

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pg. 8/39

**Dettaglio piano di campionamento**

Di seguito sono forniti i dettagli per le fasi operative del campionamento dei prodotti vegetali e di origine animale nelle due aree identificate come a rischio per la contaminazione da PFAS.

La numerosità campionaria calcolata è stata distribuita nei vari comuni delle due aree A e B, in modo proporzionale alla numerosità delle aziende presenti, come da informazioni fornite dalla Regione del Veneto.

Nell'AREA ROSSA A la numerosità campionaria è stata ridistribuita assegnando (se possibile) almeno un campione ai comuni in cui, per il numero esiguo di aziende, non sarebbe stato prelevato alcun campione.

Il campione è stato inoltre suddiviso per Az.ULSS competente per territorio per favorire la pianificazione delle attività sul territorio.

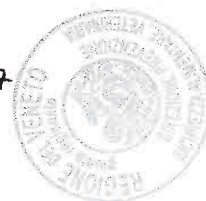
Campionamento delle matrici di origine animale**Suini**

	Az-ULSS	N di aziende familiari da campionare per Az-ULSS	N di aziende industriali da campionare per Az-ULSS	Comune	N di aziende familiari da campionare per comune	N di aziende industriali da campionare per comune
Zona A	5	17	5	ALONTE	2	1
				BRENDOLA	3	1
				LONIGO	8	2
				SAREGO	4	1
	6	5	4	ASIGLIANO VENETO	0	1
				NOVENTA VICENTINA	2	1
				POIANA MAGGIORE	3	2
				MONTAGNANA	1	1
	17	1	1	COLOGNA VENETA	5	1
				PRESSANA	1	0
	20	10	3	ROVEREDO DI GUA'	1	1
				ZIMELLA	3	1
Zona B	20	7	1	ALBAREDO D'ADIGE	4	0
				ARCOLE	1	0
				VERONELLA	2	1
				BEVILACQUA	1	0
	21	4	3	BONAVIGO	1	0
				BOSCHI SANT'ANNA	0	0
				LEGNAGO	1	2
				MINERBE	0	1
				TERRAZZO	1	0
TOT					44	17

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 9/37

**Bovini da latte**

	Az-ULSS	N aziende da campionare per Az-ULSS	Comune	N aziende da campionare per comune
Zona A	5	17	ALONTE	1
			BRENDOLA	6
			LONIGO	9
			SAREGO	1
	6	2	ASIGLIANO VENETO	0
			NOVENTA VICENTINA	0
			POIANA MAGGIORE	2
	17	3	MONTAGNANA	3
			COLOGNA VENETA	3
	20	16	PRESSANA	3
ROVEREDO DI GUA'			4	
ZIMELLA			6	
ALBAREDO D'ADIGE			4	
Zona B	20	13	ARCOLE	5
			VERONELLA	4
			BEVILACQUA	2
			BONAVIGO	1
	21	10	BOSCHI SANT'ANNA	1
			LEGNAGO	2
			MINERBE	3
			TERRAZZO	1
TOT				61

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 20/37



Avicoli*

	Az-ULSS	N aziende da campionare per Az- ULSS	Comune	N aziende da campionare per comune
Zona A	5	7	ALONTE	1
			BRENDOLA	1
			LONIGO	4
			SAREGO	1
	6	11	ASIGLIANO VENETO	2
			NOVENTA VICENTINA	1
			POIANA MAGGIORE	8
	17	4	MONTAGNANA	4
	20	14	COLOGNA VENETA	6
			PRESSANA	3
			ROVEREDO DI GUA'	1
			ZIMELLA	4
Zona B	20	12	ALBAREDO D'ADIGE	8
			ARCOLE	2
			VERONELLA	2
	21	13	BEVILACQUA	2
			BONAVIGO	1
			BOSCHI SANT'ANNA	1
			LEGNAGO	2
			MINERBE	4
			TERRAZZO	3
TOT				61

*nel campionamento dovranno essere incluse tutte le specie avicole presenti nelle due aree (A e B), preferibilmente con vita produttiva superiore a 3 mesi. Data l'oggettiva difficoltà a stabilire con dettaglio la popolazione di allevamenti avicoli/rurali o per uso familiare, si raccomanda di verificare la presenza nei comuni di questi allevamenti e di distribuire il campionamento includendo, se possibile, almeno il 50% di allevamenti rurali, ferma restando la numerosità campionaria prevista per singola Az-ULSS.

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 11/37

**Uova da consumo (*Gallus gallus*)***

	Az-ULSS	N aziende industriali da campionare per Az-ULSS	N aziende familiari da campionare per Az-ULSS	Comune	N aziende industriali da campionare per comune
Zona A	5	1	9	ALONTE	0
				BRENDOLA	0
				LONIGO	1
				SAREGO	0
	6	0	7	ASIGLIANO VENETO	0
				NOVENTA VICENTINA	0
				POIANA MAGGIORE	0
	17	0	2	MONTAGNANA	0
				COLOGNA VENETA	3
	20	10	9	PRESSANA	2
ROVEREDO DI GUA'				0	
ZIMELLA				5	
Zona B	20	1	7	ALBAREDO D'ADIGE	1
				ARCOLE	0
				VERONELLA	0
				BEVILACQUA	0
	21	3	15	BONAVIGO	0
				LEGNAGO	0
				BOSCHI SANT'ANNA	2
				MINERBE	0
TOT			49	TERRAZZO	1
					15

*Questa tabella include solo allevamenti industriali di ovaiole destinate alla produzione di uova da consumo e presenti nei comuni dell'area a rischio. I rimanenti 49 campionamenti sono stati distribuiti per Az-ULSS sulla base del numero di comuni presenti e dovranno riguardare allevamenti rurali presenti nel territorio di competenza delle Az-ULSS interessate.

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 12/37

**Bovini da carne**

	Az-ULSS	N aziende da campionare per Az- ULSS	Comune	N aziende da campionare per comune
Zona A	5	12	ALONTE	1
			BRENDOLA	2
			LONIGO	8
			SAREGO	1
	6	9	ASIGLIANO VENETO	1
			NOVENTA VICENTINA	5
			POIANA MAGGIORE	3
	17	3	MONTAGNANA	3
			COLOGNA VENETA	14
	20	27	PRESSANA	4
			ROVEREDO DI GUA'	2
			ZIMELLA	7
Zona B	20	18	ALBAREDO D'ADIGE	11
			ARCOLE	2
			VERONELLA	5
	21	14	BEVILACQUA	1
			BONAVIGO	4
			BOSCHI SANT'ANNA	1
			LEGNAGO	2
			MINERBE	5
TOT			TERRAZZO	1
				83

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 13/37

**Pescicoltura e laghi di pesca sportiva**

	Az. ULSS	N aziende da campionare per Az. ULSS	Comune	N aziende da campionare
Zona A	5	2	BRENDOLA	1
			LONIGO	1
		1	SAREGO	1
	20	1	ROVEREDO DI GUA'	1
Zona B	21	1	LEGNAGO	1
TOT				5

Questa tabella include solo allevamenti ittici ed i laghi di pesca sportiva censiti presenti nei comuni dell'area a rischio. Dato che il numero di aziende è inferiore alla numerosità campionaria stabilita, verranno campionate tutte le aziende nel territorio, e come indicato nel documento generale, con eventuale ripetizione del prelievo a cadenze che saranno definite in fase operativa. Sempre in fase di pianificazione del campionamento sarà valutata, in collaborazione con gli Enti territoriali competenti in materia di pesca, l'utilità e la praticabilità del prelievo di pesci di cattura, considerando per quest'ultima categoria le specie edibili, e basandosi sulla distribuzione dei bacini idrologici.

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 14/37



Campionamento delle matrici vegetali

Uva da vino

	Az-ULSS	N di aziende da campionare per Az-ULSS	Comune	N di aziende da campionare per comune
Zona A	5	40	ALONTE	6
			BRENDOLA	10
			LONIGO	13
			SAREGO	11
	6	0	ASIGLIANO VENETO	0
			NOVENTA VICENTINA	0
			POIANA MAGGIORE	0
	17	1	MONTAGNANA	1
	20	8	COLOGNA VENETA	4
			PRESSANA	2
			ROVEREDO DI GUA'	0
			ZIMELLA	2
Zona B	20	9	ALBAREDO D'ADIGE	2
			ARCOLE	7
			VERONELLA	0
	21	3	BEVILACQUA	0
			BONAVIGO	0
			BOSCHI SANT'ANNA	0
			LEGNAGO	1
			MINERBE	0
			TERRAZZO	2
TOT		61		61

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 15/37



Mele da tavola

	Az-ULSS	N di aziende da campionare per Az-ULSS	Comune	N di aziende da campionare per comune
Zona A	5	0	ALONTE	0
			BRENDOLA	0
			LONIGO	0
			SAREGO	0
	6	2	ASIGLIANO VENETO	0
			NOVENTA VICENTINA	2
			POIANA MAGGIORE	0
			MONTAGNANA	3
	17	3	COLOGNA VENETA	0
			PRESSANA	0
			ROVEREDO DI GUA'	0
			ZIMELLA	0
Zona B	20	4	ALBAREDO D'ADIGE	4
			ARCOLE	0
			VERONELLA	0
	21	52	BEVILACQUA	7
			BONAVIGO	8
			BOSCHI SANT'ANNA	4
			LEGNAGO	13
			MINERBE	3
			TERRAZZO	17
TOT		61		61

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 16/37



Pere da tavola

	Az. ULSS	N di aziende da campionare per Az. ULSS	Comune	N di aziende da campionare per comune
Zona A	5	1	ALONTE	0
			BRENDOLA	0
			LONIGO	1
			SAREGO	0
	6	0	ASIGLIANO VENETO	0
			NOVENTA VICENTINA	0
			POIANA MAGGIORE	0
	17	1	MONTAGNANA	1
	20	2	COLOGNA VENETA	0
			PRESSANA	1
			ROVEREDO DI GUA'	1
			ZIMELLA	0
Zona B	20	3	ALBAREDO D'ADIGE	3
			ARCOLE	0
			VERONELLA	0
	21	54	BEVILACQUA	4
			BONAVIGO	7
			BOSCHI SANT'ANNA	3
			LEGNAGO	21
			MINERBE	2
			TERRAZZO	17
TOT		61		61

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 17/37

**Altra Frutta***

	Az-ULSS	N di aziende da campionare per Az. ULSS	Comune	N di aziende da campionare per comune
Zona A	5	19	ALONTE	2
			BRENDOLA	3
			LONIGO	5
			SAREGO	9
	6	3	ASIGLIANO VENETO	1
			NOVENTA VICENTINA	1
			POIANA MAGGIORE	1
	17	2	MONTAGNANA	2
	20	6	COLOGNA VENETA	4
			PRESSANA	0
			ROVEREDO DI GUA'	0
			ZIMELLA	2
Zona B	20	11	ALBAREDO D'ADIGE	3
			ARCOLE	5
			VERONELLA	3
	21	20	BEVILACQUA	3
			BONAVIGO	2
			BOSCHI SANT'ANNA	2
			LEGNAGO	3
			MINERBE	2
			TERRAZZO	8
TOT		61		61

- Include albicocche, ciliegie e pesche

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

PO 18/37

**Patate**

	Az-ULSS	N di aziende da campionare per Az-ULSS	Comune	N di aziende da campionare per comune
Zona A	5	5	ALONTE	1
			BRENDOLA	0
			LONIGO	3
			SAREGO	1
	6	6	ASIGLIANO VENETO	1
			NOVENTA VICENTINA	0
			POIANA MAGGIORE	5
	17	4	MONTAGNANA	4
	20	32	COLOGNA VENETA	17
			PRESSANA	7
ROVEREDO DI GUA'			6	
ZIMELLA			2	
Zona B	20	6	ALBAREDO D'ADIGE	3
			ARCOLE	2
			VERONELLA	1
			BEVILACQUA	1
	21	8	BONAVIGO	1
			BOSCHI SANT'ANNA	1
			LEGNAGO	2
			MINERBE	2
			TERRAZZO	1
TOT		61		61

ALLEGATO **B**

Dgr n.

del

pag. 19/37



Ortive a foglia larga

Az. ULSS	N. di aziende da campionare per comune Az. ULSS	Comune	N. di aziende da campionare per comune LATIUGA e LATIUGHINO	N. di aziende da campionare per comune RADICCHIO	N. di aziende da campionare per comune ALTRO*
5	6	ALONTE	0	0	0
		BRENDOLA	0	0	0
		LONIGO	1	2	1
		SAREGO	2	0	0
		ASIGLIANO VENETO	1	1	0
6	3	NOVENTA VICENTINA	0	0	1
		POIANA MAGGIORE	0	0	0
		MONTAGNANA	1	1	0
17	2	COLOGNA VENETA	0	3	0
		PRESSANA	0	0	0
		ROVEREDO DI GUA'	0	0	0
		ZIMELLA	0	0	0
20	8	ALBAREDO D'ADIGE	0	2	1
		ARCOLE	0	0	1
		VERONELLA	2	2	0
		BEVILACQUA	0	0	0
		BONAVIGO	1	0	0
21	14	BOSCHI SANT'ANNA	1	0	0
		LEGNAGO	3	4	0
		MINERBE	0	2	0
		TERRAZZO	1	1	1
		TOT	36	135	185

Zona B

TOT

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 20/37



* la categoria "ALTRO" include cicoria, insalata, spinaci, indivia, bieta.

§ La numerosità prevista è 61 per ognuna delle matrici; dato che il numero di aziende è inferiore alla numerosità campionaria stabilita, verranno campionate tutte le aziende nel territorio, acquisendo un campione per azienda. Inoltre, ove possibile, saranno inclusi nel campionamento anche orti privati per un massimo di 61 campioni per matrice.

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 21/37

Ortive a frutto

Azienda	N. di aziende da campionare per Az. ULSS	Comune	N. di aziende da campionare per comune ASPARAGO	N. di aziende da campionare per comune CIPOLLA	N. di aziende da campionare per comune POMODORO	N. di aziende da campionare per comune ALTRO*
5	18	ALONTE	2	0	0	2
		BRENDOLA	0	0	2	2
		LONIGO	2	2	3	2
		SAREGO	0	0	0	1
		ASIGLIANO VENETO	0	3	1	2
6	21	NOVENTA VICENTINA	0	1	1	2
		POIANA MAGGIORE	1	7	0	3
		MONTAGNANA	3	3	2	2
17	10	COLOGNA VENETA	3	21	5	4
		PRESSANA	0	4	0	2
		ROVEREDO DI GUA'	3	4	1	2
		ZIMELLA	5	1	1	2
20	53	ALBAREDO D'ADIGE	3	1	1	2
		ARCOLE	22	0	3	7
		VERONELLA	8	0	1	2
		BEVILACQUA	0	0	0	2
		BONAVIGO	1	0	2	4
21	50	BOSCHI SANT'ANNA	3	1	1	3
		LEGNAGO	3	2	10	4
		MINERBE	1	0	0	4
		TERRAZZO	1	2	2	4
TOT	210		61	526	369	61

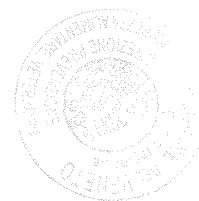
* la categoria "ALTRO" include fagiolini, zucchini, peperoni, zucca pisello cavolo fagioli.



ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 22/37



§ Per quelle matrici in cui il numero di aziende è inferiore alla numerosità campionaria stabilita, saranno campionate tutte le aziende nel territorio. Inoltre, ove possibile, saranno inclusi nel campionamento anche orti privati per un massimo di 61 campioni per matrice.

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 23/37



Granoturco (Mais)

	Az-ULSS	N di aziende da campionare per Az-ULSS	Comune	N di aziende da campionare per comune
Zona A	5	10	ALONTE	2
			BRENDOLA	3
			LONIGO	3
			SAREGO	2
	6	8	ASIGLIANO VENETO	2
			NOVENTA VICENTINA	3
			POIANA MAGGIORE	3
	17	5	MONTAGNANA	5
	20	12	COLOGNA VENETA	5
			PRESSANA	3
			ROVEREDO DI GUA'	2
			ZIMELLA	2
Zona B	20	6	ALBAREDO D'ADIGE	2
			ARCOLE	2
			VERONELLA	2
	21	20	BEVILACQUA	2
			BONAVIGO	3
			BOSCHI SANT'ANNA	2
			LEGNAGO	7
			MINERBE	3
			TERRAZZO	3
TOT		61		61

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 24/37



Protocollo tecnico per le analisi di laboratorio

Nell'ambito delle attività analitiche relative al piano di monitoraggio di sostanze perfluoroalchiliche negli alimenti, al fine di armonizzare le modalità tecniche di esecuzione delle prove tra i laboratori partecipanti, si ritiene necessario definire i seguenti elementi:

a) Molecole da includere necessariamente

Le molecole da determinare nell'ambito del piano di monitoraggio sono:

Acido perfluoro- n- butanoico (PFBA)
Acido perfluoro - n – pentanoico (PFPeA)
Acido perfluoro - n – esanoico (PFHxA)
Acido perfluoro - n - eptanoico (PFHpA)
Acido perfluoro - n - ottanoico (PFOA)
Acido perfluoro - n - nonanoico (PFNA)
Acido perfluoro - n – decanoico (PFDA)
Acido perfluoro - n - undecanoico (PFUdA)
Acido perfluoro - n - dodecanoico (PFDoA)
Perfluoro - 1 – butansolfonato (PFBS)
Perfluoro - 1 – esansolfonato (PFHxS)
Perfluoro - 1 – octansolfonato (PFOS)

b) Metodo di analisi: LC-MS/MS

c) Campionamento

Per quanto riguarda i campioni di prodotti di origine animale e vegetale, le quantità e le modalità di costituzione dei campioni fanno riferimento alle normative vigenti (Direttiva 2002/63/CE) con leggeri adattamenti determinati dalla necessità di effettuare prelievi anche in allevamenti rurali dove, evidentemente, le disponibilità potranno essere limitate.

Per quello che riguarda gli alimenti di origine animale i campioni dovranno indicativamente essere costituiti dalle seguenti quantità:

- Uova: n. 12 di gallina se disponibili, o almeno 5 nel caso di allevamenti rurali
- Bovino o suino: muscolo 0,5 Kg
- Bovino o suino: fegato 0,4 Kg
- Tacchini, oche, galli, capponi, anatre: 0,5 kg di muscolo spellato e disossato
- Galline faraone, polli: 0,5 kg di muscolo spellato e disossato
- Fegato di avicoli: 0,2 kg
- Latte: 0,5 l (previa miscelazione nella cisterna)
- Pesci di allevamento o laghi da pesca: 0.5 kg di pesce sfilettato

d) Preparazione dei campioni

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 25/37



Tutti i campioni di prodotti vegetali devono essere trattati secondo il Regolamento (CE) 396/2005 e successive modifiche allegato I parte A

I campioni di alimenti sia di origine vegetale che animale devono essere omogeneizzati, possibilmente al momento dell'arrivo in laboratorio, e un'aliquota, di almeno 50 g del campione omogeneizzato, deve essere conservata a -20°C in contenitori di materiale idoneo ad evitare l'alterazione del campione (per esempio contenitori in polietilene).

e) Limiti di prestazione analitica

Per le matrici che verranno analizzate il limite di quantificazione (LoQ) del metodo in LC – MS/MS per la determinazione degli analiti sopraelencati deve soddisfare il seguente requisito: 0.5 µg/kg per PFBA e 0.1 µg/kg per tutte le altre molecole.

f) Incertezza di misura

L'incertezza di misura sarà stimata mediante funzione di Horwitz-Thompson.

g) Procedura di intercalibrazione dei laboratori:

Per ogni tipologia di matrice saranno selezionati casualmente almeno due campioni. Un'aliquota dei campioni selezionati sarà analizzata dai laboratori coinvolti nel monitoraggio al fine di comparare i risultati ottenuti. Il numero dei campioni selezionati dovrà essere tale da garantire ad un livello di probabilità definito (5%) che i risultati ottenuti siano tra loro comparabili con un valore di confidenza del 95%.

Nel caso di risultati difformi le determinazioni analitiche saranno ripetute sulle aliquote dei campioni conservati.

Eventuali ampliamenti del numero di molecole e/o modifiche delle modalità operative (es.: parametri di prestazione) saranno valutati nel corso delle attività alla luce dei riscontri analitici e da eventuali evidenze che dovessero emergere (es.: valutazioni EFSA).

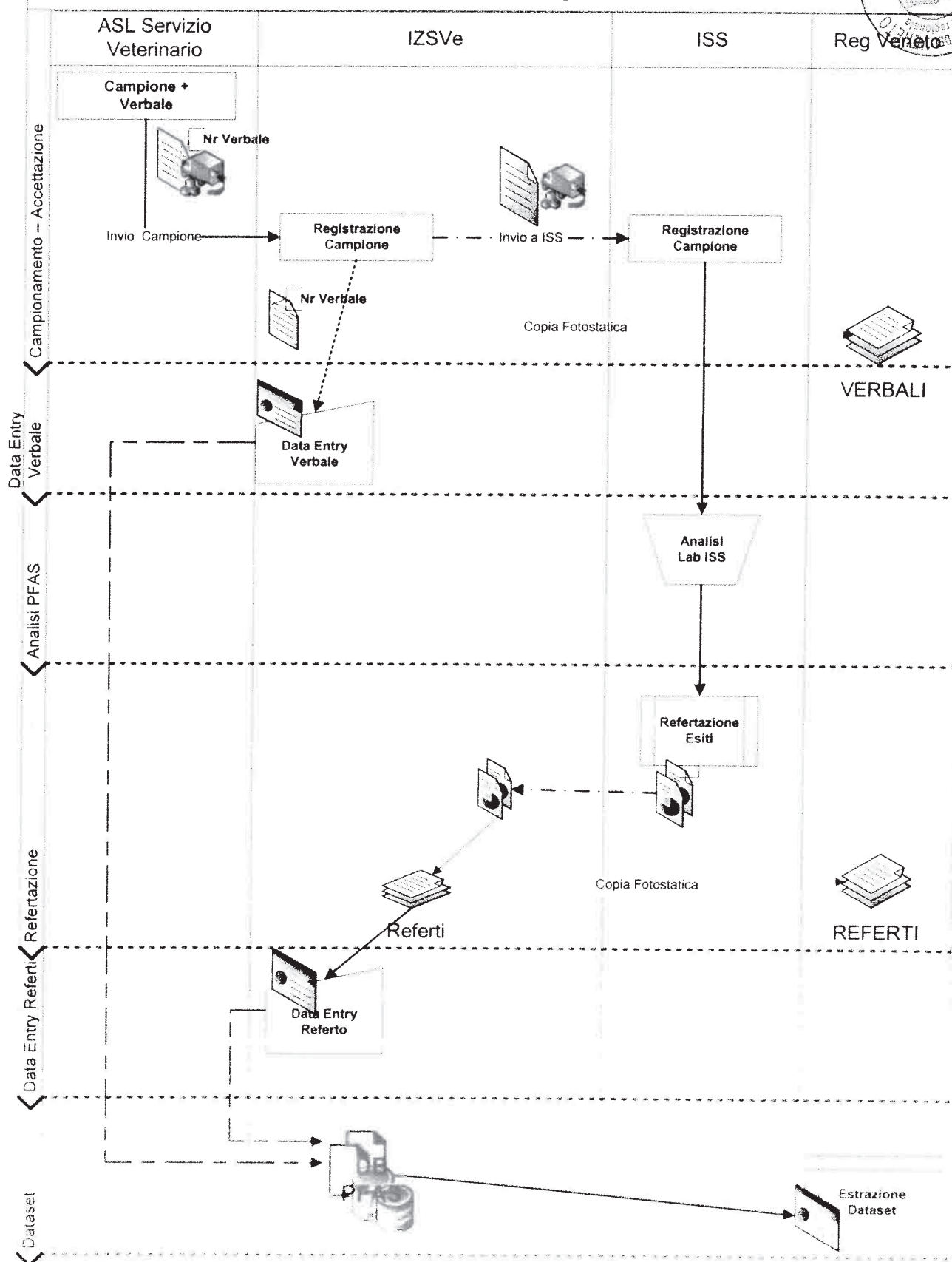
ALLEGATO *B* DgF n.

del

pg. 26/37



PFAS – Flusso Processo - Campione alimenti di origine Animale



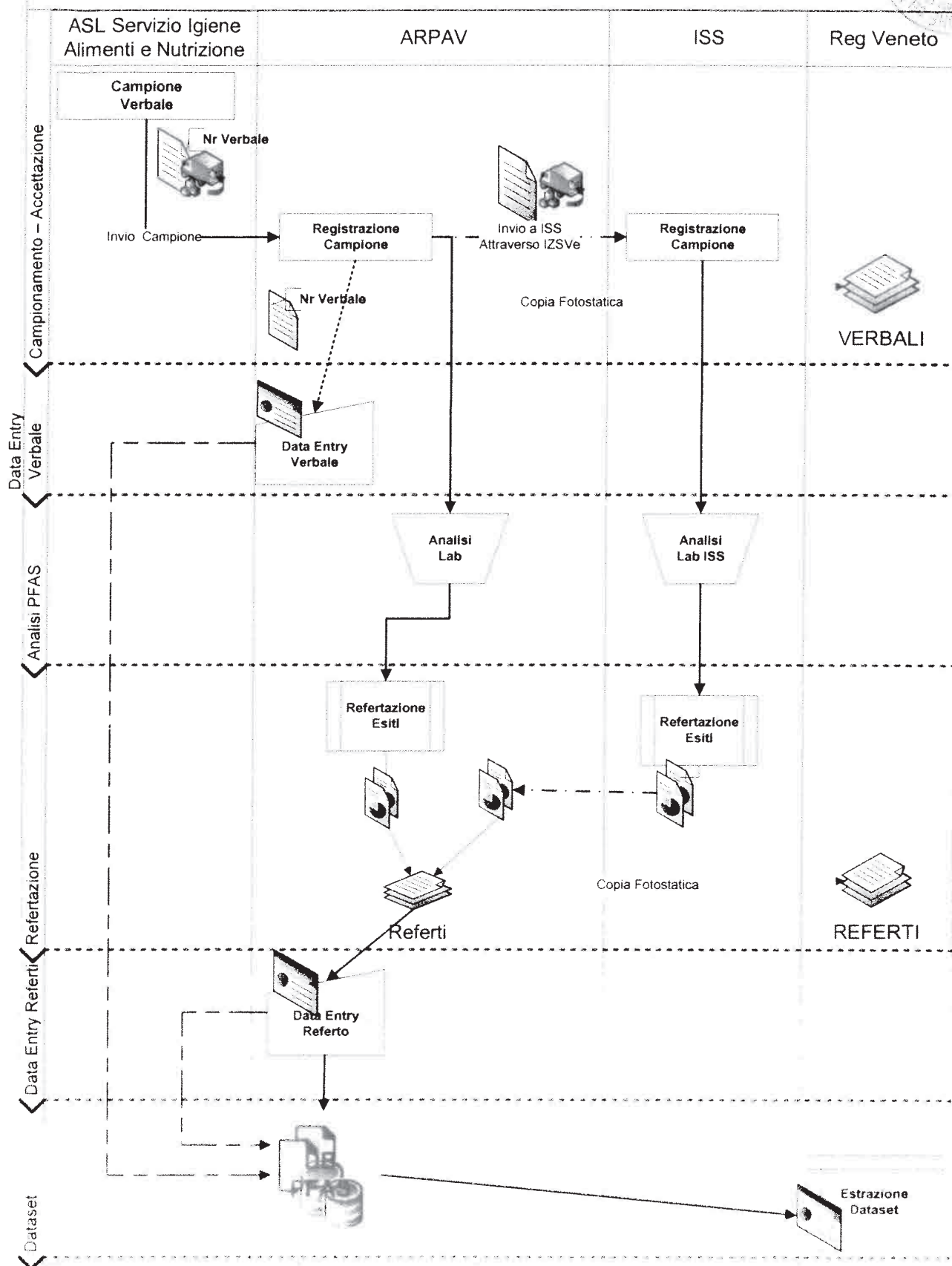
ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 27/37



PFAS – Flusso Processo – Campione alimenti di origine Vegetale



ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 28/37



MODALITÀ CAMPIONAMENTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE PER LA DETERMINAZIONE DI COMPOSTI PERFLUOROALCHILICI (PFAS)

Sono state predisposte due schede accompagnatorie di cui una per gli animali acquatici (pesci edibili di acqua dolce) e la seconda per le restanti matrici di origine animale (insediamenti a terra) previste nel piano di campionamenti

Le accompagnatorie devono essere compilate in tutte le loro parti ed è pertanto necessario acquisire le coordinate geografiche del punto di provenienza dei campioni con le seguenti modalità

- nel caso in cui il prelievo venga eseguito presso un'azienda registrata in BDR (con codice aziendale) e presente in IZSveGIS (<http://gis.izsvenezie.it/izsvegis/index.php>), si procede alla validazione della posizione geografica dell'allevamento. Le coordinate del luogo del prelievo coincideranno con tale posizione.
- nel caso in cui il prelievo venga eseguito presso un'azienda registrata in BDR (con codice aziendale), ma non presente in IZSveGIS (<http://gis.izsvenezie.it/izsvegis/index.php>), si dovrà georeferenziare. Dopo aver identificato la località e l'indirizzo dell'azienda in BDR, si accede al portale IZSveGIS e a seguito della ricerca e individuazione della posizione geografica dell'allevamento, si procede nella georeferenziazione e successiva validazione. Le coordinate del luogo del prelievo coincideranno con tale posizione.
- nel caso in cui il prelievo avvenga presso un sito diverso da un'azienda registrata in BDR (allevamento per autoconsumo o altro luogo di prelievo) si procede all'acquisizione delle coordinate geografiche mediante rilievo GPS della posizione del luogo del prelievo (sistema WGS84 - formato sessadecimale GG.DDDDDD).

I campioni vanno prelevati in singola aliquota e regolarmente sigillati all'interno di contenitori univocamente identificati

A ogni soggetto/alimento prelevato deve corrispondere una sola scheda di accompagnamento

Dove è previsto il prelievo di due matrici (muscolo e fegato) da uno stesso soggetto si utilizza una sola scheda di accompagnamento in cui si spuntano entrambe le matrici, che vanno collocate in due diversi contenitori che devono riportare in modo chiaro la matrice contenuta.

Per quanto riguarda le specie ittiche, i campioni dovranno essere fatti in via prioritaria negli allevamenti e nei laghi destinati alla pesca sportiva, con eventuale ripetizione del prelievo dopo sei mesi sulla base di specifiche indicazioni che saranno fornite in fase operativa, anche in funzione del numero complessivo di campioni che saranno stati prelevati da animali acquatici.

In fase di pianificazione del campionamento sarà valutata, in collaborazione con gli Enti territoriali competenti in materia di pesca, l'utilità e la praticabilità del prelievo di pesci di cattura, considerando per quest'ultima categoria le specie edibili, e basandosi sulla distribuzione dei bacini idrologici.

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 29/37



La scheda per gli insediamenti a terra prevede anche dei campi che devono essere compilati dal veterinario del macello a cui viene/vengono indirizzati gli animali selezionati per il prelievo nell'azienda produttrice. In tal caso sarà cura del veterinario che si è recato in azienda, compilare la scheda per quanto di competenza, avvisare il collega del macello del prossimo arrivo e della necessità di provvedere al prelievo, inviandogli contestualmente (mezzo e-mail o fax) la scheda parzialmente compilata che dovrà essere completata a seguito della macellazione e allegata ai campioni. E' cura del veterinario che inoltra la scheda ragguagliare il collega sulle modalità di prelievo e confezionamento dei campioni.

Per quanto concerne il prelievo dei campioni da animali di specie avicole, i soggetti da selezionare per il campionamento sono preferibilmente quelli con vita zootecnica superiore ai tre mesi.

Le quantità e le modalità di costituzione dei campioni fanno riferimento alle normative vigenti con leggeri adattamenti determinati dalla necessità di effettuare prelievi anche in allevamenti rurali dove, evidentemente, le disponibilità potranno essere anche piuttosto limitate.

Pertanto i campioni dovranno essere costituiti dalle seguenti quantità:

- Uova: n. 12 di gallina se disponibili, o almeno 5 nel caso di allevamenti rurali
- Bovino o suino: muscolo 0,5 Kg
- Bovino o suino: fegato 0,4 Kg
- Tacchini, oche, galli, capponi, anatre: 0,5 kg di muscolo spellato e disossato
- Galline faraone, polli: 0,5 kg di muscolo spellato e disossato
- Fegato di avicoli: 0,2 kg
- Latte: 0,5 l (previa miscelazione nella cisterna)
- Pesci di allevamento o laghi da pesca: 0.5 kg di pesce sfilettato

Il campione deve essere recapitato alla sezione più vicina dell'IZSve, in condizioni di refrigerazione se consegnato in giornata, o conservato e consegnato in condizioni di congelamento se i tempi di conferimento sono superiori alle 12 ore.

ALLEGATO **B**

Dgr n.

del

pag. 30/37



MODALITÀ PER IL CAMPIONAMENTO DI ALIMENTI VEGETALI PRIMARI PER LA DETERMINAZIONE DI COMPOSTI PERFLUOROALCHILICI (PFAS)

Il presente documento contiene le istruzioni per il prelievo di campioni di alimenti vegetali primari (non trasformati) pronti al consumo o alla successiva lavorazione ed è destinato al personale incaricato di eseguire il campionamento per la determinazione del contenuto in sostanze perfluoroalchiliche (PFAS).

Le analisi chimiche saranno svolte dal laboratorio dell'ARPA di Verona.

I prelievi devono essere eseguiti presso le Aziende di coltivazione.

Ogni campione dovrà essere accompagnato da **"Scheda campionamento alimenti vegetali per determinazione PFAS"** opportunamente compilata e firmata dal personale che effettua il prelievo e dall'incaricato della ditta interessata.

Il campione va introdotto in sacchetti di materiale plastico resistenti e di capacità adeguata che devono poi essere sigillati e resi riconoscibili in maniera univoca.

La sigillatura ed il confezionamento delle parti del campione devono essere eseguite con la massima cura.

Il campione elementare è costituito da una o più unità prelevate in un solo punto della partita; deve essere rappresentativo del campione globale; è costituito da prodotti interi, non tagliati né spezzati, prelevati a caso nella partita.

Di seguito sono riportate le tabelle, relative alla descrizione dei campioni elementari e delle aliquote da prelevare nel campionamento dei prodotti alimentari primari di origine vegetale per la ricerca di PFAS.

Tale tabella si riferisce a prodotti freschi, ortaggi e frutti, comprese le patate.

Classificazione del prodotto	Esempi	Composizione	Quantità minima dell'aliquota	N. aliquote
Prodotti freschi di piccole dimensioni generalmente <25 g unità	piselli	Unità intere	1 kg	1
Prodotti freschi di piccole dimensioni generalmente da 25 a 250 g unità	mele, pere, pomodori	Unità intere	1 kg (almeno 10 unità)	1
Prodotti freschi di piccole dimensioni generalmente > 250 g unità	uva (grappoli), cavoli	Unità intere	2 kg (almeno 5 unità)	1
Cereali	riso, frumento		1 kg	1

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 31/37



Il campione opportunamente sigillato deve essere consegnato tempestivamente all'ufficio accettazione di ARPAV presente in ogni provincia ed ARPAV stesso provvederà a trasportare il campione a temperatura 4 ± 10 °C alla propria sede laboratoristica.

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 32/37



Piano di Campionamento: PFAS – data entry verbali e esiti

Il documento descrive il sistema informatico ipotizzato per raccogliere, gestire e rendere disponibili informazioni relative al Piano di Campionamento PFAS; dovrà gestire le informazioni dei Verbali/Campioni e delle Analisi/Referti associati.

Il progetto

Il sistema informatico costituisce lo strumento per la raccolta di dati a supporto del piano PFAS Regione Veneto.

Per poter permettere di inserire il dato in modo semplice e distribuito si è ipotizzato lo sviluppo di un applicativo web-based, così da consentire un unico punto di raccolta dei dati. Un vantaggio di questa scelta è la possibilità di monitorare l'esecuzione del piano, ipotizzando che l'inserimento di verbale ed esiti a sistema sia fatta in prossimità dell'esecuzione.

Inoltre, la soluzione basata sul web consente di poter concentrare la manutenzione e l'aggiornamento, non prevedendo l'installazione di alcun client sui pc utilizzati dagli operatori di data entry.

I dataset principali del sistema sono Verbali e Esiti. Questi sono definiti e strutturati da documentazione ufficiale e rispecchiano i modelli previsti dal Piano.

Per i verbali si possono individuare le seguenti macro aree di dati:

- Dati verbale (data, operatore, Nr verbale, ULSS)
- Sito/Luogo prelievo (indirizzo, particella, coordinante geografiche)
- Soggetto (azienda, macello etc)
- Fattori di rischio (Origine acqua, mangimi etc)
- Altri dati

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 33/37



Per gli Esiti o analisi, i dati di interesse sono previsti in 12 parametri (PFBA, PFBS, PFDA, PFDoA, PFHpA, PFHxA, PFHxS, PFNA, PFOA, PFOS, PFPeA, PFUdA), più altri dati dell'esito (laboratorio, data, etc.).

In una prima fase ci si concentrerà sull'obiettivo dell'applicativo per il data entry, in un secondo momento si potrà valutare lo sviluppo anche di un modulo per il monitoraggio dei dati inseriti, e di un modulo per la verifica della qualità del dato sia in fase di inserimento che post data entry, con la visualizzazione dei possibili errori avvenuti in fase di acquisizione.

L'applicativo dovrà prevedere l'export dell'intero dataset per i soggetti interessati, Regione Veneto.

Il sistema dovrà prevedere la gestione dei profili, così che ogni operatore di data entry possa vedere i verbali e gli esiti di sua competenza, o meglio dell'ente/gruppo di appartenenza.

Funzionalità

Oltre alle funzionalità base per la gestione degli utenti e profili, presenti già nel modulo "utenti" il sistema prevede le seguenti macro funzionalità:

- Inserimento, modifica e visualizzazione dei Verbali
- Inserimento, modifica e visualizzazione degli Esiti
- Esportazione dei dati

Documentazione tecnica

Il linguaggio di programmazione utilizzati sono: HTML, php 5.5.9, JQuery,

La tecnologia della base di dati è gestita da un DBMS: Oracle 11g R2

L'applicativo web-oriented sarà ospitato su un Server Web dell'IZSVe: Linux Ubuntu 14.04 LTS

La parte di autenticazione/profilazione viene demandata ad un modulo già pre-costituito ed utilizzato in altri applicativi IZSVe; questo "sub-sistema" ha già delle interfacce web per la gestione e la profilazione degli utenti, mentre come database utilizza PostgreSQL.

pg. 34/37



OPERATORE/I PRELEVATORE/I

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 35/37



Piano di Campionamento PFAS negli alimenti

- PESCI EDIBILI DI ACQUA DOLCE -

Scheda di accompagnamento campioni PESCI EDIBILI DI ACQUA DOLCE da compilarsi contestualmente al campionamento

SERVIZIO Az.ULSS _____ VERBALE DI CAMPIONAMENTO _____ del _____

LUOGO DEL PRELIEVO

CODICE AZIENDA (se applicabile) _____

INDIRIZZO _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____

RAGIONE SOCIALE _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

COORDINATE GPS PUNTO DEL PRELIEVO: LATITUDINE _____ LONGITUDINE _____
(WGS84 - formato sessadecimale GG.DDDDDD) Esempio: latitudine 45.388275; longitudine 11.387862)

TIPOLOGIA PRODUTTIVA:

- ☐ ALLEVAMENTO CON RIPRODUTTORI
- ☐ ALLEVAMENTO SENZA RIPRODUTTORI
- ☐ LAGHETTO PESCA SPORTIVA
- ☐ VALLE DA PESCA
- ☐ ACQUE LIBERE (pesce di cattura)
- ☐ ALTRO _____

ORIGINE ACQUE:

- ☐ SUPERFICIALE
- ☐ ACQUA SOTTERRANEA (POZZO)
- ☐ ACQUEDOTTO
- ☐ RISORGIVA
- ☐ ALTRO _____

CORPO IDRICO _____

ANALISI DELL'ACQUA PER PFAS EFFETTUATE SI ☐ NO ☐

SE SI, ESITO _____ (ALLEGARE)

MATRICE CAMPIONATA (muscolo)

SPECIE allevata /presente/pescata _____

ETA' (tempo di permanenza nell'allevamento) _____

PRELIEVO ESEGUITO ALLA PRESENZA DI _____

OPERATORE/I PRELEVATORE/I _____

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 36/37



Scheda campionamento alimenti vegetali per determinazione PFAS

Scheda di accompagnamento campioni prelevati in AZIENDA DI COLTIVAZIONE da compilarsi contestualmente al campionamento

AUSL _____ Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione _____

VERBALE N. _____ del _____

MATRICE CAMPIONATA: _____

LUOGO DEL PRELIEVO: _____

Codice Insediamento (se censita in SIANET) _____

Parcella Territoriale di produzione della coltura _____

Indirizzo _____

Comune _____ Provincia _____

Ragione Sociale _____

Codice Fiscale _____ Partita Iva _____

Coordinate GPS _____

PRODOTTO PER:

vendita per la grande distribuzione: SI ☐ NO ☐

vendita diretta: SI ☐ NO ☐

trasformazione: SI ☐ NO ☐

autoconsumo: SI ☐ NO ☐

TIPO di approvvigionamento idrico utilizzato per l'irrigazione:

- ACQUEDOTTO ☐
- ACQUA SOTTERRANEA (pozzo privato) ☐ (profondità) _____
- ACQUA SUPERFICIALE ☐ (indicare il corpo idrico) _____

Se irrigazione con acqua sotterranea (pozzo privato), esiste analisi in autocontrollo per PFAS:

SI ☐ NO ☐

In caso positivo, riportare di seguito l'esito dell'ultimo controllo (oppure allegare una copia):

Anno del controllo: 2013 ☐ 2014 ☐ 2015 ☐ 2016 ☐ 2017 ☐

Concentrazione Altri PFAS (ng/L) _____

Concentrazione PFOA (ng/L) _____

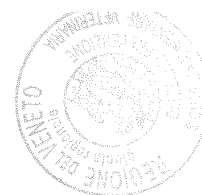
Concentrazione PFOS (ng/L) _____

TIPO di irrigazione:

ALLEGATO **B** Dgr n.

del

pag. 37/37



- SCORRIMENTO ☐
- PIOGGIA ☐
- GOCCIA ☐
- Altro ☐ (indicare) _____

ALTRE INFORMAZIONI:

- campione da agricoltura biologica ☐
- campione da agricoltura tradizionale ☐
- campione da agricoltura integrata ☐

TRATTAMENTI DELLA COLTURA CON:

- prodotti fitosanitari ☐
- fanghi/ammendanti compostati ☐ in caso positivo indicare tipologia _____
- fertilizzanti naturali ☐
- fertilizzanti chimici ☐

Indicare la fonte idrica (se utilizzata) per la dispersione dei trattamenti

PRELIEVO ESEGUITO ALLA PRESENZA DI

OPERATORE/I PRELEVATORE/I

RISERVATO AL LABORATORIO

DATA DI ACCETTAZIONE _____

LABORATORIO ANALISI _____ N. RAPPORTO DI PROVA (RdP) _____

(Codice interno: 336996)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2167 del 23 dicembre 2016

Modifica ed integrazione delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016 e s.m.i. e modifica degli Allegati A e B della DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i..

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Vengono proposte alcune modifiche ed integrazioni alle linee guida che tutti i sanitari delle strutture pubbliche e private devono seguire per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, già approvate con la deliberazione n. 1169/2016 e s.m.i. con contestuale modifica della remunerazione dei ricoveri per impianto di neurostimolatori spinali.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Con la deliberazione n. 1169 del 19 luglio 2016, cui si fa rinvio, è stato approvato l'aggiornamento delle linee guida per la compilazione della SDO così come contenuto nel documento "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera", di cui all'Allegato A del medesimo atto che sostituisce integralmente il documento precedentemente approvato con la DGR n. 2715 del 24 dicembre 2012.

Le linee guida di cui al citato Allegato A, che tutti i sanitari delle strutture pubbliche e private devono seguire per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, consentono di descrivere in modo omogeneo, su tutto il territorio regionale, le patologie che hanno determinato il ricorso alle strutture sanitarie e le procedure diagnostiche e terapeutiche che vi vengono erogate, aiutando i compilatori e rendendo più semplici e trasparenti i controlli relativi all'appropriatezza delle prestazioni.

Con successiva deliberazione n. 1531 del 10 ottobre 2016, cui si fa rinvio, è stata posticipata al 1° gennaio 2017 l'entrata in vigore delle disposizioni della DGR n. 1169/2016.

Successivamente, la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, con nota prot. 30216 del 19 ottobre 2016, ha trasmesso le indicazioni per codificare le procedure di impianto valvolare aortico transcateretere (in inglese Transcatheter Aortic Valve Implantation - TAVI, o Transcatheter Aortic Valve Replacement - TAVR) e le raccomandazioni per codificare correttamente le diagnosi nei pazienti affetti da Sindromi coronariche acute e Infarto Miocardico Acuto - IMA. Questo in quanto il sistema di classificazione attualmente in uso (ICD-9-CM versione 2007) non presenta codici specifici per gli interventi strutturali transcateretere, già in uso clinico.

Inoltre, con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, n. 110 del 21 ottobre 2016, è stato approvato il documento "Linee di indirizzo sul trattamento del dolore resistente non oncologico con i dispositivi per neurostimolazione spinale", elaborate dalla Commissione Tecnica Regionale dei Dispositivi Medici (CTR-DM) nella seduta del 26.07.2016. Sono, inoltre, giunte delle osservazioni sul tema anche dalle associazioni AIOP e ARIS degli erogatori privati accreditati, pertanto si ritiene opportuno rivedere il sistema di remunerazione per tali attività.

Si ricorda che, come fa riferimento l'allegato A al Decreto n.110 del 21 ottobre 2016 del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, l'impianto di neurostimolatore spinale o Spinal Cord Stimulation (SCS) è una tecnica che consiste nella stimolazione elettrica selettiva del midollo spinale al fine di modificare e alleviare, mediante parestesia indotta, la percezione del dolore. Tale stimolazione è applicata mediante elettrocateretri posizionati nello spazio epidurale e collegati a un generatore di impulsi impiantato in una tasca sottocutanea.

Si deve ora rappresentare che sia le indicazioni fornite dal Ministero della Salute con la sopra riportata nota sia quanto disposto con il citato decreto 110/2016 comportano che venga necessariamente effettuata una revisione delle linee guida per la compilazione della SDO.

Inoltre si rende necessario aggiornare gli Allegati A e B alla DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e successive modifiche ed integrazioni, nella parte riguardante la tariffa prevista per la remunerazione dei ricoveri per l'impianto di neurostimolatore spinale.

Per la determinazione delle tariffe si ricorda che, come previsto all'art. 8 sexies del d.lgs. 31.12.1992, n. 502 come modificato dall'art. 79 del d.l. 25 giugno 2008, n. 112, convertito nella legge n. 133 del 6 agosto 2008 per la definizione delle tariffe massime nazionali è prevista la possibilità di utilizzare i costi standard o le tariffe già utilizzate nelle varie regioni.

Pertanto, per quanto sopra riportato nelle more dell'aggiornamento delle tariffe massime nazionali previsto dal Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 e della ricognizione dei costi di acquisto dei dispositivi neurostimolatori spinali disponibili in commercio, si propone con il presente atto, a parziale modifica di quanto disposto dalla DGR n. 1805/2011, che le tariffe per il DGR 532 "Interventi sul midollo spinale senza CC" per i diversi regimi di cura siano pari a quelle previste dal Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, così come riportato nella seguente tabella che si intende modificativa di quanto riportato nella tabella A della DGR n. 1805/2011:

drg	mdc	tipo drg	descrizione	classe drg	tariffa per i ricoveri ordinari maggiori di un giorno	tariffa per i ricoveri ordinari "0-1 giorno" *	tariffa per i ricoveri diurni (day hospital o day surgery)	valore soglia della degenza	tariffa per ogni giornata di degenza oltre il valore soglia	peso drg
532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC	A	8.413,00	2.675,00	2.782,00	7	138,15	2,201503

Per quanto riguarda le regole del sistema di remunerazione si propone che:

- sia prevista una specifica tariffa per caso trattato nel caso di impianto o sostituzione di generatore di impulsi (codice 86.94 o 86.95 o 86.96) pari a Euro 7.100, indipendentemente dal DRG che si genera;
- sia prevista una specifica tariffa per caso trattato nel caso di impianto o sostituzione di generatore di impulsi ricaricabile (codice 86.97 o 86.98) pari a Euro 16.000, indipendentemente dal DRG che si genera.

Pertanto si propongono le regole del sistema di remunerazione così come di seguito riportato che in intendono integrative di quanto riportato nell'allegato B alla DGR n. 1805/2011:

Tipologia	Specificazioni	Corrispettivo in vigore dal 1 gennaio 2017	Note
Ricoveri ordinari per acuti	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi non ricaricabile	Tariffa di euro 7.100 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.94 o 86.95 o 86.96
	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi ricaricabile	Tariffa di euro 16.000 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.97 o 86.98
Ricoveri diurni (day hospital e day surgery) e ricoveri ordinari "0-1 giorno"	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi non ricaricabile	Tariffa di euro 7.100 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.94 o 86.95 o 86.96
	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi ricaricabile	Tariffa di euro 16.000 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.97 o 86.98

Tale indicazioni valgono per gli impianti di generatori di impulsi spinali, rimanendo valide le indicazioni contenute nella DGR n. 1098/2014 per l'impianto di neurostimolatori in pazienti affetti da Parkinson avanzato, Emicrania cronica refrattaria ed Epilessia refrattaria.

Nelle linee guida sono state, inoltre, apportate alcune integrazioni ed aggiornamenti sulla scorta degli approfondimenti effettuati dal gruppo di lavoro.

Si propone, quindi, di approvare le linee guida per la compilazione della SDO così come contenuto nel documento "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera", di cui all'**Allegato A** parte integrante del presente atto, che sostituisce integralmente il documento precedentemente approvato con la DGR n. 1169/2016.

Vengono confermate le disposizioni di cui alla DGR n. 1169/2016 e n. 1531/2016 non oggetto del presente atto.

Si dà atto che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta

istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il Decreto 28 dicembre 1991 del Ministro della sanità;

VISTO il Decreto 26 luglio 1993 del Ministro della sanità;

VISTO il Decreto 27 ottobre 2000, n. 380, del Ministero della sanità;

Visto l'Atto n. 9/CSR del 20 gennaio 2016 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

VISTA la Deliberazione n. 4807 del 28 dicembre 1999;

VISTA la Deliberazione n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i.;

VISTA la Deliberazione n. 2715 del 24 dicembre 2012;

VISTA la Deliberazione n. 1138 del 1 settembre 2015;

VISTA la Deliberazione n. 539 del 26 aprile 2016;

VISTA la deliberazione n. 1169 del 19 luglio 2016;

VISTA la deliberazione n. 1531 del 10 ottobre 2016;

VISTA la nota della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, prot. 30216 del 19 ottobre 2016;

VISTO il decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, n. 110 del 21 ottobre 2016;

VISTO l'art. 2 co. 2 lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare il documento "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera", di cui all'**Allegato A** parte integrante del presente atto, che sostituisce integralmente il documento precedentemente approvato con la DGR n. 1169 del 19 luglio 2016;
2. di confermare le disposizioni di cui alla DGR n. 1169/2016 e n. 1531/2016 non oggetto di modifica ed integrazione da parte del presente atto;
3. di stabilire, a parziale modifica di quanto disposto dall'Allegato A alla DGR n. 1805/2011, le tariffe per il DGR 532 "Interventi sul midollo spinale senza CC" così come riportato nella seguente tabella:

drg	Mdc	tipo drg	descrizione	classe drg	tariffa per i ricoveri ordinari maggiori di un giorno	tariffa per i ricoveri ordinari "0-1 giorno" *	tariffa per i ricoveri diurni (day hospital o day surgery)	valore soglia della degenza	tariffa per ogni giornata di degenza oltre il valore soglia	peso drg
532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC	A	8.413,00	2.675,00	2.782,00	7	138,15	2,201503

4. di stabilire che sia prevista una specifica tariffa per caso trattato nel caso di impianto o sostituzione di generatore di impulsi (codice 86.94 o 86.95 o 86.96) pari a Euro 7.100, indipendentemente dal DRG che si genera;

5. di stabilire che sia prevista una specifica tariffa per caso trattato nel caso di impianto o sostituzione di generatore di impulsi ricaricabile (codice 86.97 o 86.98) pari a Euro 16.000, indipendentemente dal DRG che si genera;
6. di integrare l'allegato B alla DGR n. 1805/2011, per quanto disposto ai punti 4. e 5., così come riportato nella seguente tabella:

Tipologia	Specificazioni	Corrispettivo in vigore dal 1 gennaio 2017	Note
Ricoveri ordinari per acuti	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi non ricaricabile	Tariffa di euro 7.100 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.94 o 86.95 o 86.96
	Ricoveri con impianto di con generatore di impulsi ricaricabile	Tariffa di euro 16.000 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.97 o 86.98
Ricoveri diurni (day hospital e day surgery) e ricoveri ordinari "0-1 giorno"	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi non ricaricabile	Tariffa di euro 7.100 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.94 o 86.95 o 86.96
	Ricoveri con impianto di generatore di impulsi ricaricabile	Tariffa di euro 16.000 per caso trattato indipendentemente dal DRG che si genera	Codice intervento 86.97 o 86.98

7. di stabilire che quanto disposto con il presente atto decorre dal 1 gennaio 2017;
8. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
9. di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
10. di incaricare l'Unità Organizzativa Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata della Direzione Programmazione Sanitaria, dell'esecuzione del presente atto;
11. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.



ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 1/168



LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA ICD-9-CM DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 2/168

PRESENTAZIONE

L'accurata codifica delle diagnosi e delle procedure nella descrizione delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Regionale rappresenta un aspetto indispensabile dell'appropriatezza, essendo uno degli elementi che contribuiscono in modo rilevante al cambiamento positivo del servizio stesso. In particolare, un sistema di codifica ben organizzato dà risposta all'esigenza di descrivere in modo omogeneo, su tutto il territorio regionale, le patologie che hanno determinato il ricorso alle strutture sanitarie e le procedure diagnostiche e terapeutiche che vengono erogate.

Le informazioni cliniche contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera - SDO permettono di descrivere e analizzare la casistica ospedaliera nella sua composizione e complessità e rappresentano lo strumento fondamentale per i processi di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera.

La variabilità della casistica medico-chirurgica, il perfezionamento di tecniche e nuove procedure, l'aggiornamento tecnologico e la progressione della ricerca scientifica, suggeriscono protocolli assistenziali che - per strutturazione o complessità - richiedono una capacità descrittiva articolata e versatile.

Lo scopo delle linee guida è quello di accostare il Manuale ICD-9_CM 2007, nell'intento di migliorare la qualità delle informazioni cliniche della SDO e di realizzare un'elevata omogeneità di codifica di diagnosi, interventi e procedure, alla codifica delle SDO, nel rispetto delle regole generali di codifica riportate nel D.M. n. 380 del 27/10/2000.

Oltre al contributo professionale dei clinici e degli operatori delle Aziende Sanitarie pubbliche e private accreditate, al fine di condividere esperienze e metodi in ordine ai percorsi di miglioramento della qualità di compilazione della SDO, sono state prese in considerazione valutazioni di appropriatezza riferite all'ottimizzazione dell'efficienza erogativa, senza mai abbandonare la sorveglianza dei fenomeni a potenziale rischio di inappropriatezza, rendendo così possibile il monitoraggio e la vigilanza anche attraverso la definizione di regole.

Sono state, infine, riviste alcune codifiche perché ormai entrate nel lessico comune e altre che, pur riferendosi a prestazioni eseguibili in un percorso di ricovero, per loro natura e classificazione sono proprie dell'attività ambulatoriale. Tale criterio, pur non identificando uno strumento classificatorio con la scelta di un setting assistenziale, manifesta l'esigenza di dare la massima attenzione al corretto uso delle risorse disponibili.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 3/168

INDICE

INTRODUZIONE	4
LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: PRINCIPI GENERALI E RESPONSABILITÀ.....	8
INTRODUZIONE AL MANUALE ICD-9_CM	9
LINEE GUIDA GENERALI.....	14
Capitolo 1 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE.....	25
Capitolo 2 - TUMORI	29
Capitolo 3 - MALATTIE DELLE ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo	37
Capitolo 4 - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI	45
Capitolo 5 - DISTURBI MENTALI	49
Capitolo 6 - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI	54
Capitolo 7 - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO, INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CARDIOCHIRURGIA.....	63
Capitolo 8 - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO.....	79
Capitolo 9 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	84
Capitolo 10 - MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO.....	92
Capitolo 11 - COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	101
Capitolo 12 - MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	113
Capitolo 13 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	119
Capitolo 14 - MALFORMAZIONI CONGENITE	129
Capitolo 15 - ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	131
Capitolo 16 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI.....	140
Capitolo 17 - TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI.....	141
Capitolo 18 - CODICI V: CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	148
APPENDICE 1: MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA, LUNGODEGENZA	154
APPENDICE 2: TERAPIA ANTALGICA	166
APPENDICE 3: TESSUTI DA BANCA ED ATTIVITA' DI TRAPIANTOLOGIA	171

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 4/168

INTRODUZIONE

Finalità

Le presenti Linee guida hanno lo scopo di uniformare nell'ambito delle strutture del Servizio Sanitario Regionale del Veneto la codifica delle diagnosi, degli interventi e delle procedure in modo da migliorare l'utilizzo della Scheda di Dimissione Ospedaliera - SDO ai fini sia amministrativi che epidemiologici. Esse non sostituiscono il testo del Manuale ICD-9_CM 2007; sono inevitabilmente parziali, riguardando solo alcuni aspetti della codifica delle SDO; sono aperte ad integrazioni, aggiornamenti e modifiche.

Metodologia

Le Linee guida sono state prodotte da un gruppo di esperti operanti presso le strutture del Servizio Sanitario Regionale, sulla base delle esistenti Linee Guida Nazionali e di altre Regioni.

Il documento finale si è avvalso anche di indicazioni formulate da clinici interpellati riguardo a particolari aspetti specialistici o innovativi.

Gruppo di lavoro

Dott.ssa Emanuela Zilli – Coordinatore del gruppo di lavoro – Azienda ULSS Treviso

Dott. Stefano Rocco – Responsabile Nucleo Aziendale di Controllo – Azienda ULSS Mestre-Venezia

Dott. Paolo Costa – U.O.C. Medicina Territoriale e Medicina Specialistica – Azienda ULSS Verona

Dott.ssa Giovanna Ghirlanda – Direzione Medica Ospedaliera per le funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei rischi – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Dott.ssa Milvia Marchiori – Coordinamento Regionale per i Controlli Sanitari, l'Appropriatezza, le Liste d'Attesa e la Sicurezza del Paziente – Regione del Veneto

Dott. Daniele Donato – U.O.C. Direzione Medica Età Adulta dell'Azienda Ospedaliera di Padova

Dott. Gianluca Gianfilippi – Rappresentante AIOP

Dott. Davide Brunelli – Rappresentante ARIS

Coord. Clelia Slaviero – Collaboratore Professionale Sanitario – Personale Infermieristico – Azienda ULSS Padova

Focus group

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 5/168

Il gruppo di lavoro è stato supportato dai seguenti focus group.

LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: PRINCIPI GENERALI E RESPONSABILITÀ; INTRODUZIONE AL MANUALE ICD-9-CM; LINEE GUIDA GENERALI: Daniele Donato - Azienda Ospedaliera di Padova, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 1 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE: Graziella Baruzzi - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Francesca Camilli - Ospedale di Bassano ed Asiago, Giovanna Ghirlanda - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Manuela Miorin - Ospedale di Santorso, Luisella Scandola - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Capitolo 2 - TUMORI: Graziella Baruzzi - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Francesca Camilli - Ospedale di Bassano ed Asiago, Giovanna Ghirlanda - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Manuela Miorin - Ospedale di Santorso, Luisella Scandola - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Capitolo 3 - MALATTIE DELLE ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo: Paolo Ancillotto - Casa di Cura di Abano Terme, Michela Bullo - Ospedale di Chioggia, Maria Grazia Carrer - Ospedale di Mestre, Annamaria Mussi - Ospedale di Monselice e Montagnana, Flavia Petrin - Casa di Cura Giovanni XXIII di Monastier, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Rosi Santantonio - Ospedale di Treviso

Per la collaborazione per il piede diabetico: Prof. Enzo Bonora, Presidente Nazionale della Società Italiana di Diabetologia; Dott. Loris Confortin, Presidente Regionale (Veneto -Trentino Alto Adige) della Società Italiana di Diabetologia; Dott. Andrea Nogara, Presidente Regionale (Veneto-Trentino Alto Adige) Associazione Medici Diabetologi; Dott.ssa Antonella Senesi, Referente Regionale (Veneto Trentino Alto Adige) gruppo di studio intersocietario Società Italiana di Diabetologia-Associazione Medici Diabetologi; Dott. Enrico Brocco, Responsabile del Centro di Riferimento Regionale sul Piede Diabetico

Capitolo 4 - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI: Graziella Baruzzi - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Francesca Camilli - Ospedale di Bassano ed Asiago, Giovanna Ghirlanda - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Manuela Miorin - Ospedale di Santorso, Luisella Scandola - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Capitolo 5 - DISTURBI MENTALI: Patrizia Bortolon - Ospedale di Vicenza e Noventa Vicentina, Romina Cazzaro - Ospedale di Arzignano, Montecchio Maggiore, Lonigo e Valdagno, Silvia Gallo - Ospedale di Dolo, Mirano e Noale, Stefania Martin - Ospedale di Oderzo, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 6 - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E ORGANI DEI SENSI: Patrizia Bortolon - Ospedale di Vicenza e Noventa Vicentina, Romina Cazzaro - Ospedale di Arzignano, Montecchio Maggiore, Lonigo e Valdagno, Silvia Gallo - Ospedale di Dolo, Mirano e Noale, Stefania Martin - Ospedale di Oderzo, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 7 - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO, INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CARDIOCHIRURGIA: Sira Bizzotto - Ospedale di Treviso ed Oderzo, Maria Grazia Lazzarin - Ospedale di Mestre e Venezia, Giovanni Milan - Ospedale di Castelfranco Veneto, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Emanuela Tomasella - Ospedale di Treviso, Luigina Triches - Ospedale di Belluno

Per la collaborazione per la Cardiocirurgia: Prof. Gino Gerosa, Direttore della Cardiocirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Padova; Dott. Cosimo Guglielmi, Dirigente Medico della Cardiocirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Padova

Capitolo 8 - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO: Sira Bizzotto - Ospedale di Treviso ed Oderzo, Maria Grazia Lazzarin - Ospedale di Mestre e Venezia, Giovanni Milan - Ospedale di Castelfranco Veneto, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Emanuela Tomasella - Ospedale di Treviso, Luigina Triches - Ospedale di Belluno

Capitolo 9 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE: Graziana Aguzzi - Ospedale di Legnago, Maria Pia Beltrame - Ospedale di Adria, Lucia Calgaro - Ospedale di San Donà, Milvia Marchiori - Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'attesa, Sicurezza del paziente, Sabrina Marconato - Ospedale di Cittadella, Roberta Zannin - Ospedale di Feltre e Lamon

Capitolo 10 - MALATTIE DEL SISTEMA GENITO-URINARIO: Annalisa Gasparini - Ospedale di Treviso, Vincenza Paladin - Ospedale di Oderzo, Clelia Slaviero - Ospedale di Piove di Sacco, Marina Turchetto - Ospedale di Montebelluna, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 11 - COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO: Annalisa Gasparini - Ospedale di Treviso, Vincenza Paladin - Ospedale di Oderzo, Clelia Slaviero - Ospedale di Piove di Sacco, Marina Turchetto - Ospedale di Montebelluna, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 12 - MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO: Paolo Ancillotto - Casa di Cura di Abano Terme, Michela Bullo - Ospedale di Chioggia, Maria Grazia Carrer - Ospedale di Mestre, Annamaria Mussi - Ospedale di Monselice e Montagnana, Flavia Petrin - Casa di Cura Giovanni XXIII di Monastier, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Rosi Santantonio - Ospedale di Treviso

Capitolo 13 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO: Paolo Ancillotto - Casa di Cura di Abano Terme, Michela Bullo - Ospedale di Chioggia, Maria Grazia Carrer - Ospedale di Mestre, Annamaria Mussi - Ospedale di Monselice e Montagnana, Flavia Petrin - Casa di Cura Giovanni XXIII di Monastier, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Rosi Santantonio - Ospedale di Treviso

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 6/168

Capitolo 14 - MALFORMAZIONI CONGENITE: Annalisa Gasparini - Ospedale di Treviso, Vincenza Paladin - Ospedale di Oderzo, Clelia Slaviero - Ospedale di Piove di Sacco, Marina Turchetto - Ospedale di Montebelluna, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 15 - ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE: Annalisa Gasparini - Ospedale di Treviso, Vincenza Paladin - Ospedale di Oderzo, Clelia Slaviero - Ospedale di Piove di Sacco, Marina Turchetto - Ospedale di Montebelluna, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Per la collaborazione per la Patologia perinatale: Prof. Eugenio Baraldi, Direttore della Patologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Azienda Ospedaliera di Padova; Prof. Ezio Maria Padovani, Patologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona; Dott. Stefano Visentin, Direttore della Patologia Neonatale con Terapia Intensiva dell'Ospedale di Treviso

Capitolo 16 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI: Daniele Donato - Azienda Ospedaliera di Padova, Giovanna Ghirlanda - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Milvia Marchiori - Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'attesa, Sicurezza del paziente, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Clelia Slaviero - Ospedale di Piove di Sacco, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 17 - TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI: Graziana Aguzzi - Ospedale di Legnago, Maria Pia Beltrame - Ospedale di Adria, Lucia Calgaro - Ospedale di San Donà, Milvia Marchiori - Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'attesa, Sicurezza del paziente, Sabrina Marconato - Ospedale di Cittadella, Roberta Zannin - Ospedale di Feltre e Lamon

Capitolo 18 - CODICI V: CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI: Graziana Aguzzi - Ospedale di Legnago, Maria Pia Beltrame - Ospedale di Adria, Lucia Calgaro - Ospedale di San Donà, Milvia Marchiori - Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'attesa, Sicurezza del paziente, Sabrina Marconato - Ospedale di Cittadella, Roberta Zannin - Ospedale di Feltre e Lamon

APPENDICE 1: MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA, LUNGODEGENZA: Paolo Boldrini - Ospedale di Treviso, Oderzo e Motta di Livenza, Claudio Bulighin - Casa di Cura Dott. Pederzoli, Riccardo Dalle Grave - Casa di Cura Villa Garda, Andrea Martinuzzi - Istituto La Nostra Famiglia di Pieve di Soligo e Conegliano, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Arianna Sandre - Ospedale Riabilitativo di Motta di Livenza, Raffaele Zanella - Ospedale di Belluno, Agordo, Pieve di Cadore e Auronzo di Cadore

APPENDICE 2: TERAPIA ANTALGICA: Marco Brusaferrò - Ospedale di Rovigo, Sofia Cantarelli - Ospedale San Bonifacio Verona, Maria Grazia Carrer - Ospedale di Mestre e Venezia, Maria Grazia Lazzarin - Ospedale di Mestre e Venezia, Milvia Marchiori - Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'attesa, Sicurezza del paziente

APPENDICE 3: TESSUTI DA BANCA ED ATTIVITA' DI TRAPIANTOLOGIA: Daniele Donato - Azienda Ospedaliera di Padova, Giovanna Ghirlanda - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Milvia Marchiori - Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'attesa, Sicurezza del paziente, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Clelia Slaviero - Ospedale di Piove di Sacco, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 7/168

La stesura del manuale si è avvalsa di una revisione critica ed analitica di quanto descritto in pubblicazioni ministeriali, regionali o di enti sanitari pubblici, integrata da contributi originali riguardanti prevalentemente le specificità dell'attività ospedaliera veneta.

In particolare, hanno avuto grande rilievo le fonti di seguito riportate:

-Deliberazione della Giunta Regionale n. 2715 del 24 dicembre 2012 *"Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)"*. Nota Regionale prot. n. 33970 del 23 gennaio 2013 *"Linee Guida di codifica della scheda di dimissione ospedaliera – revisione Anno 2013 (DGR n° 2715 del 24 dicembre 2012): Circolare esplicativa. Codifica ricoveri di Medicina Fisica e Riabilitazione"*;

-Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Risorse Socio Sanitarie n. 48 del 24 agosto 2010 *"Aggiornamento della disciplina del flusso informativo "Scheda di Dimissione Ospedaliera" e dei tracciati record"*. Nota Regionale prot. n. 518700 del 04.10.2010 *"Decreto 48, del 24/08/2010, del Dirigente della Direzione Risorse Socio-Sanitarie: Indicazioni operative"*;

-Deliberazione della Giunta Regionale n. 4277 del 29 dicembre 2009 *"Diagnosis Related Groups – dgr da considerare ad "alto rischio di inappropriatezza" se erogati in regime di degenza diurna. Definizione valore percentuale/soglia di ammissibilità dei drg e adempimenti conseguenti"*;

-Guida ai DRG edizione 2009 di Marino Nonis, Enrico Rosati *"Manuale pratico per il corretto utilizzo della versione 24.0 del sistema CMS-DRG e della corrispondente ICD-9-CM (USA, FY 2007)"*;

-Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Dipartimento della qualità - Circolare Ministeriale del 23 ottobre 2008 *"Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)"*;

-Ministero della Salute *"Progetto Mattoni SSN. Evoluzione del sistema DRG nazionale. Adeguamento del contenuto SDO alle nuove necessità, 11 Luglio 2007"*;

-Decreto del Segretario Regionale Sanità e Sociale Regione Veneto n. 32 del 19 dicembre 2005 *"Linee guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera dei ricoveri ordinari"*;

-Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici del sistema *"Aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002"*;

-Ministero della Sanità - Dipartimento della Programmazione - D.M. n. 380 del 27 ottobre 2000 *"Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati"*.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 8/168

**LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA
PRINCIPI GENERALI E RESPONSABILITÀ**

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

La scheda di dimissione ospedaliera (in seguito "SDO") costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale (DM 28.12.1991 *"Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera"*).

La SDO costituisce *"una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa"* (Linee guida ministeriali 17.6.1992 *"La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D.M. 28.12.1991"*).

Ne consegue che il medico dimettente deve tenere in considerazione, nel compilare la SDO, l'intero percorso diagnostico e terapeutico del paziente e non limitarsi a segnalare le diagnosi trattate e gli interventi o procedure effettuati nella propria Unità Operativa.

La compilazione della SDO e la codifica delle informazioni in essa contenute vanno effettuate nel rigoroso rispetto delle linee guida nazionali e regionali. Dalle regole di codifica della SDO che verranno presentate successivamente si evince che, a differenza della relazione clinica finale riportata in cartella clinica, l'inserimento nella SDO della Diagnosi Principale e delle Diagnosi Secondarie obbedisce ad altri e specifici criteri; ne deriva che le diagnosi che compaiono sulla SDO possono essere non completamente esaustive e coincidenti con la suddetta relazione clinica finale (lettera di dimissione).

La responsabilità della corretta compilazione della SDO è in capo al medico dimettente; la SDO reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'Unità Operativa dalla quale il paziente è dimesso (art. 2 c. 3 del D.M. 380 del 27.10.2000: *"Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati"*).

La compilazione della SDO deve essere effettuata nel minore tempo possibile dopo la dimissione del paziente.

Il Direttore Medico di Presidio/Direttore Sanitario dell'Istituto di Cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO e dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate (art. 2 c. 4 del D.M. 380 del 27.10.2000).

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 9/168

INTRODUZIONE AL MANUALE ICD-9_CM**LA CLASSIFICAZIONE ICD-9_CM 2007**

La Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche (ICD-9_CM, attuale versione 2007) deriva dalla Classificazione ICD-9 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è il sistema da utilizzare per la codifica delle informazioni cliniche, quali diagnosi, interventi chirurgici e procedure diagnostico-terapeutiche, contenute nella SDO attraverso codici numerici o alfa-numerici.

I caratteri fondamentali dell'ICD-9_CM 2007 sono i seguenti:

-**esaustività**: tutte le entità trovano una loro collocazione, più o meno specifica, entro i raggruppamenti finali della classificazione;

-**mutua esclusività**: ciascuna entità è classificabile soltanto in uno dei raggruppamenti finali della classificazione;

-la **specificità dei raggruppamenti** in ragione della rilevanza delle entità nosologiche dal punto di vista della sanità pubblica: le entità nosologiche di particolare importanza per la sanità pubblica o che si verificano con maggiore frequenza sono individuate da una specifica categoria; tutte le altre sono raggruppate in categorie non strettamente specifiche che comprendono condizioni differenti, benché tra loro correlate.

La struttura della classificazione è determinata da due assi principali, l'eziologia e la sede anatomica.

La maggior parte dei codici ICD-9_CM 2007 è di tipo numerico, mentre le classificazioni supplementari contengono codici alfanumerici. Tutti sono composti da tre, quattro o cinque caratteri ed ognuno ha una specifica descrizione. In particolare, i codici presenti nell'ICD-9_CM 2007 relativi alle diagnosi sono costituiti da caratteri numerici o alfanumerici, in numero di tre, quattro o cinque; quando sono necessari più di tre caratteri, un punto decimale è interposto tra il terzo e il quarto carattere. I codici relativi alle procedure sono costituiti esclusivamente da caratteri numerici, in numero di due, tre o quattro, con un punto decimale interposto tra il secondo e il terzo carattere.

LA STRUTTURA DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9_CM 2007

Il sistema ICD-9_CM 2007 contiene due classificazioni, una per le malattie ed una per le procedure, ciascuna delle quali è costituita da un indice alfabetico e da un elenco sistematico; si configurano così le seguenti quattro sezioni:

-**indice alfabetico** delle malattie e dei traumatismi;

-**elenco sistematico** delle malattie e dei traumatismi;

-**indice alfabetico** degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche;

-**elenco sistematico** degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Sono, inoltre, 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 ed avvelenamento (**codici E**).

L'indice alfabetico e l'elenco sistematico delle due classificazioni sono concepiti per integrarsi a vicenda: i singoli termini clinici, di patologia o procedura, si ricercano negli indici alfabetici e la correttezza dei codici attribuiti viene quindi verificata con tutte le indicazioni accessorie riportate nei relativi elenchi sistematici.

L'utilizzo del solo indice alfabetico o del solo elenco sistematico può determinare errori nell'individuazione del codice ed insufficiente specificità nella selezione dello stesso.

L'INDICE ALFABETICO DELLE MALATTIE E DEI TRAUMATISMI

L'indice alfabetico deve essere utilizzato per primo nelle operazioni di codifica. Esso contiene una lista alfabetica delle malattie, dei traumatismi, dei sintomi e delle altre cause di ricorso ai servizi sanitari (codici V). Comprende, inoltre, classificazioni specifiche relative a tumori e ipertensione arteriosa.

Organizzazione dell'indice alfabetico

Una formulazione diagnostica è abitualmente composta da due parti: un termine principale (scritto in grassetto) ed uno o più modificatori. I termini principali ed i modificatori forniscono al codificatore informazioni specifiche sulle diagnosi, le condizioni, i sintomi ed altre circostanze attinenti il contatto con il medico o la struttura.

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

Di seguito sono riportati alcuni esempi:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 10/168

- 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, per esempio, cataratta diabetica: cod. 250.5_ *Diabete con complicazioni oculari* [366.41 *Cataratta diabetica*].

L'ELENCO SISTEMATICO DELLE MALATTIE E TRAUMATISMI

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

L'elenco sistematico comprende:

1. la classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi;
2. la classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V, da V01 a V85);
3. la classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento (codici E, da E800 a E999).

La classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi

Comprende 17 capitoli, dei quali 10 sono dedicati a specifici organi o apparati anatomici, mentre gli altri 7 descrivono specifiche tipologie di condizioni che interessano l'intero organismo. Questa classificazione contiene unicamente codici numerici, compresi tra 001 e 999.9.

Di seguito è riportato l'elenco dei capitoli, con l'indicazione delle categorie ICD-9_CM 2007 comprese.

- **Capitolo 1:** Malattie infettive e parassitarie (001-139)
- **Capitolo 2:** Tumori (140-239)
- **Capitolo 3:** Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari (240-279)
- **Capitolo 4:** Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)
- **Capitolo 5:** Disturbi mentali (290-319)
- **Capitolo 6:** Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)
- **Capitolo 7:** Malattie del sistema circolatorio (390-459)
- **Capitolo 8:** Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)
- **Capitolo 9:** Malattie dell'apparato digerente (520-579)
- **Capitolo 10:** Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)
- **Capitolo 11:** Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)
- **Capitolo 12:** Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)
- **Capitolo 13:** Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)
- **Capitolo 14:** Malformazioni congenite (740-759)
- **Capitolo 15:** Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)
- **Capitolo 16:** Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)
- **Capitolo 17:** Traumatismi e avvelenamenti (800-999)

Organizzazione dell'elenco sistematico

Ogni capitolo comprende un gruppo di codici che classificano le malattie attinenti uno stesso apparato anatomico oppure una stessa tipologia clinica.

Ciascuno dei 17 capitoli è articolato in:

-**Blocco:** insieme di condizioni tra loro strettamente correlate (ad es. malattie infettive intestinali, 001-009);

-**Categoria:** codici a tre caratteri, alcuni dei quali molto specifici e non ulteriormente suddivisibili (ad es. cod. 462 *Faringite acuta*), mentre altri sono ulteriormente suddivisi, con l'aggiunta di un quarto carattere dopo il punto decimale;

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 11/168

-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-classificazione: codici a cinque caratteri; quando presenti prevalgono rispetto ai codici a tre e a quattro caratteri.

CODICI V**Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie**

Questa classificazione è composta da codici alfanumerici che iniziano con la lettera V. Sono usati per descrivere le circostanze, diverse da malattie e traumatismi, ma 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 utilizzati per codificare: problemi clinici, servizi erogati o circostanze particolari.

Problemi clinici: i codici V possono essere utilizzati per codificare un problema clinico che influenza lo stato di salute del paziente, ma che non è una malattia o un traumatismo (es. V14.2 *Anamnesi personale di allergia a sulfamidici*). In tali casi lo specifico problema clinico deve essere riportato nella SDO e codificato con i codici V solo se esercita una effettiva influenza sul trattamento erogato al paziente nel corso del ricovero.

Servizi erogati: i codici V descrivono quelle circostanze che prevedono specifici trattamenti in regime di ricovero; un esempio di tali circostanze è rappresentato da un paziente portatore di una neoplasia già diagnosticata, che è ricoverato per essere sottoposto a chemioterapia o a radioterapia.

Altre circostanze: i codici V descrivono circostanze diverse dai problemi clinici o dai servizi erogati, che influenzano comunque l'andamento del ricovero; un esempio è rappresentato dall'utilizzo dei codici V per identificare la gemellarità nell'esito del parto. I codici V possono essere utilizzati sia per la codifica della diagnosi principale, che delle diagnosi secondarie, nel rispetto delle regole relative alla selezione della diagnosi principale. Le complicazioni, laddove presenti, devono essere codificate utilizzando le categorie numeriche e non i codici V.

CODICI E**La Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento**

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 2007.

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 traumatismi, 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 l'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, come nel caso di suicidio). 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.

Alcune delle più importanti categorie di codici E includono ad esempio: incidenti da trasporto, avvelenamento da farmaci, cadute accidentali, incidenti causati da fuoco e fiamme, incidenti determinati da eventi naturali o fattori ambientali, suicidi, omicidi, etc.

Per le indicazioni di codifica dei codici E si rimanda ai contenuti del paragrafo "Codici E" del cap. "Linee guida generali per la selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche".

PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Anche la classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche è costituita da un indice alfabetico e da un elenco sistematico di codici.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 12/168

La struttura della classificazione delle procedure è prevalentemente basata sull'anatomia topografica piuttosto che sulle specialità chirurgiche.

Il sistema di codici utilizzato nella classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure dell'ICD-9_CM 2007 è articolato in quattro caratteri numerici, dei quali i primi due identificano generalmente un organo, mentre il terzo e il quarto specificano la sede ed il tipo di intervento. In alcuni casi, i codici si limitano al terzo carattere, per descrivere interventi che non necessitano di ulteriori specificazioni. Il terzo e il quarto carattere sono separati dai primi due con un punto decimale.

Nella versione italiana 2007 della classificazione è stata introdotta una rubrica **00_** delle procedure, con codici da 00.0 a 00.93, utili a descrivere **interventi e procedure non classificati altrove**, ad esempio di radiologia e cardiologia interventistica o di chirurgia ortopedica su anca o ginocchio.

Le rubriche comprese fra **01 e 86** comprendono **interventi chirurgici maggiori, endoscopie e biopsie**.

Queste rubriche sono raggruppate in 15 sezioni, identificate sulla base del criterio anatomico (sede dell'intervento o della procedura).

Le rubriche comprese fra **87 e 99** comprendono **altre procedure diagnostiche e terapeutiche** e sono raggruppate sulla base della tipologia della procedura (specialità che di norma o nella maggior parte dei casi eroga la procedura stessa).

Le regole di base riportate per la codifica delle malattie e dei traumatismi sono valide anche per codificare le procedure. In particolare, l'indice alfabetico deve essere utilizzato per primo ed il codice individuato deve essere sempre verificato nell'elenco sistematico, che contiene le note relative alle condizioni di inclusione ed esclusione.

SPECIFICITÀ DELLA CODIFICA

I codici relativi alle diagnosi ed alle procedure devono essere utilizzati al livello di specificità più elevato possibile, in particolare:

- 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.

CODICI RELATIVI AD ALTRE CONDIZIONI E 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.

I codici individuati dalla sigla NIA devono essere utilizzati quando l'informazione disponibile individua una specifica condizione ma nella classificazione ICD-9_CM 2007 non è disponibile un codice specifico per la condizione stessa.

I codici identificati dalla sigla SAI devono essere utilizzati quando l'informazione riportata nella SDO non consente l'utilizzo di un codice più specifico.

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

SIMBOLOGIA CONVENZIONALE

La classificazione ICD-9_CM 2007 utilizza modificatori, riferimenti, abbreviazioni, note, simboli, punteggiatura ed altre convenzioni di codifica finalizzati a facilitare l'attività del codificatore.

1. Simbologia convenzionale nell'indice alfabetico

1.1 Modificatori: forniscono ulteriori specificazioni al termine principale. Esistono due tipi di modificatori:

- essenziali: influiscono sulla selezione del codice; sono riportati al di sotto del termine principale. I codici corrispondenti devono essere utilizzati solo quando i termini da essi descritti sono esplicitamente riportati nella formulazione diagnostica da codificare;
- non essenziali: sono riportati tra parentesi, dopo il termine a cui si riferiscono. Questi modificatori non influiscono sulla scelta del codice.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 13/168

1.2 Riferimenti incrociati: i riferimenti incrociati, riportati solo nell'indice alfabetico, aiutano a localizzare il codice. Ne esistono di tre tipi:

- vedi (v.): indirizza il codificatore verso un altro termine principale dell'indice alfabetico;
- vedi anche (v. anche): fornisce al codificatore la possibilità di verificare la classificazione di un ulteriore termine principale nell'indice alfabetico; sono di aiuto quando sotto il termine principale consultato per primo non sia riportata un'appropriata descrizione della diagnosi;
- vedi categoria: rimanda all'elenco sistematico, indicando una specifica categoria.

1.3 Note: l'indice alfabetico contiene note che definiscono termini, forniscono istruzioni alla codifica o illustrano eventuali sottoclassificazioni.

2. Simbologia convenzionale nell'elenco sistematico

2.1 Segni di interpunzione: nell'elenco sistematico sono utilizzati quattro tipi di segni:

- [] parentesi quadre: includono termini alternativi, sinonimi o frasi di spiegazione;
- () parentesi tonde: includono parole supplementari che possono essere o meno presenti nella formulazione diagnostica senza per questo influenzare l'attribuzione del codice;
- : due punti: i due punti sono usati per indicare un termine incompleto; uno o più dei modificatori che seguono i due punti sono necessari per poter attribuire un termine a una determinata categoria.

2.2 Note informative: l'elenco sistematico contiene anche note informative che descrivono il contenuto dei codici o forniscono istruzioni.

- La nota **"Incl."** definisce ulteriormente o chiarisce il contenuto del capitolo, blocco o delle categorie a tre, quattro, cinque caratteri, attraverso l'indicazione di termini separati, quali aggettivi modificatori, siti e condizioni;
- La nota **"Escl."** descrive le condizioni che non sono incluse nel codice ed è pertanto utilizzata per indirizzare il codificatore ad una corretta assegnazione dei codici; i termini di esclusione sono stampati in corsivo per essere maggiormente visibili;
- La nota **"Codificare prima"** è utilizzata per quei codici che non possono essere utilizzati per identificare la diagnosi principale. La nota richiede che la malattia sottostante (eziologia) sia codificata per prima;
- La nota **"Utilizzare un codice aggiuntivo (addizionale)"** segnala al codificatore la possibilità di utilizzare un codice aggiuntivo per fornire un'immagine più completa della diagnosi o delle procedure. Il codice aggiuntivo dovrebbe essere utilizzato quando l'informazione appropriata è riportata nella scheda di dimissione;
- La nota **"Codificare anche"** indica al codificatore la necessità di aggiungere un codice specifico per fornire informazioni maggiormente dettagliate riguardo alla condizione di base.

3. Simbologia convenzionale comune all'indice alfabetico e all'elenco sistematico

Abbreviazioni: sono contenute sia nell'indice alfabetico sia nell'elenco sistematico.

- **N.I.A. Non indicato altrove:** non tutte le condizioni hanno un proprio codice specifico; l'abbreviazione N.I.A. serve per codificare le condizioni che sono specificate nella SDO, ma per le quali nella classificazione non è riportato un codice specifico;
- **S.A.I. Senza altre indicazioni:** l'abbreviazione S.A.I., che è l'equivalente di non specificato, dovrebbe essere utilizzata soltanto quando il codificatore non dispone delle informazioni necessarie per codificare un termine in una categoria più specifica.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 14/168

LINEE GUIDA GENERALI PER LA SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI, DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E/O PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE**REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI**

Nella SDO vanno inseriti i codici della Diagnosi Principale e delle Diagnosi Secondarie (una o più).

CODICI COMBINATI

Si definisce codice combinato 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.

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. Quando 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.

Esempio:

cod. 402.01 *Ipertensione maligna con insufficienza cardiaca congestizia*

cod. 112.4 *Polmonite da Candida*

cod. 493.12 *Asma intrinseca con riacutizzazione*

CODIFICA MULTIPLA

Quando la diagnosi non può essere rappresentata da un unico codice, è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero all'utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi.

Il ricorso alla codifica multipla è richiesto 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, che quello relativo alla manifestazione conseguente. Quest'ultimo, riportato fra parentesi [] nell'indice alfabetico del manuale ICD-9_CM 2007, non può essere utilizzato come DP.

La nota "utilizzare un codice aggiuntivo per identificare manifestazioni quali ..." indica la necessità di utilizzare un ulteriore codice per identificare manifestazioni analoghe agli esempi riportati. Questi codici non possono essere utilizzati come DP.

Esempi:

a) Nel caso di diagnosi di dimissione per sanguinamento di varici esofagee in cirrosi alcolica vanno utilizzati:

DP: cod. 571.2 *Cirrosi epatica alcolica*

DS: cod. 456.20 *Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove*

b) Nel caso di diagnosi di dimissione per gangrena in paziente diabetico vanno utilizzati:

DP: cod. 250.7 *Diabete con complicazioni circolatorie periferiche*

DS: cod. 785.4 *Gangrena*

POSTUMI

Un postumo è un effetto 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 traumatismi.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 15/168

Per codificare i postumi sono necessari due codici, uno relativo alla condizione residua o alla natura del postumo; l'altro relativo alla causa del postumo. Il codice relativo alla **natura** del postumo deve essere riportato per primo. Il codice relativo alla **causa** del postumo stesso deve essere riportato come DS, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

Esempio:

Nel caso di diagnosi dimissione per consolidamento difettoso di frattura di arto inferiore vanno utilizzati:

DP: cod. 733.81 *Viziosa saldatura di frattura*

DS: cod. 905.4 *Postumi di frattura di arti inferiori*

I codici specifici di postumi sono i seguenti:

cod. 137._ *Postumi della tubercolosi*

Nota sulla codifica: questa categoria deve essere utilizzata per la codificazione dei postumi delle manifestazioni morbose classificate nelle categorie 010-018, che sono essi stessi classificati altrove. I "postumi" comprendono manifestazioni morbose specificate come tali o come sequele o come dovute a tubercolosi inattiva o di vecchia data senza evidenza di malattia in fase attiva.

cod. 138 *Postumi della poliomielite acuta*

Nota sulla codifica: questa categoria deve essere utilizzata per la codificazione dei postumi delle manifestazioni morbose classificate nella categoria 045, che è classificata altrove. I "postumi" comprendono manifestazioni morbose specificate come tali o come sequele o come dovute a poliomielite inattiva o di vecchia data senza evidenza di malattia in fase attiva.

cod. 139 *Postumi di altre malattie infettive e parassitarie*

Nota sulla codifica: questa categoria deve essere utilizzata per la codificazione dei postumi delle manifestazioni morbose classificate nelle categorie 001-009, 020-041, 046-136, che sono essi stessi classificati altrove. I "postumi" comprendono manifestazioni morbose specificate come tali o come sequele delle malattie classificabili nelle categorie sopracitate se è evidente che la malattia non è più presente da lungo tempo.

cod. 268.1 *Rachitismo, postumi*

Nota sulla codifica: questo cod. indica una qualsiasi condizione specificata come dovuta a rachitismo e condizione postuma o conseguenza del rachitismo. Va utilizzato un codice aggiuntivo per identificare la natura dell'effetto postumo.

cod. 326 *Postumi di ascesso intracranico o di infezione da piogeni*

Nota sulla codifica: questa categoria deve essere utilizzata per indicare condizioni patologiche la cui classificazione principale è 320-325 [escludendo 320.7, 321.0-321.8, 323.01-323.42, 323.61-323.72] come causa di postumi, essi stessi classificabili altrove. I "postumi" includono condizioni patologiche specificate come tali, o come sequela, che possono verificarsi in ogni momento successivo alla risoluzione della malattia causale. Vanno utilizzati codici aggiuntivi facoltativi per identificare manifestazioni come: idrocefalo (331.4) o paralisi (342.0-342.9, 344.0-344.9).

cod. 366.5_ *Postumi di cataratta*

cod. 429.7_ *Alcuni postumi di IMA non classificati altrove*

Nota sulla codifica: vanno utilizzati cod. aggiuntivi per identificare l'infarto miocardico associato: con esordio entro 8 settimane (410.00-410.92); con esordio oltre 8 settimane (414.8). Sono esclusi: difetti congeniti del cuore (745, 746), aneurisma coronarico (414.11), disfunzione del muscolo papillare (429.6, 429.81), sindrome postinfartuale (411.0), rottura di corde tendinee (429.5).

cod. 438._ *Postumi delle malattie cerebrovascolari*

Nota sulla codifica: questa categoria deve essere utilizzata per indicare manifestazioni morbose in 430-437 come la causa di postumi, essi stessi classificabili altrove. I "postumi" comprendono manifestazioni specificate come tali, o come conseguenza, che può verificarsi in qualsiasi momento dall'insorgenza della condizione iniziale.

cod. 572.8 *Altri postumi di malattie croniche del fegato*

cod. 905._ *Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo*

cod. 906._ *Postumi di traumatismi della pelle e del tessuto sottocutaneo*

cod. 907._ *Postumi di traumatismi del sistema nervoso*

cod. 908._ *Postumi di altri e non specificati traumatismi*

cod. 909._ *Postumi di altre e non specificate cause esterne*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 16/168

Nota sulla codifica: nella quasi totalità dei casi, questi codici non possono essere reperiti nell'indice alfabetico alla voce "Postumo", né nelle sotto-voci (salvo eccezioni) del termine principale ("Tubercolosi", "Infarto miocardico", etc.), ma vanno ricercati nell'elenco sistematico, sia per apparato, sia nella categoria specifica dei postumi (da 905._ in poi).

SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE

La selezione della DP deve essere effettuata sulla base delle circostanze che determinano e caratterizzano il ricovero ospedaliero.

La DP di dimissione è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, per la codifica della DP, possono essere utilizzati i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel cap. 16 del manuale ICD-9_CM 2007 (cod. 780-799).

Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come DP.

Si ricorda che i codici delle diagnosi racchiuse in parentesi quadre nell'elenco alfabetico del manuale ICD-9_CM 2007 non possono essere utilizzate come DP, fatte salve le eccezioni indicate nelle presenti linee guida.

In caso di decesso non va utilizzato il codice relativo all'arresto cardiaco (cod. 427.5 *Arresto cardiaco, arresto cardiorespiratorio*) ma bensì la patologia causa del decesso.

CONDIZIONI CRONICHE RIACUTIZZATE

Quando la stessa condizione è descritta sia come acuta (o subacuta) che come cronica e nell'indice alfabetico non è presente un codice specifico che descriva la forma riacutizzata, devono essere riportati entrambi i codici, indicando come diagnosi principale la forma acuta (o subacuta) qualora risponda ai criteri di selezione della DP.

Esempio:

Nel caso di diagnosi di dimissione per cistite cronica con riacutizzazione vanno utilizzati:

DP: cod. 595.0 *Cistite acuta*

DS: cod. 595.2 *Cistite cronica*

Se invece nell'elenco è indicato uno specifico codice che comprende sia la condizione acuta sia quella cronica va utilizzato solo questo.

Esempio:

Nel caso di diagnosi di dimissione per BPCO riacutizzata va utilizzato:

cod. 491.21 *Bronchite cronica ostruttiva con riacutizzazione*

OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE DI CONDIZIONI SOSPETTE

I codici compresi fra V71.0 e V71.9 *Osservazione e valutazione per sospetto di malattie morbose* devono essere utilizzati per la codifica della DP quando si sospetta una condizione anomala la quale, **in assenza di segni o sintomi**, richiede una specifica valutazione e al termine del ricovero risulta non essere confermata. Questi codici possono essere utilizzati in **DS** dopo il codice di segno o sintomo per evidenziare un sospetto di malattia.

Nota sulla codifica: questa categoria deve essere utilizzata per i casi che non presentano segni o sintomi di malattia e che non hanno una precedente diagnosi di malattia, ma che si sospetta abbiano una condizione patologica che però non è confermata dalle indagini eseguite.

Esempio:

Nel caso di ricovero per addensamento polmonare sospetto (accertamenti invasivi sospesi per condizioni cliniche, etc.) vanno utilizzati:

DP: cod. 518.89 *Altre malattie del polmone, non classificate altrove*

DS: cod. V71.1 *Osservazione per sospetto tumore maligno*

TRATTAMENTO NON ESEGUITO

Per le specifiche sull'utilizzo dei cod. V64._ si rimanda al cap. Codici V: Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 17/168

USTIONI MULTIPLE

Per le ustioni è prevista una classificazione, compresa nei codici: 940-949, che considera la sede, la gravità e l'estensione della superficie corporea interessata.

Quando le ustioni sono identificate come DP ed esse sono multiple, va riportato per primo il codice che descrive l'ustione di maggiore gravità.

Esempio:

Nel caso di diagnosi di dimissione per ustioni di III grado alla mano e al polso vanno utilizzati:

DP: cod. 944.38 *Perdita dell'epidermide e del derma [terzo grado SAI], sedi multiple del polso e della mano*

DS: cod. 948.00 *Ustione coinvolgente meno del 10% della superficie corporea, ustioni di terzo grado coinvolgenti meno del 10% della superficie corporea*

TRAUMI MULTIPLI

Quando traumi multipli sono identificati come DP, occorre riportare per primo il codice che descrive il trauma di maggiore gravità.

AVVELENAMENTI E INTOSSICAZIONI

Per la codifica di avvelenamenti ed intossicazioni si rimanda ai contenuti del cap. 17 Traumatismi ed avvelenamenti.

COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI CHIRURGICI O DI ALTRI TRATTAMENTI MEDICI E MALFUNZIONAMENTO DI DISPOSITIVI

Le complicanze di cure mediche o chirurgiche sono classificate con i codici da 996 a 999.

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico o a problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi, e le prestazioni erogate sono rivolte a risolvere tale complicazione, il codice relativo alla **complicazione** deve essere selezionato come DP.

Se la complicazione è classificata con i codici compresi fra 996 e 999, si può utilizzare un codice aggiuntivo per specificare la natura della complicazione.

Le complicanze di cure mediche o chirurgiche non devono essere classificate con i codici V.

Esempio:

Nel caso di ricovero per emorragia successiva a cistoscopia va utilizzato:

DP: cod. 998.11 *Emorragia complicante un intervento*

COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA

Per la codifica delle complicazioni della gravidanza si rimanda ai contenuti del cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

TUMORI

Per la selezione della DP, nelle diverse tipologie di ricovero dei pazienti oncologici, si rimanda alle regole riportate nel cap. 2 Tumori.

SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE

Le DS sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata di degenza.

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere codificate. Quindi, per DS deve intendersi qualunque condizione diversa dalla DP che influenzi l'assistenza erogata al

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 18/168

paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico (vedi art. 5 dell'Allegato Tecnico al D.M. 380 del 27/10/2000).

La corretta individuazione delle DS compete al medico responsabile dell'assistenza del paziente nel corso del ricovero.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più di 5 condizioni morbose, che rispondano ai criteri qui riportati di identificazione delle DS, devono essere selezionate e codificate quelle che a giudizio del medico che ha formulato la diagnosi possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

Tra le DS devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni isolate nel corso del ricovero.

CONDIZIONI PREGRESSE

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere codificate nella SDO. I codici del manuale ICD-9_CM 2007 relativi all'anamnesi (V10-V19 *Persone con rischi potenziali di malattia in relazione all'anamnesi personale e familiare*) possono essere utilizzati per codificare le DS solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero, fatte salve le eccezioni indicate nelle presenti linee guida.

CONDIZIONI ASSOCIATE ALLA MALATTIA PRINCIPALE

Le condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale non devono essere riportate e codificate come **DS**.

Nel caso, invece, in cui siano presenti condizioni che non sono ordinariamente associate alla **DP**, queste devono essere riportate e codificate solo se influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero.

RISULTATI ANOMALI

I risultati anomali di test di laboratorio e di altre procedure diagnostiche non devono essere riportati e codificati a meno che non abbiano una particolare rilevanza clinica.

CODICI V

Questa classificazione è composta da codici alfanumerici che iniziano con la lettera V (V01-V82). I codici V si utilizzano per descrivere le circostanze, diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso ai servizi sanitari o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute del paziente.

I codici V vanno utilizzati per:

- motivi quali la donazione d'organo, somministrazione di vaccini, screening o consulto, motivi sociali

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 19/168

- specifici trattamenti o indagini particolari, quali sedute dialitiche, chemioterapiche, radioterapiche, riabilitative, palliative
- patologie pregresse
- ricovero per trattamento sanitario previsto e poi non eseguito
- nati vivi sani secondo il tipo di nascita (parto spontaneo, taglio cesareo)

Per ulteriori precisazioni sui codici V si rimanda al capitolo specifico.

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 2007, e **non devono pertanto mai essere utilizzati per descrivere la DP o la/le DS ma come diagnosi aggiuntive. Nella SDO va inserito un solo codice E, selezionando tra le varie possibilità quello maggiormente correlato con la DP.**

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 traumatismi, 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, come nel caso di suicidio). 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.

Alcune delle più importanti categorie di codici E includono ad esempio: incidenti da trasporto, avvelenamento da farmaci, cadute accidentali, incidenti causati da fuoco e fiamme, incidenti determinati da eventi naturali o fattori ambientali, suicidi, omicidi, etc. Le maggiori categorie possono essere così riassunte:

- Definizioni ed esempi relativi agli incidenti legati al trasporto: E800-E848
- Luogo dell'accadimento: E849
- Intossicazione accidentale da droghe, sostanze medicinali e sostanze biologiche: E850-E858
- Avvelenamento accidentale da altre sostanze solide e liquide, gas e vapori: E860-E869
- Incidenti in pazienti durante cure chirurgiche e mediche: E870-E876
- Procedure chirurgiche e mediche come causa di reazione anomala nel paziente o di un successivo incidente, senza evidenza di incidente al momento della procedura: E878-E879
- Cadute accidentali: E880-E888
- Incidenti causati da fuoco e fiamme: E890-E899
- Incidenti dovuti a fattori naturali e ambientali: E900-E909
- Incidenti causati da immersione, soffocamento e corpi estranei: E910-E915
- Altri incidenti: E916-E928
- Postumi di traumatismi accidentali: E929
- Farmaci, sostanze biologiche e medicinali il cui uso terapeutico può provocare eventi avversi: E930-E949
- Suicidio e lesioni autoinflitte: E950-E959
- Omicidio e lesioni volutamente autoinflitte da altre persone: E960-E969
- Interventi legali: E970-E977
- Terrorismo: E979
- Traumatismo non specificato se inflitto accidentalmente o di proposito: E980-E989
- Trauma derivante da operazioni di guerra: E990-999

Nella SDO è presente il campo "traumatismi o intossicazioni"; quando tale campo viene compilato deve essere descritta anche la causa esterna tramite il codice E.

In caso di ricovero per postumi di trauma (cat. cod. 905-909 *Postumi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici ed altre cause esterne*) il campo "Traumatismi ed intossicazioni" non deve essere compilato.

Vedi anche paragrafo "Codici E" contenuto nel cap. Introduzione al manuale ICD-9_CM.

Ferroviani (E800-E807)

Veicoli a motore:

- Da traffico (E810-E819)
- Non da traffico (E820-E825)

Veicoli non a motore (E826-E829)

Intossicazioni e avvelenamenti accidentali

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 20/168

**REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI /
PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE**

Nella SDO vanno inseriti l'intervento chirurgico principale e, se presenti, gli interventi/procedure ulteriori.

CODICI COMBINATI

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

Esempio:

cod. 72.31 *Parto con forcipe alto con episiotomia*

CODIFICA MULTIPLA

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", indica la necessità di utilizzare un codice aggiuntivo per identificare le diverse componenti di un intervento, sempre che nel caso concreto esse siano state effettivamente presenti.

Esempio: Intervento di applicazione di pace-maker permanente:

I/P: cod. 37.7_ *Inserzione iniziale di elettrodo*

I/P: cod. 37.8_ *Inserzione di PM permanente, iniziale o sostituzione*

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. Esistono codici che segnalano l'esecuzione di un intervento aggiuntivo che avvenga nel corso di un altro (ad es. cod. 47.19 *Altra appendicectomia in corso di altro intervento*).

Esempio: Intervento di appendicectomia in corso di ovariectomia per via laparoscopica:

I/P: cod. 65.31 *Ovariectomia laparoscopica monolaterale*

I/P: cod. 47.11 *Appendicectomia laparoscopica in corso di altro intervento*

Nota sulla codifica: l'espressione "codificare anche" viene utilizzata nel manuale ICD-9_CM 2007 anche per segnalare l'utilizzo di procedure o di strumentazioni complementari o di supporto ad un intervento.

CODIFICA DI INTERVENTI BILATERALI

Alcuni codici consentono una distinzione tra interventi monolaterali e bilaterali. Quando tale possibilità non esista, 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 es. escissione di lesioni cutanee).

Esempio: Intervento per ernia inguinale bilaterale:

I/P: cod. 531._ *Riparazione bilaterale di ernia inguinale*

Esempio: Intervento di protesi bilaterale di ginocchio:

I/P: cod. 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio (dx)*

I/P: cod. 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio (sn)*

DESCRIZIONE DELL'APPROCCIO CHIRURGICO ALL'INTERVENTO

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 21/168

In molti casi i codici individuano specifici approcci per un intervento chirurgico e consentono di distinguere gli interventi a cielo aperto, da quelli effettuati per via endoscopica o da quelli per via laparoscopica.

Esempi:

- I/P: cod. 51.22 *Colecistectomia*
- I/P: cod. 51.23 *Colecistectomia per via laparoscopica*
- I/P: cod. 51.88 *Rimozione endoscopica di calcoli del tratto biliare*
- I/P: cod. 65.01 *Ovariectomia laparoscopica*
- I/P: cod. 65.09 *Altra ovariectomia*
- I/P: cod. 98.52 *Litotrixxia extracorporea della colecisti e/o dotto biliare*

Nel caso non esista un codice che individui specificatamente l'approccio endoscopico o quello laparoscopico, si ricorre alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo).

Quando un intervento chirurgico, inizialmente avviato per via laparoscopia, toracoscopia od artroscopia, viene successivamente convertito a cielo aperto l'intervento deve essere codificato utilizzando il cod. relativo alla procedura a cielo aperto, mentre tra le DS deve essere riportato il cod.: V64.41 *Intervento chirurgico per via laparoscopica convertito in intervento a cielo aperto*, V64.2 *Intervento chirurgico per via toracoscopica convertito in intervento a cielo aperto*, V64.43 *Intervento chirurgico per via artroscopia convertito in intervento a cielo aperto*.

SELEZIONE E CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero che ha implicato il maggiore consumo di risorse.

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

- a. in presenza di più interventi chirurgici, va selezionato e codificato come principale quello maggiormente correlato alla DP di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il **maggiore peso assistenziale** ed il **maggiore consumo di risorse** (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, etc.);
- b. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, vanno codificati sempre prima gli interventi chirurgici;
- c. quando sulla cartella clinica sono indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la SDO, tenendo comunque conto del seguente **ordine decrescente di priorità**:
 - interventi chirurgici a cielo aperto;
 - interventi per via endoscopica e/o laparoscopica;
 - procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):
 - cod. 87.53 *Colangiografia intraoperatoria*;
 - cod. 88.52 *Angiocardigrafia nel cuore destro*;
 - cod. 88.53 *Angiocardigrafia nel cuore sinistro*;
 - cod. 88.54 *Angiocardigrafia combinata nel cuore destro e sinistro*;
 - cod. 88.55 *Arteriografia coronarica con catetere singolo*;
 - cod. 88.56 *Arteriografia coronarica con catetere doppio*;
 - cod. 88.57 *Altra e non specificata arteriografia coronarica*;
 - cod. 88.58 *Roentgenografia cardiaca con contrasto negativo*;
 - cod. 92.27 *Impianto o inserzione di elementi radioattivi*;
 - cod. 92.3 *Radiochirurgia stereotassica*;
 - cod. 92.31 *Radiochirurgia fotonica a sorgente singola*;
 - cod. 92.32 *Radiochirurgia fotonica multi sorgente*;
 - cod. 92.33 *Radiochirurgia particolare*;
 - cod. 92.39 *Radiochirurgia stereotassica NIA*;
 - cod. 94.61 *Riabilitazione da alcool*;
 - cod. 94.63 *Disintossicazione e riabilitazione da alcool*;
 - cod. 94.64 *Riabilitazione da farmaci*;
 - cod. 94.66 *Disintossicazione e riabilitazione da farmaci*;
 - cod. 94.67 *Riabilitazione combinata da alcool e farmaci*;

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 22/168

- cod. 94.69 *Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci;*
- cod. 95.04 *Esame dell'occhio sotto anestesia;*
- cod. 96.70 *Ventilazione meccanica continua, durata non specificata;*
- cod. 96.71 *Ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive;*
- cod. 96.72 *Ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più;*
- cod. 98.51 *Litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica;*
- cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico;*
- procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (ad es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica);
- procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore (cod. da 01._ a 86._) (ad es. gastroscopia);
- altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore (cod. da 87._ a 99._), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, RMN, radioterapia, etc.).

UTILIZZO DI ROBOT NELL'ATTO CHIRURGICO

Va utilizzato il codice supplementare di intervento compreso tra 00.31 e 00.39 per evidenziare l'utilizzo del robot nell'atto chirurgico.

Esempio:

DP: cod. 198.0 *Tumori maligni del rene eccetto la pelvi*

I/P: cod. 55.4 *Nefrectomia parziale*

I/P: cod. 00.39 *Altra chirurgia computer assistita*

BIOPSIE

Il prelievo biptico e l'analisi del materiale istologico prelevato nel corso di un intervento chirurgico non necessita di una specifica 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 è atteso per poter definire il tipo e l'estensione dell'intervento in corso.

Sono parimenti da codificare le biopsie effettuate nel corso di un intervento su organi diversi da quello cui è rivolto l'intervento principale.

Biopsie chiuse

È possibile in molti casi utilizzare un codice combinato che individua sia la biopsia sia l'approccio utilizzato. In alcune situazioni, tuttavia, qualora non sia disponibile un codice combinato si devono osservare le seguenti regole:

- se si tratta di una biopsia endoscopica, è necessario riportare sia il codice dell'endoscopia, come procedura principale, sia quello della biopsia, come procedura associata;
- se si tratta di una biopsia effettuata mediante "brush" o mediante aspirazione, è necessario utilizzare il codice della corrispondente biopsia chiusa.

Anche 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.

Biopsia osteomidollare

Le biopsie osteomidollari effettuate per via percutanea con agoaspirazione vanno codificate con:

I/P: cod. 41.31 *Biopsia del midollo osseo*

Biopsia dell'osso (a cielo aperto)

Le biopsie dell'osso a cielo aperto vanno codificate con:

I/P: cod. 77.4_ *Biopsia dell'osso*

Nota sulla codifica: il cod. 77.40 *Biopsia dell'osso, sede non specificata* non dovrebbe mai essere utilizzato.

Biopsia stereotassica

La biopsia stereotassica cerebrale va codificata con:

I/P: cod. 01.13 *Biopsia [per cutanea] [agobiopsia] di lesione cerebrale (mediante foro di trapanazione con metodo stereotassico)*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 23/168

*I/P: cod. 01.18 Altre procedure diagnostiche sul cervello e sulle meningi cerebrali***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 dalla struttura presso la quale il paziente è in degenza: in tal caso, però, uno dei campi relativi alle diagnosi secondarie deve anche riportare il codice V63.8 *Indisponibilità di altri servizi medici*.

Ovviamente, la struttura che eroga le prestazioni suddette non deve redigere la Scheda di Dimissione Ospedaliera.

La presente regola di codifica si applica per interventi e procedure erogabili sia in regime ambulatoriale (ad es. le prestazioni di medicina nucleare, RMN, TAC, consulenza specialistica), sia in regime di ricovero (ad es. alcune prestazioni di radiologia e cardiologia invasiva).

Si ricorda, infine, che nella SDO va compilato correttamente il campo relativo al “codice dell’istituto” che ha erogato la prestazione.

SETTING ASSISTENZIALE

Va prestata attenzione alle valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale selezionato, in quanto a parità di qualità di prestazione erogata e a parità di standard di sicurezza per il paziente e per l’operatore, va selezionato il regime assistenziale a minore consumo di risorse.

Per le prestazioni che sono riconducibili anche a regime ambulatoriale, qualora la scelta del regime assistenziale sia quella del ricovero, nella cartella clinica dovranno risultare chiaramente documentati sia i criteri legati all’intervento, clinici o assistenziali, sia l’assistenza post-intervento, che hanno motivato il ricorso al regime di ricovero.

Va prestata, inoltre, attenzione alle valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale selezionato, in quanto i ricoveri ordinari e diurni a scopo diagnostico risultano tra gli indicatori da monitorare essendo a rischio di non appropriatezza.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 24/168

**CAPITOLO 1
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (001-139)**

Il capitolo primo comprende le categorie da 001 a 139, così suddivise:

- Malattie infettive intestinali: 001-009
- Tubercolosi: 010-018
- Malattie batteriche trasmesse da animali: 020-027
- Altre malattie batteriche: 030-041
- Infezioni da HIV: 042
- Poliomielite e altre malattie virali del S.N.C. non trasmesse da artropodi: 045-049
- Malattie virali con esantema: 050-057
- Malattie virali da artropodi: 060-066
- Altre malattie da virus e clamidia: 070-079
- Rickettsiosi e altre malattie trasmesse da artropodi: 080-088
- Sifilide e altre malattie veneree: 090-099
- Altre malattie da spirochete: 100-104
- Micosi: 110-118
- Elmintiasi: 120-129
- Altre malattie infettive e parassitarie: 130-136
- Postumi di malattie infettive e parassitarie: 137-139

La codifica della diagnosi di malattia infettiva deve essere specifica ed indicare quando possibile:

- il microrganismo responsabile;
- il sito d'infezione.

È da evitare l'utilizzo in **DP** e **DS** di cod. che:

- evidenziano alterazioni rilevate da **dati di laboratorio** (ad es. alterazioni emocromocitometriche, ipogammaglobulinemia, etc.), in quanto comuni a molte patologie infettive acute e quindi aspecifiche;
- inerenti manifestazioni quali le linfadenopatie locoregionali quando rappresentano reperti semeiologici di infezioni d'organo.

TUBERCOLOSI (cat. 010-018)

Esistono codici specifici per tipo di tubercolosi e sede anatomica; la quinta cifra è prevista per indicare il metodo usato per porre diagnosi di tubercolosi:

- cod. 01_._0 *non specificato*;
- cod. 01_._1 *esame batteriologico o istologico non eseguito*;
- cod. 01_._2 *esame batteriologico o istologico eseguito, ma con risultato non disponibile*;
- cod. 01_._3 *esame microscopico positivo (in espettorato)*;
- cod. 01_._4 *esame microscopico negativo (in espettorato), ma con esame colturale positivo*;
- cod. 01_._5 *esame batteriologico negativo (in espettorato), ma tubercolosi confermata istologicamente*;
- cod. 01_._6 *esame batteriologico o istologico negativo (in espettorato), ma tubercolosi confermata con altri metodi*.

SETTICEMIA, SIRS, SEPSI, SEPSI SEVERA, SHOCK SETTICO

I termini setticemia e sepsi non sono sinonimi. A tale fine si precisa quanto segue.

Setticemia (cat. 038)

Patologia sistemica dovuta alla presenza nel sangue di microrganismi patogeni o tossine.

La categoria è ulteriormente specificata dalla quarta e quinta cifra, ad indicare i microorganismi responsabili.

Nota sulla codifica: le setticemie sostenute da microrganismi (es. virus o criptococco, etc.) per i quali non sono previsti codici specifici devono essere rappresentate dal cod. 038.8_ *Altre forme di setticemia*.

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 precisa che per i codici della cat. 038 *Setticemia* va utilizzato un cod. aggiuntivo in caso di sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) (995.91-995.92).

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 25/168

Nota sulla codifica: per la corretta codifica della setticemia va consultato anche l'indice alfabetico.

Altre setticemie sono classificate con:

- cod. 112.5 *Candidiasi disseminata*
- cod. 054.5 *Setticemia erpetica*
- cod. 040.82 *Sindrome dello Shock tossico*

SIRS, sepsi, sepsi severa (995.9_)**SIRS**

La SIRS (Sindrome da risposta infiammatoria sistemica) è una risposta sistemica dovuta a infezione, trauma/ustione o altro danno (ad es. neoplasia o pancreatite), caratterizzata da febbre, tachicardia, tachipnea e leucocitosi.

Sepsi

E' la Sindrome da risposta infiammatoria sistemica conseguente ad un'infezione in atto.

Sepsi severa

E' la sepsi associata a insufficienza acuta d'organo.

Note sulla codifica:

Nel caso di SIRS, sepsi, sepsi severa va codificata in DP la patologia di base, ad esempio infezione (DP: cod. 038._ *Setticemia* oppure cod. 112.5 *Candidiasi disseminata*), o il trauma, seguiti dalla sottocategoria cod. 995.9_.

Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il cod. 995.92 *Sepsi severa* ma il cod. 995.94 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo con disfunzione d'organo acuta*.

L'utilizzo dei cod. 995.92 *Sepsi severa* e 995.94 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo con disfunzione d'organo acuta* richiede l'uso di cod. aggiuntivi per descrivere l'insufficienza acuta d'organo.

Nel caso di SIRS, sepsi, sepsi severa associate ad infezione localizzata, ad esempio polmonite o cellulite, questa deve essere codificata con cod. aggiuntivi.

Shock settico (785.52)

Il cod. 785.52 *Shock settico* deve essere impiegato come cod. aggiuntivo in caso di sepsi severa.

Il cod. 040.82 *Sindrome dello shock tossico* deve essere impiegato come cod. aggiuntivo.

Setticemia neonatale (771.81)

Nel caso di utilizzo del cod. 771.81 *Setticemia (sepsi) del neonato* va utilizzato un cod. aggiuntivo per identificare il microrganismo (cod. 041.00-041.9).

AGENTE PATOGENO

Le infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041.__ *Batteriche* e 079.__ *da Virus e Chlamydiae*) sono diagnosi aggiuntive che vanno utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile.

Esempio:

Diagnosi di dimissione: Prostatite acuta da Streptococco gruppo A:

DP: cod. 601.0 *Prostatite acuta*

DS: cod. 041.01 *Infezione streptococcica in condizioni morbose classificate altrove, streptococco gruppo A*

I codici di questa categoria possono essere assegnati come DP solo quando la natura o il sito di infezione non sono specificati, oppure in quei rari casi in cui è così indicato nell'indice alfabetico (ad es. Infezione Batterica NIA).

Note sulla codifica: nel caso in cui l'agente patogeno sia noto, va riportato il cod. relativo tra le DS.

INFEZIONE DA HIV, VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA (COD. 042)

Nella classificazione ICD-9_CM 2007 l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana viene descritta con un unico cod. 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana* che comprende:

Sindrome da immunodeficienza acquisita

AIDS

Sindrome tipo-AIDS

Complesso collegato all'AIDS

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 26/168

ARC

Infezione da HIV, sintomatica

Il cod. 042 deve essere utilizzato in DP con cod. aggiuntivi per indicare tutte le manifestazioni cliniche, a meno che il ricovero avvenga per una patologia del tutto non correlata ad HIV (ad es. il trauma).

Esempi:

a) Nel caso di un paziente affetto da AIDS e ricoverato per appendicite acuta e contemporaneo riscontro di epatite C cronica la corretta codifica da riportare è la seguente:

DP: cod. 540._ *Appendicite acuta*DS: cod. 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana*DS: cod. 070.54 *Epatite C cronica senza coma epatico*

b) Lo stesso paziente nel quale il quadro di appendicite acuta è stato causato dalla localizzazione viscerale del sarcoma di Kaposi va classificato invece come segue:

DP: cod. 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana*DS: cod. 176.3 *Infezione da Sarcoma di Kaposi – Tratto gastro-intestinale*DS: cod. 540._ *Appendicite acuta*DS: cod. 070.54 *Epatite C cronica senza coma epatico*

Lo stato di sieropositività asintomatico corrisponde al cod. V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)*.

Il contatto o l'esposizione al virus dell'immunodeficienza umana va descritto, in DS, con il cod. V01.7 *Contatto con o esposizione ad altre malattie virali*.

Per la codifica di pazienti con **HIV** ricoverate per **gravidanza, parto o puerperio** si vedano le indicazioni contenute nel cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

I trattamenti con farmaci antiretrovirali

Si descrivono con:

I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*

I cod. della categoria **V09 Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci** possono essere utilizzati solo in DS per descrivere la resistenza ai farmaci in condizioni infettive specificate.

FEBBRE DEL NILO OCCIDENTALE (066.4__)

La Febbre del Nilo Occidentale (West Nile Fever) va codificata con i cod. specifici compresi fra 066.40 e 066.49.

EPATITE VIRALE (070.___)

In questa categoria la quarta e/o la quinta cifra descrivono l'agente eziologico e/o lo stato clinico; per tale motivo i singoli cod. sono completi ed esplicativi delle varie condizioni.

La quinta cifra per alcune sottocategorie identifica la presenza o meno di epatite Delta (es.: 070.30-070.33).

Non esistendo un cod. che identifichi univocamente i **postumi di epatite virale**, deve essere utilizzato il cod. 139.8 *Postumi di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie* appartenenti alle categorie del blocco *Postumi malattie infettive e parassitarie* (137-139), se è evidente che la malattia non è più presente da lungo tempo.

POSTUMI DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

I postumi delle malattie infettive e parassitarie sono raggruppati nelle tre categorie:

cod. 137._ *Postumi della tubercolosi*cod. 138_ *Postumi della poliomielite acuta*cod. 139._ *Postumi di altre malattie infettive e parassitarie***Nota sulla codifica:**

Per codificare i postumi sono necessari due cod.:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 27/168

DP: la condizione residua o la natura del postumo

DS: la causa del postumo

Esempio:

Fibrosi polmonare in postumi di tubercolosi polmonare:

DP: cod. 515 *Fibrosi polmonare*DS: cod. 137.0 *Postumi della tubercolosi dell'apparato respiratorio o non specificata***STATO DI PORTATORE O PORTATORE SOSPETTO DI MALATTIE INFETTIVE**

La condizione di portatore o portatore sospetto di malattie infettive specificate potrà essere segnalata utilizzando il cod. appropriato della categoria V02._ *Portatore o portatore sospetto di malattie infettive*.

INFEZIONI IN GRAVIDANZA, PARTO, PUERPERIO

Per le condizioni specifiche di malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio occorre fare riferimento al cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

INFEZIONI NEL NEONATO

Per le condizioni specifiche di infezione neonatale occorre fare riferimento al cap. 15 Altre condizioni morbose di origine perinatale.

OSSERVAZIONE PER SOSPETTO DI MALATTIA

Si codifica con i seguenti cod.:

cod. V71.2 *Tubercolosi*cod. V71.82 *Antrace*cod. V71.83 *Altri agenti biologici*cod. V71.89 *Condizione morbosa non specificata*

Il contatto o l'esposizione a virus della varicella va descritto con il cod. V01.71 *Contatto con o esposizione a varicella*; il contatto o l'esposizione ad altri virus va descritto con il cod. V01.79 *Contatto con o esposizione ad altre malattie virali*.

NECESSITÀ DI ISOLAMENTO DURANTE IL RICOVERO

Nel caso in cui durante il ricovero si verifichi la necessità di isolamento (ad es. per infezione da *Clostridium* o per *Scabbia*) va utilizzato il cod.:

DS: cod. V07.0 *Necessità di isolamento*

Per i casi di isolamento di pazienti con germi multiresistenti va utilizzato anche il cod.:

DS: cod. V09._ *Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci* (per indicare la resistenza ai farmaci in manifestazioni infettive specificate)

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 28/168

**CAPITOLO 2
TUMORI (140-239)**

REGOLE GENERALI DI CODIFICA

I codici da attribuire alle diagnosi di tumore sono riportati:

- nell'elenco sistematico delle malattie nei blocchi da 140 a 239;
- nell'indice alfabetico delle malattie alla voce "neoplasia" in una tavola sinottica dove le neoplasie sono elencate in ordine alfabetico e per sede.

Il secondo capitolo suddivide i tumori in:

- Tumori maligni: 140-208
- Tumori senza indicazione della sede: 199
- Tumori metastatici: sono codificati da 196-198; si utilizzano per codificare le patologie neoplastiche che si estendono oltre la sede di origine o per diretta estensione o attraverso metastasi a distanza
- Tumori benigni: 210-229
- Carcinomi in situ: 230-234
- Tumori a comportamento incerto: 235-238
- Tumori di natura non specificata: 239; questa categoria deve essere utilizzata per tutte quelle situazioni per cui non sia possibile una diagnosi definitiva né clinica né morfologica. È necessario porre attenzione a non confondere tali situazioni con le neoplasie di comportamento incerto

Nella sezione dei tumori maligni primitivi (da 140 a 195) la quarta cifra indica la parte anatomica dell'organo interessato dal tumore (ad es. cod. 151 *Tumori maligni dello stomaco*, cod. 151.0 *Tumori maligni del cardias*).

Nella sezione riguardante i tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico (200-208), per le categorie 200-202, la quinta cifra indica la sede interessata (ad es. cod. 202.13 *Micosi fungoide, linfonodi intraddominali*), mentre per le categorie 203-208 la quinta cifra identifica se si tratta di malattia in remissione o meno.

Quando il punto di origine della neoplasia non può essere determinato, poiché il tumore primitivo si sovrappone al confine di due o più siti, si usa la quarta cifra uguale a 8 (altri siti specificati).

I sarcomi sono compresi nel capitolo dei tumori maligni del tessuto connettivo, dei tessuti molli e delle ossa; i cod. dei sarcomi di altri organi specifici vanno ricercati nei capitoli riguardanti i tumori maligni di vari organi ed apparati.

Codifica di alcune forme di displasia epiteliale di grado grave o severo

Per alcune situazioni cliniche relativamente frequenti di displasia epiteliale di grado grave o severo, istologicamente accertata, si ricorre all'uso dei cod. 230-234 *Carcinomi in situ*.

Esempi a tale riguardo sono costituiti dalla displasia grave/severa su polipi adenomatosi dell'apparato digerente o genitourinario (ulcera gastrica, rettocolite ulcerosa, morbo di Crohn, polipi vescicali, displasia della portio).

Tumori di comportamento incerto

I cod. relativi alla categoria *Tumori a comportamento incerto* (235._ - 238.9) sono da utilizzare solamente nei casi in cui il tumore sia **istologicamente** classificato di comportamento incerto.

Tumori di natura non specificata

I cod. relativi alla categoria *Tumori di natura non specificata* (239._) sono da utilizzare solamente nei casi in cui non si sia in possesso di una diagnosi istologica.

Questa categoria deve essere utilizzata per tutte quelle situazioni per cui non sia possibile una diagnosi definitiva né clinica né morfologica.

È necessario porre attenzione a non confondere tali situazioni con le neoplasie di comportamento incerto.

REGOLE GENERALI PER LA SELEZIONE E LA CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE

Di seguito si riportano le regole generali per la selezione e la codifica del tumore in DP.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 29/168

- Quando il ricovero è finalizzato a trattare una neoplasia maligna, quest'ultima deve essere selezionata come DP salvo che il ricovero sia finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia (cod. V58.0 *Sessione di radioterapia*) o la chemioterapia (cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*) o l'immunoterapia (cod. V58.12 *Immunoterapia antineoplastica*); in tali casi la neoplasia maligna deve essere codificata come DS e la DP deve essere codificata con i cod. V58.0 o V58.1_.
Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente la radioterapia o la chemioterapia e nel corso del ricovero si sviluppano delle complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale DP la radioterapia (cod. V58.0 *Sessione di radioterapia*) o la chemioterapia (cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*) o l'immunoterapia (cod. V58.12 *Immunoterapia antineoplastica*).
- Quando il ricovero comporta il trattamento chirurgico di una neoplasia maligna, primitiva o secondaria, deve essere selezionata quale DP la neoplasia (anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia).
- Fatto salvo il setting assistenziale più appropriato, quando il ricovero ordinario è finalizzato alla diagnosi e alla stadiazione della neoplasia va selezionata come DP la neoplasia, anche se nel corso dello stesso sono state eseguite radioterapia o chemioterapia/immunoterapia, che dovranno essere codificate in DS.
- Quando il ricovero è esitato in decesso a causa della patologia stessa in DP va posto il tumore.
- Quando un paziente è ricoverato a causa di una neoplasia primitiva metastatizzata e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come DP anche se la forma primitiva è ancora presente. Se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma metastatica, la DP deve essere codificata con V58.0 *Sessione di radioterapia* o V58.1_ *Chemioterapia e immunoterapia antineoplastiche*.
- Qualunque estensione per contiguità o a distanza deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa. Quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la neoplasia pregressa deve essere segnalata in DS utilizzando il cod. V10._ *Anamnesi personale di tumore maligno*.
- Nel caso di ricoveri per tumori ematologici con ripresa di malattia, dopo remissione, il cod. di tumore va posto in DP.

Sede di insorgenza incerta

Quando un paziente è ricoverato per metastasi e la neoplasia primitiva non può essere identificata, la DP è la sede metastatica e la DS è rappresentata dal cod. 199.1 *Altri tumori maligni senza indicazione della sede*.

Metastasi diffuse da sede primitiva non specificata (che coinvolgono cioè almeno due sedi non contigue)

Se il trattamento non è diretto ad una specifica regione affetta da metastasi, va utilizzato come DP il cod. 199.0 *Tumori maligni disseminati senza indicazione della sede*.

Incertezza sul tumore maligno primitivo o secondario

Quando non è possibile determinare se un tumore maligno è primitivo o secondario, si presume che sia di **origine primitiva** (per la codifica quindi si usano i cod. che descrivono il tumore primitivo).

In caso di neoplasie epatiche la cui natura primaria o secondaria non sia specificata, si deve utilizzare il cod. 155.2 *Neoplasie maligne del fegato, non specificate come primarie o secondarie*. L'utilizzo di tale codice deve essere limitato ai soli casi in cui la natura primaria o secondaria del tumore non sia stata effettivamente chiarita.

Coesistenza di due o più tumori primitivi

Quando coesistono due o più tumori primitivi si codificano tutti utilizzando i cod. dei tumori primitivi, classificando come principale la neoplasia che ha assorbito la maggiore quota assistenziale.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 30/168

Tumore interessante più sedi confinanti

I casi di tumori maligni estesi a sedi confinanti per i quali non sia possibile determinare il punto di origine devono essere classificati utilizzando la sottocategoria cod. ____8 come quarta cifra.

Esempi:

cod. 157.8 *Carcinoma del tratto testa-corpo del pancreas*

cod. 150.8 *Carcinoma dell'esofago cervico-toracico*

Tumori funzionalmente attivi

Nel caso di neoplasie funzionalmente attive che influenzano l'attività endocrina vanno utilizzati:

DP: cod. relativo alla neoplasia

DS: cod. relativo alla disfunzione endocrina

Cachessia neoplastica

La cachessia neoplastica va codificata:

DP: codifica del tumore

DS: cod. 799.4 *Cachessia*

Diagnosi casuale di tumore

Nel caso in cui un tumore venga casualmente diagnosticato durante un ricovero effettuato per altro motivo, si deve codificare come DP il tumore solo se rientra nei criteri di selezione della DP.

Recidiva locale

DP: il cod. della recidiva

DS: la pregressa neoplasia con i codici della categoria V10._ *Anamnesi personale di tumore maligno*

Metastasi senza recidiva locale della neoplasia

DP: il cod. della metastasi

DS: il cod. della pregressa neoplasia con i cod. della categoria V10._ *Anamnesi personale di tumore maligno*

Trattamento chirurgico per l'allargamento di un precedente intervento

Nel caso in cui il trattamento chirurgico consista nell'allargamento di un precedente intervento in cui sia stata asportata una neoplasia ad elevato grado di microinvasività in DP andrà posta la codifica della neoplasia stessa.

Per la patologia della mammella si rimanda al contenuto del cap. 12 Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo.

Sindrome mielodisplastica

Per la Sindrome mielodisplastica vanno utilizzati i cod. della sottocategoria 238.7_ *Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici*:

cod. 238.71 *Trombocitemia essenziale*

cod. 238.72 *Sindrome mielodisplastica con lesioni a basso grado*

cod. 238.73 *Sindrome mielodisplastica con lesioni ad alto grado*

cod. 238.74 *Sindrome mielodisplastica con delezione 5q*

cod. 238.75 *Sindrome mielodisplastica, non specificata*

cod. 238.76 *Mielofibrosi con metaplasia mieloide*

cod. 238.79 *Altri tessuti linfatici ed ematopoietici*

Linfoma extranodale

In caso di diagnosi di linfoma di sede specificata extranodale occorre utilizzare il cod. di linfoma specificandone la tipologia anziché codificarlo come neoplasia solida.

Ad esempio, per indicare il linfoma gastrico primitivo associato al MALT (mucose associated lymphoid tissue) si utilizzerà il cod. 200.10 *Linfosarcoma, sito non specificato, organi solidi o sito extranodale* anziché codificarlo come neoplasia gastrica.

INTERVENTI/PROCEDURE**RADIOTERAPIA, CHEMIOTERAPIA E IMMUNOTERAPIA**

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 31/168

Quando un paziente viene ricoverato per essere sottoposto a radioterapia, chemioterapia o immunoterapia antineoplastica, la codifica delle diagnosi è la seguente:

a) in presenza di tumore primitivo o presenza di metastasi:

DP: cod. V58.0 *Sessione di radioterapia*

oppure

DP: cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*

Oppure

DP: cod. V58.12 *Immunoterapia antineoplastica*

DS: cod. di tumore

oppure

DS: cod. di metastasi

b) in assenza di tumore primitivo o assenza di metastasi:

DP: cod. V58.0 *Sessione di radioterapia*

oppure

DP: cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*

oppure

DP: cod. V58.12 *Immunoterapia antineoplastica*

DS: cod. V10._ *Anamnesi personale di tumore maligno*

Per le procedure la codifica è la seguente:

I/P: cod. 92.2_ *Radioterapia* (esclusi i cod. 92.20 – 92.27 – 92.28)

I/P: cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*

I/P: cod. 99.28 *Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici (Immunoterapia antineoplastica)*

Nota sulla codifica:

In caso di esecuzione nello stesso ricovero sia di radioterapia che di chemioterapia vanno utilizzati:

DP: codificare la radioterapia

DS: codificare la chemioterapia

Nota sulla codifica:

Il cod. di diagnosi V58.11 *Chemioterapia antineoplastica* va ugualmente utilizzato:

1. per terapie endocavitarie peritoneali, intrapleuriche, intravescicali (compreso BCG) e intrarachidee;
2. per indicare un ricovero finalizzato al trattamento farmacologico palliativo delle metastasi ossee quale la somministrazione endovenosa di bifosfonati.

Il cod. di procedura 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore (Iniezione o infusione di agenti antineoplastici; Chemioembolizzazione)* non va utilizzato per:

- impianto di agente chemioterapico (00.10)
- iniezione di radioisotopi (92.28)
- iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici (99.28)
- immunoterapia antineoplastica (00.15, 99.28)

ACCESSI VASCOLARI CENTRALI**INSERZIONE DI DISPOSITIVO TOTALMENTE IMPIANTABILE (PORT A CATH)**

Quando il ricovero è finalizzato all'inserzione di dispositivo totalmente impiantabile per successivo trattamento vanno utilizzati:

DP: cod. V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*

I/P: cod. 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile*

INSERZIONE DI DISPOSITIVO NON TOTALMENTE IMPIANTABILE O CATETERE CENTRALE TUNNELIZZATO (TIPO GROSHONG, HICKMAN, BROVIAC, QUINTON E PICC)

Quando il ricovero è finalizzato all'inserzione di dispositivo non totalmente impiantabile o catetere centrale tunnelizzato per successivo trattamento vanno utilizzati:

DP: cod. V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 32/168

I/P: cod. 38.93 *Altro cateterismo venoso non classificato altrove*

Nota sulla codifica:

Qualora le procedure di confezionamento di accessi vascolari sono incidentali nel corso di un ricovero per chemioterapia, deve essere assegnato in DP il cod. V58.11 *Chemioterapia*.

Esempi:

a) Nel caso di un paziente affetto da carcinoma dell'esofago ricoverato per confezionamento di accesso vascolare totalmente impiantabile la codifica da riportare è la seguente:

DP: cod. V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*

DS: cod. 150. *Carcinoma dell'esofago*

I/P: cod. 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile*

b) Nel caso di un paziente affetto da carcinoma dell'esofago ricoverato per confezionamento di accesso vascolare totalmente impiantabile e chemioterapia la codifica da riportare è la seguente:

DP: cod. V58.11 *Chemioterapia*

DS: cod. 150. *Carcinoma dell'esofago*

DS: cod. V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*

I/P: cod. 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile*

RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE

In caso di rimozione di un dispositivo di accesso vascolare collocato in un precedente ricovero vanno utilizzati:

DP: cod. V58.81 *Estrazione di catetere vascolare*

I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo se totalmente impiantabile*

I/P: cod. 97.89 *Rimozione di altro dispositivo terapeutico se non totalmente impiantabile o catetere centrale tunnellizzato*

INFEZIONE DEL DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE

In caso di rimozione di un dispositivo di accesso vascolare per infezione vanno utilizzati:

DP: cod. 996.62 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti vascolari*

I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo se totalmente impiantabile*

I/P: cod. 97.89 *Rimozione di altro dispositivo terapeutico se non totalmente impiantabile o catetere centrale tunnellizzato*

DISLOCAZIONE DEL DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE

In caso di rimozione di un dispositivo di accesso vascolare per dislocazione vanno utilizzati:

DP: cod. 996.1 *Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti e innesti vascolari*

I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo se totalmente impiantabile*

I/P: cod. 97.89 *Rimozione di altro dispositivo terapeutico se non totalmente impiantabile o catetere centrale tunnellizzato*

BRACHITERAPIA E TERAPIE RADIOMETABOLICHE

Nel caso di ricovero per l'esecuzione di brachiterapia o di terapie radiometaboliche vanno utilizzati:

DP: V58.0 *Sessione di radioterapia*

DS: cod. di tumore

I/P: a seconda del trattamento effettuato uno dei seguenti cod.:

cod. 92.20 *Infusione di radioisotopo per brachiterapia*

cod. 92.27 *Impianto di elementi radioattivi*

cod. 92.28 *Iniezione di radioisotopi*

Nota sulla codifica:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 33/168

La presente modalità di codifica, pur in contrasto con le indicazioni del manuale ICD-9_CM 2007, è raccomandata per omogeneità di classificazione rispetto ai ricoveri per radioterapia, come riportato nelle linee guida nazionali.

CHEMIOEMBOLIZZAZIONE/CHEMIOTERAPIA LOCO-REGIONALE

In caso di ricovero per trattamento di tumore mediante embolizzazione (epatica, pancreatica, uterina) vanno indicati:

DP: cod. del tumore o della metastasi trattata
I/P: i seguenti cod.:
cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze*
cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*
per quelle epatiche va aggiunto anche:
cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato*

In caso di ricovero per trattamento di tumore mediante chemioembolizzazione (epatica, pancreatica, uterina) vanno indicati:

DP: cod. del tumore o della metastasi trattata
I/P: i seguenti cod.:
cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*
cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*
per quelle epatiche va aggiunto anche:
cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato*

Queste codifiche vanno utilizzate anche in caso di chemioterapia loco-regionale con accesso vascolare sotto guida angiografica.

TRATTAMENTO DI TUMORE EPATICO MEDIANTE ALCOLIZZAZIONE

In caso di ricovero per trattamento di tumore epatico mediante alcolizzazione vanno indicati:

DP: cod. del tumore o della metastasi trattata
I/P: cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato*
I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*

STOP-FLOW METODICA

La metodica stop-flow viene utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico e prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale con attivazione della circolazione extracorporea.

In tali casi vanno indicati:

DP: il cod. V58.11 *Chemioterapia*
I/P: i seguenti cod.:
cod. 38.08 *Incisione di arterie dell'arto inferiore*
cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*
cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove*
cod. 39.97 *Altra perfusione*

TERMOABLAZIONE A RADIOFREQUENZA DI TUMORE

In caso di ricovero per il trattamento di tumore mediante termocoagulazione a radiofrequenza vanno indicati:

DP: cod. del tumore o della metastasi trattata
I/P: utilizzare i seguenti cod.:
per neoplasia epatica:
- cod. 50.23 *Ablazione di tessuto o lesione epatici* (se ablazione aperta)
- cod. 50.24 *Ablazione di tessuto o lesione epatici* (se ablazione percutanea)
- aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*
per neoplasia renale:
- cod. 55.32 se ablazione aperta
- cod. 55.33 se percutanea

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 34/168

- aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*
per neoplasia prostatica:
 - cod. 60.61 *Asportazione di lesione prostatica*
- aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*
per neoplasia pancreatica:
 - cod. 52.22 *Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico*
- aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*
per neoplasia ossea:
 - cod. 77.6_ *Asportazione locale di lesione o tessuto osseo* (indicare con la quarta cifra la sede)
- aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*
per neoplasia polmonare:
 - cod. 32.23 *se ablazione a cielo aperto*
 - cod. 32.24 *Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare*
- aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*

CRIOTERAPIA PER ABLAZIONE DI TUMORE

Nel caso di impiego di crioterapia per l'ablazione di neoplasia, mancando un cod. specifico per questa prestazione, la codifica può essere la stessa della termoablazione omettendo il cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*.

TERAPIA PALLIATIVA

In caso di ricovero per **cure palliative** vanno indicati:

DP: cod. V66.7 *Cure palliative*

DS: la diagnosi di tumore

Il cod. V66.7 deve essere utilizzato come DP anche se è praticata una **chemioterapia palliativa**.

In caso di ricovero per l'esecuzione di **procedure palliative invasive** (ad es. toracentesi, paracentesi), vanno utilizzati:

DP: il cod. relativo alla patologia trattata (ad es. il cod. 789.5 *Ascite* o il cod. 511.8 *Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare*)

DS: il cod. della neoplasia primitiva (se presente) o metastatica o l'anamnesi di neoplasia, codice V (se non più presente)

I/P: 34.91 *Toracentesi*

oppure

I/P: cod. 54.91 *Drenaggio percutaneo addominale-paracentesi*

I/P: eventuali altri cod.

Quando il ricovero è finalizzato soltanto al trattamento di una complicanza dovuta al tumore stesso, la complicanza va codificata come DP (ostruzione, compressione, anemia, etc.) e la neoplasia o l'anamnesi di neoplasia (se non più presente) come DS.

Quando il ricovero è finalizzato soltanto al trattamento di altra patologia acuta, il cod. di neoplasia in DS può essere indicato solo se ricorrono i requisiti per la codifica delle DS.

TERAPIA DEL DOLORE ONCOLOGICO

In caso di ricovero per la terapia del dolore oncologico vanno indicati:

DP: il cod. 338.3 *Dolore correlato a neoplasia (sia acuto che cronico)*

I/P:

-in caso di confezionamento di dispositivo medico antalgico esterno alla cute: cod. 03.90 *Inserzione del catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*

oppure

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 35/168

-se si tratta di inserzione di pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea: cod. 86.06 *Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile*

FOLLOW UP DEI TUMORI

Fatto salvo il setting assistenziale più appropriato, qualora si effettui un ricovero per specifici controlli in pazienti già affetti da tumore maligno (codici V), tali cod. possono essere utilizzati in DP, in assenza di recidiva, fatte salve le eccezioni riportate nelle presenti linee guida (come quella indicata per il follow up del tumore alla vescica nel cap. 10 Malattie del sistema genitourinario).

RICOVERO PER SOSPETTO TUMORE MALIGNO

Nel caso di paziente ricoverato per sospetto tumore maligno, in assenza di precedente diagnosi di malattia tumorale, ove le indagini effettuate non consentano di formulare una diagnosi, va utilizzato in DP il cod. V71.1 *Osservazione per sospetto tumore maligno*.

ANAMNESI PERSONALE DI TUMORE MALIGNO

A fini epidemiologici si raccomanda di segnalare in DS la codifica di anamnesi personale di tumore maligno (V10._).

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 36/168

**CAPITOLO 3
MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E
DISTURBI IMMUNITARI (240-279)**

Il capitolo terzo comprende le categorie da 240 a 279, così suddivise:

- Disturbi della ghiandola tiroidea: 240-246
- Disturbi di altre ghiandole endocrine: 250-259
- Deficienze nutrizionali: 260-269
- Altri disturbi metabolici e immunitari: 270-279

DIABETE MELLITO

I 40 codici della categoria 250 classificano il diabete mellito: **cod. 250.**__

Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza (descritte nel cap. 11, che devono essere codificate utilizzando i cod. 648.0 *Diabete mellito complicante la gravidanza parto o puerperio* o 648.8 *Alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza parto o puerperio*):

- diabete senza menzione di complicanze: 250.0_
- complicanze metaboliche acute:
 - 250.1_ *Diabete con chetoacidosi*
 - 250.2_ *Diabete con iperosmolarità*
 - 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma*
- complicanze croniche o a lungo termine:
 - 250.4_ *Diabete con complicanze renali*
 - 250.5_ *Diabete con complicanze oculari*
 - 250.6_ *Diabete con complicanze neurologiche*
 - 250.7_ *Diabete con complicanze circolatorie periferiche*
 - 250.8_ *Diabete con altre complicanze specificate*
 - 250.9_ *Per diabete con complicazioni non specificate*

Il quinto carattere del cod. identifica il tipo di diabete e se è controllato o scompensato:

- 0 tipo II o non specificato, non definito se scompensato
- 1 tipo I (diabete giovanile), non definito se scompensato
- 2 tipo II o non specificato, scompensato
- 3 tipo I (diabete giovanile), scompensato

Nelle note delle sottocategorie si raccomanda di segnalare, nel caso di utilizzo associato (attuale) di insulina a lungo termine, il cod. V58.67 *Uso a lungo termine (in corso) di insulina*.

Nel caso di coma diabetico dovuto ad incidente terapeutico da insulina vanno indicati:

DP: cod. 962.3 *Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici*

DS: cod. 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma*

Nota sulla codifica: va codificato il codice E; per le indicazioni si rimanda al paragrafo introduttivo delle Linee guida generali per la selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche o terapeutiche.

Nel caso di diabete con complicazioni renali a lungo termine o croniche vanno indicati:

DP: cod. 250.4_ *Diabete con complicazioni renali*

DS: i cod. aggiuntivi per descrivere il tipo di complicazioni rilevate, come ad es. il cod. della categoria 581.8_ *Nefrosi diabetica* o cod. 583.8_ *Nefropatia diabetica*

Nel caso di sottodosaggio o sovradosaggio di insulina per **malfunzionamento della pompa** vanno indicati:

DP: cod. 996.57 *Complicazioni meccaniche dovute alla pompa di insulina*

DS: cod. che descrivono il quadro clinico

DIABETE MELLITO SCOMPENSATO

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 37/168

Il diabete si intende scompensato solo se il medico lo ha diagnosticato esplicitamente come tale e, poiché il diabete è una patologia spesso presente nei pazienti che subiscono un ricovero per motivi diversi dalla patologia diabetica, va riportato in diagnosi solo se ne ricorrono le condizioni per la codifica della DS.

Nota sulla codifica

Nelle **complicazioni a lungo termine o croniche** devono essere indicati, oltre al cod. specifico del diabete complicato, anche i cod. relativi a ciascuna manifestazione. Occorre perciò porre attenzione alla regola presente sul manuale ICD-9_CM 2007 di indicare, in caso di complicanze del diabete, la patologia di base (ossia il diabete complicato) come DP e la complicazione tra le DS.

Se la patologia diabetica presenta molteplici complicanze, ciascuna di esse deve essere opportunamente codificata secondo le regole di selezione della DP. Si raccomanda di individuare con accuratezza i corrispondenti specifici cod. (da 250.4_ a 250.8_), evitando l'uso improprio e generico del cod. 250.0_ *Diabete mellito* in DP.

Per la codifica di diabete mellito **scompensato** vanno indicati:

DP: indicare la sottocategoria cod. 250.____ *Diabete mellito con le complicanze e l'eventuale scompenso*

DS: indicare il cod. aggiuntivo che identifica la complicanza

DS: il cod. aggiuntivo per l'utilizzo associato di insulina a lungo termine (cod. V58.67 *Uso a lungo termine (in corso) di insulina*)

Per la codifica del paziente diabetico di tipo II con polineuropatia diabetica scompensato in terapia insulinica vanno indicati:

DP: cod. 250.62 *Diabete tipo II o non specificato, scompensato, con complicazioni neurologiche*

DS: cod. 357.2 *Polineuropatia in diabete*

DS: cod. V58.67 *Uso a lungo termine (in corso) di insulina*

Per la codifica del paziente diabetico di tipo II con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica vanno indicati:

DP: cod. 250.7_ *Diabete con complicanze circolatorie periferiche*

DS: cod. 443.81 *Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*

DS: cod. 357.2 *Polineuropatia*

DS: cod. V58.67 *Uso a lungo termine (in corso) di insulina*

Qualora presente, a fini epidemiologici va inserito il cod. di diabete mellito non scompensato in DS.

CATARATTA SENILE VS CATARATTA DIABETICA

Premesso che il trattamento per la cataratta è stato ricondotto a regime ambulatoriale, nel caso eccezionale di ricovero è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica rispetto a quella della cataratta senile, come riportato nel cap. 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi.

DIABETE SECONDARIO

Le varie tipologie di diabete secondario sono classificate alla categoria cod. 251._ *Altri disordini della secrezione endocrina del pancreas*.

a) Per la codifica del diabete post-chirurgico va indicato:

DP: cod. 251.3 *Ipoinsulinemia post-chirurgica*

b) Per la codifica del diabete provocato da somministrazione di steroidi va indicato:

DP: cod. 251.8 *Altri disturbi della secrezione insulinare*

Nota sulla codifica: l'eventuale presenza di scompenso può essere descritta attraverso la codifica specifica della complicanza, utilizzando un cod. della categoria 251._ *Altri disordini della secrezione endocrina del pancreas* (ad es. 251.0 *Coma ipoglicemico*)

DIABETE GESTAZIONALE E GRAVIDANZA IN DIABETICA

Si rimanda al paragrafo specifico contenuto nel cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 38/168

REAZIONE IPOGLICEMICA

Occorre distinguere quando una reazione ipoglicemica colpisce un paziente diabetico da un altro non diabetico:

1) reazione ipoglicemica in paziente diabetico:

si assegna la sottocategoria 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma* oppure la sottocategoria 250.8_ *Diabete con altre complicanze specificate* nel caso in cui non fosse presente uno stato comatoso

2) reazione ipoglicemica in paziente non diabetico:

si assegna la sottocategoria 251.0 *Coma ipoglicemico* oppure il cod. 251.1 *Altre manifestazioni di iperinsulinismo* per indicare le altre ipoglicemie specificate in assenza di stato comatoso oppure cod. 251.2 *Ipoipoglicemia non specificata*

PIEDE DIABETICO

Si parla di piede diabetico quando la neuropatia diabetica e/o l'arteriopatia degli arti inferiori compromettono la funzione o la struttura del piede.

Trattamento medico delle ulcere diabetiche agli arti inferiori

Il ricovero per ulcera diabetica agli arti inferiori è appropriato quando il trattamento dell'ulcera non può essere erogato ad un livello inferiore, ambulatoriale o domiciliare.

Esempio:

DP: cod. 250.8_ *Diabete con altre complicazioni specificate*

DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito*

Nota sulla codifica: per l'ulcera diabetica va utilizzato in **DP** esclusivamente il cod. 250.8_ (e non un altro cod. della categoria 250.__).

Trattamento chirurgico delle ulcere diabetiche agli arti inferiori

Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede l'utilizzo di 2 cod. a seconda che la toilette chirurgica venga eseguita con metodi cruenti oppure non cruenti:

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

I/P: cod. 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione*

Si fa presente che, in tutti i casi di trattamento delle ulcere, è ritenuta altamente consigliabile la presenza di immagini fotografiche all'inizio e alla fine del ricovero.

Esempio:

DP: cod. 250.8_ *Diabete con altre complicazioni specificate*

DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito*

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

I/P: cod. 86.6_ *Innesto cutaneo libero* (se effettuato)

Nota sulla codifica: l'utilizzo del cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione* si ritiene corretto solo nel caso in cui l'intervento venga eseguito come livello minimo in ambulatorio chirurgico; nel verbale operatorio non è sufficiente riportare la dicitura: "toilette chirurgica", "pulizia dell'ulcera", "necresectomia", ma è necessario descrivere il tipo di intervento chirurgico effettuato, che deve documentare l'asportazione cruenta dell'ulcera.

Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre prestazioni più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità del paziente (chiaramente documentate).

Osteomielite in piede diabetico

DP: cod. 250.8_ *Diabete con altre complicazioni specificate*

DS: cod. 731.8 *Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove*
oppure

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 39/168

DS: cod. 730.17 *Osteomielite cronica ossa del piede*

oppure

DS: cod. 730.07 *Osteomielite acuta, ossa del piede*

DS: cod. dell'agente infettivo

Per l'utilizzo del cod. 730.07 *Osteomielite acuta, ossa del piede* deve esservi chiara documentazione in cartella clinica della presenza di una forma acuta confermata **dalla positività all'esame colturale dell'osso**. In assenza di esame colturale osseo positivo, si può codificare osteomielite acuta purché siano presenti almeno due dei seguenti criteri: "probe to bone", segni di flogosi sistemica in atto e terapia antibiotica specifica.

La presenza di osteomielite in piede diabetico deve essere chiaramente documentata in cartella clinica.

Il **verbale operatorio** relativo al tipo di intervento chirurgico deve indicare in modo chiaro e dettagliato il tipo di intervento effettuato, in modo da consentire una adeguata valutazione anche da parte di chi effettua i controlli.

Amputazione delle dita in piede diabetico

In caso di trattamento chirurgico con amputazione delle dita in piede diabetico il **verbale operatorio** relativo deve indicare in modo chiaro e dettagliato il tipo di intervento effettuato:

DP: cod. 250.8 *Diabete con altre complicazioni specificate*DS: cod. 731.8 *Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove*

oppure

DS: cod. 730.17 *Osteomielite cronica ossa del piede*

oppure

DS: cod. 730.07 *Osteomielite acuta, ossa del piede*

DS: cod. dell'agente infettivo

I/P: cod. 84.11 *Amputazione di dita del piede. Amputazione attraverso l'articolazione metatarsofalangea. Disarticolazione del dito. Resezione della testa metatarsale. Resezione raggio metatarsale*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 84.11 *Amputazione di dita del piede* quanto segue: "Amputazione attraverso l'articolazione metatarsofalangea. Disarticolazione del dito. Resezione della testa metatarsale. Resezione raggio metatarsale".

Asportazione di falangi ed altro tessuto osseo in piede diabetico

In caso di trattamento chirurgico con asportazione di falangi ed altro tessuto osseo in piede diabetico il **verbale operatorio** relativo deve indicare in modo chiaro e dettagliato il tipo di intervento effettuato:

DP: cod. 250.8 *Diabete con altre complicazioni specificate*DS: cod. 731.8 *Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove*

oppure

DS: cod. 730.17 *Osteomielite cronica ossa del piede*

oppure

DS: cod. 730.07 *Osteomielite acuta, ossa del piede*

DS: cod. dell'agente infettivo

I/P: cod. 77.38 *Altra sezione di tarso e metatarso (osteotomia)*I/P: cod. 77.39 *Altra sezione di altre ossa, escluse quelle facciali (osteotomia falangi)*I/P: cod. 77.68 *Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso o metatarso (toilette chirurgica osso)*I/P: cod. 77.69 *Asportazione locale di altre ossa, escluse quelle facciali (falangi) (toilette chirurgica osso)*I/P: cod. 77.89 *Altra osteotomia parziale di altre ossa (escluse facciali) (falangectomia)*I/P: cod. 77.99 *Altra osteotomia totale di altre ossa (escluse facciali) (falangectomia)*

Nota sulla codifica: si segnala che l'utilizzo come I/P del cod. 77.39 porta all'attribuzione del DRG 468 Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale, come l'utilizzo del cod. 77.99.

In caso di trattamento chirurgico con asportazione di falangi ed altro tessuto osseo in piede diabetico, non va codificata la sovrastante ulcera, né come diagnosi né come intervento. Fa eccezione a questa regola il caso in cui l'ulcera trattata sia presente in una sede diversa rispetto a quella nella quale avviene l'asportazione del tessuto osseo o si estenda attorno alla parte che viene asportata, in questo caso va **aggiunta** alla codifica sopra descritta:

DS: cod. DS 707.1 *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito con la quinta cifra che indica la sede*I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 40/168

Asportazione di ulcera e flemmone in piede diabetico

In caso di trattamento chirurgico di ulcerectomia con drenaggio del flemmone e con eventuale onicectomia in piede diabetico vanno indicati:

- DP: cod. 250.8_ *Diabete con altre complicazioni specificate* con la quinta cifra che indica la sede
- DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito* con la quinta cifra che indica la sede
- DS: cod. 681.10 *Flemmone e ascesso delle dita del piede, non specificato*
- I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*
- I/P: cod. 86.04 *Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo*
- I/P: cod. 86.23 *Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (se effettuata)*
- I/P: cod. di eventuali altre procedure

GANGRENA DIABETICA AGLI ARTI INFERIORI

La presenza della gangrena agli arti inferiori deve essere chiaramente documentata in cartella, anche con immagini fotografiche all'ingresso e alla dimissione, quindi precedenti e successive al trattamento della stessa:

- DP: cod. 250.7_ *Diabete con complicazione circolatorie periferiche* con la quinta cifra specificare tipo ed eventuale scompenso
- DS: cod. 785.4 *Gangrena*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM prevede per il cod. 785.4 di codificare per prima una delle seguenti manifestazioni: "*Diabete (250.7_); sindrome di Raynaud (443.0)*".

Esempio:

- DP: cod. 250.7_ *Diabete con complicazione circolatorie periferiche* con la quinta cifra specificare tipo ed eventuale scompenso
- DS: cod. 785.4 *Gangrena*
- I/P: cod. 77.38 *Altra sezione di tarso e metatarso (osteotomia)*
- I/P: cod. 77.39 *Altra sezione di altre ossa, escluse quelle facciali (osteotomia falangi)*
- I/P: cod. 77.68 *Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso o metatarso (toilette chirurgica osso)*
- I/P: cod. 77.69 *Asportazione locale di altre ossa, escluse quelle facciali (falangi) (toilette chirurgica osso)*
- I/P: cod. 77.89 *Altra osteotomia parziale di altre ossa (escluse facciali) (falangectomia)*
- I/P: cod. 77.99 *Altra osteotomia totale di altre ossa (escluse facciali) (falangectomia)*
- I/P: cod. 84.11 *Amputazione di dita del piede. Amputazione attraverso l'articolazione metatarsofalangea. Disarticolazione del dito. Resezione della testa metatarsale. Resezione raggio metatarsale*

Nota sulla codifica: si segnala che l'utilizzo come I/P del cod. 77.39 porta all'attribuzione del DRG 468 Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale, come l'utilizzo del cod. 77.99.

ARTERIOGRAFIA ED ANGIOPLASTICA IN ARTERIOPATIA DIABETICA IN PIEDE DIABETICO

Si ricorda che in caso di effettuazione di arteriografia e PTA in arteriopatía diabetica in piede diabetico vanno inseriti i cod. di arteriografia, angioplastica ed eventuale inserzione di stent:

- I/P: cod. 39.50 *Angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i Angioplastica transluminale percutanea (PTA) di vaso non coronarico: vasi delle estremità inferiori, arteria mesenterica, arteria renale, vasi delle estremità superiori*
- I/P: cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in vaso periferico*
- I/P: cod. 00.4_ *Procedure aggiuntive relative al sistema vascolare* per identificare il numero di vasi sui quali la procedura è stata effettuata e/o numero di stent inseriti e/o se la procedura viene effettuata sulla biforcazione dei vasi
- I/P: cod. 88.48 *Arteriografia delle femorali e di altre arterie dell'arto inferiore*

IPERPARATIROIDISMO

Le malattie delle ghiandole paratiroidi sono descritte alla categoria 252._ *Malattie delle ghiandole paratiroidi*.

L'**iperparatiroidismo primitivo**, compreso il quadro di iperplasia delle paratiroidi riscontrabile nelle sindrome MEN I e II, si descrive con il cod. 252.0_ *Iperparatiroidismo primitivo*, dove la quinta cifra indica se è primario (252.01) o secondario (252.02).

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 41/168

L'**iperparatiroidismo secondario** di origine renale è classificato con il cod. 588.81 *Iperparatiroidismo secondario (di origine renale)*.

Si ricorda che i **disordini del metabolismo del calcio** sono previsti dal cod. 275.4_ *Disordini del metabolismo del calcio*:

- cod. 275.41 *Ipocalcemia*
- cod. 275.42 *Ipercalcemia*

IPERALDOSTERONISMO

È possibile descrivere i differenti quadri clinici di iperaldosteronismo utilizzando i seguenti cinque cod.:

- cod. 255.10 *Iperaldosteronismo (primario), non specificato*
- cod. 255.11 *Aldosteronismo glucocorticoide dipendente*
- cod. 255.12 *Sindrome di Conn*
- cod. 255.13 *Sindrome di Bartter*
- cod. 255.14 *Altri aldosteronismi secondari*

FIBROSI CISTICA

La fibrosi cistica, anche denominata mucoviscidosi o fibrosi cistica del pancreas, è identificata dal cod. 277.0_ *Fibrosi cistica*, dove la quinta cifra indica la presenza o meno di ileo da meconio e la sede di presentazione.

Per il **neonato con ileo da meconio o occlusione intestinale per mucoviscidosi** si usa il cod. 277.01 *Fibrosi cistica con ileo da meconio*.

Per le indicazioni di codifica del periodo perinatale si rimanda ai contenuti del cap. 15 Altre condizioni morbose del periodo perinatale.

Per i ricoveri finalizzati al **trattamento delle complicanze polmonari e/o gastrointestinali** della fibrosi cistica vanno impiegati i seguenti cod.:

- cod. 277.02 *Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari*
- cod. 277.03 *Fibrosi cistica con manifestazioni gastrointestinali*

Nel caso di utilizzo del cod. 277.02 *Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari* è necessario indicare un cod. aggiuntivo per identificare eventuali microrganismi presenti (ad es. il cod. 041.7 *Pseudomonas*).

Per i ricoveri per **fibrosi cistica con altre manifestazioni** va impiegato il seguente cod.:

- cod. 277.09 *Fibrosi cistica con altre manifestazioni*

DISORDINI SPECIFICI DEL METABOLISMO

I cod. della sottocategoria 277.8 descrivono i disordini del metabolismo.

In particolare, i cod. 277.81, 277.82, 277.83 e 277.84 descrivono, rispettivamente, la deficienza di carnitina primaria da:

- errori congeniti del metabolismo
- iatrogena (ad es. da emodialisi o da terapia protratta con acido valproico)
- secondaria

Il cod. 277.85 *Disordini dell'ossidazione degli acidi grassi* raccoglie, invece, una serie di patologie del metabolismo dovute a disordini dell'ossidazione degli acidi grassi quali, ad es.:

- il deficit della Carnitina-palmitoil-transferasi (CPT1, CPT2)
- l'aciduria glutarica di tipo II (tipo IIA, IIB, IIC)
- diverse forme di deficit di acetil CoA deidrogenasi (a catena lunga, a catena molto lunga, a catena intermedia e a catena corta)

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 42/168

Il cod. 277.86 *Disordini dei perossisomi* include anche la sindrome di Zellweger.

Il cod. 277.87 *Disordini del metabolismo mitocondriale* comprende numerose patologie specialistiche tra cui:

- la sindrome di Kearns-Sayre
- la sindrome dell'encefalopatia mitocondriale
- l'acidosi lattica ed episodi Stroke-like (Mitochondrial myopathy, Encephalopathy, Lactic Acidosis, Stroke, MELAS syndrome)
- l'epilessia mioclonica con fibre rosse sfilacciate (Myoclonus Epilepsy Associated with Ragged-Red Fibers, MERRF syndrome)
- la sindrome NARP (Neuropatia, Atassia e Retinite Pigmentosa)

Nel caso di quest'ultime patologie mitocondriali è necessario impiegare un cod. aggiuntivo per segnalare le eventuali manifestazioni cliniche associate.

OBESITA'

Il cod. 278.0 *Sovrappeso ed obesità* specifica di utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare l'Indice di Massa Corporea (BMI) (V85.0- V85.54).

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM specifica che il BMI indica il rapporto tra peso in Kg e altezza in metri al quadrato (m2) e che i codici per l'indice di massa corporea degli adulti sono in uso per individui di età superiore a 20 anni.

Gli interventi per il trattamento chirurgico dell'obesità prevedono l'utilizzo dei seguenti cod.:

- cod. 44.3_ *Gastroenterostomia senza gastrotomia*
- cod. 44.5_ *Revisione di anastomosi gastrica*
- cod. 44.6_ *Altra riparazione dello stomaco*
- cod. 44.9_ *Altri interventi sullo stomaco*
- cod. 45.9_ *Anastomosi intestinale*

La procedura di **bendaggio gastrico regolabile** prevede l'utilizzo dei seguenti cod.:

- cod. 44.95 *Procedura laparoscopica di restrizione gastrica*
- cod. 44.96 *Revisione laparoscopica della procedura gastrica restrittiva*
- cod. 44.97 *Rimozione laparoscopica di dispositivo/i di restrizione gastrica*
- cod. 44.98 *Regolazione di misura (laparoscopica) del dispositivo di restrizione gastrica regolabile*

L'inserzione di palloncino gastrico prevede l'utilizzo dei seguenti cod.:

- DP: cod. 278.01 *Obesità grave*
- DS: V85. __ *Indice di massa corporea [BMI]*
- I/P: cod. 44.93 *Inserzione di bolla gastrica (palloncino)*

La rimozione del palloncino gastrico in paziente obeso prevede l'utilizzo dei seguenti cod.:

- DP: cod. V53.99 *Rimozione di altro e non specificato dispositivo*
- I/P: cod. 44.94 *Rimozione di bolla gastrica (palloncino)*

La tubulizzazione gastrica laparoscopica o sleeve gastrectomy laparoscopica prevede l'utilizzo dei seguenti cod.:

- DP: cod. 278.01 *Obesità grave*
- DS: V85. __ *Indice di massa corporea [BMI]*
- I/P: cod. 43.89 *Altra gastrectomia parziale*
- I/P: cod. 44.99 *Altri interventi sullo stomaco*
- I/P: cod. 54.21 *Laparoscopia*

Le complicanze infettive di chirurgia bariatrica vanno codificate con i seguenti cod.:

- DP: cod. 996.69 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni*
- DS: cod. V45.86 *Condizione successiva a chirurgia bariatrica*
- I/P: cod. 44.97 *Rimozione laparoscopica di dispositivo di restrizione gastrica*
- I/P: cod. 44.99 *Altri interventi sullo stomaco*

Il cod. 44.99 *Altri interventi sullo stomaco* va utilizzato da solo quando la rimozione del dispositivo di restrizione gastrica viene fatta in corso di laparotomia.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 43/168

SISTEMA IMMUNITARIO

Le malattie del sistema immunitario sono previste alla categoria 279.

Il cod. 279.3 *Deficit immunitario non specificato* va utilizzato per codificare il **deficit immunitario iatrogeno**, ad es. nel caso di pazienti sottoposti a chemioterapia e radioterapia.

Nei pazienti sottoposti a trapianto d'organo in trattamento con immunosoppressori, va segnalato, inoltre, in DS, il cod. della categoria V42.__ *Organo o tessuto sostituito da trapianto*, con la quarta e quinta cifra che specificano l'organo.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 44/168

CAPITOLO 4

MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI (280-289)

La codifica delle patologie afferenti a questo settore può risultare particolarmente difficoltosa per la continua evoluzione delle nozioni che portano ad una continua revisione della classificazione. Si tenga presente, inoltre, che la classificazione ICD-9_CM 2007 risulta datata e particolarmente carente in questo settore; per tale motivo, se non è possibile trovare un cod. che esprima compiutamente una diagnosi, si dovrà scegliere il cod. che si avvicini di più.

ANEMIA

Anemie da carenza: cod. 280._ e 281._ dove la quarta cifra ne specifica la causa.

Anemie emolitiche ereditarie: cod. 282._

cod. 282.41 *Talassemia falciforme senza crisi*

cod. 282.42 *Talassemia falciforme con crisi*

Nota sulla codifica: va utilizzato un cod. aggiuntivo per specificare il tipo di crisi, ad es.:

cod. 517.3 *Sindrome toracica acuta*

cod. 289.52 *Sequestro splenico*

cod. 282.49 *Altre talassemie (Anemia di Cooley, Anemia mediterranea, Talassemia SAI)*

cod. 282.64 *Malattia a cellule falciformi/emoglobinopatia - C con crisi*

Nota sulla codifica: va utilizzato un cod. aggiuntivo per specificare il tipo di crisi, ad es.:

cod. 517.3 *Sindrome toracica acuta*

cod. 289.52 *Sequestro splenico*

Anemia aplastica e altre sindromi da insufficienza midollare: cod. 284._: questo cod. non va utilizzato ogniquale volta vi sia il dubbio di una anemia iporigenerativa, ma solo a seguito di **esame istologico**, mediante biopsia osteomidollare, associato ad un quadro emocromocitometrico ben definito:

cod. 284.1 *Pancitopenia*

cod. 284.2 *Mieloftisi (Anemia leucoeritroblastica, Anemia mieloftisica)*

Nota sulla codifica: va codificata in DP la patologia sottostante, ad es.:

cod. 174.0-174.9, 175.0-175.9 *Neoplasia maligna della mammella*

cod. 015.0-015.9 *Tubercolosi*

Altre e non specificate anemie (ad es. anemia refrattaria): cod. 285._

È importante distinguere l'anemia (perdita ematica) **acuta** da quella **cronica**:

cod. 285.1 *Anemia post-emorragica acuta*

cod. 285.2_ *Anemia post-emorragica cronica* con la quinta cifra che specifica il tipo di malattia cronica

cod. 648.2_ *Anemia complicante gravidanza, parto e puerperio*

cod. 773._ *Anemia emolitica del neonato*

Nota sulla codifica:

L'eventuale condizione di anemia secondaria ad emorragia (cod. 285.1 *Anemia post-emorragica acuta* e cod. 285.2_ *Anemia post-emorragica cronica*) segue le regole della DS e quindi si codifica solo se ha comportato un trattamento per via parenterale con emocomponenti.

Nel caso in cui la perdita ematica avvenga dopo un intervento chirurgico potrà essere considerata come complicanza, e quindi come DS, solo se ricorrono i requisiti per la codifica delle DS (come nell'esempio precedente).

L'autotrasfusione (da pre-deposito) a scopo preventivo in corso di intervento chirurgico non prevede la codifica dell'anemia secondaria ad emorragia.

DIFETTI DELLA COAGULAZIONE: cod. 286._

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 45/168

Il cod. 286.5 *Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti intrinseci* deve essere utilizzato solo nei casi in cui è effettivamente presente un disturbo emorragico (escluse le condizioni di emofilia o traumatismo) e non va confuso con il cod. V58.61 *Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti*.

Il cod. 964.2 *Avvelenamento da anticoagulanti* è riservato per l'avvelenamento da anticoagulanti (assunzione errata o dose eccessiva).

Per l'emorragia antepartum e postpartum con difetti di coagulazione si rimanda ai contenuti del cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

PORPORA

Per la **porpora ed altre manifestazioni emorragiche** occorre utilizzare il cod. 287.0_ che, come specificato nella nota del manuale ICD-9_CM 2007, include la vasculite allergica, la porpora idiopatica e la porpora vascolare di Schoenlein-Henoch.

Nel caso di porpora allergica la presenza delle sole manifestazioni petecchiali non consente di formulare la diagnosi descritta dal cod. 287.0; in questo caso occorre indicare solo il "segno" con il cod. di diagnosi 782.1 *Rash ed altre eruzioni cutanee non specifiche*.

La trombocitopenia primaria va codificata utilizzando il cod. 287.3_:

cod. 287.30 *Trombocitopenia primaria non specificata*

cod. 287.31 *Porpora trombocitopenica immune*

cod. 287.32 *Sindrome di Evans*

cod. 287.33 *Porpora trombocitopenica congenita ed ereditaria*

cod. 287.39 *Altre trombocitopenie primarie*

NEUTROPENIA

La neutropenia va codificata utilizzando il cod. 288.0_:

cod. 288.01 *Neutropenia congenita*

cod. 288.02 *Neutropenia ciclica*

cod. 288.03 *Neutropenia indotta da farmaci* (ad es. da chemioterapia)

cod. 288.04 *Neutropenia dovuta ad infezione*

Nota sulla codifica: va utilizzato un cod. aggiuntivo per l'eventuale febbre associata (cod. 780.6).

SEQUESTRO SPENICO

La codifica di sequestro splenico è rappresentata dal cod. 289.52 *Sequestro splenico*. Va codificata per prima la malattia a cellule falciformi in crisi (282.42, 282.62, 282.64, 282.69).

SINDROME MIELODISPLASICA

Per la Sindrome mielodisplastica vanno utilizzati i cod. 238.7_ *Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici*, come riportato nel cap. 2 Tumori.

LINFADENOMEGALIA: cod. 785.6

LINFADENITE ACUTA

La codifica della linfadenite acuta è rappresentata dal cod. 683 *Linfadenite acuta*; va utilizzato un cod. aggiuntivo per identificare l'agente infettivo (ad es. cod. 041.1_ *Stafilococco*).

La linfadenite acuta mesenterica va codificata con il cod. 289.2 *Linfadenite mesenterica non specificata*.

LINFOCELE O CHILOTORACE POSTCHIRURGICO

Per il linfocele o chilocele postchirurgico vanno utilizzati:

DP: cod. 998.89 *Altre complicazioni specificate in interventi non classificate altrove*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 46/168

DS: cod. 457.8 *Altri disturbi non infettivi dei vasi linfatici***INTERVENTI/PROCEDURE****TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO O DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE**

Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è descritto dai cod. da 41.00 a 41.09 *Trapianto del midollo osseo o di cellule staminali ematopoietiche*. Occorre descrivere anche il tipo di donatore (00.91-00.93).

Nota sulla codifica:

Il cod. 41.0_ *Trapianto del midollo osseo SAI* non dovrebbe essere utilizzato in quanto poco specifico.

Si richiamano, inoltre, le regole già evidenziate dal manuale ICD-9_CM 2007 per i trapianti allogenici, soprattutto la necessità di differenziare le forme con purging (cod. 41.02 *Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione - Alloinnesto di midollo osseo con rimozione* e cod. 41.08 *Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche con depurazione - Deplezione cellulare in vitro (purging) di cellule T*) da quelle senza purging (cod. 41.03 *Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione - Alloinnesto di midollo osseo SAI* e cod. 41.05 *Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione*).

Al di fuori di indicazioni specificamente oncologiche, la **trasfusione di cellule staminali autologhe oppure di granulociti o di surrogato ematico** deve essere codificata con:

I/P: cod. 99.09 *Trasfusione di altre sostanze*

L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto sia per l'autotrapianto che per l'allotrapianto è codificata con:

I/P: cod. 41.91 *Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto*

Aferesi di cellule staminali

Il prelievo selettivo o differenziato di cellule staminali sia per autotrapianto che per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi) è codificata con:

I/P: cod. 99.79 *Altre aferesi terapeutiche*

TRASFUSIONE DI SANGUE E COMPONENTI EMATICI**Trasfusione sostitutiva**

Con il cod. 99.01 *Exanguino trasfusione* si intende una serie continua di trasfusioni volta ad ottenere il ricambio pressoché completo del sangue del ricevente con quello del donatore; nella maggior parte dei casi si applica nella eritroblastosi fetale o del neonato (cod. 773.2) (anemia emolitica isoimmune che colpisce i neonati per incompatibilità Rh-0 in alcuni casi di iperbilirubinemia ereditaria ad esordio neonatale).

Trasfusione di sangue e componenti ematici

La trasfusione di sangue e componenti ematici va sempre codificata tra le procedure.

Si segnalano i cod.:

I/P: cod. 99.00 *Trasfusione perioperatoria autologa di sangue intero o di componenti del sangue (Raccolta di sangue durante l'intervento; Raccolta di sangue dopo l'intervento; Emergenza)*

I/P: cod. 99.02 *Autotrasfusione di sangue precedentemente raccolto (Autotrasfusione di componenti del sangue)*

I/P: cod. 99.03 *Altra trasfusione di sangue intero (Trasfusione: SAI; di sangue SAI; emodiluizione)*

I/P: cod. 99.04 *Trasfusione di concentrato cellulare*

I/P: cod. 99.05 *Trasfusione di piastrine (Trasfusione di trombociti)*

I/P: cod. 99.06 *Trasfusione di fattori della coagulazione (Trasfusione di fattore antiemofilico)*

I/P: cod. 99.07 *Trasfusione di altro siero (Trasfusione di plasma) (Esclusa l'iniezione di antivenina 99.16 e l'iniezione gamma globulina 99.14)*

I/P: cod. 99.08 *Trasfusione di plasma expander (Trasfusione di Dextrano)*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 47/168

*I/P: cod. 99.09 Trasfusione di altre sostanze (Trasfusione di surrogato ematico; Trasfusione di granulociti)
(Escluso il trapianto [trasfusione] di midollo osseo - cod. 41.0)*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 48/168

**CAPITOLO 5
DISTURBI MENTALI (290-319)**

Il capitolo quinto comprende le categorie da 290 a 319, così suddivise:

- Stati psicotici organici: 290-294
- Altre psicosi: 295-299
- Disturbi nevrotici e della personalità e altri disturbi psichici non psicotici: 300-316
- Ritardo mentale: 317-319

STATI PSICOTICI ORGANICI (290-294)

Gli stati psicotici organici (290-294) includono la sindrome cerebrale organica psicotica.

Per le demenze organiche si rimanda, invece, al cap. 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi.

Demenza da infarti multipli

La demenza da infarti multipli (multinfartuale, denominata anche demenza arteriosclerotica) viene descritta dal cod. 290.4_ *Demenza vascolare*, con l'aggiunta del cod. 437._ *Altre e mal definite vasculopatie cerebrali*.

L'esito di **ischemia o emorragia cerebrale** con comparsa di decadimento cognitivo ed eventuali altre sequele va codificato indicando:

DP: cod. 290.4_ *Demenza vascolare*

DS: cod. 437._ *Altre e mal definite vasculopatie cerebrali*

Stato confusionale acuto

Il quadro di demenza arteriosclerotica in presenza di **stato confusionale acuto** va codificato con il cod. 290.41 *Demenza vascolare con delirium*, mentre la forma paranoide e quella associata a depressione dell'umore si descrivono, rispettivamente, con il cod. 290.42 *Demenza vascolare con deliri* ed il cod. 290.43 *Demenza vascolare con umore depresso*.

In assenza di evidenza della patogenesi di origine cerebrovascolare si utilizzerà, invece, il cod. 290.9 *Manifestazioni psicotiche senili, non specificate*.

Il cod. 293.0 *Delirium in condizioni patologiche classificate altrove* richiede in DP la codifica della malattia di base; tale cod. può essere indicato in DP solo quando lo **stato confusionale acuto non è riconducibile ad alcuna patologia**.

Demenza in condizioni patologiche classificate altrove

Il cod. 294.1_ *Demenza in condizioni patologiche classificate altrove* richiede in DP la codifica della malattia di base, come:

- cod. 333.4 *Corea di Huntington*
- cod. 275.1 *Degenerazione epatolenticolare*
- cod. 345._ *Epilessia*
- cod. 330.1 *Lipidosi cerebrali*
- cod. 331.0 *Malattia di Alzheimer*
- cod. 046.1 *Malattia di Jakob-Creutzfeld*
- cod. 331.11 *Malattia di Pick*
- cod. 094.1 *Paralisi generale progressiva [sifilide]*
- cod. 446.0 *Poliarterite nodosa*
- cod. 340 *Sclerosi multipla*
- cod. 094.1 *Sifilide*
- cod. 331.82 *Demenza con corpi di Lewy*
- cod. 331.82 *Demenza con parkinsonismo*
- cod. 331.19 *Demenza frontale*
- cod. 331.19 *Demenza frontotemporale*

Postumi di trauma cranico con comparsa di decadimento cognitivo

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 49/168

I postumi di trauma cranico con comparsa di decadimento cognitivo, diversamente da quanto indicato nel manuale ICD-9_CM 2007, vanno codificati ponendo:

DP: cod. 294.1 *Demenza in condizioni morbose classificate altrove* dove la quinta cifra indica la presenza o meno di disturbi comportamentali

DS: cod. 905.0 *Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia* se ci sono fratture oppure

DS: cod. 907.0 *Postumi dei traumatismi intracranici senza menzione di frattura del cranio* se non ci sono fratture

ALTRE PSICOSI (295-299)

Nella codifica delle psicosi con cod. da 295 a 298 bisogna utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare ogni malattia fisica, trauma o stato morboso cerebrale associato a tali patologie.

Psicosi schizofreniche

Nei cod. relativi alle psicosi schizofreniche (cod. 295) la quarta cifra indica la tipologia di schizofrenia e la quinta cifra lo stato attuale di malattia secondo il seguente schema:

- cod.295._0 *non specificata*
- cod.295._1 *subcronica* (malattia continua per più di 6 mesi ma inferiore ai 2 anni)
- cod.295._2 *cronica* (malattia continua per più di 2 anni)
- cod.295._3 *subcronica con esacerbazione acuta* (la durata della malattia è la stessa di quella subcronica semplice ma con tratti psicotici rilevanti in pazienti che sono stati in una fase residua)
- cod.295._4 *cronica con esacerbazione acuta* (la durata della malattia è la stessa di quella cronica ma con tratti psicotici rilevanti riemergenti in pazienti che sono stati in una fase residua)
- cod.295._5 *in remissione*

Psicosi affettive

Le psicosi affettive vengono classificate dalla categoria cod. 296 *Disturbi episodici dell'umore*, ordinate in funzione del tono affettivo predominante e dalla frequenza degli episodi.

Se il paziente ha esperienza sia di periodo maniacale che depressivo, la patologia è indicata come bipolare, con la sottocategoria (quarta cifra) che segnala lo stato di malattia in corso.

Esempi:

il cod. 296.4_ *Disturbo bipolare I, più recente (o corrente) episodio maniacale* descrive una psicosi maniaco-depressiva, tipo circolare, ma attualmente maniacale ovvero una sindrome bipolare, ora in fase maniacale

Il cod. 296.5_ *Disturbo bipolare I, più recente (o corrente) episodio depressivo* descrive una psicosi maniaco-depressiva, tipo circolare, ma attualmente depresso ovvero una sindrome bipolare, ora in fase depressiva

La quinta cifra nelle sottocategorie 296.0-296.6 sta ad indicare invece la **gravità** degli episodi o se la malattia si trovi in una fase di remissione parziale o completa, secondo il seguente schema:

- cod. 296._0 *non specificata*
- cod. 296._1 *lieve*
- cod. 296._2 *moderato*
- cod. 296._3 *severo, senza menzione di comportamento psicotico*
- cod. 296._4 *severo, specificato come comportamento psicotico*
- cod. 296._5 *in remissione parziale o non specificata*
- cod. 296._6 *in remissione completa*

DISTURBI NEVROTICI E DELLA PERSONALITÀ E ALTRI DISTURBI PSICHICI NON PSICOTICI (300-316)

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 50/168

Stati d'ansia

Gli stati d'ansia vengono classificati con i cod. della sottocategoria 300.0_, dove il cod. 300.00 indica uno *Stato ansioso non specificato* (nevrosi d'ansia), mentre il cod. 300.02 descrive il *Disturbo ansioso generalizzato*.

Si fa presente, inoltre, che l'**ansia dovuta a reazione acuta da stress** e la **nevrastenia** si indicano, rispettivamente, con il cod. 308.0 *Disturbi predominanti dell'emotività* e con il cod. 300.5 *Nevrastenia*.

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 prevede per il cod. 300.5 *Nevrastenia*. *Affaticamento generale psicogeno; astenia psicogena; debolezza nervosa; nevrosi da affaticamento* di utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare ogni disturbo fisico associato.

Per segnalare l'**attacco/stato di panico** occorre utilizzare il cod. 300.01 *Disturbo di panico senza agorafobia*; in caso di *Disturbo di panico con agorafobia* va impiegato, invece, il cod. 300.21.

Trasformazione di sesso

Per la trasformazione di sesso va utilizzato il cod.:

DP: cod. 302.5_ *Transessualismo*

La trasformazione di sesso richiede solitamente diversi ricoveri (almeno due episodi per la trasformazione maschio-femmina e almeno tre episodi per quella femmina-maschio): come DP di ciascun ricovero va utilizzata la diagnosi di transessualismo; sono da segnalare tutte le procedure effettuate, indicando come principale l'intervento ritenuto più rilevante.

Dipendenza da alcool

La dipendenza da alcool è classificata alla categoria cod. 303 *Sindrome di dipendenza da alcool*.

Tale categoria richiede l'aggiunta di altri cod. per identificare ogni eventuali condizione patologica associata come:

Dipendenza da droghe (304.0-304.9)

Psicosi indotte da alcool (291.0-291.9)

Complicazioni somatiche dell'alcolismo quali:

- cod. 571.1 *Epatite acuta alcolica*
- cod. 571.2 *Cirrosi epatica alcolica*
- cod. 571.3 *Danno epatico da alcol, non specificato*
- cod. 331.7 *Degenerazione cerebrale*
- cod. 345.0-345.9 *Epilessia*
- cod. 535.3 *Gastrite alcolica*

Nella dipendenza da alcol (categoria cod. 303) la quinta cifra specifica il grado di dipendenza:

._0 *non specificato*

._1 *continuo*

._2 *episodico*

._3 *in remissione*

La sottocategoria 303.0_ *Intossicazione acuta da alcool* è assegnata, quando il paziente, dipendente dall'alcool, si presenta in uno stato di intossicazione acuta.

La sottocategoria 303.9_ *Altra e non specificata dipendenza da alcool* si utilizza, invece, se il paziente non mostra un quadro di intossicazione acuta e deve iniziare un programma di riabilitazione.

Quando il ricovero avviene per **intossicazione acuta da alcool** e vi è anche una Sindrome organica cerebrale da alcolismo cronico vanno utilizzati:

DP: cod. 303.0_ *Intossicazione acuta da alcool*

DS: cod. 291.2 *Demenze persistenti indotte da alcool*

Viceversa quando il ricovero avviene per **Sindrome organica cerebrale da alcolismo** in Sindrome da dipendenza cronica da alcool vanno utilizzati:

DP: cod. 291.2 *Demenze persistenti indotte da alcool*

DP: cod. 303.9_ *Altra e non specificata dipendenza da alcool*

Se il ricovero avviene per **disintossicazione e/o riabilitazione**, la dipendenza costituisce la DP. Vanno codificati in DS eventuali altri sintomi psicotici solo quando sono oggetto di specifico trattamento.

Se la disintossicazione e/o riabilitazione avviene sia per abuso di alcool che di sostanze, si riporta in DP quella a maggiore impatto assistenziale.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 51/168

Se un paziente ricoverato per altra patologia presenta anche diagnosi di abuso o dipendenza da alcool o sostanze, queste vanno riportate in DS secondo le regole di codifica illustrate nel paragrafo "Selezione e codifica delle diagnosi secondarie".

Per la codifica della **degenerazione cerebrale da alcool** vanno utilizzati:

DP: cod. 303.0-303.9 *Sindrome di dipendenza da alcool*

DS: cod. 331.7 *Degenerazione cerebrale in malattie classificate altrove*

Dipendenza da sostanze

La dipendenza da sostanze è classificata alla categoria 304 utilizzando la quinta cifra per specificare la frequenza di assunzione:

._0 *non specificato*

._1 *continuo*

._2 *episodico*

._3 *in remissione*

L'abuso da sostanze, senza dipendenza, è classificato alla categoria 305 dove la quarta cifra si riferisce alla classe della sostanza assunta:

.0 *abuso di alcool*

.1 *abuso di tabacco*

.2 *abuso di cannabinoidi*

.3 *abuso di allucinogeni*

.4 *abuso di sedativi, ipnotici o ansiolitici*

.5 *abuso di oppioidi*

.6 *abuso di cocaina*

.7 *abuso di anfetamina o di simpaticomimetici ad azione simile*

.8 *abuso di antidepressivi*

.9 *altro abuso misto e non specificato*

Nota sulla codifica: una combinazione di cod. è prevista per la dipendenza da più sostanze.

Analogamente al cod. 304, anche per il cod. 305 la quinta cifra indica la frequenza di assunzione.

Abuso di droghe o alcool senza dipendenza

Per segnalare i casi di abuso di alcool senza dipendenza (compreso lo stato di ubriachezza) si impiegano i cod. della sottocategoria 305.0_ *Abuso di alcool* dove la quinta cifra specifica la frequenza dell'abuso, come sopra descritto.

La stessa modalità di codifica va utilizzata per le altre droghe.

Il cod. 305._ va utilizzato qualora non si riscontri dipendenza e comprende i casi in cui una persona, per la quale non è possibile alcuna altra diagnosi, è pervenuta all'attenzione medica in conseguenza degli **effetti mal adattativi di droghe o dell'alcool**, di cui non è dipendente e che ha assunto di propria iniziativa, con detrimento della propria salute e del proprio rendimento sociale. La quinta cifra specificante la frequenza dell'abuso (vedi sopra) deve essere utilizzata per i codici 305.0_, e da 305.2_ a 305.9_.

In caso di **intossicazione acuta accidentale**, avvelenamento, ad es. nel bambino, va utilizzato il cod. 980.0 *Effetti tossici dell'alcool*.

Procedure psichiatriche da codificare nell'abuso da alcool e sostanze

I seguenti cod. di procedura, relativi alla **disintossicazione/riabilitazione da alcool e sostanze**, vanno riportati sulla SDO solo per i ricoveri con degenza superiore alle 10 giornate e solo se nel corso del ricovero siano state effettuate almeno 3 consulenze psicologiche/riabilitative:

- cod. 94.61 *Riabilitazione da alcool*
- cod. 94.63 *Disintossicazione e riabilitazione da alcool*
- cod. 94.64 *Riabilitazione da farmaci*
- cod. 94.66 *Disintossicazione e riabilitazione da farmaci*
- cod. 94.67 *Riabilitazione combinata da alcool e farmaci*
- cod. 94.69 *Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci*

In questi casi deve essere presente in cartella clinica il progetto riabilitativo individuale.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 52/168

CEFALEA

Per la **cefalea** inquadrabile nella sottocategoria **emicrania** (cod. 346.__) si rimanda al cap. 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi.

La **cefalea** inquadrabile nella sottocategoria *Cefalea tensiva*, sia essa episodica o cronica, va codificata con il cod. 307.81.

E', infine, possibile utilizzare il cod. 784.0 *Cefalea* nel caso in cui non sia individuabile la patologia di base, ma occorra ricorrere al cap. 16 Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti.

La **sindrome post-commotiva**, con quadro clinico a prevalente **cefalea** in paziente con pregresso trauma cranico, va codificata con il cod. 310.2 *Sindrome post-commotiva*.

La **sindrome post-commotiva**, con quadro clinico a prevalente **vertigine** in paziente con pregresso trauma cranico, va codificata secondo le regole del cap. 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi.

TENTATIVO DI SUICIDIO

Per il ricovero a seguito di un tentativo di suicidio si precisano le seguenti indicazioni di codifica:

DP: va posta la condizione morbosa che si è rilevata responsabile del ricovero (ad es. avvelenamento, trauma, etc.)

DS: va posta la diagnosi psichiatrica, che in taluni casi, può coincidere con la DP, ad es. nel caso di un paziente che non ha riportato danni fisici evidenti e che viene ricoverato per osservazione dello stato psichico ed accertamenti

DS: cod. V62.84 *Ideazione suicida*

Esempio:

DP: cod. 850.__ *Commozione cerebrale*

DS: cod. 296.__ *Depressione*

DS: cod. V62.84 *Ideazione suicida*

Nota sulla codifica:

Nella SDO, come previsto dal Decreto Ministeriale 380/2000, oltre alle informazioni relative alle diagnosi, deve essere compilata anche la variabile 19 "**traumatismi o intossicazioni**", riportando il codice "5" "**autolesione o tentativo di suicidio**" (indipendentemente dal luogo dove questo sia avvenuto).

Nel caso di trauma si ricorda di indicare anche il codice E (le indicazioni di codifica sono riportate nel paragrafo introduttivo delle Linee guida generali per la selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche o terapeutiche).

PROCEDURE PSICHIATRICHE DA CODIFICARE

Per i ricoveri psichiatrici si pone l'indicazione di segnalare, se effettuate, le procedure relative alla psiche riportate nella sezione Miscellanea (I/P: cod. 94.__).

RICOVERO RIABILITATIVO

Per il ricovero riabilitativo per intossicazione/disintossicazione da alcool vanno seguite le indicazioni contenute in appendice.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 53/168

CAPITOLO 6

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI (320-389)

La codifica delle malattie del sistema nervoso presenta una certa complessità a causa del fatto che i cod. da usare non sono rintracciabili in un unico capitolo dell'indice sistematico, bensì in capitoli diversi, e precisamente:

- Capitolo 1 – Malattie infettive e parassitarie
- Capitolo 2 – Tumori
- Capitolo 3 – Malattie endocrine, metaboliche e del sistema immunitario
- Capitolo 5 – Disturbi mentali
- Capitolo 6 – Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
- Capitolo 7 – Malattie del sistema circolatorio
- Capitolo 13 – Malattie osteomuscolari e connettivo
- Capitolo 14 – Malformazioni congenite
- Capitolo 15 – Condizioni morbose di origine perinatale
- Capitolo 16 – Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
- Capitolo 17 – Traumatismi e avvelenamenti
- Codice V – Classificazione supplementare

Ad es. i cod. di encefalite, mielite e meningite sono presenti sia nel cap. 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi sia nel cap. 1 Malattie infettive e parassitarie.

Anche la stessa voce può comparire in capitoli diversi, come ad es. *l'emiplegia*:

1. se è postumo di malattia cerebrovascolare si usa il cod. 438.2 *Emiplegia/emiparesi*
2. se è di altra natura (ad es. neoplastica) o di natura non specificata si usa il cod. 342_ *Emiplegia e emiparesi*

MALATTIE INFIAMMATORIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (320-326)

Le malattie infiammatorie del SNC vengono classificate in vari modi ed è fondamentale seguire attentamente le indicazioni illustrate nell'indice alfabetico ed in quello sistematico del manuale ICD-9_CM 2007, potendo essere necessaria, in più di una circostanza, il ricorso ad una codifica multipla.

I seguenti cod. di encefalite e mielite:

- cod. 323.0_ *Encefalite, mielite ed encefalomyelite in malattie virali classificate altrove*
- cod. 323.1 *Encefalite, mielite ed encefalomyelite in malattie da Rickettsie classificate altrove*
- cod. 323.2 *Encefalite, mielite ed encefalomyelite in malattie da protozoi classificate altrove*
- cod. 323.4_ *Altre encefaliti, mieliti ed encefalomyeliti da infezioni classificate altrove*
- cod. 323.6_ *Encefalite, mielite ed encefalomyelite, postinfettiva*
- cod. 323.7_ *Encefalite, mielite ed encefalomyelite tossiche*

prevedono la codifica della patologia di base in DP (tali suddetti cod. vanno quindi inseriti in DS).

Il seguente cod. prevede di codificare un codice E aggiuntivo per identificare il vaccino:

- cod. 323.5_ *Encefalite, mielite ed encefalomyelite successive a procedure di immunizzazione*

DISTURBI ORGANICI DEL SONNO (327)

I disturbi organici del sonno sono trattati alla categoria 327.

Nel caso di utilizzo dei seguenti cod. va codificata per prima la patologia di base:

- cod. 327.01 *Insonnia dovuta a condizioni mediche classificate altrove*
- cod. 327.02 *Insonnia dovuta a disturbi psichici*
- cod. 327.14 *Ipersonnia dovuta a condizioni mediche classificate altrove*
- cod. 327.15 *Ipersonnia dovuta a disturbi psichici*
- cod. 327.26 *Ipoventilazione/ipossiemia correlate al sonno in malattie classificabili altrove*
- cod. 327.27 *Apnea del sonno di tipo centrale in malattie classificabili altrove*
- cod. 327.37 *Disturbo del ritmo circadiano del sonno in malattie classificate altrove*
- cod. 327.44 *Parasonnia in malattie classificate altrove*

È importante distinguere i **ricoveri senza** o **con intervento chirurgico**.

1. Ricoveri senza intervento chirurgico

Si utilizzeranno i seguenti cod. di diagnosi:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 54/168

cod. 327.2_ *Apnea nel sonno di tipo organico*
oppure
cod. 327.5_ *Disturbi organici del movimento correlati al sonno*

2. Ricoveri con intervento chirurgico

Se viene effettuato l'intervento chirurgico di **ugulo-faringoplastica** si utilizzeranno i seguenti cod.:

DP: cod. 528.9 *Altre e non specificate malattie dei tessuti molli orali*

DS: cod. 327.5_ *Disturbi organici del sonno*

I/P: cod. 27.99 *Altri interventi sulla cavità orale*

Se contemporaneamente vengono effettuati anche interventi di **sospensione ioidea e/o linguale** (spesso associati), questi devono essere descritti utilizzando il cod. unico aggiuntivo 29.4 *Intervento di plastica sul faringe*.

Se viene associato anche l'intervento chirurgico di **tonsillectomia** va aggiunto il cod. 28.2 *Tonsillectomia*.

Disturbi del sonno - sintomo

I disturbi del sonno sono individuabili anche come sintomi cod. 780.5_ *Disturbi del sonno*, codificabili in DP nel caso in cui non sia individuabile la patologia di base, ma occorra ricorrere al cap. 16 Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti.

La Sindrome dell'Apnea Notturna trattata con radiofrequenza (RFVR) prevede l'utilizzo dei seguenti cod.:

DP: cod. 528.9 *Altre e non specificate malattie dei tessuti molli orali*

I/P: cod. 27.49 *Altra asportazione della bocca*

oppure

I/P: cod. 29.39 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe*

oppure

I/P: cod. 21.69 *Altra turbinectomia*

oppure

I/P: cod. 28.99 *Altri interventi su tonsille e adenoidi*

MALATTIE EREDITARIE E DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (330-337)**Malattia di Alzheimer**

Va codificata con:

DP: cod. 331.0 *Malattia di Alzheimer*

Demenze degenerative non dovute a malattie di Alzheimer

DP: cod. 331.2 *Degenerazione senile dell'encefalo*

Degenerazione cerebrale

In caso di ricovero per degenerazione cerebrale vanno indicati:

DP: malattia di base:

- cod. 303.0-303.9 *Alcolismo*
- cod. 265.0 *Beriberi*
- cod. 266.5_ *Deficit di componenti del complesso B*
- cod. 741.0-742.3 *Idrocefalo congenito*
- cod. 430-438 *Malattia cerebrovascolare*
- cod. 140.0-239.9 *Malattia neoplastica*
- cod. 244.0-244.9 *Mixedema*

DS: cod. 331.7 *Degenerazione cerebrale in malattie classificate altrove*

Morbo di Parkinson

Il Morbo di Parkinson si classifica utilizzando i cod. della categoria 332, con la quarta cifra si specifica se la patologia è primaria (cod. 332.0) o secondaria (332.1).

Nel caso in cui la malattia sia correlata con la sifilide, il cod. da indicare è 094.82 *Parkinsonismo sifilitico*.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 55/168

Atassia cerebellare

L'atassia cerebellare causata da **infezioni ad esordio acuto-subacuto, alcolismo, neoplasie, patologie vascolari, malattie carentziali**, etc., si descrive indicando:

DP: la malattia di base (ad es. alcolismo cod. 303.0-303.9 o mixedema cod. 244.0-244.9)

DS: cod. 334.4 *Atassia cerebellare in malattie classificate altrove*

In caso di atassia cerebellare dovuta a **reazione tossica da farmaci, solventi, metalli ed agenti fisici** occorre indicare:

DP: cod. 995.29 *Altri effetti avversi non specificati di altri farmaci, medicinali e prodotti biologici*

DS: cod. 334.3 *Altre atassie cerebellari*

DOLORE (338)

La categoria 338 *Dolore* classifica i diversi quadri clinici caratterizzati dalla presenza di una sindrome dolorosa rilevante.

Per le specifiche sulla codifica del dolore si rimanda ai contenuti dell'appendice Terapia antalgica.

ALTRI DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (340-349)**Emiplegia ed emiparesi ed altre sindromi paralitiche**

I cod. relativi alla *Emiplegia ed emiparesi (342.__)* ed alle *Altre sindromi paralitiche (344.__)* vanno utilizzati raramente e solamente quando il quadro è indicato come antico o è presente da lungo tempo, ma di origine non specificata.

Nelle emiplegie/emiparesi conseguenti ad accidenti vascolari vanno utilizzati i cod. contenuti nel cap. 7 *Malattie del sistema circolatorio alla categoria 430-438 Malattia cerebrovascolari*.

Paralisi cerebrale infantile

Nel caso di ricovero per paralisi cerebrale infantile va utilizzato un cod. all'interno della categoria 343 *Paralisi cerebrale infantile*.

Epilessia

I quadri clinici di epilessia (epilessia generalizzata, stato di male, spasmi infantili ed altre forme non specificate), sono quelli compresi nella categoria 345 con il quinto carattere che identifica la resistenza alla terapia:

._0 senza menzione di epilessia trattabile

._1 con epilessia non trattabile

La tabella seguente riassume le modalità di codifica dell'epilessia.

TIPO	SOTTOTIPO	TRATTABILE	INTRATTABILE
GENERALIZZATA	NON CONVULSIVA	345.00	345.01
	CONVULSIVA	345.10	345.11
PARZIALE	COMPLESSA	345.40	345.41
	SEMPLICE	345.50	345.51
	CONTINUA	345.70	345.71
SPASMI INFANTILI		345.60	345.61
ALTRE FORME E CRISI RICORRENTI		345.80	345.81
NON SPECIFICATA		345.90	345.91
PICCOLO MALE		345.2	
GRANDE MALE		345.3	

Si utilizza il cod. 780.39 *Altre convulsioni* per classificare l'episodio convulsivo isolato, al di fuori della malattia epilettica, nell'adulto o nel bambino. Nel neonato, invece, va utilizzato il cod. 779.0 *Convulsioni del neonato. Attacco nel neonato. Convulsioni nel neonato. Crisi convulsiva*.

Sindrome di West

Va codificata con:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 56/168

DP: cod. 345.6_ *Spasmi infantili***Emicrania**

La categoria 346 va utilizzata con la quinta cifra:

- 0 senza menzione di emicrania non trattabile
- 1 con menzione di emicrania non trattabile

Per la codifica della **cefalea** si rimanda al cap. 5 Disturbi mentali.**DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (350-359)****Disturbi delle radici e dei plessi nervosi**In caso di danno radicolare in ernia del disco intervertebrale non va utilizzato il cod. 353._ *Disturbi delle radici e dei plessi nervosi*, ma i cod. del cap. 13 Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo.

Quindi, ad es., in caso di lombosciatalgia per ernia del disco va indicato:

DP: cod. 722.1_ *Ernia del disco intervertebrale lombare***Neuropatia diabetica**

La neuropatia diabetica deve essere codificata come segue:

DP: cod. 250.6_ *Diabete con complicanze neurologiche* (la quinta cifra indica la tipologia di diabete e la presenza o assenza di scompenso metabolico)

DS: uno o più cod. aggiuntivi per identificare la complicanza ad es.:

- cod. 337.1 *Neuropatia autonoma periferica diabetica*
- cod. 354.0-355.9 *Mononeuropatia diabetica*
- cod. 357.2 *Polineuropatia in diabete*
- cod. 358.1 *Amiotrofia diabetica*
- cod. 713.5 *Artropatia neurogena diabetica*

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SUL SNC (01-05)**Intervento per idrocefalo acquisito (ad es. post-emorragico da rottura di aneurisma)**DP: cod. 331.4 *Idrocefalo acquisito*I/P: cod. 02.3_ *Anastomosi ventricolare extracranica***Somministrazione intratecale di farmaci citotossici**I/P: cod. 03.8 *Iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale***Biopsia percutanea di lesione cerebrale effettuata mediante foro di trapanazione con metodo stereotassico**Va codificata con il cod. 01.13 *Biopsia (percutanea) (agobiopsia) di lesione cerebrale. Mediante foro di trapanazione con metodo stereotassico* + cod. 01.18 *Altre procedure diagnostiche sul cervello e sulle meningi cerebrali***EPILESSIA REFRAATTARIA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA TRATTATA CON NEUROSTIMOLATORE VAGALE****Inserzione di neurostimolatore vagale**DP: cod. 345._1 *Epilessia ... non trattabile*I/P: cod. 04.92 *Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici* in associazione al cod. 86.96*Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neuro stimolatore***Sostituzione del neurostimolatore vagale**DP: cod. V53.02 *Collocazione e sistemazione di dispositivo relativo al sistema nervoso*DS: cod. 345._1 *Epilessia ... non trattabile*I/P: cod. 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 57/168

EPILESSIA REFRACTORIA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA TRATTATA CON STIMOLAZIONE CEREBRALE PROFONDA (DBS)**Inserzione di DBS**DP: cod. 345._1 *Epilessia ... non trattabile*I/P: cod. 02.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico* in associazione al cod. 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore***Sostituzione di DBS**DP: cod. V53.02 *Collocazione e sistemazione di dispositivo relativo al sistema nervoso*DS: cod. 345._1 *Epilessia ... non trattabile*I/P: cod. 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore***PARKINSON AVANZATO TRATTATO CON NEUROSTIMOLATORE****Inserzione di DBS**DP: cod. 332.0 *Paralisi agitante* oppure 333.1 *Tremore essenziale ed altre forme specificate di tremore*I/P: cod. 02.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico* in associazione al cod. 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore***Sostituzione di DBS**DP: cod. V53.02 *Collocazione e sistemazione di dispositivo relativo al sistema nervoso*DS: cod. 332.0 *Paralisi agitante* oppure 333.1 *Tremore essenziale ed altre forme specificate di tremore*I/P: cod. 02.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico* in associazione al cod. 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore***EMICRANIA CRONICA REFRACTORIA TRATTATA CON IMPIANTO DI NEUROSTIMOLATORE**

Si rimanda ai contenuti dell'appendice Terapia antalgica.

TRATTAMENTO DELLA SPASTICITA'**Trattamento della spasticità con inserzione di pompa di baclofene**DP: cod. 781.0 *Movimenti involontari anormali*DS: cod. 344._ *Quadriplegia e tetraplegia*I/P: cod. 86.06 *Inserzione di pompa infusoriale completamente impiantabile*I/P: cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative***Sostituzione della pompa di baclofene**DP: cod. V53.09 *Collocazione e sistemazione di altri dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi di senso* (per esaurimento delle batterie)

oppure

DP: cod. 996.59 *Complicazioni meccaniche di altri impianti e dispositivi interni non classificati altrove* (per complicanze meccaniche)

oppure

DP: 996.69 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni* (per complicanze infettive)I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo*I/P: cod. 86.06 *Inserzione di pompa infusoriale completamente impiantabile*

oppure

I/P: cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 58/168

Trattamento con tossina botulinica

DP: riportare la sintomatologia per la quale viene effettuato il trattamento (disfagia, spasmo, paralisi del facciale, etc.)

I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*

In caso di iniezione endovesicale di tossina botulinica va aggiunta la codifica della cistoscopia (cod. 57.32).

MALATTIE DELL'OCCHIO E DEGLI ANNESSI (360-379)

In caso di **retinopatia diabetica**:

DP: cod. 250.5_ *Diabete con complicazioni oculari*

DS: cod. 362.0_ *Retinopatia diabetica*

Nota sulla codifica: il cod. 362.07 *Edema maculare diabetico* va utilizzato insieme ad un cod. 362.01-362.06 *Retinopatia diabetica*.

Cataratta senile vs cataratta diabetica

Nel paziente diabetico affetto da cataratta è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica rispetto a quella della cataratta senile.

Per la codifica della cataratta senile in paziente diabetico senza complicazioni oculari vanno indicati:

DP: cod. 366.1_ *Cataratta senile*

DS: cod. 250.____ *Diabete mellito*

Nota sulla codifica: la DS può complicare il DRG e pertanto va riportata se rispetta le indicazioni previste per la diagnosi secondaria.

Per la codifica della cataratta diabetica vanno indicati:

DP: cod. 250.5_ *Diabete con complicazioni oculari*

DS: cod. 366.41 *Cataratta diabetica*

INTERVENTI/PROCEDURE SULL'OCCHIO (08-16)

Si premette di porre attenzione alla scelta del setting assistenziale in quanto vari interventi sull'occhio sono riconducibili al regime ambulatoriale.

INTERVENTI OCULISTICI DI INNESTO DI LIMBUS E DI INNESTO DI MEMBRANA AMNIOTICA

I cod. di procedura raccomandati per descrivere il trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore sono:

I/P: per l'autotrapianto cod. 11.61 *Cheratoplastica lamellare autologa*

I/P: per il trapianto da altro donatore cod. 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare* aggiungere in DS cod.

V42.89 *Altro organo o tessuto sostituito da trapianto*

In presenza di un innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale il cod. di procedura raccomandato è 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare*.

ALTRI INTERVENTI SULL'OCCHIO**Cataratta**

Per quanto riguarda l'estrazione di cataratta occorre tenere presente che per l'estrazione semplice il cod. appropriato è compreso tra il 13.11 ed il 13.69; mentre per l'intervento di estrazione di cataratta e sincrona inserzione di protesi occorre codificare entrambe le fasi, ad es.:

- cod. 13.41 *Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta*
- cod. 13.71 *Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea*

Rimozione e contemporanea sostituzione di lenti oculari protesiche impiantate

a) Se la rimozione è dovuta a **complicazioni meccaniche** (ad es. dislocazioni):

DP: cod. 996.53 *Complicazioni meccaniche di lenti oculari protesiche*

b) Se invece la rimozione **non è dovuta a complicazioni meccaniche** (opacizzazione, errato calcolo del cristallino artificiale intraoculare):

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 59/168

DP: cod. 996.79 *Altre complicazioni da lenti oculari NIA*

In entrambi i casi (a e b) va riportato in:

DS: cod. V43.1 *Cristallino sostituito con altri mezzi*I/P: cod. 13.72 *Impianto secondario di cristallino artificiale, eseguiti in contemporanea*I/P: cod. 13.8 *Rimozione di cristallino impiantato***Iniezione sottocongiuntivale**

Il cod. 10.91 *Iniezione sottocongiuntivale* non può essere utilizzato per indicare la procedura di anestesia locale pre-intervento o per i trattamenti di profilassi antibiotica e/o antiinfiammatoria in corso di intervento chirurgico.

I cod. che identificano i trattamenti di profilassi sono da ricercarsi nella categoria cod. 99.2_ *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

Glaucoma ad angolo aperto/chiusoDP: cod. 365. __ *Glaucoma*I/P: cod. 12.65 *Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia*

oppure

I/P: cod. 12.69 *Altri interventi di fistolizzazione della sclera***Distacco di retina**DP: 361. __ *Distacco e rottura della retina*I/P: cod. 14.9 *Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore***Trattamento del Pucker maculare**DP: cod. 362.56 *Raggrinzimento (pucker) maculare*I/P: cod. 14.9 *Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore***Asportazione di lesioni palpebrali**

Occorre porre attenzione alla codifica di asportazione di lesioni palpebrali, in quanto per la codifica della maggior parte degli interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo vanno utilizzati i cod. della categoria 86, ma con l'eccezione a tale regola rappresentata dagli interventi su palpebra e sopracciglia per i quali vanno impiegati i cod. 08.01-08.99.

MALATTIE DELL'ORECCHIO E DELL'APOFISI MASTOIDE (380-389)**Malattia di Meniere**DP: cod. 386.0_ *Malattia di Meniere***Vertigini periferiche**DP: cod. 386.1_ *Altre e non specificate vertigini periferiche***Vertigini di origine centrale**DP: cod. 386.2. *Vertigine di origine centrale***Vertigine post-traumatica acuta conseguente a lesione dell'ottavo nervo cranico in assenza di frattura**DP: cod. 951.5 *Traumatismo del nervo acustico*DS: cod. 386.19 *Altre vertigini periferiche***Vertigine post-traumatica cronica conseguente a frattura della base cranica e lesione dell'ottavo nervo cranico**DP: cod. 386.19 *Altre vertigini periferiche*DS: cod. 905.0 *Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia*DS: cod. 907.1 *Postumi di traumi dei nervi cranici*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 60/168

Vertigine post-traumatica cronica conseguente a lesione dell'ottavo nervo cranico in assenza di frattura della base cranicaDP: cod. 386.19 *Altre vertigini periferiche*DS: cod. 907.1 *Postumi di traumatismi dei nervi cranici***Vertigine tossica labirintica**DP: cod. 386.34 *Labirintite tossica***Sindrome vertiginosa in esiti di malattie cerebrovascolari**DP: cod. 438.85 *Vertigine***Vertigine - sintomo**Qualora non sia stata determinata l'origine della sindrome vertiginosa va utilizzato in DP il cod. 780.4 *Vertigine SAI*.**INTERVENTI/PROCEDURE SULL'ORECCHIO (18-20)****Asportazione di neurinoma del nervo acustico**I/P: cod. 04.01 *Asportazione di neurinoma acustico*; in tale caso **non deve essere segnalato** il cod. della craniotomia in quanto già compreso**Asportazione di lesioni all'orecchio**

Occorre porre attenzione alla codifica di asportazione di lesioni all'orecchio, in quanto per la codifica della maggior parte degli interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo vanno utilizzati i cod. della categoria 86, ma con l'eccezione a tale regola rappresentata dagli interventi sull'orecchio per i quali vanno impiegati i cod. 18.01-18.9.

Impianto di protesi cocleareDP: patologia di base (ad es. 389. __ *Sordità*)I/P: cod. 20.96 *Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare***INTERVENTI/PROCEDURE SUL NASO, BOCCA E FARINGE (21-29)****Paralisi di una corda vocale**

Per l'intervento di iniezione di materiale inerte nella corda interessata ed eventuale intervento di stripping della corda vocale controlaterale, la codifica da utilizzare è la seguente:

DP: cod. 478.32 *Paralisi della corda vocale unilaterale completa*I/P: cod. 31.69 *Altra riparazione della laringe*I/P: cod. 31.0 *Iniezione di materiale inerte nella laringe o nelle corde vocali*

se viene effettuato lo stripping va codificato anche:

I/P: cod. 30.09 *Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe***Inserimento di protesi fonatoria nei pazienti laringectomizzati**

Per i pazienti sottoposti a laringectomia in un precedente intervento e ricoverati per inserimento di protesi fonatoria vanno utilizzati i seguenti cod.:

DP: cod. V52.8 *Collocazione sistemazione di altra protesi*DS: cod. V10.21 *Anamnesi personale di tumore maligno della laringe*I/P: cod. 31.98 *Altri interventi sulla laringe*

Per gli interventi/procedure su tracheotomia si rimanda ai contenuti del capitolo 8 Malattie dell'apparato respiratorio.

Interventi per neoplasie primitive a carico del cavo orale, massiccio facciale, faringe, laringe con ricostruzione mediante lembi e/o innesti ossei

DP: cod. di neoplasia maligna

I/P: cod. di demolizione della neoplasia

Altri tipi di intervento:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 61/168

- Tracheotomia per assistenza ventilatoriaI/P: cod. 31.1 *Tracheostomia temporanea***- Innesto osseo**I/P: cod. 76.91 *Innesto osseo su ossa facciali***- Ricostruzione con lembo libero rivascolarizzato**I/P: cod. 86.74 *Trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi***- Microanastomosi vascolare**I/P: cod. 39.29 *Altri anastomosi o bypass vascolari (periferici)***- Prelievo osseo da cresta iliaca**I/P: cod. 77.79 *Prelievo di altre ossa per innesto***- Prelievo di lembo**I/P: cod. 86.91 *Asportazione di cute per innesto***Settoplastica**

Per gli interventi di correzione del setto nasale deviato vanno utilizzati i cod.:

DP: cod. 470 *Deviazione del setto nasale*I/P: cod. 21.5 *Resezione sottomucosa del setto nasale*

Nota sulla codifica: l'intervento di plastica del setto nasale associata con la resezione sottomucosa del setto va descritta con il cod. 21.5 *Resezione sottomucosa del setto nasale*, come indicato nel manuale ICD-9_CM 2007. In tali casi, quindi, il cod. 21.88 *Altra plastica del setto* non deve essere riportato.

Nota sulla codifica: attenzione il cod. 754.0 *Malformazioni congenite del cranio, della faccia e della mascella* genera il DRG 477 Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale.

Turbinectomia con radiofrequenzaDP: cod. 478.0 *Ipertrofia dei turbinati*I/P: 21.69 *Altra turbinectomia***Chirurgia funzionale endoscopica rinosinusale**I/P: cod. 22.63 *Etmoidectomia***Asportazione di papilloma invertito delle cavità paranasali**DP: cod. 212.0 *Tumori benigni delle cavità nasali, orecchio medio e seni paranasali*

Gli interventi di asportazione possono essere i seguenti:

I/P: cod. 22.63 *Etmoidectomia*I/P: cod. 21.69 *Altra turbinectomia*I/P: cod. 22.2 *Antrotomia intranasale*I/P: cod. 22.41 *Senotomia frontale*I/P: cod. 22.51 *Etmoidotomia*I/P: cod. 22.64 *Sfenoidectomia*I/P: cod. 76.39 *Osteotomia parziale di altre ossa della faccia*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 62/168

**CAPITOLO 7
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390-459)**

Le malattie relative al sistema circolatorio sono descritte nel capitolo settimo (categorie 390 - 459) ad eccezione:

- di quelle riferite a condizioni ostetriche, descritte nel cap. 11
- di quelle riferite a patologie congenite, descritte nel cap. 14

Il cap. 7 comprende situazioni complesse, spesso intercorrelate; pertanto, ai fini della corretta codifica è di particolare importanza porre attenzione a tutte le note presenti nell'indice alfabetico e nell'elenco sistematico.

Si ricorda che una serie di cod. di diagnosi di questo cap., se indicati in DP o in DS, nonché in funzione delle loro combinazioni e della presenza di intervento/procedura, comportano l'assegnazione a DRG particolari, ad es. DRG 547 Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore.

Analogamente l'utilizzo di alcuni cod. di interventi/procedure determinano l'assegnazione a DRG particolari per la presenza di procedure assistenziali specifiche, quali:

- terapia trombolitica;
- presenza/assenza di cateterismo cardiaco;
- inserzione di stent.

IPERTENSIONE ARTERIOSA (401-405)

Nella codifica, è opportuno consultare, nell'indice alfabetico delle diagnosi, la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, tre cod. relativi, rispettivamente, alla forma:

- maligna (quarta cifra = 0)
- benigna (quarta cifra = 1)
- non specificata (quarta cifra = 9)

Ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente, viene indicato per primo il cod. della **malattia di base** che causa l'ipertensione; l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un cod. della categoria 642 (come riportato nel cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio).

Cardiopatía ipertensiva (402.__)

L'ipertensione causa diretta della cardiopatía va codificata con il cod. 402.__, cui si aggiunge il cod. dell'insufficienza cardiaca se associata (codifica multipla).

Esempio:

402.11 *Cardiopatía ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca* più un cod. da 428.0 a 428.43 per specificare il tipo di insufficienza cardiaca

Nel caso di ricovero per ipertensione senza relazione causale diretta con l'insufficienza cardiaca o la cardiopatía si devono assegnare cod. separati.

Esempio:

cod. 428.0 *Insufficienza cardiaca congestizia non specificata* (vedi paragrafo specifico)

cod. 401.9 *Ipertensione essenziale non specificata*

Nefropatia ipertensiva cronica (403.__) e cardioneftropatia ipertensiva (404.__)

Per codificare la presenza di malattia cronica ipertensiva, intesa come compromissione renale in corso di ipertensione arteriosa, vanno utilizzati i cod. della categoria 403.__ *Nefropatia ipertensiva cronica*.

Nel caso di malattia cronica ipertensiva, intesa come compromissione renale con contemporaneo interessamento cardiaco, vanno utilizzati i cod. della categoria 404.__ *Cardioneftropatia ipertensiva*.

Per la ricerca dei cod. di malattia cronica ipertensiva ("neftropatia ipertensiva") va interrogato l'indice alfabetico attraverso il termine principale di "neftropatia"; al modificatore "ipertensiva" viene indicato l'uso della categoria 403 *Nefropatia ipertensiva cronica*.

L'assegnazione del cod. corretto non può prescindere dall'attenta analisi della parte sistematica, dove oltre alla *Nefropatia ipertensiva cronica* (cod. categoria 403.__) viene descritta anche la *Cardioneftropatia ipertensiva* (categoria 404.__).

Nota sulla codifica: la quinta cifra descrive la condizione di insufficienza renale e/o insufficienza cardiaca congestizia.

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 indica per il cod. 403.__ di utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare lo stadio dell'insufficienza renale cronica (cod. 585.__ *Malattia renale cronica*).

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 63/168

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 indica per il cod. 404._ di utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare:

- il tipo di insufficienza cardiaca (cod. 428.0 - 428.43)
- lo stadio dell'insufficienza renale cronica (cod. 585._)

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE (410-414)

Comprende le categorie:

- 410 *Infarto miocardio acuto*
- 411 *Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica*
- 412 *Infarto miocardico pregresso*
- 413 *Angina pectoris*
- 414 *Altre forme di cardiopatia ischemica cronica*

Infarto Miocardico Acuto (410.__)

Le sottocategorie da 410.0_ a 410.6_ e 410.8_ identificano i casi di IMA con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). La sottocategoria 410.7_ *Infarto subendocardico* identifica i casi di IMA con sottoslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e di infarto non transmurale.

La sottocategoria cod. 410.9_ *IMA sede non specificata* deve essere usata solo per gli infarti equivalenti agli STEMI, in cui l'ECG non è valutabile per presenza di blocco di branca, pace maker o defibrillatore. Pertanto, al cod. 410.9_ dovrà essere aggiunto un ulteriore cod. in DS che precisi le ragioni che rendono impossibile il riconoscimento della sede:

- blocco di branca sinistro: cod. 426.3
- presenza di pace maker: V45.01
- presenza di defibrillatore impiantato: V45.02

La quinta cifra distingue l'episodio di assistenza:

- Quinta cifra = 0: **episodio di assistenza non specificato** (da non utilizzare - in quanto la documentazione clinica dovrebbe sempre contenere le informazioni necessarie per una descrizione precisa del caso e quindi consentire l'utilizzo della quinta cifra 1 o 2 - a meno di assoluta impossibilità ad acquisire l'informazione).
- Quinta cifra = 1: **episodio iniziale di assistenza**. Nella definizione di episodio iniziale di assistenza sono compresi anche i ricoveri di pazienti provenienti da altre strutture di cura per acuti (ad esempio in caso di trasferimento da centro spoke a centro hub come pure da centro hub a centro spoke per completamento diagnostico o terapeutico); questo cod. va assegnato indipendentemente dal numero di trasferimenti che il paziente può avere effettuato. Non deve essere impiegato nei casi in cui si sia verificata un'interruzione dell'assistenza per acuti (trasferimento in strutture non per acuti o dimissioni a domicilio) perché in tali situazioni va utilizzato il quinto carattere 2, sempre che il ricovero avvenga entro otto settimane dall'evento iniziale di IMA e che sia ad esso correlato (ad esempio in caso di nuovo ricovero per completamento di procedure di rivascularizzazione). Nuovi ricoveri, correlabili all'evento iniziale, ma successivi all'ottava settimana, avranno come codice il 414.8 *Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica*.
- Quinta cifra = 2: **episodio successivo di assistenza per lo stesso infarto**. Tale carattere va utilizzato per i ricoveri successivi all'episodio iniziale di assistenza, se effettuati entro le otto settimane dall'evento acuto. Va quindi usato per i pazienti che vengono nuovamente ricoverati per valutazioni, osservazioni o trattamenti relativi ad un infarto miocardico acuto per il quale hanno già avuto un ricovero **entro le 8 settimane precedenti**, e che si sia concluso o con la dimissione o con il trasferimento ad una struttura non per acuti.

Se nel corso del ricovero un NSTEMI evolve in STEMI, va codificato come STEMI; nel caso in cui uno STEMI evolva in NSTEMI, a seguito di terapia trombolitica, va codificato come STEMI.

Se nel corso del ricovero l'infarto evolve verso complicanze quali aritmie, fibrillazione, shock, queste ultime devono essere codificate tra le **DS** con cod. aggiuntivi.

Se nel corso del ricovero per infarto si verifica un secondo infarto in una sede differente, entrambe le diagnosi devono essere codificate, ciascuna secondo la propria sede, utilizzando come quinto carattere 1. Analogamente, in caso di secondo evento infartuale acuto, intervenuto dopo la dimissione per un primo evento, con sede diversa dal precedente, si dovrà codificare utilizzando il quinto carattere 1.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 64/168

Angina instabile (411._)

L'angina instabile si codifica con il cod. 411.1 *Sindrome coronarica intermedia* ed identifica le Sindromi coronariche acute NSTEMI senza evidenza di necrosi miocardica (normali livelli plasmatici dei marcatori di danno miocardico).

Infarto miocardico pregresso (412)

L'infarto pregresso senza sintomi attuali deve essere codificato utilizzando il cod. 412 *Infarto miocardico pregresso* e dovrebbe essere assegnato esclusivamente come **DS** nei casi in cui siano assenti sintomi e malattia ischemica in atto e l'indicazione del pregresso infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale (influenza il trattamento e/o la durata della degenza).

Aterosclerosi coronarica (414.0_)

I cod. 414.0_ *Altre forme di cardiopatia ischemica* indicano la sede anatomica dell'aterosclerosi (coronarie native, bypass venosi o arteriosi, etc.).

È indicato il loro utilizzo in DP negli episodi di ricovero effettuati per svolgere:

- interventi elettivi di bypass aorto-coronarico e angioplastica; oppure
- procedura coronarografica nel caso in cui l'esame diagnostico permetta di identificare una diagnosi anatomica di aterosclerosi coronarica.

Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica (414.8)

Quando un ricovero per cardiopatia ischemica post-infarto miocardico acuto (in presenza di sintomatologia) avviene **oltre le otto settimane dall'infarto** (e cioè dalla data di ricovero per infarto) non deve essere utilizzata la categoria 410 ma il cod. 414.8 *Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica*.

Cardiopatia ischemica cronica non specificata (414.9)

Si sconsiglia l'utilizzo in DP del cod. 414.9 *Cardiopatia ischemica cronica non specificata*, in quanto troppo generico.

CARDIOMIOPATIA (425._)

L'impiego in DP o DS dei cod. relativi alla categoria 425 *Cardiomiopatia* sono da riservarsi alla malattia primitiva del miocardio. Questi cod. non vanno utilizzati per tutte le patologie riferite al rimodellamento cardiaco (ipertensione, ischemia e valvulopatia), per le quali si rimanda agli specifici codici.

ARRESTO CARDIACO – ARRESTO CARDIORESPIRATORIO (427.5)

E' sconsigliato l'uso del cod. 427.5 *Arresto cardiaco* in DP. Tale cod. deve essere usato in DS solo a condizione che siano state adottate risorse per la rianimazione del paziente.

INSUFFICIENZA CARDIACA (428._)

Per la codifica di questa condizione morbosa in DP, dato l'eccessivo uso riscontrato in molteplici sedi, devono essere valutati e documentati i seguenti criteri:

- anamnesi specifica (ad es. dispnea, aumento di peso)
- presenza di obiettività clinica (ad es. crepitii polmonari, edemi declivi, turgore giugulare)
- documentazione di terapia diuretica endovenosa od orale ad alte dosi
- aumento significativo del BNP
- ecocardiogramma con segnalazione di riduzione della frazione di eiezione (<50%) o segni significativi di disfunzione diastolica

Se l'insufficienza cardiaca si manifesta nel postoperatorio va codificata con il cod. 997.1 *Complicazioni cardiache non classificate altrove* mentre se compare dopo intervento cardiocirurgico effettuato in un precedente ricovero va utilizzato il cod. 429.4 *Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca*.

Lo shock cardiogeno va codificato con il cod. 785.51 *Shock cardiogeno*.

Edema polmonare acuto

Occorre porre attenzione alla codifica di questa patologia:

1) quando è di origine cardiaca:

DP: 428.1 *Insufficienza del cuore sinistro*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 65/168

2) quando è di origine polmonare:

DP: 518.4 *Edema polmonare acuto, non specificato* (ad es. distress respiratorio in corso di sepsi)

Edema polmonare acuto da valvulopatia

DP: cod. 428.1 *Insufficienza del cuore sinistro*

DS: il cod. della valvulopatia

Nell'edema polmonare acuto da valvulopatia non bisogna basarsi sul percorso patogenetico, ma sulla reale patologia che ha comportato il maggiore consumo di risorse.

Cuore polmonare cronico scompensato

Il cuore polmonare cronico scompensato va descritto ponendo in **DP** il cod. 428.0 *Insufficienza cardiaca congestizia, scompenso cardiaco congestizio* e in **DS** il cod. 416.8 *Altre forme di malattia cardiopolmonare*.

In presenza di malattia polmonare evoluta in cuore polmonare cronico è corretto codificare per primo lo scompenso cardiaco perché la dilatazione e lo scompenso destro, pur essendo secondari alle alterazioni prodotte dall'enfisema, richiedono una quota prevalente di risorse assistenziali.

MALATTIE CEREBROVASCOLARI (430-437)

Le malattie cerebrovascolari acute sono codificate con le categorie comprese tra 430 e 437; i loro postumi sono codificati con i cod. della categoria 438. Ciascun aspetto patologico di una diagnosi relativa ad una malattia cerebrovascolare deve essere codificato singolarmente (codifica multipla) a meno che l'indice alfabetico o l'elenco sistematico non indichino diversamente, ad es. aterosclerosi cerebrovascolare con emorragia subaracnoidea dovuta a rottura di un aneurisma sacculare: cod. 430 *Emorragia subaracnoidea* + cod. 437.0 *Aterosclerosi cerebrale*.

Per le categorie 433 *Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali* e 434 *Occlusione delle arterie cerebrali* è previsto l'utilizzo di un quinto carattere che indica la presenza di infarto cerebrale:

. _0 *senza menzione di infarto cerebrale*

. _1 *con infarto cerebrale*

Ictus cerebrale ischemico (434.__)

I cod. da utilizzare sono i seguenti:

cod. 434.01 *Trombosi cerebrale con infarto cerebrale*

cod. 434.11 *Embolia cerebrale con infarto cerebrale*

cod. 434.91 *Occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale*

ponendo attenzione all'appropriato utilizzo del cod. 434.91, che va riservato ai casi in cui il medico non abbia specificato la natura trombotica o embolica dell'ictus ischemico.

Si raccomanda particolare attenzione alla codifica del trombolitico (cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico*), il cui utilizzo determina l'assegnazione ad un DRG specifico (DRG 559 Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici).

Ischemia cerebrale transitoria (435.__)

Per codificare correttamente tale diagnosi si deve utilizzare la sottocategoria 435.__ *Ischemia cerebrale transitoria (TIA)*. Tale cod. prevede la quarta cifra per descrivere la sede dell'arteria colpita e include anche la condizione di spasmo delle arterie cerebrali.

POSTUMI DELLE MALATTIE CEREBROVASCOLARI (438.__)

I cod. della categoria 438 vanno utilizzati in caso di ricovero successivo all'evento vascolare cerebrale acuto (concluso); tali cod. comprendono le sequele delle condizioni morbose classificabili da 430-437, come afasia, monoplegia, emiplegia, etc.

ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO**Pseudoaneurisma**

DP: cod. 997.79 *Complicanze vascolari di altri vasi sanguigni*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 66/168

I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche* se effettuata iniezione locale di adesivo tissutale o colla

oppure

I/P: cod. 39.79 *Endograft e riparazioni endovascolari* se effettuata riparazione per via endovascolare

oppure

I/P: cod. 39.52 *Altra riparazione di aneurismi*

oppure

I/P: cod. 39.31 *Sutura di arteria* se effettuata riparazione a cielo aperto

Sindrome della vena cava

Per codificare la sindrome della vena cava (inferiore o superiore) va utilizzato il cod. 459.2 *Compressione venosa*.

CODICI DI CATEGORIA V NELLE MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Per l'utilizzo corretto di questi cod. occorre consultare anche il cap. 18 Codici V.

I cod. di questa categoria servono:

- per codificare **problemi clinici** che influenzano lo stato di salute del paziente, ma che non sono una malattia o un traumatismo (ad es. cod. V45.01 *Stimolatore cardiaco in situ*). In tali casi lo specifico problema clinico deve essere riportato nella SDO e codificato con i codici V solo se esercita un'effettiva influenza sul trattamento erogato al paziente nel corso del ricovero;
- per codificare **servizi erogati** in circostanze, diverse da malattie e traumatismi, che tuttavia possono determinare un ricovero; un tipico esempio è rappresentato dal ricovero per controllo, sostituzione, regolazione, esaurimento della batteria del pacemaker (**in assenza di sintomi clinici**) (ad es. cod. V53.3 *Collocazione e sistemazione del dispositivo cardiaco*);
- in caso di ricovero di un paziente già portatore di contropulsatore aortico, VAD o altri supporti circolatori impiantati in altra struttura, indicando tra le **DS** il cod. V46.8 *Dipendenza da altri apparecchi*, per specificare la presenza di tali dispositivi di assistenza;
- come **DP** nel caso di paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura pregressi, indicando come **DS** la patologia che ha determinato le cure pregresse. Ad es. ricoveri dopo:
 - trapianto di cuore (V42.1 *Cuore sostituito da trapianto*)
 - trapianto di valvola cardiaca (V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto*)
 - impianti di protesi valvolare (V43.3 *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi*)
 - impianto di pace-maker (V45.0 *Dispositivo cardiaco post-chirurgico in situ*)
- come **DS** per identificare, in ricoveri effettuati per altre motivazioni, i portatori di bypass, valvole cardiache, protesi vascolari, angioplastica, pace maker, defibrillatori o qualsiasi altra protesi o impianto cardiovascolare.

I cod. V non vanno utilizzati per indicare complicanze delle precedenti cure mediche o chirurgiche, le quali, se presenti, devono essere codificate con le specifiche categorie numeriche.

INTERVENTI/PROCEDURE SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE**IMPIANTO, SOSTITUZIONE, RIMOZIONE DI DISPOSITIVI CARDIACI****PACE MAKER**

Di seguito si riassumono i codici di interesse:

cod. 00.50 *Impianto di pacemaker per la risincronizzazione cardiaca senza menzione di defibrillazione, sistema totale (CRT-P)*

cod. 00.53 *Impianto o sostituzione del solo pacemaker per la risincronizzazione cardiaca (CRT-P) Impianto/sostituzione di pace maker*

cod. 37.80 *Inserzione di pace-maker permanente, iniziale o sostituzione, tipo di strumento non specificato*

cod. 37.81 *Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola*

cod. 37.82 *Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta*

cod. 37.83 *Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 67/168

cod. 37.85 *Sostituzione di un eventuale pace-maker con apparecchio a camera singola non specificato come frequenza di risposta*

cod. 37.86 *Sostituzione di eventuale pacemaker con apparecchio a camera singola, frequenza di risposta*

cod. 37.87 *Sostituzione di eventuale apparecchio di pace-maker con camera doppia*

ESEMPI DI CODIFICA**Impianto/sostituzione di pace maker**

L'impianto iniziale di pace-maker permanente prevede l'utilizzo di due cod.: il primo specifica il tipo di apparecchio usato e il secondo la sede dove viene posizionato l'elettrodo.

In caso di inserimento iniziale di PM monocamerale vanno utilizzati:

I/P: cod. 37.81 *Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola*

I/P: cod. 37.71 *Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo (37.73 Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nell'atrio se in atrio)*

Per l'inserimento iniziale di PM bicamerale vanno utilizzati:

I/P: cod. 37.83 *Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia*

I/P: cod. 37.72 *Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio e nel ventricolo*

Se viene effettuato, nel corso di un ricovero con altra motivazione, solo il controllo del funzionamento del PM (interrogazione senza induzione di aritmia, controllo delle soglie, etc.) va utilizzato:

I/P: un cod. 89.45 - 89.49 *Controllo di pace-maker e defibrillatore*

Per la sostituzione di PM cardiaco va utilizzato:

DP: V53.31 *Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco*

oppure, nel caso di ricovero per complicazioni del PM (ad es. malfunzionamento, dislocazione dell'elettrodo, infezione della tasca, etc.), uno o più dei seguenti cod.:

DP: cod. 996.01 *Complicazioni meccaniche da PM cardiaco*

DP: cod. 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria da impianti cardiaci*

DP: cod. 996.72 *Altre complicazioni da impianti cardiaci*

mentre nelle procedure si utilizzano uno o più dei seguenti cod.:

I/P: cod. 37.85-37.87 *Sostituzione di eventuale PM*

I/P: cod. 37.75-37.77 *Revisione/riposizionamento e rimozione di elettrodo*

I/P: cod. 37.79 *Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco*

Il cod. sufficiente a descrivere da solo l'inserzione di PM temporaneo transvenoso è il 37.78 *Inserzione di pace-maker transvenoso temporaneo*.

Il primo impianto di PM per la risincronizzazione cardiaca (pace maker biventricolare o BiV, CRT-P) prevede l'utilizzo del cod.:

I/P: cod. 00.50 *Impianto di PM per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale*

La sostituzione di generatore o elettrodo/i per la risincronizzazione cardiaca (pace maker biventricolare o BiV, CRT-P) prevede l'utilizzo di uno o più dei seguenti cod.:

I/P: cod. 00.52 *Impianto o sostituzione di soli elettrodi transvenosi nel ventricolo sinistro*

I/P: cod. 00.53 *Impianto o sostituzione del solo pace maker per la risincronizzazione cardiaca*

DEFIBRILLATORE

Di seguito si riassumono i codici di interesse:

cod. 00.51 *Impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale (CRT-D)*

cod. 00.54 *Impianto o sostituzione del solo defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca (CRT-D)*

cod. 37.94 *Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale*

cod. 37.96 *Impianto di solo generatore di impulsi di defibrillatore*

cod. 37.98 *Sostituzione del solo generatore di impulsi di defibrillatore automatico*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 68/168

ESEMPI DI CODIFICA**Impianto/sostituzione di defibrillatore**

L'impianto del defibrillatore a permanenza (AICD) può essere codificato con i seguenti cod.:

I/P: cod. 37.94 *Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale*

oppure con i cod.:

I/P: cod. 37.96 *Impianto di solo generatore di impulsi di defibrillatore*

I/P: cod. 37.95 *Impianto di soli elettrodi di defibrillatore automatico*

Per la sostituzione del defibrillatore si utilizzano, a seconda dei casi, i cod.:

DP: cod. V53.32 *Collocazione e sistemazione di defibrillatore cardiaco automatico impiantabile*

oppure, se sono presenti complicazioni, i seguenti cod.:

DP: cod. 996.04 *Complicazioni meccaniche del defibrillatore cardiaco*

DP: cod. 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria impianti cardiaci*

DP: cod. 996.72 *Altre complicazioni da impianti cardiaci*

con i cod. di procedura:

I/P: cod. 37.97 *Sostituzione del solo elettrodo del defibrillatore automatico*

I/P: cod. 37.98 *Sostituzione del solo generatore di impulsi di defibrillatore automatico*

I/P: cod. 37.77 *Rimozione di elettrodo senza riposizionamento (se effettuato)*

I/P: cod. 37.79 *Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco*

Il primo impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca (defibrillatore biventricolare o BiV ICD, CRT-D) prevede di utilizzare un unico cod.:

I/P: cod. 00.51 *Impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale*

La sostituzione del defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca (defibrillatore biventricolare o BiV ICD, CRT-D) prevede, invece, l'utilizzo dei seguenti cod.:

I/P: cod. 00.52 *Impianto o sostituzione di soli elettrodi transvenosi nel ventricolo sinistro*

e/o

I/P: cod. 00.54 *Impianto o sostituzione del solo defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca*

Upgrading di pace maker da monocamerale a bicamerale con inserzione aggiuntiva di nuovo elettrodo

DP: cod. V53.31 *Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco*

I/P: cod. 37.89 *Revisione o rimozione di pace-maker*

I/P: cod. 37.71 *Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo*

oppure

I/P: cod. 37.73 *Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nell'atrio*

Impianto di pace-maker in Sindrome del seno carotideo

DP: cod. 427.89 *Altre aritmie cardiache specificate*

DS: cod. 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo*

I/P: cod. 37.8_ *Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di PM cardiaco*

I/P: cod. 37.7_ *Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di elettrodi*

Impianto di pace-maker sul glomo carotideo o su altri glomi

DP: cod. 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo*

I/P: cod. 39.8 *Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari*

Impianto di registratore ciclico (loop recorder) per lo studio del ritmo cardiaco

DP: cod. 780.2 *Sincope e collasso*

I/P: cod. 89.51 *Elettrocardiogramma per lo studio del ritmo*

I/P: cod. 37.79 *Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco - Inserzione di loop recorder*

Espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo incluso loop recorder

DP: cod. V53.39 *Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco*

I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e sottocute*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 69/168

Espianto del catetere nei portatori di defibrillatore o di pacemaker con tecnica laser

DP: cod. 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci*
oppure

DP: cod. 996.72 *Altra complicazione di altre protesi, impianti e innesti cardiaci*

I/P: cod. 37.77 *Rimozione di elettrodo senza riposizionamento*

I/P: cod. 37.34 *Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesioni del cuore altro approccio* (se la rimozione del catetere avviene con tecnica laser)

INTERVENTI PER VIA PERCUTANEA SUI VASI CORONARICI E PERIFERICI

Tali cod. possono essere applicati sia per i vasi coronarici che per quelli periferici. Questi cod. devono essere utilizzati insieme agli altri cod. delle procedure terapeutiche per fornire informazioni aggiuntive circa il numero di vasi sui quali la procedura è stata effettuata e/o sul numero di stent inseriti.

La codifica deve essere utilizzata indipendentemente dall'efficacia della procedura effettuata.

Vanno codificati sia il numero dei vasi trattati (00.40- 00.43) sia il numero degli stent inseriti (00.45-00.48), sia la procedura se effettuata sulla biforcazione dei vasi (00.44).

Vanno codificate anche le eventuali: *angioplastica o aterectomia* (00.61-00.62, 00.66, 39.50); *endoarterectomia* (38.10-38.18); *inserzione di stent vascolari* (00.55, 00.63-00.65, 36.06-36.07, 39.90); *altra rimozione di ostruzione delle coronarie* (36.09).

Nota sulla codifica: nel manuale ICD-9_CM 2007 mancano i cod.: 00.46 *Inserzione di due stent vascolari*, 00.47 *Inserzione di tre stent vascolari*, 00.48 *Inserzione di quattro o più stent vascolari*, che devono comunque essere utilizzati per una corretta codifica.

Angioplastica percutanea ed inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali

I cod. da 00.61 a 00.65 identificano le procedure di angioplastica o aterectomia o inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali.

Angioplastica percutanea di vaso cerebrale

I/P: cod. 00.62 *Angioplastica percutanea dei vasi intracranici*

I/P: cod. 00.65 *Inserzione percutanea di stent vascolari intracranici* (se effettuata)

vanno codificati anche:

I/P: cod. 00.45-00.48 *Numero di stent vascolari inseriti*

I/P: cod. 00.40-00.43 *Numero di vasi trattati*

I/P: cod. 00.44 *Procedure sulla biforcazione dei vasi*

ed eventualmente:

I/P: cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico*

Angioplastica percutanea di vaso precerebrale

I/P: cod. 00.61 *Angioplastica percutanea di vasi precerebrali (basilare, carotide, vertebrale)*

I/P: cod. 00.63 *Inserzione percutanea di stent in arteria carotidea* (se effettuata)

I/P: cod. 00.64 *Inserzione percutanea di stent in altre arterie precerebrali* (se effettuata)

vanno codificati anche:

I/P: cod. 00.45-00.48 *numero di stent vascolari inseriti*

I/P: cod. 00.40-00.43 *numero di vasi trattati*

I/P: cod. 00.44 *Procedure sulla biforcazione dei vasi*

ed eventualmente:

I/P: cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico*

Angioplastica percutanea di vaso coronarico

I/P: cod. 00.66 *Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica*

I/P: cod. 36.06 *Inserzione di stent non medicato in arteria coronarica* (se effettuata)

I/P: cod. 36.07 *Inserzione di stent medicato in arteria coronarica* (se effettuata)

vanno codificati anche:

I/P: cod. 00.45-00.48 *Numero di stent vascolari inseriti*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 70/168

I/P: cod. 00.40-00.43 *Numero di vasi trattati*
 I/P: cod. 00.44 *Procedure sulla biforcazione dei vasi*
 ed eventualmente:
 I/P: 36.04 *Infusione trombolitica nell'arteria coronarica*
 I/P: 99.10 *Iniezione o infusione di agenti trombolitici*

Angioplastica percutanea di altro vaso periferico

Si richiama l'attenzione alla corretta codifica del numero e del tipo di stent utilizzati e del numero di vasi trattati:

I/P: cod. 39.50 *Angioplastica non coronarica o aterectomia*
 I/P: cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in arteria periferica (se effettuata)*
 I/P: cod. 00.55 *Inserzione di stent medicato in arteria periferica (se effettuata)*

vanno codificati anche:

I/P: cod. 00.45-00.48 *Numero di stent vascolari inseriti*
 I/P: cod. 00.40-00.43 *Numero di vasi trattati*
 I/P: cod. 00.44 *Procedure sulla biforcazione dei vasi*
 ed eventualmente:
 I/P: cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico*

ALTRI INTERVENTI DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA**Chiusura del dotto di Botallo**

Se effettuato per via percutanea va descritto con i seguenti cod.:

I/P: cod. 38.85 *Altra occlusione chirurgica di altri vasi toracici*
 I/P: cod. 37.23 *Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro*

Chiusura del difetto interatriale (DIA) e del forame ovale pervio (PFO)

Se effettuato per via percutanea va descritto con i seguenti cod.:

I/P: cod. 35.52 *Riparazione di difetto del setto atriale con sutura diretta*
 I/P: cod. 37.23 *Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro*

TAVI- Impianto di protesi valvolare biologica aortica transcateretere

Su valvola nativa per via transfemorale o per via succlavia:

DP: 424.1 *Disturbi della valvola aortica* oppure cod. 395._ *Malattie della valvola aortica* oppure cod. 396._ *Malattie delle valvole mitrale e aortica*
 I/P: cod. 35.21 *Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi*
 I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Su protesi valvolare aortica biologica degenerata per via transfemorale o per via succlavia:

DP: 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca* oppure cod. 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci* oppure cod. 996.71 *Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*
 I/P: cod. 35.21 *Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi*
 I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Impianto di protesi valvolare biologica mitralica transcateretere su valvola nativa per via transfemorale o per via succlavia

DP: 424.0 *Disturbi della valvola mitrale* oppure cod. 394._ *Malattie delle valvole mitrale* oppure cod. 396._ *Malattie delle valvole mitrale e aortica*
 I/P: cod. 35.23 *Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi*
 I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Valvuloplastica transcateretere su valvola nativa

Valvuloplastica con MitraClip:

DP: 424.0 *Disturbi della valvola mitrale* oppure cod. 394._ *Malattie delle valvole mitrale* oppure cod. 396._ *Malattie delle valvole mitrale e aortica*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 71/168

I/P: cod. 35.12 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione*

I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Sistema di riduzione dell'anello valvolare:

DP: 424.0 *Disturbi della valvola mitrale oppure cod. 394._ Malattie delle valvole mitrale oppure cod. 396._ Malattie delle valvole mitrale e aortica*

I/P: cod. 35.12 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione*

I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Impianto di protesi valvolare mitralica biologica transcateretere su protesi degenerata per via transfemorale o per via succlavia

DP: 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca oppure cod. 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci oppure cod. 996.71 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*

I/P: cod. 35.23 *Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi*

I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Impianto di protesi valvolare biologica tricuspidalica transcateretere su valvola nativa per via transfemorale o per via succlavia

DP: 424.2 *Disturbi della valvola tricuspide, specificati come non reumatici oppure cod. 397.0 Malattie della valvola tricuspide*

I/P: cod. 35.27 *Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi*

I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Valvuloplastica tricuspidalica transcateretere: valvuloplastica con clip o anuloplastica

DP: 424.2 *Disturbi della valvola tricuspide, specificati come non reumatici oppure cod. 397.0 Malattie della valvola tricuspide*

I/P: cod. 35.14 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione*

I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Impianto di protesi valvolare biologica tricuspidalica transcateretere su protesi degenerata per via venosa transfemorale o transgiugulare

DP: 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca oppure cod. 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci oppure cod. 996.71 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*

I/P: cod. 35.27 *Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi*

I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Impianto di protesi valvolare biologica polmonare transcateretere su valvola nativa per via venosa transfemorale

DP: 424.3 *Disturbi della valvola polmonare oppure cod. 397.1 Malattie reumatiche della valvola polmonare*

I/P: cod. 35.25 *Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi*

I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Impianto di protesi valvolare biologica polmonare transcateretere su protesi degenerata per via venosa transfemorale

DP: 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca oppure cod. 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci oppure cod. 996.71 Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*

I/P: cod. 35.25 *Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi*

I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Ablazione di fibrillazione atriale

Se eseguita per via percutanea (laboratorio elettrofisiologico) va codificata con il cod.:

I/P: cod. 37.34 *Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesione del cuore, altro approccio*

Se eseguita con tecnica chirurgica (in sala operatoria) va codificata con il cod.:

I/P: cod. 37.33 *Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio a cielo aperto*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 72/168

Chiusura di auricola sinistra percutaneaDP: cod. 427.31 *Fibrillazione atriale*I/P: cod. 35.52 *Riparazione di difetto setto interatriale con sutura diretta***Studio Elettrofisiologico Endocavitario (SEE)**I/P: cod. 37.26 *Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo***Studio Elettrofisiologico Transesofageo (STE)**I/P: cod. 37.20 *Stimolazione elettrica non invasiva programmata***ALTRI INTERVENTI ENDOVASCOLARI****Riparazione percutanea di aneurisma dell'aorta addominale o di altro vaso**I/P: cod. 39.7_ *Riparazione endovascolare di vaso*

I/P: numero di stent inseriti

CARDIOCHIRURGIA

La completa descrizione degli interventi cardiocirurgici, in genere, comporta l'utilizzo di più cod. (codifica multipla).

Quando viene impiegata la circolazione extracorporea (C.E.C.), questa va sempre segnalata fra le procedure con il cod.:

- I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)*

Quando viene effettuato l'arresto di circolo concomitante ad ipotermia profonda va utilizzato il cod.:

- I/P: cod. 39.62 *Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto*

INTERVENTI SUI VASI CORONARICI (BYPASS)**Bypass aorto-coronarico**

Nei casi di bypass aorto-coronarico è indicata la seguente codifica:

- I/P: cod. 36.15 *By-pass singolo di mammaria interna- arteria coronaria*
- I/P: cod. 36.1_ *By-pass aortocoronarico*

Qualora si utilizzino **altri specifici vasi arteriosi per effettuare il bypass aorto-coronarico** vanno utilizzati i seguenti cod.:

- I/P: cod. 36.17 *By-pass dell'arteria coronaria addominale per arteria gastroepiploica*
- I/P: cod. 36.19 *Altro by-pass per rivascolarizzazione cardiaca per arteria radiale*
- I/P: cod. 36.16 *By-pass doppio mammaria interna arteria coronaria per doppia arteria mammaria o mammaria sinistra con anastomosi multiple (sequenziale)*
- I/P: 36.39 *Altra rivascolarizzazione cardiaca per arteria bovina*

Bypass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca

- I/P: cod. 36.1_ *By-pass aortocoronarico*
- I/P: cod. 37.32 *Asportazione di aneurisma del cuore*

INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE

Intervento di chirurgia riparativa della mitrale con l'utilizzo dell'anello protesico

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 73/168

- I/P: cod. 35.12 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione*

Intervento secondo Bentall

- I/P: cod. 35.2_ *Sostituzione di valvola aortica*
- I/P: cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*
- I/P: cod. 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore* per indicare il reimpianto delle arterie coronariche

Se nel corso di intervento secondo Bentall viene eseguita anche l'inserzione di **endoprotesi aortica**, questa deve essere descritta con un cod. aggiuntivo:

- I/P: cod. 39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale*
oppure
- I/P: cod. 39.73 *Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica*

Intervento secondo David

- I/P: cod. 35.11 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione*
- I/P: cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*
- I/P: cod. 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore* per indicare il reimpianto delle arterie coronariche

Intervento di Yacoub per il rimodellamento della radice aortica

- I/P: cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*

Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione

- I/P: cod. 35.11 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione*

Sostituzione di valvola aortica con tecnica transapicale o transaortica su valvola nativa

- DP: 424.1 *Disturbi della valvola aortica* oppure cod. 395._ *Malattie della valvola aortica* oppure cod. 396._ *Malattie delle valvole mitrale e aortica*
- I/P: cod. 35.21 *Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi*
- I/P: cod. 37.11 *Cardiotomia*
- I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Sostituzione di valvola aortica con tecnica transapicale o transaortica su protesi valvolare aortica biologica degenerata

- DP: 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca* oppure cod. 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci* oppure cod. 996.71 *Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*
- I/P: cod. 35.21 *Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi*
- I/P: cod. 37.11 *Cardiotomia*
- I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Sostituzione valvolare aortica con tecnica suturless

- I/P: cod. 35.21 *Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi*
- I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)*
- I/P: cod. 37.99 *Altri interventi sul cuore e sul pericardio* (**per tracciare la suturless**)

Impianto di protesi valvolare biologica mitralica transapicale o transaortico su valvola nativa

- DP: 424.0 *Disturbi della valvola mitrale* oppure cod. 394._ *Malattie delle valvole mitrale* oppure cod. 396._ *Malattie delle valvole mitrale e aortica*
- I/P: cod. 35.23 *Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi*
- I/P: cod. 37.11 *Cardiotomia*
- I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Valvuloplastica mitralica con impianto di corde tendinee per via transapicale

- DP: 424.0 *Disturbi della valvola mitrale* oppure cod. 394._ *Malattie delle valvole mitrale* oppure cod. 396._ *Malattie delle valvole mitrale e aortica*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 74/168

- I/P: cod. 35.12 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione*
- I/P: cod. 37.11 *Cardiotomia*
- I/P: cod. 88.72 *Diagnostica ecografica del cuore*
- I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro (se effettuato)*

Impianto di protesi valvolare biologica mitralica transapicale o transaortico su protesi degenerata

- DP: 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca* oppure cod. 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci* oppure cod. 996.71 *Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*
- I/P: cod. 35.23 *Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi*
- I/P: cod. 37.11 *Cardiotomia*
- I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Impianto di protesi valvolare biologica tricuspidalica con toracotomia e accesso transatriale destro su protesi degenerata

- DP: 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca* oppure cod. 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci* oppure cod. 996.71 *Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*
- I/P: cod. 35.27 *Sostituzione della valvola tricuspide con bioprotesi*
- I/P: cod. 37.11 *Cardiotomia*
- I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

ALTRI INTERVENTI CARDIOCHIRURGICI**Sostituzione di arco aortico con tubo valvolato**

Va descritto con i seguenti cod.:

- I/P: cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*
- I/P: cod. 35.22 *Sostituzione di valvola aortica*

Rimodellamento ventricolare

L'intervento, che può conseguire a diversi interventi cardiocirurgici, deve essere descritto con il cod.:

- I/P: cod. 37.35 *Asportazione parziale di ventricolo*

Trapianto di cuore

- I/P: cod. 37.51 *Trapianto di cuore*
- I/P: cod. 00.93 *Trapianto da cadavere*
- I/P: cod. 37.25 *Biopsia endomiocardica*

IMPIANTO DI SISTEMI DI ASSISTENZA CARDIACA E CIRCOLAZIONE ASSISTITA**Impianto di pompa centrifuga con cannule percutanee (pVAD)**

I/P: cod. 37.68 *Inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo*

Impianto di VAD paracorporeo o pompa centrifuga impiantato mediante stereotomia

I/P: cod. 37.65 *Impianto di sistema di assistenza cardiaca esterno*

Qualora fosse impiantato un VAD bilaterale il cod. I/P va ripetuto due volte.

Impianto di VAD intracorporeo

I/P: cod. 37.66 *Inserzione di sistema di assistenza cardiaca impiantabile*

Impianti di ossigenatore

I/P: cod. 39.65 *Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO)*

Assistenza cardiocircolatoria ventricolare destra con pompa centrifuga più ossigenatore (assistenza ventricolare destra con impianto di circolazione assistita, da atrio destro a atrio sinistro con esclusione del circolo polmonare)

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 75/168

I/P: cod. 37.62 *Impianto di altri sistemi di circolazione assistita* associato al cod. 39.65 *Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO)*

Impianto di cuore artificiale

I/P: cod. 37.52 *Impianto di sistema di sostituzione cardiaca totale*

REINTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA**Reintervento per complicazione meccanica di bypass aorto-coronarico**

DP: cod. 996.03 *Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico*

I/P: cod. *By-pass aortocoronarico*, codifica specifica

Qualora le complicazioni meccaniche insorgano nel corso del medesimo ricovero nel quale è stato effettuato l'intervento originario in **DP** si deve codificare la diagnosi cardiologica motivo dell'intervento (malattie ischemiche del cuore 410-414) e in **DS** il cod. 996.03 *Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico*.

Reintervento per altre complicazioni di bypass aorto-coronarico (embolia, trombosi)

DP: cod. 996.72 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti, innesti cardiaci*

I/P: cod. *By-pass aortocoronarico*

Può essere ricompresa in questo cod. la restenosi/occlusione di stent coronarico precedentemente impiantato.

Reintervento per complicazione meccanica di protesi valvolare cardiaca

DP: cod. 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca*

I/P: cod. 35.2_ *Sostituzione di valvola cardiaca*

Reintervento per altra complicazione da protesi valvolare cardiaca (embolia, trombosi)

DP: cod. 996.71 *Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*

I/P: cod. 35.2_ *Sostituzione di valvola cardiaca*

Infarto perioperatorio

DP: cod. 410._ 1 *Infarto miocardico acuto*

DS: cod. 997.1 *Complicazioni cardiache, non classificate altrove*

INFEZIONI E COMPLICAZIONI POST-OPERATORIE**Infezione della ferita chirurgica e conseguente toilette**

DP: cod. 998.59 *Altra infezione postoperatoria*

DS: per identificare l'infezione va utilizzato un cod. aggiuntivo

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

se viene applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure):

I/P: cod. 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo*

Deiscenza della ferita sternale e conseguente risutura

DP: cod. 998.31 *Rottura di ferita chirurgica*

I/P: cod. 78.41 *Altri interventi di riparazione/plastica su scapola, clavicola e torace (coste e sterno)*

Mediastinite e conseguente trattamento

DP: cod. 998.59 *Altra infezione postoperatoria*

DS: cod. 519.2 *Mediastinite*

I/P: cod. 34.3 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino*

se viene applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure):

I/P: cod. 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo*

Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria

Con pericardiocentesi:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 76/168

DP: cod. 998.11 *Emorragia complicante un intervento*I/P: cod. 37.0 *Pericardiocentesi*

Con pericardiotomia:

DP: cod. 998.11 *Emorragia complicante un intervento*DS: cod. 423.0 *Emopericardio*I/P: cod. 37.12 *Pericardiotomia***CARDIOPATIA CONGENITA DELL'ADULTO****Riparazione di difetto del setto atriale e chiusura del forame ovale**DP: cod. 745.5 *Difetto del setto atriale tipo ostium secundum*I/P: cod. 35.51 *Riparazione di difetto del setto interatriale con protesi, tecnica aperta* se la sutura è con protesi

oppure

I/P: cod. 35.71 *Altra e non specificata riparazione di difetto del setto interatriale* se la sutura è diretta aggiungereI/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)***Altri interventi cardiocirurgici****Nota sulla codifica:** nel caso di cardiopatia congenita dell'adulto il cod. di diagnosi va selezionato tra quelli compresi tra le categorie 745-747 del cap. 14 Malformazioni congenite.**CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA****Riparazione del setto interatriale a cielo aperto**DP: cod. 745.5 *Difetto del setto atriale tipo ostium secundum*I/P: cod. 35.51 *Riparazione di difetto del setto interatriale con protesi, tecnica aperta*I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)*

I/P: cod. di eventuali altre procedure

Riparazione del setto interventricolare a cielo apertoDP: cod. 745.4 *Difetto del setto interventricolare*I/P: cod. 35.62 *Riparazione di difetto del setto interventricolare con innesto tissutale*I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)*

I/P: cod. di eventuali altre procedure

Altri interventi cardiocirurgici**Nota sulla codifica:** nel caso di cardiopatia congenita in età pediatrica il cod. di diagnosi va selezionato tra quelli compresi tra le categorie 745-747 del cap. 14 Malformazioni congenite.**REINTERVENTO PER CARDIOPATIA CONGENITA**In DP va posto il cod. di cardiopatia congenita (categorie 745-747 del cap. 14 Malformazioni congenite) a cui va aggiunto in DS il cod. V15.1 *Anamnesi personale di chirurgia del cuore e dei grandi vasi con rischio di malattia*.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 77/168

**CAPITOLO 8
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (460-519)**

Il capitolo ottavo comprende le categorie dalla 460 alla 519, così suddivise:

- Infezioni acute delle vie respiratorie (460-466)
- Altre malattie delle vie respiratorie superiori (470-478)
- Polmonite e influenza (480-487)
- Malattie polmonari croniche ostruttive e manifestazioni associate (490-496)
- Pneumoconiosi e altre malattie del polmone da agenti esterni (500-508)
- Altre malattie del sistema respiratorio (510-519)

POLMONITI

Per la corretta segnalazione delle diverse forme di polmonite occorre prestare particolare attenzione alle indicazioni riportate sul manuale ICD-9_CM 2007 in quanto, a seconda dell'agente eziologico coinvolto, sono previste 2 distinte modalità di codifica:

codifica con un cod. unico

codifica multipla nel caso di polmoniti in malattie infettive classificate altrove

Nel caso non sia stato possibile identificare l'agente eziologico responsabile del quadro clinico:

se broncopolmonite non specificata: cod. 485 *Broncopolmonite, agente non specificato*

se polmonite non specificata: cod. 486 *Polmonite, agente non specificato*

Il **versamento pleurico** di lieve entità può essere considerato parte integrante del quadro clinico di polmonite. Invece, il versamento pleurico che complica il quadro clinico di polmonite va codificato in DS solo nei casi in cui abbia richiesto, nel corso della degenza, uno specifico impegno diagnostico-terapeutico.

MALATTIE POLMONARI CRONICHE OSTRUTTIVE

Per la corretta classificazione dei diversi quadri clinici di BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) o COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) sono previsti i seguenti cod. della sottocategoria 491.2_:

cod. 491.20 *Bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione*

cod. 491.21 *Bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta)*

cod. 491.22 *Bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta.*

La compresenza di bronchite cronica ed enfisema va codificata con il cod. 491.2_ *Bronchite cronica ostruttiva. Bronchite: enfisematosa, ostruttiva (cronica). Bronchite con: ostruzione cronica delle vie aeree. enfisema*; la compresenza di asma e BPCO va codificata con il cod. 493.2_ *Asma cronica ostruttiva. Asma con malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO). Bronchite cronica asmatica.*

La bronchite cronica semplice viene codificata con il cod. 491.0 *Bronchite cronica*; la bronchite cronica semplice riacutizzata comporta l'indicazione:

DP: cod. 466.0 *Bronchite acuta*

DS: cod. 491.0 *Bronchite cronica semplice*

La bronchite acuta in BPCO va codificata con il cod. 491.22 *Bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta.*

La presenza di insufficienza respiratoria acuta (cod. 518.81) o cronica (cod. 518.83) va codificata quando rigorosamente definita e documentata.

OSTRUZIONI CRONICHE DELLE VIE RESPIRATORIE NON CLASSIFICATE ALTROVE (496)

Questo cod. non deve essere utilizzato con alcuno dei cod. appartenenti alle categorie 491-493.

POLMONITI DA ASPIRAZIONE

La polmonite da aspirazione di solidi e liquidi viene descritta con i cod. della categoria 507.

In particolare:

quella da inalazione di cibo o vomito, si indica con il cod. 507.0 *Polmonite da inalazione di cibo o vomito*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 78/168

quella da inalazione di olii ed essenze con il cod. 507.1 *Polmonite da inalazione di oli ed essenze*
 La polmonite da aspirazione postoperatoria (Sindrome di Mendelson) si descrive con il cod. 997.3 *Complicazioni respiratorie non classificate altrove*, mentre la Sindrome di Mendelson nel corso di travaglio e di parto si indica con il cod. 668.0_ *Complicazioni polmonari*.
 La polmonite ab ingestis causata da microrganismi aspirati deve essere considerata una forma infettiva e quindi segnalata con i cod. compresi nelle categorie 480-483.
 Nel caso, poi, in cui l'etiologia da aspirazione coesista con quella infettiva è necessario codificare entrambe le cause.

PLEURITE

La pleurite è codificata alla categoria 511._ *Pleurite*.

Le pleuriti si distinguono per la presenza o meno di versamento pleurico:

- senza versamento pleurico:

cod. 511.0 *Pleurite senza menzione di versamento o di tubercolosi attiva*

- con versamento pleurico:

cod. 511.1 *Pleurite con versamento e menzione di una causa batterica, esclusa la tubercolosi*

cod. 511.8 *Altre forme specificate di versamento pleurico*, eccetto il tubercolare 012.0 *Pleurite tubercolare. Tubercolosi della pleura. Empiema tubercolare. Idrotorace tubercolare*

Per descrivere il **versamento pleurico neoplastico** va utilizzato il cod. 197.2 *Tumori maligni secondari della pleura*.

Per l'**emotorace** si distinguono i seguenti casi:

-di origine traumatica senza menzione di ferita aperta nel torace (cod. 860.2 *Emotorace senza menzione di ferita aperta nel torace*)

-di origine traumatica con ferita aperta nel torace (cod. 860.3 *Emotorace con ferita aperta nel torace*)

-di origine non traumatica (cod. 511.8 *Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto tubercolare*)

Per lo **pneumoemotorace** si distinguono i seguenti casi:

-di origine traumatica senza menzione di ferita aperta nel torace (cod. 860.4 *Pneumoemotorace senza menzione di ferita aperta nel torace*)

-di origine traumatica con ferita aperta nel torace (cod. 860.5 *Pneumoemotorace con ferita aperta nel torace*)

-di origine non traumatica (cod. 511.8 *Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto tubercolare*)

EDEMA POLMONARE

L'**edema acuto del polmone** va codificato con:

518.4 *Edema polmonare acuto, non specificato*

L'**edema polmonare acuto di origine cardiaca** va codificato con:

428.1 *Insufficienza del cuore sinistro(scompenso cardiaco sinistro)* indica la malattia cardiaca o l'insufficienza cardiaca o l'insufficienza ventricolare sinistra

L'**edema polmonare acuto da radiazioni** è classificato alla sottocategoria cod. 508.0 *Manifestazioni polmonari acute da radiazioni*, quello **da fumi e vapori** si descrive con il cod. 506.1 *Edema polmonare acuto da fumi e vapori*.

L'**edema polmonare cronico** o l'**edema polmonare non altrimenti specificato di origine non cardiaca** è classificato alla categoria 514 *Congestione ed ipostasi polmonare. Ipostatica: broncopolmonite, polmonite. Congestione polmonare (cronica) (passiva). Edema polmonare: SAI, cronico, congestione ed ipostasi polmonare*.

L'edema polmonare cronico causato da sovraccarico congestizio secondario a fibrosi polmonare post-infiammatoria, a stenosi congenita della vena polmonare oppure ad embolismo venoso polmonare non deve essere considerato di origine cardiogena, e dovrà essere codificato come di origine polmonare.

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

L'insufficienza respiratoria deve essere codificata con la quinta cifra del cod. 518.8_ *Altre malattie del polmone* e più precisamente con i seguenti cod.:

cod. 518.81 *Insufficienza respiratoria acuta*

cod. 518.83 *Insufficienza respiratoria cronica*

cod. 518.84 *Insufficienza respiratoria acuta e cronica (insufficienza respiratoria acuta su cronica)*

L'insufficienza respiratoria va segnalata sulla base di alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 79/168

Devono, inoltre, essere correttamente riportati in cartella clinica e in SDO gli interventi terapeutici effettuati con particolare attenzione ai cod. che segnalano le terapie ventilatorie/ossigenoterapia.

La sindrome da distress respiratorio dell'adulto va codificata dipendentemente dall'eziologia con:

cod. 518.5 *Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico. Insufficienza polmonare successiva a: shock, chirurgica, trauma. Polmone da shock. Sindrome da distress respiratorio nell'adulto [ARDS]*

cod. 518.82 *Altre insufficienze polmonari, non classificate altrove*: tale cod. va riservato a particolari forme di insufficienza polmonare, quali ad es. il distress respiratorio nei pazienti adulti, qualora non sia dovuto alle cause sopra descritte

L'insufficienza respiratoria potrà essere indicata in **DP solo se si è in presenza di:**

a) alterazioni documentate di due dei seguenti parametri emogasanalitici arteriosi:

- PaO₂ < 60 mmHg
- Ipercapnia arteriosa: PaCO₂ > 45 mmHg
- pH ≤ 7.35

e/o

b) documentazione inerente a interventi terapeutici eseguiti, con particolare considerazione alle terapie (ventilatorie/ossigenoterapia), inclusi i portatori cronici di ventilatori.

L'ipossiemia pura isolata non è condizione sufficiente a giustificare l'utilizzo del cod. 518.81 *Insufficienza respiratoria acuta* a meno che sia documentata attraverso i criteri per l'appropriato utilizzo del cod. 93.96 *Ossigenoterapia e ventilazione non invasiva* per un tempo superiore alle 48 ore.

Quando **l'insufficienza respiratoria acuta insorge a seguito di un intervento chirurgico** e non è prevista nella gestione dell'immediato post-operatorio (ad es. grossi interventi chirurgici) si codifica con:

DS: 518.5 *Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico*

ALTRE MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (519._)

Va utilizzato il cod. 519.01 *Infezioni della tracheostomia* con eventualmente i seguenti cod. aggiuntivi:

per identificare il tipo di infezione: ascesso o cellulite del collo (682.1) o setticemia (038.0-038.9)

per identificare l'agente patogeno (041.00-041.9)

SINTOMI RELATIVI ALL'APPARATO RESPIRATORIO ED ALTRI SINTOMI TORACICI

Nella categoria 786 si trovano i sintomi relativi all'apparato respiratorio ed altri sintomi toracici. La dispnea e le altre anomalie respiratorie sono classificate mediante la quinta cifra del cod. 786.0_.

Si tratta di sintomi generici da utilizzare raramente.

SVEZZAMENTO DI PAZIENTI TRACHEOSTOMIZZATI

DP: cod. V55.0 *Controllo di tracheostomia*

COMPLICAZIONI DELLA TRACHEOSTOMIA

DP: cod. 519.0_ *Complicazioni della tracheostomia* con l'utilizzo della specifica quinta cifra

DIPENDENZA DA VENTILATORE

La dipendenza da ventilatore viene descritta con:

cod. V64.1 *Dipendenza da respiratore [Ventilatore]*

INTERVENTI/PROCEDURE**TERAPIA VENTILATORIA**

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 80/168

La terapia ventilatoria:

- **non invasiva** è codificata alla categoria 93.9_ *Terapia respiratoria*
- **invasiva** è codificata alla categoria 96.7_ *Altra ventilazione meccanica continua*

Si riportano di seguito alcuni criteri per l'appropriato utilizzo dei cod. di riferimento per la terapia ventilatoria.

CODICE TERAPIA RESPIRATORIA NON INVASIVA	INDICAZIONI
cod. 93.90 <i>Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)</i>	$\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$, $\text{PaO}_2 / \text{Fi O}_2 < 200$ (edema polmonare, polmoniti gravi, etc.)
cod. 93.90 <i>Respirazione a pressione positiva a due livelli (Bi-Level)</i>	$\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ $\text{PH} \leq 7.35$
cod. 93.91 <i>Respirazione a pressione positiva intermittente</i>	$\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ $\text{PH} \leq 7.35$
cod. 93.96 <i>Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)</i>	Ipossiemia isolata ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$) per almeno 48 ore, con emogasanalisi giornaliera e monitoraggio SaO_2 nelle 48 ore
cod. 93.99 <i>Altre procedure respiratorie (polmone di acciaio)</i>	$\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ $\text{PH} \leq 7.35$

CODICE TERAPIA RESPIRATORIA INVASIVA	INDICAZIONI
cod. 96.70 <i>Ventilazione meccanica continua di durata non specificata</i>	Questo codice non va utilizzato in quanto la durata non è specificata
cod. 96.71 <i>Ventilazione meccanica continua <di 96 ore consecutive</i>	$\text{PaO}_2 < 40 \text{ mmHg}$ $\text{PaO}_2 / \text{Fi O}_2 < 200$ $\text{PH} \leq 7.35$ $\text{PaCO}_2 \leq 60 \text{ mmHg}$ Fallimento o controindicazione alla ventilazione non invasiva
cod. 96.72 <i>Ventilazione meccanica continua >96 ore consecutive o più</i>	$\text{PaO}_2 < 40 \text{ mmHg}$ $\text{PaO}_2 / \text{Fi O}_2 < 200$ $\text{PH} \leq 7.35$ $\text{PaCO}_2 \leq 60 \text{ mmHg}$ Fallimento o controindicazione alla ventilazione non invasiva

Nota sulla codifica: va posta attenzione alla durata della ventilazione meccanica, per il calcolo della quale vanno seguite le regole contenute nel manuale ICD-9_CM 2007.

DISTRUZIONE O ESCISSIONE DI LESIONE TRACHEALE, ANCHE LASER ASSISTITA

I/P: cod. 31.5 *Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea* (anche endoscopica)

Se contestualmente viene inserita una protesi tracheale, l'intervento va codificato con il cod. 31.99 *Altri interventi sulla trachea*.

CHIUSURA DELLA TRACHEOSTOMIA

Nel caso di ricovero finalizzato alla chiusura di tracheostomia vanno utilizzati:

DP: cod. V55.0 *Controllo di tracheostomia*

I/P: cod. 31.72 *Chiusura di fistola esterna della trachea*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 81/168

ASPORTAZIONE DI LESIONE BRONCHIALEI/P: cod. 32.01 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi*

Se contestualmente viene inserita una protesi bronchiale, in aggiunta vanno utilizzati i cod. 33.79 *Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali* ed il cod. 33.98 *Altri interventi sui bronchi*.

LASERTERAPIA DISOSTRUTTIVA/FOTODINAMICA SU LESIONI BRONCHIALII/P: cod. 32.01 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi***DISOSTRUZIONE BRONCHIALE CON ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE**

Se la procedura è effettuata per via endoscopica va utilizzato:

I/P: cod. 32.01 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi*

in tutti gli altri casi va utilizzato:

I/P: cod. 32.09 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dei bronchi***TERMOPLASTICA BRONCHIALE**DP: cod. 493.02 *Asma estrinseca, con esacerbazione acuta*I/P: cod. 33.29 *Altre procedure diagnostiche sul polmone***BIOPSIA TRANSBRONCHIALE DEL POLMONE**I/P: cod. 33.27 *Biopsia endoscopica del polmone*

Se eseguita biopsia del linfonodo con la stessa procedura va aggiunto:

I/P: cod. 40.11 *Biopsia di strutture linfatiche***ABLAZIONE DI LESIONE POLMONARE IN RADIOFREQUENZA**I/P: cod. 32.24 *Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare***ENDOPROTESI BRONCHIALI**

Come detto sopra, le procedure, per via endoscopica, di inserzione, sostituzione o rimozione di dispositivo terapeutico o sostanze nei bronchi o nei polmoni sono individuate dal cod.:

I/P: cod. 33.79 *Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali***INSERZIONE DI STENT TRACHEALE**I/P: cod. 96.05 *Altra intubazione del tratto respiratorio***INIEZIONE DI VOX IMPLANT**I/P: cod. 31.0 *Iniezione della laringe***SCIALOENDOSCOPIA**I/P: cod. 26.19 *Altre procedure diagnostiche sulle ghiandole e dotti salivari*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 82/168

**CAPITOLO 9
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE (520-579)**

Il capitolo nono comprende le categorie dalla 520 alla 579, così suddivise:

- Malattie della cavità orale, delle ghiandole salivari e delle mascelle: 520-529
- Malattie dell'esofago, stomaco e duodeno: 530-538
- Appendicite: 540-543
- Ernie della cavità addominale: 550-553
- Enteriti e coliti non infettive: 555-558
- Altre malattie dell'intestino e del peritoneo: 560-569
- Altre malattie dell'apparato digerente: 570-579

COMPLICANZE DA ESOFAGOSTOMIA, GASTROSTOMIA, ENTEROSTOMIA E COLOSTOMIA

Sono previsti i cod.:

- cod. 530.86 *Infezione dell'esofagostomia*
- cod. 530.87 *Complicazione meccanica dell'esofagostomia*, ad es. mal funzionamento
- cod. 536.41 *Infezione di gastrostomia*
- cod. 536.42 *Complicazione meccanica di gastrostomia*
- cod. 536.49 *Altre complicazioni di gastrostomia*
- cod. 569.60 *Complicazione non specificata da colostomia ed enterostomia*
- cod. 569.61 *Infezione di colostomia ed enterostomia*
- cod. 569.62 *Complicazioni meccaniche di colostomia ed enterostomia*
- cod. 569.69 *Altre complicazioni* (ad es. fistola, erniazione o prolasso);

Per i cod. relativi alle infezioni (cod. 530.86, 536.41 e 569.61) occorre indicare tra le altre diagnosi un cod. aggiuntivo per la segnalazione dell'agente patogeno.

COMPLICANZE INFETTIVE POST-INTERVENTO DI IMPIANTO DI RETE IN LAPAROCLE

In caso di ricovero per sola rimozione della rete infetta, il ricovero va descritto utilizzando i seguenti cod.:

- DP: cod. 998.59 *Altra infezione postoperatoria*
- DS: cod. V45.89 *Altro stato postchirurgico*
- I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo*
- I/P: cod. 83.09 *Altra incisione dei tessuti molli*

In caso di ricovero per rimozione della rete infetta ed esecuzione di nuova plastica erniaria, il ricovero va descritto utilizzando i seguenti cod.:

- DP: cod. 998.59 *Altra infezione postoperatoria*
- DS: cod. V45.89 *Altro stato postchirurgico*
- I/P: cod. 53.59 *Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore*
- I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo*

EMORRAGIA GASTRO-INTESTINALE

Nel caso di emorragia digestiva occorre indicare in DP la causa dell'emorragia, ad es.:

- cod. 531.0 *Ulcera gastrica acuta con emorragia*
- cod. 535.01 *Gastrite acuta con emorragia*
- cod. 562.13 *Diverticolite del colon con emorragia*

Nel caso in cui, invece, l'origine della perdita ematica non sia stata individuata, vanno indicati in DP o in DS, in base ai diversi quadri clinici, i seguenti cod.:

- cod. 578.0 *Ematemesi*
- cod. 578.1 *Melena e rettorragia*
- cod. 569.3 *Emorragia del retto e dell'ano*
- cod. 578.9 *Emorragia del tratto gastrointestinale non specificata*

ESOFAGITE ED ULCERA ESOFAGEA

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 83/168

Sono previsti i cod.:

cod. 530.12 *Esofagite acuta*

cod. 530.11 *Esofagite da reflusso*

cod. 947.2 *Ustione dell'esofago* ad es. in caso di ustione da ingestione di sostanze chimiche

cod. 530.85 *Esofago di Barrett*

CODIFICA DI ALCUNE FORME DI DISPLASIA DI ORGANI DIGERENTI

Per alcune situazioni cliniche relativamente frequenti di displasia epiteliale di grado grave o severo, istologicamente accertata, si ricorre all'uso dei cod. della categoria 230 *Carcinoma in situ degli organi digerenti*.

Esempi a tale riguardo sono costituiti dalla displasia grave/severa su polipi adenomatosi dell'apparato digerente o su ulcera gastrica o quando associata a rettocolite ulcerosa o a Morbo di Crohn (cod. 230.3 *Carcinomi in situ del colon* o cod. 230.4 *Carcinomi in situ del retto*).

In caso di displasia severa o di alto grado su gastrite o di ulcera gastrica occorre segnalare in DS il cod. a cinque cifre relativo alla gastrite o all'ulcera gastrica.

ESOFAGITE CON EMORRAGIA E VARICI ESOFAGEE

L'emorragia esofagea, ad eccezione dei casi in cui sia causata da varici esofagee, va codificata con il cod. 530.82 *Emorragia esofagea*. *Esclusa: emorragia da varici esofagee (456.0-456.2)*. Le varici esofagee sono codificate come malattia del sistema circolatorio.

Esempi:

-varici esofagee con sanguinamento: cod. 456.0

-varici esofagee senza menzione di sanguinamento: cod. 456.1

Se le varici esofagee sono **associate** a cirrosi epatica o ad ipertensione portale è necessario codificare entrambe le patologie come successivamente riportato.

Esempi:

-sanguinamento da varici esofagee con cirrosi epatica:

DP: cod. 571. *Malattia epatica cronica e cirrosi*

DS: cod. 456.20 *Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove*

-sanguinamento da varici esofagee in ipertensione portale:

DP: cod. 572.3 *Ipertensione portale*

DS: cod. 456.20 *Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove*

I cod. della categoria 456 *Varici di altre sedi* possono essere usati come DP nei casi in cui non sia presente cirrosi epatica o ipertensione portale.

ULCERA PEPTICA

La classificazione relativa all'ulcera peptica è in funzione della localizzazione:

cod. 531 *Ulcera gastrica*

cod. 532 *Ulcera duodenale*

cod. 533 *Ulcera peptica*

cod. 534 *Ulcera gastroduodenale*

Per la corretta segnalazione della suddetta patologia è necessario utilizzare sempre un cod. di sotto-classificazione, in cui la quarta cifra indica se la lesione è in **fase acuta** (da 0 a 3) o **cronica** (da 4 a 7) e la quinta segnala l'eventuale presenza di **complicanze** (con ostruzione e senza ostruzione).

Le ulcere dello stomaco e del duodeno non presentano cod. specifici per sede (ad es.: antro, fundus, etc.); considerata l'aspecificità della descrizione, l'utilizzo dei cod. della categoria 533 *Ulcera peptica, sito non specificato*.

Inclusa: ulcera gastroduodenale SAI, ulcera da stress, ulcera peptica SAI dovrebbe essere il più possibile limitato.

L'eventuale condizione di anemia secondaria ad emorragia segue le regole della DS e quindi si codifica solo se ha comportato un trattamento per via parenterale con emocomponenti.

ERNIE DELLA CAVITÀ ADDOMINALE (COD. 550 – 553)

Per la classificazione delle ernie occorre utilizzare un cod. di sottoclassificazione dove:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 84/168

- la quarta cifra indica la complicazione ad es. ostruzione e/o gangrena
- la quinta cifra indica la mono/bilateralità e la recidiva.

MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL'INTESTINO (COD. 555 – 558)

Per la descrizione del **Morbo di Crohn** è necessario indicare, a seconda della localizzazione, uno dei seguenti cod.:

- cod. 555.0 *Enterite regionale dell'intestino tenue*
- cod. 555.1 *Enterite regionale dell'intestino crasso*
- cod. 555.2 *Enterite regionale dell'intestino tenue e crasso*

In caso di interessamento prevalentemente anale o perianale con presenza di fistola:

- DS: cod. 565.1 *Fistola anale*

La riaccutizzazione o la cronicità dell'enterite regionale va codificata con gli stessi cod. delle sottocategorie 555._ *Enterite regionale. Incluso.: Morbo di Crohn, Enterite granulomatosa.*

Per la descrizione **dell'entero/rettocolite** ulcerosa è necessario indicare, a seconda della localizzazione, uno dei seguenti cod.:

- cod. 556.0 *Enterocolite ulcerosa (cronica)*
- cod. 556.1 *Ileocolite ulcerosa (cronica)*
- cod. 556.2 *Proctite ulcerosa (cronica)*
- cod. 556.3 *Proctosigmoidite ulcerosa (cronica)*
- cod. 556.5 *Colite ulcerosa localizzata al colon sinistro (cronica)*

Gli stessi cod. 556_ vengono utilizzati per indicare la riaccutizzazione e la cronicità dell'enterite regionale.

Come da indicazione del manuale ICD-9_CM 2007, la condizione di **megacolon tossico** non deve essere codificata con un altro cod. costituendo una componente integrale della patologia principale.

Per la segnalazione delle forme di colite (infiammatoria cronica) non determinata va utilizzato il cod. specifico 556.9 *Colite ulcerosa non specificata*.

PERITONITE ED ALTRE INFEZIONI RETROPERITONEALI (COD. 567 – 569)

Come da indicazione del manuale ICD-9_CM 2007, sono previsti i seguenti cod. per la descrizione di alcuni specifici quadri clinici di peritonite e di infezione retroperitoneali:

- cod. 567.21 *Peritonite (acuta) generalizzata*
- cod. 567.22 *Ascesso peritoneale*
- cod. 567.23 *Peritonite batterica spontanea*
- cod. 567.29 *Altre peritoniti suppurative*
- cod. 567.31 *Ascesso del muscolo psoas*
- cod. 567.38 *Altro ascesso retro peritoneale*
- cod. 567.39 *Altra infezione retro peritoneale*
- cod. 567.81 *Coleperitonite*
- cod. 567.82 *Mesenterite sclerosante (che include anche: la Steatonecrosi peritoneale, la Fibrosi mesenterica sclerosante idiopatica, la Lipodistrofia mesenterica, la Panniculite mesenterica e la Mesenterite retrattile)*
- cod. 567.89 *Altre peritoniti specificate (che include anche: la Peritonite proliferativa cronica, la Saponificazione mesenterica e la Peritonite da urina)*

CALCOLOSI DELLA COLECISTI

La categoria 574 *Colelitiasi* contiene una serie di cod. che comprendono la calcolosi della colecisti o dei dotti biliari associata o meno alla colecistite; con la quinta cifra, inoltre, è possibile indicare la presenza o assenza di ostruzione, ad es.:

- cod. 574.00 *Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, senza menzione di ostruzione*
- cod. 574.01 *Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, con ostruzione*
- cod. 574.60 *Calcolosi della colecisti e del dotto biliare, con colecistite acuta, senza o con (574.61) menzione di ostruzione*, in caso di calcolosi contemporanea della colecisti e del coledoco con colecistite

La sindrome post-colecistectomia è una condizione in cui sono presenti sintomi suggestivi per una patologia delle vie biliari, preesistente o insorta a seguito di colecistectomia e persistente: tale sindrome si indica con il cod. 576.0 *Sindrome postcolecistectomia*.

Eventuali complicanze post-operatorie devono, invece, essere descritte con i cod. delle categorie 996-999.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 85/168

In assenza di calcolosi della colecisti e del coledoco va codificato il dolore addominale con 789.0_ *Dolore addominale*.

CIRROSI EPATICA

I diversi quadri clinici di cirrosi epatica vengono descritti utilizzando uno dei seguenti cod.:

cod. 571.2 *Cirrosi epatica alcolica (cirrosi florida, cirrosi di Laennec)*

cod. 571.5 *Cirrosi epatica senza menzione di alcool*

cod. 571.6 *Cirrosi biliare*

In caso di **varici esofagee sanguinanti correlate alla cirrosi epatica** vanno indicati:

DP: cod. 571._ *Malattia epatica cronica e cirrosi*

DS: cod. 456.20 *Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 prevede per l'utilizzo del cod. 456.20 di "Codificare per prima la malattia di base se: cirrosi del fegato (571.0-571.9), ipertensione portale (572.3)"

In presenza della condizione di **cancro-cirrosi** vanno indicati:

DP: cod. 155.0 *Neoplasia maligna del fegato*

DS: cod. 571._ *Malattia epatica cronica e cirrosi*

ASCITE

L'ascite viene descritta principalmente dal cod. 789.5 *Ascite. Fluido in cavità addominale*, nel caso in cui questa sia trattata in regime di ricovero anziché in regime ambulatoriale, la scelta di codificare la cirrosi in DP o DS deve seguire la regola generale della codifica della DP e DS:

DP: cod. 789.5 *Ascite. Fluido in cavità addominale* con o senza I/P: cod. 54.91 *Paracentesi*

oppure

DP: cod. 789.5 *Ascite. Fluido in cavità addominale* + DS cod. 571._ *Cirrosi* con o senza I/P: cod. 54.91 *Paracentesi*

oppure

DP: cod. 571._ *Cirrosi* + DS: cod. 789.5 *Ascite. Fluido in cavità addominale* con o senza I/P: cod. 54.91 *Paracentesi*

EPATITE

Il manuale ICD-9_CM 2007 distingue le epatiti di origine virale - cod. della categoria 070 *Epatite virale* - rispetto alle altre forme di epatite - cod. della categoria 571 *Malattia epatica cronica e cirrosi* quali, ad es., l'*Epatite acuta alcolica* (cod. 571.1) oppure l'*Epatite cronica persistente* (cod. 571.41).

Nella categoria 571 sono, inoltre, comprese le diverse forme di cirrosi, tra cui quella post-epatitica (cod. 571.5).

La positività sierologica verso i virus epatici, evidenziata nel corso del ricovero ma che non impegna ulteriori risorse in termini di indagini diagnostiche e/o di laboratorio e/o di trattamento specifico, si segnala tra le DS come **condizione di positività** impiegando uno o più tra i cod. della sottocategoria V02.6_ *Portatore o portatore sospetto di epatite virale*.

INSUFFICIENZA EPATICA

In assenza di un cod. specifico, l'insufficienza epatica si indica con il cod. 573.8 *Altri disturbi epatici specificati*. In caso di insufficienza epatica acuta dovuta, ad es., ad epatite acuta fulminante oppure a necrosi epatica, si utilizza il cod. 570 *Necrosi acuta e subacuta del fegato*.

STEATOSI EPATICA

La steatosi epatica non alcolica si indica con il cod. 571.8 *Altra epatopatia cronica non alcolica*; la steatosi epatica di origine alcolica si indica con il cod. 571.0 *Steatosi epatica alcolica*.

A tal riguardo, richiamando le regole della DS, la segnalazione della steatosi epatica alcolica deve essere riportata solo se tale patologia ha influenzato il trattamento ricevuto e/o ha determinato un effettivo allungamento della degenza.

MALATTIE DEL PANCREAS

In caso di pancreatite va codificato in DP il cod. 577.0 *Pancreatite acuta* o cod. 577.1 *Pancreatite cronica* e in DS le condizioni cliniche rilevate e ascrivibili quali cause della pancreatite:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 86/168

DP: cod. 577.0 *Pancreatite acuta* o cod. 577.1 *Pancreatite cronica*

DS: i seguenti cod. a seconda delle condizioni cliniche ascrivibili come cause:

- cod. 574. __ *Colelitiasi*
- cod. 157. __ *Tumori maligni del pancreas*
- cod. 303.0 *Intossicazione acuta da alcool*
- cod. 303.9 *Altra e non specificata dipendenza da alcool*
- cod. 272.1 *Ipertrigliceridemia pura*

INTERVENTI/PROCEDURE**COLANGIOPANCREATOGRFIA RETROGRADA PERENDOSCOPICA (ERCP)**

Va sempre indicata come procedura, se eseguita:

I/P: cod.51.10 *Colangiopancreatografia retrograda perendoscopica (ERCP)***POSIZIONAMENTO T-STENT NELLE VIE BILIARI**

In caso di inserzione o sostituzione di protesi del tratto biliare:

I/P: cod. 51.87 *Inserzione endoscopica di tubo nel dotto biliare, Endoprotesi del dotto biliare* (inserzione di tubo nel dotto biliare secondo interventi classificabili ai cod. 51.10-51.11, 52.13)I/P: cod. 51.99 *Altri interventi sulle vie biliari. Inserzione o sostituzione di protesi del tratto biliare* (con approccio percutaneo)

Rimozione di protesi dal dotto biliare con approccio percutaneo o chirurgico:

I/P: cod. 51.95 *Rimozione di protesi dal dotto biliare*

Rimozione di stent dal dotto biliare con approccio endoscopico:

I/P: cod. 97.55 *Rimozione di tubo a T, altro tubo biliare o tubo epatico. Rimozione di stent dal dotto biliare*I/P: cod. 45.13 *Altra endoscopia dell'intestino tenue. Esofagogastroduodenoscopia [EGD]***CHEMIOEMBOLIZZAZIONE E ALCOLIZZAZIONE**

In caso di ricovero per trattamento di tumore mediante chemioembolizzazione (epatica, pancreatica, uterina), vanno indicati:

DP: il tumore o la metastasi trattata

I/P: i seguenti cod.:

- cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*
- cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*
- cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato solo per quelle epatiche*

TUMORE EPATICO MEDIANTE ALCOLIZZAZIONE (TRATTAMENTO)

Vanno sempre indicati:

DP: il tumore o la metastasi trattata

I/P: cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato* **aggiungere** il cod.99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche***Stop-flow metodica**

La metodica stop-flow viene utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico e prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale con attivazione della circolazione extracorporea. In tali casi vanno indicati:

DP: cod. V58.11 *Chemioterapia*I/P: cod. 38.08 *Incisione di arterie dell'arto inferiore* con il cod. 38.91 *Cateterismo arterioso* **aggiungere** anche il cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove* con il cod. 39.97 *Altra perfusione*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 87/168

Termoablazione a radiofrequenza di tumore (tecnica R.I.T.A.)

In caso di ricovero per il trattamento di tumore mediante termoablazione con tecnica RITA a radiofrequenza vanno indicati:

DP: il tumore o la metastasi trattata

I/P: utilizzare i seguenti cod.:

a) Per la **neoplasia epatica**: cod. 50.23 se *Ablazione aperta* oppure cod. 50.24 se *Ablazione percutanea* **aggiungere** il cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*

b) Per la **neoplasia pancreatico**: cod. 52.22 *Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico* **aggiungere** il cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*

INTERVENTO DI TIPS PER SHUNT VENOSO INTRAADDOMINALE PER VIA PERCUTANEA

Vanno indicati i cod. di procedura 39.1 *Anastomosi arteria cava e polmonare* + cod. 38.93 *Altra cateterismo venoso non classificato altrove*.

PROCTOPESSI ADDOMINALE CON PROTESI

I/P: cod. 48.75 *Proctopessi addominale*

I/P: cod. 46.79 *Altra riparazione dell'intestino*

RESEZIONE DI PROLASSO DEL RETTO PER VIA TRANSANALE (INTERVENTO DI S.T.A.R.R.)

Nel caso di intervento di resezione di prolasso del retto per via transanale con tecnica S.T.A.R.R. va utilizzato il cod. 48.69 *Altra resezione del retto* e come DP il cod. 569.1 *Prolasso rettale* ed eventualmente, in DS, il cod. di rettocele se documentato.

Nel corso di intervento con tecnica S.T.A.R.R. (cod. 48.69) va riportato anche l'intervento specifico di colporrafia posteriore (cod. 70.52 *Riparazione di rettocele. Colporrafia posteriore*), solo nel caso in cui quest'ultimo sia stato effettuato; in questa tipologia di ricoveri va utilizzato in DP il cod. 569.1 *Prolasso rettale* e in DS il cod. 618.04 *Rettocele*.

Nel caso, invece, di intervento di riparazione di rettocele per via vaginale va riportato come intervento il cod. 70.52 *Riparazione di rettocele* e come DP il cod. 618.04 *Rettocele*.

Non va utilizzato il cod. di resezione del prolasso rettale in caso di intervento per emorroidi prolapsate.

RIPARAZIONE DI RETTOCELE CON PROTESI

Vanno indicati i cod. di correzione del rettocele unitamente al cod. 48.79 *Altra riparazione del retto*

RESERVOIR RETTALE CON J-POUCH COLICA

I/P: cod. 45.95 *Anastomosi dell'ano*

RESERVOIR RETTALE CON COLONPLASTICA TRASVERSALE (STRITTUROPLASTICA COLICA)

I/P: cod. 45.03 *Altra incisione dell'intestino crasso*

EMORROIDECTOMIA SECONDO LONGO (PROCEDURE FOR PROLAPSE HAEMORROIDS)

I/P: cod. 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi*

Nel caso di intervento di emorroidectomia secondo Longo la tecnica deve essere indicata nell'atto operatorio.

ENDOPROTESI PER LA DILATAZIONE INTESTINALE DEL COLON

I/P: cod. 46.99 *Altri interventi sull'intestino*

I/P: cod. 45.23 *Colonscopia con endoscopia flessibile*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 88/168

ENDOPROTESI PER LA DILATAZIONE INTESTINALE DEL RETTODP: cod. 569.2 *Stenosi del retto e dell'ano*I/P: cod. 46.99 *Altri interventi sull'intestino*I/P: cod. 48.23 *Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido***IMPIANTO E REVISIONE DI PROTESI DELLO SFINTERE ANALE**

Nel caso di impianto di sfintere anale vanno utilizzati:

DP: cod. 787.6 *Incontinenza fecale*I/P: cod. 49.75 *Impianto o revisione dello sfintere anale artificiale*

Qualora vi sia la necessità di rimuovere lo sfintere anale va utilizzato:

I/P: cod. 49.76 *Rimozione di sfintere anale artificiale***INSERZIONE DI PROTESI ESOFAGEA**

Se non associata a tumore dell'esofago:

DP: cod. 530.3 *Restringimento e stenosi dell'esofago*

Se associata a tumore dell'esofago:

DP: cod. 150_ *Tumori maligni dell'esofago*I/P: cod. 42.85 *Riparazione di stenosi esofagea*I/P: cod. 42.23 *Altra esofagoscopia***INSERZIONE DI PROTESI DUODENALE/STOMACO**DP: cod. 537.3 *Altra ostruzione del duodeno, codificare se presente eventuale neoplasia (pancreas, stomaco, duodeno)*I/P: cod. 44.39 *Altra gastroenterostomia senza gastrectomia*I/P: cod. 45.13 *Altra endoscopia dell'intestino tenue***PLICATURA ENDOSCOPICA DI ERNIA IATALE**I/P: cod. 44.66 *Altri interventi per la creazione di sfintere esofago gastrico*I/P: cod. 44.13 *Altra gastroscopia***FUNDUPLICATION CON TECNICA LAPAROSCOPICA**I/P: cod. 44.67 *Procedura laparoscopica per la creazione dello sfintere esofagogastrico***VIDEOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON CAPSULA**I/P: cod. 45.19 *Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue***MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANSANALE (TEM)**

Per descrivere la TEM, procedura adottata per l'asportazione di adenomi villosi del retto o di tumori del retto in stadio iniziale, va utilizzato:

I/P: cod. 48.36 *Polipectomia (endoscopica) del retto***TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO**I/P: cod. 46.97 *Trapianto di intestino*

va codificato anche il tipo di donatore (cod. da 00.91 a 00.93)

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 89/168

TRAPIANTO MULTIVISCERALE

Nel caso di trapianto multiviscerale vanno utilizzati:

DP: la patologia di base

I/P: cod. 46.97 *Trapianto di intestino*; altre procedure: cod. 43.99 *Altra gastrectomia totale*, cod. 52.83

Trapianto eterologo di pancreas, cod. 50.59 *Altro trapianto di fegato*

va codificato anche il tipo di donatore (cod. da 00.91 a 00.93)

TRAPIANTO DI FEGATO SPLIT

I/P: cod. 50.59 *Altro trapianto di fegato* associato al cod. 51.39 *Altra anastomosi del dotto biliare*

RICOVERO PER ASPORTAZIONE DI FEGATO DA DONATORE SANO

Nel caso di ricovero per asportazione di fegato da donatore sano vanno utilizzati:

DP: cod. V59.6 *Donatori di fegato*

I/P: cod. 50.22 *Epatectomia parziale*

TRATTAMENTO PER L'OBESITÀ

Nel caso di ricovero per trattamento di obesità si rimanda al cap. 3 Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 90/168

CAPITOLO 10

MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO

(580-629)

Il capitolo decimo comprende le malattie dell'apparato genito-urinario così suddivise:

- Nefrite, sindrome nefrosica, nefrosi: 580-589
- Altre patologie del sistema genito urinario: 590-599
- Patologie degli organi genitali maschili: 600-608
- Disturbi della mammella: 610-611
- Malattie infiammatorie degli organi femminili: 614-616
- Altre malattie dell'apparato genitale femminile: 617-629

INSUFFICIENZA RENALE

L'insufficienza renale va codificata come DP solo se a tale patologia è stata riservata la maggiore quota assistenziale. Se un paziente, ricoverato per altro motivo, presenta una condizione di insufficienza renale che richiede un trattamento (ad es. dialisi o emofiltrazione) o che comunque comporta un aggravio assistenziale che determina un prolungamento della degenza, l'insufficienza renale deve essere indicata fra le DS utilizzando i cod. specifici di:

cod. 584._ *Insufficienza renale acuta*

cod. 585._ *Malattia renale cronica*

E' da evitare l'uso del cod. 586 *Insufficienza renale non specificata* in quanto non specifico, salvo a fini epidemiologici quando presente.

Per la ricerca dei cod. attraverso l'indice alfabetico va utilizzato il termine principale:

defaillance per l'insufficienza renale acuta

malattie rene per l'insufficienza renale cronica

Attenzione in quanto alla voce insufficienza renale acuta l'indice alfabetico riporta in modo non appropriato l'utilizzo del cod. 593.9 *Patologia non specificata del rene e dell'uretere*.

MALATTIA RENALE CRONICA

La categoria 585 *Malattia renale cronica* viene classificata sulla base dello stadio di gravità (stadi I-V). Gli stadi da II a IV corrispondono, rispettivamente, a malattia renale cronica di grado lieve, moderato e severo. Il cod. 585.6 identifica la malattia in stadio terminale.

- 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)*
- 585.5 *Malattia renale cronica, stadio V. Esclusa la malattia renale cronica di stadio V che necessita di dialisi cronica (585.6)*
- 585.6 *Malattia renale cronica, stadio finale. Malattia renale cronica che necessita di dialisi cronica*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 prevede per la categoria 585 di codificare prima la malattia cronica ipertensiva (403.00-403.91, 404.00-404.94), se è il caso. Prevede, inoltre, di utilizzare il cod. addizionale per indicare lo stato di trapianto di rene (V42.0).

Nota sulla codifica: i pazienti sottoposti a trapianto di rene potrebbero ancora manifestare qualche grado di disfunzione renale, perché il rene trapiantato potrebbe non avere ancora pienamente ripristinato la funzionalità renale. La sola presenza di malattia renale cronica non costituisce quindi una complicazione del trapianto. In questi casi occorre codificare il cod. 585._ seguito dal cod. V42.0 che identifica lo status di trapianto renale.

In caso di **riacutizzazione** vanno utilizzati:

DP: cod. 584._ *Insufficienza renale acuta*

DS: cod. 585._ *Malattia renale cronica*

I cod. 585._ *Malattia renale cronica* vanno usati anche in caso di ricovero con intervento chirurgico specifico per il trattamento della patologia (inserzione di catetere, allestimento di fistola arterovenosa (FAV), formazione di shunt).

NEFROPATIA IPERTENSIVA O MALATTIA CRONICA IPERTENSIVA

Si rimanda alle indicazioni contenute nel cap. 7 Malattie del sistema circolatorio.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 91/168

NEFROPATIA DIABETICA O MALATTIA RENALE DA DIABETE MELLITO

Si rimanda alle indicazioni contenute nel cap. 3 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche e disturbi immunitari.

GLOMERULONEFRITE ACUTA E SINDROME NEFROSICA

Per codificare:

la *Glomerulonefrite acuta* si utilizzano i cod. della categoria 580._

la *Sindrome nefrosica* si utilizzano i cod. della categoria 581._

la quarta cifra delle due categorie indica la descrizione istologica delle patologie.

Se la natura istologica non è conosciuta o non è descritta vanno utilizzati: il cod. 580.9 *Glomerulonefrite acuta, con lesioni istologiche non specificate* o il cod. 581.9 *Sindrome nefrosica, con lesioni istologiche non specificate*.

INFEZIONI DELLE VIE URINARIE

L'infezione delle vie urinarie deve essere adeguatamente documentata in cartella clinica. I seguenti cod. identificano:

cod. 595.0 *Cistite acuta*

cod. 599.0 *Infezione del sistema urinario, sito non specificato* (diagnosi generica da utilizzare in assenza di causa organica nota e localizzata)

cod. 590.1_ *Pielonefrite acuta* dove la quinta cifra identifica la presenza o l'assenza di necrosi midollare

cod. 590.0_ *Pielonefrite cronica* dove la quinta cifra identifica la presenza o l'assenza di necrosi midollare

Va utilizzato un cod. aggiuntivo per codificare eventuali microorganismi, ad es. Escherichia Coli (cod. 041.4).

Invece la semplice **batteriuria asintomatica** deve essere codificata, se influente sul ricovero, con il cod. 791.9 *Altri reperti non specifici dell'esame urina*.

EMATURIA

Il cod. 599.7 *Ematuria (benigna) (essenziale)* deve essere indicato in DP quando, al termine del ricovero, non si identifica una specifica patologia che la sostiene.

Se l'ematuria è espressione di una complicazione post-chirurgica tale da richiedere un successivo ricovero, va utilizzato in DP un cod. della categoria 996-999 *Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove* (più frequentemente il cod. 998.11 *Emorragia complicante un intervento*).

Se l'ematuria avviene nel corso del ricovero ove è stato effettuato l'intervento, l'ematuria non dovrebbe essere considerata come una complicanza postoperatoria e non dovrebbe essere riportata in DS, tranne nei casi in cui il sanguinamento risulti particolarmente importante e persistente e tale da richiedere uno specifico trattamento diagnostico-terapeutico.

COLICA RENALE

Per codificare la colica renale, in assenza di calcolosi documentata, va utilizzato:

DP: cod. 788.0 *Colica renale*

Per codificare la colica renale, in presenza di calcolosi documentata, vanno indicati:

DP: cod. 592._ *Calcolosi renale ed ureterale*

DS: cod. 788.0 *Colica renale*

Nota sulla codifica: la codifica di idronefrosi in DS conduce all'attribuzione di un DRG complicato.

IPERTROFIA/IPERPLASIA PROSTATICA

I cod. di ipertrofia/iperplasia prostatica sono i seguenti:

cod. 600.0_ *Ipertrofia benigna della prostata*

cod. 600.1_ *Prostata nodulare*

cod. 600.2_ *Iperplasia benigna localizzata della prostata*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 92/168

Nota sulla codifica: la quinta cifra descrive la presenza o meno di ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie.

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 prevede per i codici:

-600.01 *Ipertrofia prostatica benigna con ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS). Ipertrofia prostatica benigna con ritenzione urinaria*

-600.21 *Iperplasia benigna localizzata della prostata con ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS)*

-600.91 *Iperplasia della prostata non specificata, con ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS)*

l'utilizzo di cod. aggiuntivi per identificare i seguenti sintomi: svuotamento incompleto della vescica (788.21); nicturia (788.43); sforzo nella minzione (788.65); minzione frequente (788.41); esitazione alla minzione (788.64); incontinenza urinaria (788.30-788.39); ostruzione urinaria (599.69); ritenzione urinaria (788.20); urgenza urinaria (788.63); mitto debole (788.62).

INTERVENTI/PROCEDURE**PROCEDURE/INTERVENTI PER DIALISI****DIALISI**

La dialisi in corso di IRC (insufficienza renale cronica) è un trattamento ambulatoriale e i ricoveri dei pazienti dializzati sono per lo più determinati da complicanze della patologia di base o del trattamento dialitico stesso.

Per tale motivo come DP del ricovero non è appropriata la codifica di IRC, ma va indicata:

DP: la patologia che ha determinato il ricovero

DS: la condizione di dializzato con i seguenti cod.:

- cod. V45.1 *Stato postchirurgico di dialisi renale* se non viene eseguito trattamento dialitico
- cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea*

I/P cod. 39.95 *Emodialisi* se viene eseguita emodialisi

- cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi*

I/P cod. 54.98 *Dialisi peritoneale* se viene eseguita dialisi peritoneale

Nel ricovero esclusivamente finalizzato all'effettuazione del trattamento dialitico in DP va riportato il cod. V56._ *Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente*.

ACCESSI VASCOLARI PER EMODIALISI**Fistola Artero-Venosa (FAV)**

Nel paziente che si sottopone al primo intervento di preparazione di Fistola Artero-Venosa (FAV) per l'emodialisi vanno utilizzati:

DP: cod. 585._ *Malattia renale cronica*

I/P: cod. 39.27 *Arteriovenostomia per dialisi renale*

Nel caso di utilizzo di stent per la costruzione di un accesso vascolare va aggiunto:

I/P: cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in vaso periferico*

Nel caso di reintervento per complicanze correlate alla FAV preesistente vanno indicati:

DP: cod. 996.1 *Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti o innesti vascolari*
oppure

DP: cod. 996.62 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti o innesti vascolari*

I/P: cod. 39.27 *Arteriovenostomia per dialisi renale*

oppure

I/P: cod. 39.42 *Revisione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale*

L'utilizzo di stent per la costruzione di un accesso vascolare va segnalato con il cod. aggiuntivo:

I/P: cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in vaso periferico*

Se il paziente è già in trattamento dialitico va utilizzato:

se è sottoposto ad emodialisi durante il ricovero:

DS : cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede emodialisi*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 93/168

se non viene sottoposto a dialisi durante il ricovero:

DS: cod. V45.1 *Stato post-chirurgico di dialisi renale*

Impianto di catetere venoso per emodialisi

Nel caso di impianto di catetere venoso per emodialisi vanno utilizzati:

DP: codifica della patologia principale

I/P: cod. 38.95 *Cateterismo venoso per dialisi renale*

Utilizzo di dispositivo totalmente impiantabile

Nel caso di utilizzo di dispositivo totalmente impiantabile vanno utilizzati:

DP: codifica della patologia principale

I/P: cod. 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile*

Accesso per dialisi peritoneale

a) Nel posizionamento di catetere peritoneale per dialisi vanno segnalati:

DP: cod. 585._ *Malattia renale cronica*

I/P: cod. 54.93 *Creazione di fistola cutaneo-peritoneale*

b) Nelle complicanze relative al catetere peritoneale vanno segnalati:

DP: cod. 996.56 *Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale*

oppure

DP: cod. 996.68 *Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale*

DS: cod. V45.1 *Stato postchirurgico di dialisi renale* se il paziente non effettua dialisi

oppure

DS: cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi* se il paziente effettua la dialisi peritoneale

oppure

DS: cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea* se viene eseguita emodialisi

DS: eventuale cod. V56.2 *Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi*

c) Nella rimozione del catetere vanno segnalati:

I/P: se procedura non operatoria: cod. 97.82 *Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale*

I/P: se procedura operatoria solo esplorativa: cod. 54.95 *Incisione del peritoneo*

I/P: se procedura operatoria con rimozione di catetere: cod. 97.82 *Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale* con cod. 54.95 *Incisione del peritoneo*

ESTRAZIONE ENDOSCOPICA DI CALCOLI

Nel caso di **estrazione endoscopica di calcolo ureterale o intrarenale dopo frammentazione (anche laser)** vanno utilizzati:

DP: cod. 592._ *Calcolosi renale ed ureterale*

I/P: cod. 56.0 *Estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo*

I/P: cod. 56.31 *Ureteroscopia*

I/P: cod. 59.8 *Cateterizzazione ureterale* se effettuata

SOSTITUZIONE/RIMOZIONE DI STENT URETERALE

Nel caso di sostituzione o rimozione di stent ureterale (DJ) va utilizzata:

1) sostituzione

DP: cod. V53.6 *Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari*

I/P: cod. 59.8 *Cateterizzazione ureterale*

2) rimozione

DP: cod. V53.6 *Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari*

I/P: cod. 97.62 *Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 precisa che nel caso di **stomia** va utilizzato il cod. V55._ *Controllo di aperture artificiali*, che specifica: "Inclusa: chiusura, estrazione o sostituzione di catetere, introduzione di sonde o cateteri, revisione, sistemazione o ricollocamento di cateteri, toletta o pulitura. Esclusa: complicazioni di orifizio

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 94/168

esterno (519.00-519.09, 569.60-569.69, 997.4, 997.5), presenza di aperture artificiali, senza necessità di cure (V44.0-V44.9)".

FOLLOW UP DI TUMORE VESCICALE

Nel caso di follow up per tumore vescicale con esecuzione di biopsia vescicale (cod. 57.33) o resezione endoscopica (cod. 57.49) in corso di cistoscopia, si codifica come segue: se l'istologia risulta positiva in DP va inserito il cod. di tumore, se risulta negativa in DP il cod. di anamnesi (cod. V10.51), se risultano alterazioni all'esame istologico (ad es. cistite o altro) in DP il cod. specifico e in DS il cod. di anamnesi (cod. V10.51).

Esempio:

a) Qualora nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, in DP va indicato il cod. relativo alla neoplasia:

DP: il cod. relativo alla neoplasia

I/P: cod. 57.33 *Cistoscopia con biopsia*

b) Quando dall'esame istologico risulti una flogosi cronica, in DP va indicato il cod. 595._ e in DS il cod. V di anamnesi:

DP: cod. 595._ *Cistite*

DS: cod. V10.51 *Anamnesi personale di tumore maligno della vescica*

I/P: cod. 57.33 *Cistoscopia con biopsia*

c) Negli altri casi vanno utilizzati:

DP: cod. V10.51 *Anamnesi personale di tumore della vescica*

I/P: cod. 57.33 *Cistoscopia con biopsia*

CORREZIONE DI VARICOCELE

Per l'intervento tradizionale di correzione di varicocele mediante legatura dei vasi spermatici vanno indicati:

DP: cod. 456.4 *Varicocele*

I/P: cod. 63.1 *Asportazione di varicocele*

Le tecniche eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda sono identificate dall'uso combinato dei seguenti cod.:

I/P: cod. 63.1 *Asportazione di varicocele*

I/P: cod. 39.92 *Iniezione o infusione di altre sostanze sclerosanti*

La via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione di:

I/P: cod. 88.67 *Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate*

CORREZIONE DI IDROCELE

Per l'intervento di correzione di idrocele vanno indicati:

DP: utilizzare un cod. della categoria 603._ *Idrocele*

I/P: cod. 61.2 - *Asportazione di idrocele (della tunica vaginale)* in caso di chiusura del dotto peritoneo-vaginale associato o non ad eversione della tunica vaginale

INTERVENTO PER CRIPTORCHIDISMO

Per codificare il criptorchidismo vanno indicati:

DP: cod. 752.51 *Testicolo non disceso*

oppure

DP: cod. 752.52 *Testicolo retrattile*

DS: cod. di *Ernia inguinale* (categoria 550._) e l'eventuale intervento sull'ernia solo quando l'ernia è clinicamente evidente e trattata (condizione presente soprattutto in chirurgia pediatrica)

I/P: cod. 62.5 *Orchiopessi*

FIMOSI

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 95/168

La fimosi deve essere codificata utilizzando:

DP: cod. 605 *Prepuzio esuberante e fimosi*

I/P: cod. 64.0 *Circoncisione*

Nota sulla codifica: per tale intervento non va utilizzato il cod. 64.93 *Liberazione di sinechie peniene*.

Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere codificate con il cod. 64.91 *Plastiche di slittamento del prepuzio*.

CORREZIONI DI ANOMALIE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE

In caso di anomalie del pene vanno indicati:

DP: cod. 752.63 *Curva anomala e congenita del pene* se congenita

oppure

DP: cod. 098.2 *Infezione gonococcica cronica dell'apparato urinario inferiore* se acquisita

oppure

DP: cod. 607.81 *Induratio penis plastica* se acquisita

oppure

DP: cod. 607.85 *Malattia di Peyronie (induratio penis)* se acquisita

I/P: cod. 64.49 *Altra riparazione del pene* (intervento secondo NESBIT)

oppure

I/P: cod. 64.93 *Liberazione di sinechie peniene*

ASPORTAZIONE DI CONDILOMI DELL'URETRA

♂ Per l'asportazione di condilomi acuminati dell'uretra o dal tessuto periuretrale vanno indicati:

DP: cod. 078._ se di origine virale o cod. 090._ se di origine infettiva

I/P: cod. 58.31 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra*

oppure

I/P: cod. 58.39 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra* che contempla anche l'eventuale uretrectomia

♀ Per l'asportazione di condilomi acuminati della cervice uterina o della vagina vanno indicati:

DP: i cod. della categoria 616._ *Malattia infiammatoria della cervice, della vagina e della vulva*

DS: cod. 078.1 *Condiloma acuminato*

I/P: cod. 67.3_ *Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice*

oppure

I/P: cod. 70.3_ *Asportazione di lesione locale della vagina*

oppure

I/P: cod. 71.3 *Altra asportazione di lesione locale dalla vulva*

BIOPSIA PROSTATICA

La biopsia della prostata si codifica con:

I/P: 60.11 *Biopsia transperineale [percutanea] [agobiopsia] della prostata. Approccio transrettale. Approccio transuretrale. Biopsia transperineale con punch*

RESEZIONE PROSTATICA TRANSURETRALE

Nel caso di resezione prostatica transuretrale vanno indicati:

DP: cod. 600._ *Iperplasia della prostata* oppure cod. 185 *Tumori maligni della prostata* in caso di istologico positivo

Nota sulla codifica: vedi nota precedente relativa al paragrafo "ipertrofia prostatica".

Nota sulla codifica: non deve essere utilizzato il cod. 222.2 *Tumori benigni degli organi genitali maschili – prostata*.

I/P: cod. 60.29 *Resezione transuretrale della prostata (TURP)*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 96/168

LINFOCELE POST-PROSTATECTOMIA

In caso di linfocele post-prostatectomia vanno indicati:

DP: cod. 998.89 *Altre complicazioni specificate in interventi non classificati altrove*DS: cod. 457.8 *Altri disturbi non infettivi dei vasi linfatici*I/P: cod. 54.91 *Drenaggio percutaneo addominale***INTERVENTO PER REFLUSSO VESCICO-URETERALE**

Per l'intervento per reflusso vescico-ureterale vanno indicati:

DP: cod. 593.7_ *Reflusso vescico-ureterale***a cielo aperto:**I/P: cod. 56.74 *Uretero-neocistostomia diretta, con plastica antireflusso o con flap vescicale***per via endoscopica:**I/P: cod. 56.31 *Ureteroscopia*

oppure

I/P: cod. 57.32 *Cistoscopia*I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche***INTERVENTO PER INCONTINENZA URINARIA MASCHILE**

Per l'incontinenza urinaria maschile vanno indicati:

DP: cod. 788.32 *Incontinenza da stress nel maschio***a cielo aperto:**I/P: cod. 59.4 *Sospensione uretrale sovrapubica con sling (anche se la benderella è posizionata per via transotturatoria)***per via endoscopica con tecnica di iniezione di collagene:**I/P: cod. 59.72 *Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale*I/P: cod. 57.32 *Altra cistoscopia***INTERVENTO PER INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE**

Per l'incontinenza urinaria da sforzo femminile vanno indicati:

DP: cod. 625.6 *Incontinenza urinaria da sforzo nella donna*Nel caso in cui la causa dell'incontinenza sia il prolasso genitale (uterino, pareti vaginali, utero-vaginale, etc.) va utilizzato in DP il cod. 618.____ *Prolasso genitale* e in DS il cod. 625.6 *Incontinenza urinaria da sforzo nella donna***a cielo aperto:**I/P: cod. 70.51 *Riparazione di cistocele eventualmente associato al cod. 59.3 Colpoplastica (Kelly)*

oppure

I/P: cod. 59.4 *Sospensione uretrale sovrapubica con sling (anche se la benderella è posizionata per via transotturatoria)*

oppure

I/P: cod. 59.5 *Sospensione uretrale retropubica (Marshall)*

oppure

I/P: cod. 59.6 *Colposospensione parauretrale***per via endoscopica e in caso di intervento con tecnica di iniezione di collagene:**I/P: cod. 59.72 *Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale*I/P: cod. 57.32 *Altra cistoscopia***per l'intervento di plastica vescicale con protesi:**I/P: cod. 57.85 *Cistoureteroplastica e chirurgia plastica del collo vescicale*I/P: cod. 57.99 *Altri interventi sulla vescica***IMPIANTO DI PACE-MAKER NEURALE O ELETTROSTIMOLATORE NEURO-UROLOGICO**

Si rimanda ai contenuti dell'appendice Terapia antalgica.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 97/168

IMPIANTO DI PROTESI SFINTERIALI URETRALIDP: cod. 788.32 *Incontinenza da stress nel maschio*I/P: cod. 58.93 *Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali***PATOLOGIE NON ONCOLOGICHE DELLA MAMMELLA**

Le malattie ed i disturbi di natura non neoplastica della ghiandola mammaria vengono descritti dai cod. della categoria 610-611:

categoria 610._ *Displasia benigna della mammella*, compresa la mastopatia cistica diffusacategoria 611._ *Altri disturbi della mammella*, compresa la malattia infiammatoria della mammella (ascesso, mastiti non puerperali, fistola), l'ipertrofia mammaria e altri segni, sintomi e disturbi specificati della mammella**DEINFIBULAZIONE**DP: cod. 629.2_ *Mutilazione genitale femminile*I/P: cod. 71.01 *Lisi di aderenze vulvari associato* al cod. 71.09 *Altra incisione della vulva e del perineo*

Per la codifica della deinfibulazione al momento del parto vaginale si rimanda ai contenuti del cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

BIOPSIA E RASCHIAMENTO DELL'UTERO

In caso di biopsia dell'utero va indicato:

I/P: cod. 68.16 *Biopsia dell'utero. Biopsia endoscopica (laparoscopia) (isteroscopia) dell'utero. Esclusa la biopsia a cielo aperto dell'utero (68.13)*

In caso di dilatazione e raschiamento dell'utero va indicato:

I/P: cod. 69.0_ *Dilatazione e raschiamento dell'utero***TRATTAMENTO DI FIBROMA UTERINO MEDIANTE EMBOLIZZAZIONE**

In caso di trattamento di fibroma uterino mediante embolizzazione vanno indicati:

DP: cod. 218._ *Leiomioma uterino*I/P: cod. 68.29 *Altra asportazione o demolizione di lesione dell'utero*I/P: cod. 38.91 *Cateterismo arterioso***ENDOMETRIOSI**

In caso di endometriosi profonda retroperitoneale nelle seguenti localizzazioni: setto retto-vaginale, legamento utero sacrale, parametrio, uretere, vescica, la codifica è la seguente:

DP: cod. 617._ *Endometriosi*

I/P: codificare la procedura correlata alla sede senza aggiungere il cod. dell'approccio laparoscopico

Nota: l'atto operatorio dovrà riportare correttamente l'asportazione della localizzazione endometriosica delle sedi sopra riportate.

ABLAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DEL RENE

L'ablazione percutanea di lesione o tessuto del rene è identificata dal cod. procedura 55.33 *Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali*.

TRAPIANTO RENALE

In caso di ricovero per trapianto renale vanno indicati:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 98/168

DP: cod. 585._ *Malattia renale cronica* se il paziente non ha iniziato il trattamento dialitico oppure

DP: cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea* se il paziente ha iniziato il trattamento dialitico extracorporeo

oppure

DP: cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi* se il paziente ha iniziato il trattamento dialitico peritoneale

I/P: cod. 55.69 *Eterotrapianto di rene (indipendentemente da cadavere vivente)* in aggiunta va descritto il tipo di donatore con i cod. di procedura 00.91 *Trapianto da donatore vivente, parente*, 00.92 *Trapianto da donatore vivente, non-parente* o 00.93 *Trapianto da cadavere*

Complicanze del trapianto renale

In caso di ricovero per complicanze di trapianto renale vanno indicati:

DP: cod. 996.81 *Complicazioni di trapianto di rene*

DS: codificare la patologia specifica

Se invece la patologia che determina il ricovero è indipendente dal precedente trapianto (ad es.: appendicite acuta), va segnalato lo stato di trapiantato come DS utilizzando il cod. V42.0 *Rene sostituito da trapianto*.

Nota sulla codifica: si rimanda alla nota sull'utilizzo del cod. 585._.

UTILIZZO DI ROBOT CHIRURGICO NEGLI INTERVENTI DI CHIRURGIA UROLOGICA

Nel caso di utilizzo del robot chirurgico negli interventi di chirurgia urologica va indicato nelle procedure/interventi il cod. 00.39 *Altra chirurgia computer assistita*

Esempio:

DP: cod. 189.0 *Tumori maligni del rene, eccetto la pelvi*

I/P: cod. 55.4 *Nefrectomia parziale*

I/P: cod. 00.39 *Altra chirurgia computer assistita*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 99/168

**CAPITOLO 11
COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL
PUERPERIO (630-677)**

I codici della MDC 14 Gravidanza, parto e puerperio appartengono all'undicesimo capitolo del manuale ICD-9_CM 2007, che comprende le complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio suddivise nelle seguenti categorie:

- Gravidanza e mola vescicolare: 630-633
- Altre gravidanze con esito abortivo: 634-638
- Complicazioni successive ad aborto e a gravidanze ectopiche molar: 639
- Complicazioni principalmente correlate alla gravidanza: 640-649
- Parto normale e altre indicazioni per ricovero in gravidanza, travaglio e parto: 650-659
- Complicazioni che avvengono principalmente nel corso del travaglio e del parto: 660-669
- Complicazioni del puerperio: 670-677

Nel corso della gravidanza, del parto e del puerperio, devono sempre essere utilizzati in DP i codici del capitolo 11; per casi eccezionali e per dare maggiore specificità alla diagnosi possono essere utilizzati in DS codici di altri capitoli.

Per le procedure occorre fare riferimento ai codici relativi agli interventi ostetrici (72-75).

Quando una paziente è ricoverata a causa di una condizione che complica la gravidanza, oppure consegue a quest'ultima, il codice relativo alla complicazione ostetrica deve essere selezionato come DP.

I codici di questo capitolo descrivono condizioni o complicazioni della madre e pertanto non devono essere utilizzati per codificare la SDO del neonato.

Nota sulla codifica: il cod. 677 *Effetto tardivo della complicazione della gravidanza, del parto, del puerperio* non va mai selezionato in quanto il DRG risulta non classificabile.

GRAVIDANZA ECTOPICA E MOLA VESCICOLARE (630-633)

Le categorie da 630 a 633 descrivono gravidanze ectopiche, molar, altri prodotti anomali del concepimento e l'aborto ritenuto.

Qualsiasi complicazione insorta nel corso del ricovero deve essere descritta con un cod. diagnosi aggiuntivo appartenente alla categoria 639._ *Complicazioni successive ad aborto e gravidanze ectopiche e molar.*

GRAVIDANZA TUBARICA

Il ricovero di una paziente con gravidanza tubarica, nel corso del quale venga eseguito un intervento laparoscopico di salpingotomia con rimozione del prodotto del concepimento, lasciando la tuba in sede, va descritto ponendo:

DP: cod. 633.1_ *Gravidanza tubarica*

I/P: cod. 66.01 *Salpingotomia*

I/P: cod. 54.21 *Laparoscopia*

L'eventuale esecuzione di una salpingoplastica si descrive con:

I/P: cod. 66.79 *Altra riparazione delle tube. Trapianto di tuba; riapertura di tuba sezionata; salpingoplastica*

ABORTO RITENUTO

In caso di raschiamento a seguito di aborto con ritenzione del prodotto del concepimento vanno utilizzati:

DP: 632 *Aborto ritenuto*

I/P: cod. 69.02 *Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto*

oppure

I/P: cod. 69.52 *Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di gravidanza o aborto*

Nota sulla codifica: il cod. 632 di aborto ritenuto si riferisce a morte fetale precoce prima del compimento della 22ma settimana con ritenzione del feto morto o ritenzione del prodotto del concepimento non seguiti da aborto spontaneo, indotto o da parto. Non include, invece, l'anomalo prodotto del concepimento (630, 631), il mancato aborto indotto (638.0-638.9), la morte intrauterina (tardiva) (656.4), il parto mancato (656.4).

ALTRE GRAVIDANZE CON ESITO ABORTIVO (634-638)

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 100/168

Le categorie da 634.__ a 638.__ descrivono le varie tipologie di aborto: aborto spontaneo, aborto indotto legalmente (IVG), aborto terapeutico, aborto illegale, aborto non specificato e tentativo fallito di aborto.

Le complicazioni legate all'aborto vengono descritte con la quarta cifra mentre la quinta cifra identifica se l'aborto è completo o incompleto.

Nel caso di complicazione trattata con ricovero successivo all'evento abortivo o parto va utilizzato:

DP: cod. 639.__ *Complicazioni successive all'aborto o alla gravidanza ectopica e molari*

ABORTO SPONTANEO

In caso di raschiamento a seguito di aborto spontaneo vanno utilizzati:

DP: cod. 634.__ *Aborto spontaneo* dove la quarta cifra identifica eventuali complicazioni e la quinta cifra consente di specificare se l'aborto è completo o incompleto

I/P: cod. 69.02 *Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto*

oppure

I/P: cod. 69.52 *Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di gravidanza o aborto*

INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (IVG)

In caso di raschiamento per interruzione di gravidanza indotta legalmente, incluso l'aborto terapeutico, vanno utilizzati:

DP: cod. 635.__ *Aborto indotto legalmente* dove la quarta cifra identifica eventuali complicazioni e la quinta cifra consente di specificare se l'aborto indotto legalmente è completo o incompleto

I/P: cod. 69.01 *Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza*

oppure

I/P: cod. 69.51 *Raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza.*

INTERRUZIONE VOLONTARIA FARMACOLOGICA DI GRAVIDANZA (RU 486)

1) In caso di interruzione volontaria farmacologica di gravidanza, effettuata in un unico ricovero ordinario continuativo, vanno utilizzati i seguenti codici:

DP: cod. 635.92 *Aborto completo indotto legalmente senza complicazioni*

I/P: cod. 99.24 *Iniezione di altri ormoni* per la prima ed eventuale seconda somministrazione per os

I/P: cod. 96.49 *Altra instillazione genitourinaria* qualora venga effettuata una seconda somministrazione anche per via vaginale

I/P: cod. 88.78 *Diagnostica ecografia dell'utero gravido*

2) Nel caso di **dimissione volontaria** anticipata, la codifica è la seguente:

DP: cod. 635.9__ *Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita* (con verifica ecografica)

oppure

DP: cod. V61.7 *Altra gravidanza non desiderata* (senza verifica ecografica)

I/P: cod. 99.24 *Iniezione di altri ormoni* (RU 486)

I/P: cod. 88.78 *Diagnostica ecografia dell'utero gravido*

3) Ogni eventuale richiesta di successiva prosecuzione di trattamento abortivo si configurerà come nuovo ricovero ordinario:

DP: cod. 635.92 *Aborto completo, indotto legalmente senza complicazione riferita, completo*

I/P: cod. 96.49 *Altra instillazione genitourinaria*, somministrazione di prostaglandine

I/P: cod. 88.78 *Diagnostica ecografia dell'utero gravido*

I cod. della categoria 639.__ *Complicazioni successive ad aborto, gravidanze ectopiche e molari* devono essere utilizzati nei seguenti due casi:

1. in corso di ricovero per gravidanze ectopiche o molari come cod. di DS per descrivere un'eventuale complicanza insorta nel corso dello stesso;

2. nel caso in cui la complicanza venga trattata in un ricovero successivo all'evento abortivo, ectopico o molare, va utilizzato in DP il cod. della categoria 639.__, dove la quarta cifra identifica il tipo di complicazione.

COMPLICAZIONI PRINCIPALMENTE CORRELATE ALLA GRAVIDANZA (CAT. 640-649)

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 101/168

Le categorie 640-649 *Complicazioni principalmente correlate alla gravidanza* comprendono anche le patologie preesistenti o insorte nel corso della gravidanza con ripercussioni sul parto (patologia ipertensiva, diabete, cardiopatie, coagulopatie, malattia tromboembolica, patologia infettiva, insufficienza renale acuta, asma, epilessia, obesità, tossicodipendenza, tabagismo, psicosi, etc.).

Il cod. di diagnosi relativo alla complicazione ostetrica deve essere selezionato in DP quando diventa motivo di ricovero. Può essere utilizzato un cod. di diagnosi aggiuntivo per dare maggiore specificità alla codifica.

Nota sulla codifica: tali codifiche in DS possono condurre all'attribuzione di un DRG complicato.

Si precisa che:

nelle categorie 640-649, 651-659, 660-669, 670-676 la quinta cifra deve essere impiegata per connotare/definire l'attuale ricovero rispetto al ricovero in cui avviene il parto:

0: episodio di cura non specificato **(non deve mai essere utilizzato)**

1: parto, con o senza menzione della condizione antepartum **(la paziente partorisce in questo ricovero con o senza complicazione antepartum)**

2: parto, con complicazione postpartum **(la paziente partorisce in questo ricovero e manifesta la complicazione prima della dimissione)**

3: condizione o complicazione antepartum **(la paziente esce gravida)**

4: condizione o complicazione postpartum/puerperio **(la paziente ha partorito in un ricovero precedente o prima dell'arrivo in una struttura ospedaliera)**

MINACCIA DI ABORTO

Prima del compimento della 22ma settimana di gestazione:

- DP: cod. 640.0_ *Minaccia d'aborto, condizione o complicazione antepartum*

MINACCIA DI TRAVAGLIO SENZA PARTO

- DP: cod. 644.03 *Minaccia di travaglio prematuro, condizione o complicazione antepartum* (fra la 22ma e la 37ma settimana di gestazione senza parto)
- DP: cod. 644.13 *Altra minaccia di travaglio, condizione o complicazione antepartum* (dopo la 37ma settimana di gestazione senza parto, incluso il falso travaglio senza parto)

TRAVAGLIO DI PARTO PRECOCE/PRETERMINE CON PARTO

- DP: cod. 644.21 *Inizio di parto spontaneo, precoce, parto, con o senza menzione della condizione antepartum* (prima della fine della 37ma settimana di gestazione)

GRAVIDANZA POST-TERMINE

- DP: cod. 645.1_ *Gravidanza post-termine* (fra la 40ma e la 42ma settimana di gestazione)

GRAVIDANZA PROTRATTA

- DP: cod. 645.2_ *Gravidanza protratta* (oltre la 42ma settimana di gestazione)

PROCEDURE DA CODIFICARE IN CASO DI INDUZIONE AL TRAVAGLIO DI PARTO

- cod. 73.4 *Induzione medica del travaglio*
- cod. 73.1 *Altra induzione chirurgica del travaglio, induzione per mezzo di dilatazione cervicale*
- cod. 73.01 *Induzione del travaglio mediante rottura artificiale delle membrane*

Il cod. di diagnosi 641.___ comprende: *Perdita ematica antepartum, Distacco prematuro o intempestivo di placenta normalmente inserita, Placenta previa con o senza emorragia.*

IPERTENSIONE, PRE-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA

L'ipertensione che insorge durante la gravidanza si codifica con il seguente cod.:

cod. 642.3_ *Iipertensione transitoria della gravidanza*

L'ipertensione preesistente alla gravidanza si codifica con uno dei seguenti cod.:

cod. 642.0_ *Iipertensione essenziale benigna complicante la gravidanza, il parto e il puerperio*

cod. 642.1_ *Iipertensione secondaria a malattia renale complicante la gravidanza, il parto e il puerperio*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 102/168

cod. 642.2_ *Altra ipertensione preesistente complicante la gravidanza, il parto e il puerperio*

Nota sulla codifica: quest'ultimo cod. si riferisce alle malattie da ipertensione: "cardiaca e da malattia renale cronica specificate come complicazioni, o come motivo di intervento ostetrico durante la gravidanza, il parto o il puerperio; del cuore e del rene; del cuore; del rene; ipertensione maligna".

L'eclampsia prevede cod. differenziati in base alla gravità e alla possibile sovrapposizione di ipertensione preesistente la gravidanza:

cod. 642.4_ *Pre-eclampsia lieve o non specificata*

Nota sulla codifica: questo cod. si riferisce a: "ipertensione in gravidanza, parto o puerperio, non specificata come preesistente con albuminuria o edema o entrambi, lieve o non specificata; pre-eclampsia: SAI lieve; tossiemia (da pre-eclampsia): SAI lieve".

cod. 642.5_ *Pre-eclampsia grave*

Nota sulla codifica: questo cod. si riferisce a: "ipertensione in gravidanza, parto o puerperio non specificata come preesistente con albuminuria o edema o entrambi, specificata come grave; pre-eclampsia grave; tossiemia (da pre-eclampsia) grave, HELLP SYNDROME (H=emolisi, EL=danno epatico con aumento degli enzimi epatici e LP=trombocitopenia, può evolvere fino a un quadro di scompenso d'organo multiplo MOF)".

cod. 642.6_ *Eclampsia complicante la gravidanza, il parto o il puerperio*

Nota sulla codifica: questo cod. si riferisce a: "tossiemia con convulsioni tonico-cloniche generalizzate, perdita di coscienza da eclampsia".

cod. 642.7_ *Pre-eclampsia o eclampsia sovrapposta a ipertensione preesistente*

MALATTIA RENALE NON SPECIFICATA IN GRAVIDANZA SENZA IPERTENSIONE ARTERIOSA

La malattia renale non specificata in gravidanza senza ipertensione arteriosa si codifica con:

646.2_ *Malattia renale non specificata in gravidanza, senza menzione di ipertensione*

Nota sulla codifica: questo cod. si riferisce a: "albuminuria, proteinuria gestazionale, uremia, nefropatia SAI, malattia renale SAI".

INFEZIONI DELL'APPARATO GENITOURINARIO IN GRAVIDANZA (646.6 _)

In caso di donna gravida con tampone vaginale e rettale positivo per Streptococco B-emolitico del gruppo B (GBS) sottoposta ad antibiotico-profilassi per la prevenzione della malattia infettiva neonatale da GBS, si utilizza la seguente codifica:

DP: cod. 646.61 *Infezioni dell'apparato genitourinario in gravidanza, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

DS: cod. 041.02 *Infezione streptococcica in manifestazioni morbose classificate altrove e di sede non specificata, Streptococco, gruppo B*

DS: cod. V27._ *Esito del parto*

I/P: cod. 73.5_ *Assistenza manuale al parto*

I/P: cod. 99.21 *Iniezione di antibiotici*

Manifestazioni infettive e parassitarie nella madre

Per le patologie infettive occorre fare riferimento alle indicazioni dell'elenco sistematico alla categoria 647._ *Manifestazioni infettive e parassitarie nella madre, classificabili altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio.*

Nota sulla codifica:

Va utilizzato un cod. di DS per specificare ulteriori complicazioni.

Sono escluse quelle manifestazioni nella madre che abbiano arrecato un danno certo o sospetto al feto, in questo caso deve essere utilizzato un cod. della categoria 655.0-655.9.

Esempi:

In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in madre affetta da **epatite virale C (HCV) e B (HBV), herpes genitale, condilomi acuminati** vanno utilizzati:

DP: cod. 647.6_ *Altre malattie virali*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 103/168

DS: eventuali ulteriori complicazioni mediante cod. aggiuntivi

In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in madre **HIV sieropositiva asintomatica** vanno utilizzati:

DP: cod. 647.8_ *Altre malattie infettive e parassitarie*

DS: cod. V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)*

In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in madre **HIV sieropositiva sintomatica** vanno utilizzati:

DP: cod. 647.6_ *Altre malattie virali*

DS: cod. 042 *Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)*

In caso di ricovero per **setticemia** in corso di gravidanza vanno utilizzati:

DP: cod. 647.8_ *Altre malattie infettive e parassitarie*

DS: eventuali ulteriori complicazioni mediante cod. aggiuntivi

ANEMIA

L'anemia postpartum va codificata solo se trattata per via parenterale con emocomponenti:

cod. 648.2_ *Anemia* (la quinta cifra consente di specificare l'attuale ricovero rispetto al ricovero in cui avviene il parto)

I/P: cod. 99.04 *Trasfusione di concentrato cellulare*

DIABETE

In caso di **gravidanza con diabete mellito preesistente** vanno utilizzati i cod. della sottocategoria 648.0_ *Diabete mellito* ad es.:

cod. 648.01 *Diabete mellito, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

In caso di **diabete gestazionale** vanno utilizzati i cod. della sottocategoria 648.8_ *Alterata tolleranza al glucosio* ad es.:

cod. 648.81 *Alterata tolleranza al glucosio, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

I cod. della sottocategoria 648.8_ vanno utilizzati quando il diabete gestazionale è trattato con insulina. Nel caso di diabete gestazionale trattato con sola dieta, tali cod. vanno omessi, ad eccezione di quando sono causa di induzione al parto.

Nota sulla codifica:

Per entrambe le sottocategorie va aggiunto anche il cod. V58.67 *Uso (corrente) a lungo termine di insulina* in caso di trattamento con insulina.

ALTRE MANIFESTAZIONI MORBOSE IN ATTO DELLA MADRE CLASSIFICATE ALTROVE, NON CODIFICATE NEL CAPITOLO 11, MA CON INDICAZIONE AL RICOVERO E/O AL TAGLIO CESAREO

Tali cod. possono essere utilizzati solo in DP (si veda la premessa in merito all'utilizzo dei cod. non appartenenti al capitolo undicesimo).

Esempio:

DP: cod. 648.91 *Altre manifestazioni altrimenti classificabili, parto*

DS: cod. 362__ *Retinopatia* o una miopia grave degenerativa o altre patologie materne non comprese nel capitolo 11

DS: cod. V27._ *Esito del parto*

I/P: cod. 740_ *Taglio cesareo*

PARTO NORMALE E ALTRE INDICAZIONI PER RICOVERO IN GRAVIDANZA, TRAVAGLIO E PARTO (650-659)**PARTO NORMALE (cod. 650)**

In caso di parto normale va utilizzato il cod. 650 *Parto normale* secondo la definizione del manuale ICD-9_CM 2007:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 104/168

cod. 650 *Parto normale. Parto spontaneo, cefalico, vaginale, a termine, di feto singolo e vitale che richiede poca o nessuna assistenza con o senza episiotomia, senza intervento manuale sul feto [es. rotazione] o strumentale [forcipe]. Questo codice va usato come diagnosi singola e non deve essere usato insieme ad alcun altro codice dell'intervallo 630-676.*

Va utilizzato un codice aggiuntivo per indicare l'esito del parto (V27.0).

Il codice (650) non va utilizzato in caso di: parto podalico (assistito) (spontaneo) SAI (652.2); ventosa ostetrica, forcipe, taglio cesareo o estrazione podalica senza complicazioni specificate (669.5-669.7)

Esempio:

DP: cod. 650 *Parto normale*

DS: cod. V27.0 *Nato singolo, vivo*

I/P: cod. 73.5_ *Assistenza manuale al parto*

I/P: cod. 73.6 *Episiotomia. Episiotomia; episiotomia con seguente episiorrafia (se effettuata)*

ALTRE INDICAZIONI PER IL RICOVERO IN GRAVIDANZA, TRAVAGLIO E PARTO (651-659)

Le condizioni o le complicazioni del parto (651-659) devono essere riportate in DP o come DS se sono presenti più condizioni o complicazioni.

In particolare:

cod. 652.____ *Posizione e presentazione anomala del feto*

Nota sulla codifica: tale cod. è da utilizzare **prima dell'insorgenza del travaglio di parto**. In caso di inizio di travaglio va codificato, invece, come DP il travaglio ostacolato 660.0_ *Ostacolo causato da posizione e presentazione anomala del feto all'inizio del travaglio* e come DS il cod. 652.____.

cod. 653.____ *Sproporzione*

Nota sulla codifica: tale cod. è da utilizzare **prima dell'insorgenza del travaglio di parto**. In caso di inizio di travaglio va codificato, invece, come DP il travaglio ostacolato 660.1_ *Ostacolo causato dal bacino osseo durante il travaglio* e come DS il cod. 653.____.

cod. 654.____ *Anomalie degli organi e dei tessuti molli della pelvi*

Nota sulla codifica: tale cod. è da utilizzare **prima dell'insorgenza del travaglio di parto**. In caso di inizio di travaglio va codificato, invece, come DP il travaglio ostacolato 660.2_ *Ostacolo causato da anomalie dei tessuti molli del bacino* e come DS il cod. 654.____.

In caso di **pregresso taglio cesareo con ricovero programmato per l'espletamento del parto cesareo**, prima dell'insorgenza del travaglio di parto, vanno utilizzati:

DP: cod. 654.21 *Pregresso parto cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

DS: cod. V27.____ *Esito del parto*

IP: cod. 74.____ *Taglio cesareo*

Per la **gravidanza multipla** si utilizza:

cod. 651.____ *Gravidanza multipla* la quarta cifra indica il numero di feti presenti in cavità uterina

Nota sulla codifica: in caso di parto spontaneo va associato anche il cod. 73.5_ *Assistenza manuale al parto*.

ISOIMMUNIZZAZIONE MATERNO FETALE

L'isoimmunizzazione materno fetale si codifica con:

cod. 656.11 *Isoimmunizzazione Rh, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

cod. V07.2 *Necessità di immunoterapia profilattica*

I/P: cod. 99.11 *Iniezione di immunoglobuline anti Rh*

oppure

cod. 656.21 *Isoimmunizzazione da altro gruppo e incompatibilità di gruppo sanguigno, non specificato, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

I/P: cod. 99.71 *Plasmaferesi terapeutica*

SOFFERENZA FETALE

La sofferenza fetale si codifica con:

cod. 656.31 *Sofferenza fetale, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 105/168

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica che il cod. 656.3_ [Sofferenza fetale. Acidosi fetale] esclude: "anomalie nell'equilibrio acido-base del feto (656.8); meconio nel liquor (656.8); anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto (659.7); bradicardia fetale (659.7); tachicardia fetale (659.7)".

Si raccomanda estrema attenzione a questa codifica: il cod. di sofferenza fetale va utilizzato solo in presenza di specifica documentazione in cartella clinica e non in presenza di sole anomalie del tracciato cardiocardiografico, che richiedono invece l'utilizzo del cod. 659.7_ *Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto*.

MORTE INTRAUTERINA (A PARTIRE DALLA FINE DELLA 22ESIMA SETTIMANA GESTAZIONALE)

La morte intrauterina si codifica con:

cod. 656.41 *Morte intrauterina, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

cod. V27.1 *Parto semplice: nato morto*

Nota sulla codifica: prima del compimento della 22ma settimana va utilizzato il cod. 632 *Aborto ritenuto*.

SVILUPPO FETALE ANOMALO

Lo sviluppo fetale anomalo comprende:

cod. 656.5_ *Sviluppo fetale insufficiente (piccolo per la data gestazionale, insufficienza placentare)*

cod. 656.6_ *Sviluppo fetale eccessivo*

PROBLEMI COLLEGATI AL LIQUIDO AMNIOTICO

I problemi collegati al liquido amniotico si codificano con:

cod. 657.0_ *Polidramnios*

cod. 658.0_ *Oligoidramnios*

ROTTURA SPONTANEA PREMATURA DELLE MEMBRANE - PROM

La rottura prematura delle membrane equivale alla rottura spontanea delle membrane prima dell'insorgenza del travaglio di parto e può verificarsi in qualsiasi momento della gravidanza.

La rottura prematura delle membrane si codifica con:

cod. 658.11 *Rottura prematura delle membrane, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

Nota sulla codifica: questo cod. si usa in caso di: "rottura del sacco amniotico 24 ore prima dell'inizio del travaglio".

cod. 658.21 *Parto ritardato dopo rottura spontanea o non specificata delle membrane, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

Nota sulla codifica: questo cod. si usa in caso di: "rottura prolungata delle membrane SAI; rottura del sacco amniotico 24 ore o più ore prima dell'inizio del travaglio".

cod. 658.31 *Parto ritardato dopo rottura artificiale delle membrane, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

Il parto ritardato dopo rottura spontanea ed artificiale delle membrane si codifica con:

cod. 658.21 *Parto ritardato dopo rottura spontanea o non specificata delle membrane, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

cod. 658.31 *Parto ritardato dopo rottura artificiale delle membrane, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*.

I/P: cod. 73.01 *Induzione del travaglio mediante rottura artificiale delle membrane*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica: "rottura spontanea del sacco amniotico superiore alle 24 ore prima dell'inizio del travaglio".

FALLIMENTO DI INDUZIONE AL TRAVAGLIO

Il fallimento di induzione al travaglio si codifica con:

DP: cod. 659.01 *Mancata induzione meccanica, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

I/P: cod. 73.01 *Induzione del travaglio mediante rottura artificiale delle membrane oppure 73.1 Altra induzione chirurgica del travaglio (dilatazione cervicale)*

oppure

DP: cod. 659.11 *Mancata induzione medica o non specificata, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 106/168

I/P: cod. 73.4 *Induzione medica del travaglio***ALTERAZIONI CARDIOTOCOGRAFICHE**

Si intende: battito cardiaco non rassicurante, decelerazioni del battito cardiaco, tachicardia fetale, bradicardia fetale, depressione dei toni cardiaci del feto.

Le alterazioni cardiocografiche si codificano con:

cod. 659.7_ *Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto*

PARTO OPERATIVO/PARTO CESAREO

In caso di parto operativo/parto cesareo, va indicato in DP il motivo clinico che lo giustifica.

Si riportano di seguito le procedure più frequentemente utilizzate:

cod. 72.7_ *Estrazione mediante ventosa*

cod. 72._ *Parto con forcipe*

cod. 73.3 *Tentativo non riuscito di applicazione del forcipe*

cod. 74._ *Taglio cesareo*

ASSISTENZA MANUALE AL PARTO VAGINALE

L'assistenza al parto vaginale deve essere riportata e specificatamente codificata nel campo relativo all'intervento chirurgico principale:

cod. 73.51 *Rotazione manuale della testa fetale*

cod. 73.59 *Altra assistenza manuale al parto*

PARTO INDOLORE

La codifica del parto indolore mediante **anestesia peridurale** viene descritta utilizzando:

I/P: cod. 03.91 *Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia*

I/P: cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*

Nota sulla codifica: la procedura afferisce all'Anestesia e Rianimazione, pertanto nella compilazione della SDO al campo "reparto intervento" andrà riportato il codice di quest'ultima.

COMPLICAZIONI CHE AVVENGONO PRINCIPALMENTE NEL CORSO DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO (660-669)

Nel caso di **travaglio di parto ostacolato** va utilizzato in DP il cod. 660._ *Travaglio ostacolato*, seguito in DS da:

presentazioni anomale del feto all'inizio del travaglio, cod. da 652.0-652.9

anomalie del bacino osseo durante il travaglio, cod. da 653.0-653.9

anomalie dei tessuti molli del bacino, cod. da 654.0-654.9

Le anomalie delle contrazioni uterine in travaglio vanno codificate con:

cod. 661.01 *Inerzia uterina primitiva, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum*

Nota sulla codifica: il cod. di inerzia uterina primitiva si utilizza in caso di: "ipotonìa uterina disfunzionale primitiva; mancata dilazione cervicale; prolungamento della fase latente del travaglio".

cod. 661.11 *Inerzia uterina secondaria, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum.*

Nota sulla codifica: il cod. di inerzia uterina secondaria si utilizza in caso di: "arresto della fase attiva del travaglio; ipotonìa uterina disfunzionale secondaria".

cod. 661.31 *Travaglio con parto precipitoso, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum.*

Il travaglio prolungato va codificato con:

cod. 662.01 *Prolungamento del primo stadio, parto*

cod. 662.21 *Prolungamento del secondo stadio, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 107/168

Complicazione del cordone ombelicale

Le complicazioni del cordone ombelicale si codificano con:

cod. 663.01 **Prolasso del cordone ombelicale**, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartumcod. 663.11 Cordone ombelicale attorno al collo, **con compressione**, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartumcod. 663.21 Altri e non specificati uncinamenti del cordone, **con compressione**, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum**Nota sulla codifica:** il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 663.2_: "Agganciamento dei cordoni in gemelli monoamniotici. **Nodo vero del funicolo**"cod. 663.41 **Funicolo corto**, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum**PARTO CON LACERAZIONI OSTETRICHE**

Il parto con lacerazioni include: danni da strumentazione (forcipe) e danni da estensione dell'episiotomia.

Diagnosi:cod. 664.01 Lacerazione **perineale** di **primo grado**, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum. Lacerazioni, rotture o lesioni perineali che coinvolgono: forchetta, imene, labbra, pelle, vagina, vulvacod. 664.11 Lacerazione **perineale** di **secondo grado**, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum. Lacerazione, rottura o lesioni perineali (dopo episiotomia) che coinvolgono: muscoli perineali, muscoli vaginali, pavimento pelvicocod. 664.21 Lacerazione **perineale** di **terzo grado**, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum. Lacerazioni, rotture o lesioni perineali (dopo episiotomia) che coinvolgono: setto rettovaginale, sfintere anale, sfintere SAIcod. 664.31 Lacerazione **perineale** di **quarto grado**, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum. Lacerazioni, rotture o lesioni perineali classificabili con 664.2 che coinvolgono anche: mucosa anale, mucosa rettalecod. 665.31 Lacerazione **cervicale**, parto con o senza menzione delle manifestazioni antepartumcod. 665.51 Altre lesioni di **organi pelvici** (uretra, vescica), parto con o senza menzione delle manifestazioni antepartum**Ematomi:**

cod. 664.5_ Ematoma vulvare e perineale

cod. 665.7_ Ematoma pelvico/vaginale

Interventi:

cod. 75.51 Riparazione di lacerazione ostetrica recente della cervice

cod. 75.61 Riparazione di lacerazione ostetrica recente della uretra e della vescica

cod. 75.62 Riparazione di lacerazione ostetrica recente del retto e sfintere anale per la sutura di lacerazione di terzo e quarto grado

cod. 75.69 Riparazione di altra lacerazione ostetrica recente. Riparazione di: pavimento pelvico, perineo, vagina, vulva; riparazione secondaria di episiotomia. E' esclusa la riparazione di episiotomia (73.6)

cod. 75.91 Evacuazione di ematoma ostetrico del perineo (episiotomia, perineorrafia)

cod. 75.92 Evacuazione di altro ematoma della vulva o della vagina

EMORRAGIA POSTPARTUM**Diagnosi:**cod. 666.02 Emorragia del terzo stadio, parto, con menzione delle **complicazioni postpartum****Nota sulla codifica:** il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 666.0_: "Emorragia del terzo stadio. Emorragia associata con **placenta ritenuta, accreta o incarcerata. Placenta ritenuta SAI**".cod. 666.12 Altra emorragia postpartum **immediata**, parto, con menzione delle **complicazioni postpartum**

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 108/168

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 666.1_: "Emorragia **entro** le prime 24 ore dopo il parto. Emorragia postpartum (**da atonia**) SAI. Il cod. esclude: atonia dell'utero senza emorragia (669.8)".

cod. 666.22 Emorragia postpartum **ritardata** e secondaria, parto, con menzione delle complicazioni postpartum

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 666.2_: "Emorragia: **dopo** le prime 24 ore successive al parto associate a **frammenti di placenta** o di prodotti del concepimento ritenuti. Emorragie postpartum specificate come secondarie".

Interventi:

cod. 75.4 Rimozione manuale di placenta ritenuta o secondamento manuale

cod. 75.8 Tamponamento ostetrico dell'utero o della vagina

cod. 69.02 Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto

Ritenzione della placenta o delle membrane senza emorragia

La ritenzione della placenta o delle membrane **senza emorragia** si codifica con:

cod. 667.02 **Placenta ritenuta, senza emorragia**, parto, con menzione delle complicazioni postpartum. Incluso: Placenta accreta. Placenta ritenuta: senza emorragia SAI totale

cod. 667.1_ **Ritenzione di residui di porzioni della placenta o delle membrane**, senza emorragia, parto, con menzione delle complicazioni postpartum

Interventi:

cod. 75.4 Rimozione manuale di placenta ritenuta o secondamento manuale

cod. 75.8 Tamponamento ostetrico dell'utero o della vagina

cod. 69.02 Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto

COMPLICAZIONI DEL PUERPERIO (670-677)**INFEZIONI PUERPERALI MAGGIORI**

Si codificano con:

cod. 670.0_ Infezioni puerperali maggiori puerperio con parto

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 670.0_: "Cellulite della pelvi, endometrite, febbre, peritonite, piemia, salpingite, sepsi della pelvi, setticemia".

PIRESSIA DI ORIGINE IGNOTA DURANTE IL PUERPERIO

Si codifica con:

cod. 672.0_ **Piressia di origine ignota durante il puerperio con parto**.

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 672.0_: "Piressia puerperale SAI, Febbre post parto SAI, Febbre puerperale SAI".

COMPLICAZIONI VENOSE DELLA GRAVIDANZA E DEL PUERPERIO**Tromboflebiti superficiali**

Si codificano con:

cod. 671.2_ **Tromboflebite superficiale, soprattutto arti inferiori**

Questo cod. non va utilizzato in caso di tromboflebite agli arti superiori da somministrazioni ev.

Malattia tromboembolica profonda (TVP)

Si codifica con:

cod. 671.3_ **Flebotrombosi profonda antepartum o con parto**

cod. 671.4_ **Flebo trombosi profonda postpartum**

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 109/168

Embolia polmonare ostetrica

Il cod. 673.__ include l'embolia polmonare in gravidanza, parto e puerperio ed esclude l'embolia polmonare successiva ad aborto (639.6):

- cod. 673.1_ *Embolia da liquido amniotico*
- cod. 673.2_ *Embolia ostetrica da coagulo sanguigno*
- cod. 673.0_ *Embolia gassosa ostetrica*
- cod. 673.3_ *Embolia settica*

COMPLICAZIONI DI FERITE CHIRURGICHE IN PUERPERIO**Diagnosi:**

cod. 674.1_ *Riapertura di sutura di taglio cesareo durante il postpartum/puerperio*
Inclusa: deiscenza o riapertura della sutura di taglio cesareo

cod. 674.2_ *Riapertura della sutura perineale*
Inclusa: deiscenza o riapertura di ferita episiotomica, ferita di lacerazione perineale

cod. 674.3_ *Altre complicazione di suture chirurgiche ostetriche*
Inclusa: infezioni, ematoma, emorragia, di sutura di cesareo, episiorrafia o di sutura perineale

Interventi:

cod. 75.69 *Riparazione di altra lacerazione ostetrica recente. Riparazione di: pavimento pelvico, perineo, vagina, vulva; riparazione secondaria di episiotomia*
cod. 75.52 *Riparazione di lacerazione ostetrica recente del corpo dell'utero*

CODICI V**GRAVIDA CHE PARTORISCE FUORI DALLA STRUTTURA OSPEDALIERA**

Per i casi in cui la gravida partorisce fuori dalla struttura ospedaliera e vi è necessità di ricovero per trattamenti successivi al parto, **senza complicazioni**, va utilizzato:

DP: cod. V24.0 *Cure ed esami postpartum subito dopo il parto*

Nota sulla codifica: **non** va riportato il cod. V27._ *Esito del parto*, in quanto occorso fuori dalla struttura ospedaliera. Se invece sono presenti **complicazioni**, per la DP occorre fare riferimento ai cod. specifici presenti in questo capitolo con la quinta cifra = 4, mentre per gli interventi ostetrici occorre fare riferimento ai cod. compresi tra 72.0 e 75.9

RISCONTRO CASUALE DI GRAVIDANZA

In caso di riscontro casuale di gravidanza in una donna ricoveratasi per altri motivi va utilizzato:

DS: cod. V22.2 *Reperto accidentale di gravidanza*

DEINFIBULAZIONE A SEGUITO DI MUTILAZIONE DEI GENITALI ESTERNI FEMMINILI TIPO III (circoncisione faraonica) AL MOMENTO DEL PARTO VAGINALE

Esempio di codifica di deinfibulazione al momento del parto vaginale in contemporanea all'episiotomia:

DP: cod. 660.81 *Altre cause di travaglio ostacolato, parto*

DS: cod. 629.2_ *Mutilazione genitale femminile*

DS: cod. V27_ *Esito del parto*

I/P: cod. 71.01 *Lisi di aderenze vulvari*

I/P: cod. 71.09 *Altra incisione della vulva e del perineo*

I/P: cod. 73.6 *Episiotomia*

I/P: cod. 73.5_ *Altra assistenza manuale al parto* oppure cod. 72.71 *Estrazione mediante ventosa con episiotomia*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 110/168

**CAPITOLO 12
MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
(680-709)**

Il capitolo dodicesimo comprende le categorie dalla 680 alla 709, le principali sono:

- Infezioni della cute e del tessuto sottocutaneo: 680 -686
- Altre manifestazioni infiammatorie della cute e del tessuto sottocutaneo: 690-698
- Ulcerazione cronica della cute: 707

Si premette che nel caso di effettuazione di ricoveri per patologie cutanee va prestata attenzione alle valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale selezionato, in quanto molte prestazioni possono essere erogabili in regime ambulatoriale.

CELLULITE

La cellulite intesa come infezione acuta e diffusa della cute e dei tessuti molli deve essere descritta impiegando i cod. a cinque caratteri (la quarta cifra specifica la sede) delle categorie sotto riportate:

DP: cod. 681 *Flemmone e ascesso delle dita delle mani e delle dita dei piedi*

oppure

DP: cod. 682 *Altri flemmoni o ascessi*

DS: è necessario indicare un **cod. aggiuntivo per l'agente patogeno responsabile dell'infezione** (se noto)

In caso di ricovero finalizzato al trattamento della cellulite quale **complicanza precoce o tardiva postchirurgica oppure successiva a terapia endovenosa**, si deve indicare:

DP: l'infezione post-operatoria (998.59) o post terapia endovenosa (999.3)

DS: la cellulite assieme al cod. aggiuntivo che identifica l'agente patogeno

DERMATITI IATROGENE**1. Dermatiti causate da sostanze appropriatamente e correttamente somministrate**

uso topico: cod. 692.3 *Dermatite da contatto con farmaci e medicinali o presidi per uso topico*

uso sistemico: cod. 693.0 *Dermatite da farmaci e medicinali o presidi per via sistemica*

2. Dermatiti causate da sostanze somministrate in modo non congruo

DP: uno dei cod. afferenti al blocco 960-979, avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici

DS: va indicato l'effetto nocivo ossia la dermatite (tossicità o avvelenamento)

PSORIASI

Per la descrizione della malattia psoriasica sono previsti i seguenti specifici cod.:

cod. 696.0 *Artropatia psoriasica*

cod. 696.1 *Altre psoriasi*

ORTICARIA

Per indicare le diverse varianti cliniche di orticaria occorre utilizzare uno dei cod. afferenti alla categoria 708_ *Orticaria*.

Per la porpora allergica si rimanda al cap. 4 Malattie del sangue e degli organi emopoietici.

ULCERE CRONICHE DELLA CUTE (cat. 707)

La categoria 707_ *Ulcerazione cronica della cute* include l'ulcera non guarita ed esclude le infezioni specifiche classificate nel capitolo 1 dell'ICD-9_CM 2007 "Malattie infettive e parassitarie" (001.01-136.9) e l'ulcera varicosa (454.0, 452.2).

Ulcera da decubito

La sottocategoria 707.0_ *Ulcerazione da decubito. Ulcera da compressione. Ulcera da decubito. Ulcerazioni da decubito (ogni localizzazione)* identifica l'ulcera da decubito e prevede l'utilizzo della quinta cifra per identificare la sede.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 111/168

In caso di ricovero finalizzato al trattamento chirurgico dell'ulcera da decubito di un paziente immobilizzato in conseguenza, ad es., di un accidente cerebrovascolare, in DP andrà riportata l'ulcera da decubito cod. 707.0_ *Ulcerazione da decubito* e non l'emiplegia o la patologia vascolare.

Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito

La sottocategoria 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito* include l'ulcera cronica degli arti inferiori: neurogena e trofica.

Il ricovero per ulcera agli arti inferiori è appropriato quando il trattamento dell'ulcera non può essere erogato ad un livello inferiore, ambulatoriale o domiciliare.

Nella documentazione clinica devono essere riportate le notizie cliniche relative all'ulcera: peggioramento del quadro clinico, comparsa di iperpiressia, segni di infezione, mancata risposta alla terapia domiciliare, necessità di terapia chirurgica non effettuabile ambulatorialmente, estensione dell'ulcera con impotenza funzionale dell'arto coinvolto, etc.

Nella cartella clinica deve essere presente l'esame obiettivo dell'ulcera, che deve indicare: sede dell'ulcera, dimensioni dell'ulcera, presenza di necrosi, presenza di polsi periferici, etc.

Il manuale ICD-9_CM 2007 specifica che nel caso di ricovero per trattamento di ulcera va codificata in DP la malattia di base associata:

DP: cod. 459.31 *Iperensione venosa cronica con ulcera*

oppure

DP: cod. 459.33 *Iperensione venosa cronica con ulcera ed infiammazione*

oppure

DP: cod. 459.11 *Sindrome postflebitica con ulcera*

oppure

DP: cod. 459.13 *Sindrome postflebitica con ulcera ed infiammazione*

oppure

DP: cod. 440.23 *Arteriosclerosi delle arterie native degli arti con ulcerazioni*

aggiungere

DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito* con la quinta cifra che specifica la sede

DS: cod. dell'agente infettivo se presente

Il manuale ICD-9_CM 2007 presenta alcune codifiche in cui l'utilizzo di un solo cod. prevede entrambe le situazioni (la patologia di base + la manifestazione):

DP: cod. 454.0 *Varici degli arti inferiori con ulcera*

DP: cod. 454.2 *Varici degli arti inferiori con ulcera e infiammazione*

Ulcera agli arti inferiori di origine diabetica

Per la codifica del ricovero per il trattamento di ulcera agli arti inferiori di origine diabetica si rimanda al cap. 3 Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari.

Ulcerazioni croniche di altre sedi specificate

Il cod. 707.8 *Ulcerazioni croniche di altre sedi specificate* identifica le ulcere croniche di altre sedi specificate.

Per la codifica della malattia di base si rimanda alle note del manuale ICD-9_CM 2007 inerenti l'utilizzo del cod. 440.23 *Arteriosclerosi delle arterie native degli arti con ulcerazioni* e del cod. 440.24 *Aterosclerosi delle arterie native degli arti con gangrena*.

TRATTAMENTO MEDICO DELLE ULCERE AGLI ARTI INFERIORI

Si precisa che nell'ambito del trattamento medico, prima della valutazione della codifica, va valutata l'appropriatezza del ricovero stesso, e quindi la possibilità di erogare la prestazione ad un livello assistenziale inferiore. Particolare attenzione va posta ai casi di ricovero ripetuto.

Esempio ulcera arteriosclerotica sottoposta a trattamento medico:

DP: cod. 440.23 *Aterosclerosi delle arterie native degli arti con ulcerazioni*

DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito* con la quinta cifra che indica la sede)

I/P: cod. 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo* se applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure)

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 112/168

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE ULCERE AGLI ARTI INFERIORI

Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede l'utilizzo di 2 cod. a seconda che la toilette chirurgica venga eseguita con metodi cruenti oppure non cruenti:

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

I/P: cod. 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione*

Nota sulla codifica: il cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione* va utilizzato solo nel caso in cui l'intervento venga eseguito come livello minimo in ambulatorio chirurgico; nel verbale operatorio non è sufficiente riportare la dicitura: "toilette chirurgica", "pulizia dell'ulcera", "necresectomia", ma è necessario descrivere il tipo di intervento chirurgico effettuato, che deve documentare l'asportazione cruenta dell'ulcera, anche con immagini fotografiche (vedi paragrafo "Interventi e procedure").

Esempio di ulcera aterosclerotica trattata chirurgicamente:

DP: cod. 440.23 *Aterosclerosi delle arterie native degli arti con ulcerazioni*

DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito* con la quinta cifra che indica la sede

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

I/P: cod. 86.6_ *Innesto cutaneo libero* se effettuato

METASTASI CUTANEA DI NEOPLASIA A PARTENZA NON NOTA

In accordo alle regole generali di codifica delle neoplasie, in caso di ricovero finalizzato prevalentemente alla diagnosi e al trattamento di una metastasi cutanea, questa va segnalata:

- 1) DP: cod.198.2 *Tumori maligni secondari della cute*
DS: cod. neoplasia, se presente
- 2) Quando la neoplasia primitiva sia stata asportata nel corso di un precedente ricovero deve essere segnalata utilizzando un cod. della categoria V10.____

INTERVENTI/PROCEDURE

E' importante sottolineare come le categorie 86 (Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo) **escludono** le procedure effettuate sulla cute e sottocute nelle sedi seguenti:

- 08.01 - 08.99 Palpebra e sopracciglia
- 18.01 - 18.99 Orecchio
- 21.00 - 21.99 Naso
- 27.0 - 27.99 Labbra
- 49.01 - 49.99 Ano
- 61.0 - 61.99 Scroto
- 64.0 - 64.99 Pene
- 71.01 - 71.09 Perineo femminile e vulva
- 85.0 - 85.99 Mammella

Gli interventi chirurgici devono essere codificati ricorrendo ai cod. specifici per sede, tipo ed estensione dell'intervento.

I seguenti cod. di procedura sono da utilizzare **in mancanza** dei cod. specifici per sede:

- cod. 86.3 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo*
- cod. 86.4 *Asportazione radicale di lesione della cute*
- cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*
- cod. 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione*

In caso di patologie benigne, quali, ad es., nevi o fibromi che **non richiedano asportazioni estese e profonde**, va utilizzato il cod. 86.3 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo*. Il manuale

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 113/168

ICD-9_CM 2007 prevede, infatti, che il cod. venga utilizzato per “distruzione di cute mediante: cauterizzazione, criochirurgia, folgorazione, raggio laser, asportazione di cicatrice con plastica a Z”.

Il cod. 86.4 *Asportazione radicale di lesione della cute* deve essere utilizzato esclusivamente nei casi in cui venga eseguita **l'asportazione larga di una lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti**, codificando anche l'eventuale resezione linfonodale (cod. 40.2-40.3 – cod. 40.5). Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede, infatti, che il cod. venga utilizzato per “asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti”. Tali casi si verificano prevalentemente in patologie neoplastiche (melanomi, epitelomi estesi) o in presenza di cheloidi molto estesi.

Il cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione* comprende **la rimozione per mezzo di asportazione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa di tessuto necrotico**; è da utilizzare solo nel caso in cui l'intervento venga effettuato come livello minimo in ambulatorio chirurgico con verbale operatorio; non è sufficiente indicare “toilette chirurgica”, “pulizia dell'ulcera” o “necresectomia”; è necessaria la descrizione precisa dell'intervento cruento, che deve essere adeguatamente documentato (verbale operatorio, manovre anestesologiche, fotografie). Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede, infatti, che il cod. venga utilizzato per “rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico”.

Il cod. 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione* comprende **la rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante brushing, irrigazione sotto pressione, washing o scrubbing**; ne deriva un DRG medico. Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede, infatti, che il cod. venga utilizzato per: “rimozione SAI; rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing; terapia con le larve di mosca; rimozione con bisturi ad acqua (a getto, jet)”.

AUTOINNESTO DI GEL PIASTRINICO PER IL TRATTAMENTO DELLE ULCERE

Va utilizzato il cod. 99.74 *Piastrinoafèresi terapeutica*.

TERAPIA FOTODINAMICA

La nota regionale (n. 507434 del 22/11/2013) considera appropriato il ricovero diurno per terapia fotodinamica per il trattamento dei tumori cutanei e delle lesioni pretumorali se effettuata nel volto o se > 7 cm, codificando l'I/P con cod. 86.3.

ADDOMINOPLASTICA SUCCESSIVA A CHIRURGIA BARIATRICA

La codifica da utilizzare in caso di interventi di addomino plastica a seguito di chirurgia per l'obesità sono i seguenti:

DP: cod. V45.86 *Condizione successiva a chirurgia bariatrica*

I/P: cod. 86.83 *Intervento di plastica per riduzione di ampiezza*

LINFONODO SENTINELLA**Asportazione del solo linfonodo sentinella se negativo**

DP: V10.____ *Anamnesi personale di tumore maligno*

I/P: cod. 40.____ *Asportazione semplice di strutture linfatiche*

Asportazione del solo linfonodo sentinella se positivo

DP: il cod. che descrive la metastasi (categoria 196 *Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi*)

DS: il cod. di anamnesi della neoplasia primitiva precedentemente asportata

I/P: cod. 40.____ *Asportazione semplice di strutture linfatiche*

Se nel ricovero finalizzato alla rimozione del tumore viene asportato il linfonodo sentinella si utilizzano:

I/P i cod. della categoria 40.2_ *Asportazione semplice di strutture linfatiche* e, se eseguita, il cod. che descrive la scintigrafia linfatica (cod. 92.16 *Scintigrafia del sistema linfatico*).

Qualora il linfonodo risultasse positivo, fra le DS va aggiunto il cod. di metastasi linfonodale (categoria 196 *Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi*).

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 114/168

PATOLOGIE DELLA MAMMELLA**Patologie non oncologiche della mammella**

Per la codifica delle patologie non oncologiche della mammella si rimanda ai contenuti del cap. 10 Malattie del sistema genitourinario.

Patologie oncologiche della mammella

Per la selezione della DP, nelle diverse tipologie di ricovero dei pazienti oncologici, si rimanda ai contenuti del cap. 2 Tumori.

Intervento di linfadenectomia successivo all'asportazione di linfonodo sentinella

In caso di ricovero finalizzato all'intervento di linfadenectomia regionale, dopo un primo intervento di asportazione di linfonodo sentinella risultato positivo, la codifica della DP deve essere selezionata sulla base dell'esame istologico.

In presenza di metastasi:

DP: cod. 196. *Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi*

DS: cod. V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*

I/P: cod. 40.5 *Asportazione radicale di altri linfonodi*

In assenza di metastasi:

DP: cod. V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*

I/P: cod. 40.5 *Asportazione radicale di altri linfonodi*

Radioterapia intraoperatoria

Nel caso si effettui la radioterapia intraoperatoria (IORT) nel corso di intervento di asportazione parziale o totale della mammella, va aggiunto il cod. procedura 92.26 *Teleradioterapia con altre radiazioni particolari*.

Rimozione profilattica della mammella/ovaio

Per tracciare il ricovero con intervento di rimozione profilattica della mammella/ovaio si utilizzano i seguenti cod.:

cod. V50.41 *Rimozione profilattica della mammella*

cod. V50.42 *Rimozione profilattica dell'ovaio*

Ricostruzione chirurgica della mammella in paziente mastectomizzata

In caso di ricovero per sola ricostruzione chirurgica della mammella in paziente precedentemente mastectomizzata vanno indicati i seguenti cod.:

1. se l'intervento ricostruttivo prevede l'impianto di protesi indicare:
DP: cod. V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario*
2. se l'intervento ricostruttivo non prevede l'impianto di protesi (ad es. ricostruzione del capezzolo) indicare:
DP: cod. V51 *Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica*
3. in entrambi i casi va indicato:
DS: cod. V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*
4. in I/P va riportato il cod. corrispondente all'intervento chirurgico effettuato

Rimozione di protesi mammaria

In caso di rimozione di protesi mammaria in assenza di complicazioni vanno utilizzati:

DP: cod. V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario*

DS: cod. V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*

I/P: cod. 85.94 *Rimozione di protesi della mammella*

In caso di complicazioni in DP vanno utilizzati:

cod. 996.69 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni*

cod. 996.54 *Complicazioni meccaniche di protesi mammarie*

Lipofilling della mammella (mastectomia/quadrantectomia) dopo intervento demolitivo per tumore:

DP: cod. V.51 *Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica*

DS: cod. V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*

I/P: cod. 86.69 *Altro innesto di cute su altre sedi*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 115/168

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 116/168

**CAPITOLO 13
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO
CONNETTIVO (710-739)**

Il capitolo tredicesimo raggruppa le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, con esclusione delle patologie neoplastiche, infettive e traumatiche, trattate nei rispettivi capitoli.

Le varie patologie sono divise in quattro blocchi:

- Artropatie: 710-719
- Dorsopatie: 720-724
- Reumatismo: 725-729
- Osteopatie, condropatie e deformità acquisite: 730-739

Nota sulla codifica:

Molte delle categorie del sistema muscoloscheletrico richiedono l'utilizzo della codifica a cinque caratteri. Il quinto carattere indica la sede coinvolta:

- 0- sede non specificata
- 1- spalla
- 2- gomito
- 3- polso
- 4- mano
- 5- anca
- 6- ginocchio
- 7- ossa della caviglia e del piede
- 8- altre sedi specificate
- 9- sedi multiple

Va prestata attenzione alle valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale selezionato, in quanto varie prestazioni possono essere erogabili in regime ambulatoriale.

ARTROPATIE E DISTURBI CORRELATI (710-719)

Il blocco comprende, oltre alle malattie diffuse del connettivo, patologie di diversa origine (infettive, infiammatorie, degenerative, associate a malattie sistemiche) e sintomi articolari (versamento articolare, dolore articolare, etc.), con categoria apposita per le lesioni dell'articolazione del ginocchio.

Malattie diffuse del Connettivo (710)

Include le malattie diffuse del connettivo i cui effetti generalmente non sono confinati al singolo sistema, ad es. LES, dermatomiosite.

Artropatie da agenti infettivi (711)

Nell'artrite da piogeni vanno indicati:

DP: cod. 711.0_ *Artrite*

DS: il microrganismo responsabile (cod. 041.0_ - 041.8_)

Nell'artrite associata ad altre patologie infettive vanno indicati:

DP: va codificata prima la malattia di base

DS: l'artrite cod. 711.1_ – 711.8_ , con alcune eccezioni precisate nel manuale ICD-9_CM 2007 e riportate nel cap. 1 Malattie infettive e parassitarie (ad es. artrite da salmonella, gonococcica)

Nell'artrite infettiva non specificata va indicato:

DP: cod. 711.9_ *Artrite infettiva non specificata*

Artropatia associata ad altri disturbi classificati altrove (713)

DP: la malattia di base

Artrite reumatoide ed altre poliartropatie infiammatorie (714)**Artrosi (cod. 715)**

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 117/168

Includi sinonimi come: osteoartrosi, poliartrosi, artrite o poliartrite degenerativa o ipertrofica. E' distinta in generalizzata o localizzata, primaria o secondaria. E' esclusa l'artrosi della colonna, che è compresa nelle dorsopatie (cat. 721).

Altre artropatie non specificate (716)

- cod. 716.1_ *Artropatia traumatica*
- cod. 716.2_ *Artrite allergica*
- cod. 716.3_ *Artrite post-climaterica*

Lesioni interne del ginocchio (717)

La categoria include le lesioni inveterate (degenerazione, rottura, strappo) dell'articolazione del ginocchio nelle sue varie componenti (cartilagine articolare, menischi, legamenti, rotula), mentre sono escluse le lesioni traumatiche acute (836.0 – 836.6), le anchilosi (718.5_), le contratture (718.4_), le deformità acquisite (736.4 – 736.6).

DORSOPATIE (720-724)

Il blocco raccoglie varie patologie/sintomi di diversa eziologia che interessano la colonna vertebrale, escluse le deviazioni della colonna (cat. 737) e l'osteochondrosi della colonna vertebrale (cat. 732).

Lombalgia - Sciatalgia

Se la lombalgia e/o la sciatalgia sono causate:

- da ernia del disco vanno codificate con il cod. 722.10 *Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia* (compresa compressione radicolare da ernia discale lombare)
- da spondilosi vanno codificate con il cod. 721.3 *Spondilosi lombosacrale senza mielopatia*

Se la lombalgia e/o la sciatalgia non sono correlate a patologia del disco o a spondilosi vanno utilizzati i cod. 724.2 *Lombalgia*, 724.3 *Sciatalgia* o 724.5 *Dorsalgia*.

In caso di ricovero per trattamento antalgico si rimanda ai contenuti in appendice Terapia antalgica.

Disturbi delle radici e dei plessi nervosi

In caso di danno radicolare in ernia del disco intervertebrale non va utilizzato il cod. 353._ *Disturbi delle radici e dei plessi nervosi*, ma i cod. del cap. 13 Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo.

Quindi, ad es., in caso di lombosciatalgia per ernia del disco va indicato:

DP: cod. 722.1_ *Ernia del disco intervertebrale lombare*

REUMATISMO, ESCLUSE LE FORME DORSALI (725-729)

Il blocco comprende numerose e diffuse patologie/sintomi dei tessuti molli dell'apparato osteomuscolare (muscoli, tendini, inserzioni muscolari, membrane sinoviali, borse, rotture non traumatiche di muscoli sinoviali e tendini).

Sindrome ipocinetica:

cod. 728.2 *Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove senza ulteriori complicanze*

Sindrome da immobilizzazione:

cod. 728.3 *Altri specifici disturbi muscolari*

Il cod. 728.3 *Altri specifici disturbi muscolari* è permesso in DP nei ricoveri per acuti qualora la degenza sia particolarmente protratta e la causa di questa degenza lunga sia l'immobilizzazione, in attesa di trasferimento in altro regime assistenziale.

Debolezza muscolare:

cod. 728.87 *Debolezza muscolare (generalizzata)*

OSTEOPATIE, CONDROPATIE E DEFORMITA' ACQUISITE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE (730-739)

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 118/168

Osteomielite (730)

La codifica dell'osteomielite, in forma acuta (730.00-730.09) o cronica (730.10-730.19), va distinta per sede e richiede, se possibile, un cod. aggiuntivo specificante l'eziologia.

Una possibile evoluzione dell'osteomielite è la pseudoartrosi ossea che viene indicata con il cod. 733.82 *Mancata saldatura di frattura*.

La codifica in DP o in DS di questa patologia deve seguire la regola generale di codifica della DP e della DS e dipende dalla evidenza di trattamento chirurgico della pseudoartrosi nello specifico episodio di ricovero.

La malattia di base (osteomielite) va posta in DP nelle seguenti fattispecie, secondo le regole generali di codifica:

- ricovero diagnostico
- ricovero esitato in decesso a causa della patologia stessa
- ricovero per la ristadiatione della malattia con esecuzione di esami strumentali invasivi
- ricovero con intervento chirurgico

Nei casi di esclusive terapie mediche con somministrazione di antibiotici:

DP: cod. V54.89 *Altri trattamenti ortopedici ulteriori in diagnosi principale*

DS: cod. 730.1_ *Osteomielite cronica*

Nelle situazioni in cui ci sia evidenza in cartella clinica di traumatismi precedenti (fratture, interventi chirurgici, pregresse inserzioni di protesi) che configurino la situazione di postumi, così come previsto dall'ICD-9_CM 2007, in DP andrà sempre posta l'osteomielite e in DS la causa del postumo (es. protesi infetta).

Tabella delle equivalenze tra terminologie e quadri clinici di osteomielite

- 1) Osteoartrite settica e/o aspecifica
- 2) Spondilodiscite aspecifica e/o settica
- 3) Sacro ileite aspecifica e/o settica
- 4) Protesi articolare infetta e/o infezione periprotetica

Nota: Tutte le definizioni sopra riportate rappresentano sinonimi della patologia osteomielitica.

Per l'**osteomielite in piede diabetico**, si rimanda ai contenuti del cap. 3 Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari.

Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove (731)

cod. 731.0 *Malattia delle ossa di Paget*

Osteocondropatie (732)

cod. 732.0-732.6 *Osteocondrosi giovanile*

cod. 732.7 *Osteocondrite dissecante*

Altri disturbi delle ossa e delle cartilagini (733)

cod. 733.0_ *Osteoporosi*

cod. 733.1_ *Fratture patologiche*

cod. 733.4_ *Necrosi asettica delle ossa*

cod. 733.7 *Atrofia Sudeck*

cod. 733.81 e cod. 733.82 *Viziosa e mancata saldatura di frattura*

cod. 733.93, 733.94, 733.95 *Frattura da stress*

I cod. 733.1_ sono utilizzati in DP solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura, indicando in DS la patologia di base (ad es. cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo*).

Per le indicazioni sulla codifica delle fratture si rimanda al paragrafo "Fratture patologiche" ed ai contenuti del cap. 17 Traumatismi e avvelenamenti.

Deformazioni acquisite delle dita del piede (735)

cod. 735.0 *Alluce valgo (acquisito)*

cod. 735.1 *Alluce varo (acquisito)*

cod. 735.5 *Dita ad artiglio*

Deviazioni della colonna vertebrale (737)

cod. 737.0-737.39 *Cifosi, lordosi, cifoscoliosi e scoliosi*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 119/168

Se associata ad altre malattie di base (cod. 737.40-737.9) va codificata per prima la malattia di base (ad es. cod. 138 *Poliomielite*, 015.0 *Tbc della colonna vertebrale - Morbo di Pott*).

INTERVENTI/PROCEDURE**INTERVENTI ARTO SUPERIORE****INTERVENTI SULL'ARTO SUPERIORE PER VIA ARTROSCOPICA**

A differenza degli altri interventi chirurgici dove va codificata la via di accesso se diversa dalla via classica, negli interventi dell'arto superiore va sempre omesso il cod. di artroscopia.

Esempio:

DP: cod. 718.31 *Lussazione recidivante o abituale della spalla*
I/P: cod. 83.82 *Riparazione di lussazione ricorrente della spalla*

Esempio:

DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*
I/P: cod. 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori*

Quando si utilizzano **particolari ausili** (ad es. ancorette) per migliorare la tenuta della riparazione della cuffia dei rotatori, in I/P va aggiunto il cod. intervento 81.83 *Altra riparazione della spalla* anche in assenza di acromionplastica.

Esempio:

DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*
I/P: cod. 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori*
I/P: cod. 81.83 *Altra riparazione della spalla*

Nota: il cod. 81.83 *Altra riparazione della spalla* va utilizzato nel caso vengano effettuati specifici interventi (se non esiste un cod. più specifico), ad es. acromionplastica, necessariamente riportati nel registro operatorio.

In caso di riparazione della cuffia dei rotatori 83.63 o di acromionplastica 81.83 vanno omesse le procedure propedeutiche o complementari (borsectomia, tenotomia, etc.).

Esempio: Riparazione cuffia dei rotatori + tenotomia del capo lungo del bicipite e borsectomia

DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*
DS: cod. 726.12 *Tenosinovite del bicipite*
I/P: cod. 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori*

Nel caso, invece, non vengano eseguite la riparazione della cuffia dei rotatori 83.63 e/o l'acromionplastica 81.83, vanno codificate le procedure quali, ad es., la borsectomia 83.5 e/o la tenotomia 83.13.

Esempio: Rottura cuffia dei rotatori irreparabile + tenosinovite del capo lungo del bicipite e borsite

I/P: cod. 83.13 *Altra tenotomia*
I/P: cod. 83.5 *Borsectomia*

CAPSULITE ADESIVA DELLA SPALLA CON MOBILIZZAZIONE IN ANESTESIA

DP: cod. 726.0 *Capsulite adesiva scapolo-omerale*
I/P: cod. 93.16 *Mobilizzazione di altre articolazioni*
I/P: cod. 99.26 *Iniezione di tranquillanti*

CAPSULITE ADESIVA DELLA SPALLA CON ARTROLISI CHIRURGICA

DP: cod. 726.0 *Capsulite adesiva scapolo-omerale*
I/P: cod. 83.91 *Lisi di aderenze di muscoli, tendini, fasce e borse*
oppure
I/P: cod. 80.41 *Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della spalla* a seconda se la lisi è rispettivamente extra o intrarticolare

INTERVENTO ORTOPEDICO CON INNESTO DA BANCA SULLA SPALLA

Esempio: Riparazione della cuffia dei rotatori con innesto

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 120/168

DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*DS: cod. V42.89 *Altro organo o tessuto sostituito da trapianto*I/P: cod. 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori*I/P: cod. 81.83 *Altra riparazione della spalla***REVISIONE DI PROTESI DI SPALLA CON SOSTITUZIONE DELLA PROTESI**

La revisione con sostituzione di protesi di spalla va descritta con:

DP: cod. della categoria 996.4_ se complicazione meccanica, 996.66 se infezione o infiammazione, 996.77 se altra complicazione diversa dalle precedenti

DS: utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare la protesi articolare con complicazioni meccaniche (V43.61-V43.69)

I/P: cod. 81.97 *Revisione di sostituzione di articolazione di arto superiore*I/P: cod. 81.80 *Sostituzione totale della spalla*

oppure

I/P: cod. 81.81 *Sostituzione parziale della spalla***REVISIONE DI PROTESI DI SPALLA SENZA SOSTITUZIONE DELLA PROTESI**

La revisione senza sostituzione di protesi di spalla va descritta:

DP: cod. della categoria 996.4_ se complicazione meccanica, 996.66 se infezione o infiammazione, 996.77 se altra complicazione diversa dalle precedenti

DS: utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare la protesi articolare (V43.61-V43.69)

I/P: cod. 81.97 *Revisione di sostituzione di articolazione di arto superiore*

Nota: la stessa regola vale anche per la revisione della protesi di gomito, tuttavia per la protesi di gomito si utilizza il cod. I/P 81.84 *Sostituzione totale del gomito* anche per la sostituzione parziale del gomito.

INSERIMENTO INSPACE ORTHOSPACE (CND P090199 – PROTESI DI SPALLA)DP: cod. 715._1 *Artrosi localizzata di spalla* (la quarta cifra cambia a seconda se l'artrosi è primaria, secondaria o non specificata)

oppure

DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica della cuffia dei rotatori*I/P: cod. 81.81 *Protesi parziale della spalla (con protesi sintetica)*

L'asportazione di tessuto o lesione ossea deve essere codificata utilizzando la sottocategoria 77.6_ *Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo* e non i cod. della sottocategoria 77.4_ *Biopsia dell'osso* che vanno riservati alle biopsie ossee e osteomidollari a cielo aperto o per via artroscopica.

MORBO DI DUPUYTRENDP: cod. 728.6 *Morbo di Dupuytren*I/P: cod. 82.35 *Altra fascectomia della mano (risoluzione della contrattura di Dupuytren)***RIZOARTROSI**DP: cod. 715._4 *Artrosi localizzata*I/P: cod. 81.74 *Artroplastica dell'articolazione con impianto*I/P: cod. 81.75 *Artroplastica dell'articolazione senza impianto***ROTTURA LIGAMENTO SCAFO-LUNATO**DP: cod. 845.12 *Distorsione o distrazione metacarpo falangeo*I/P: cod. 81.93 *Sutura della capsula o dei legamenti dell'arto superiore***INTERVENTI ARTO INFERIORE****PRIMO IMPIANTO DI PROTESI**In caso di primo impianto di **protesi di anca** vanno utilizzati i cod.:81.51 *Sostituzione totale dell'anca*

oppure

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 121/168

81.52 *Sostituzione parziale dell'anca (endoprotesi)*
aggiungere il cod. relativo al tipo di superficie di appoggio 00.74-00.77

In caso di primo impianto di **protesi di ginocchio** va utilizzato il cod.:

81.54 *Sostituzione totale del ginocchio*

INTERVENTO CHIRURGICO DI REVISIONE E DI SOSTITUZIONE DI PROTESI DI ANCA O DI GINOCCHIO

In caso di sostituzione di protesi d'anca o di ginocchio è necessario utilizzare i cod. di procedura delle rubriche 00.7_ *Altre procedure sull'anca* e 00.8_ *Altre procedure sul ginocchio o sull'anca* specifici per la componente sostituita (e non i cod. 81.53 e 81.55).

Si deve codificare anche l'eventuale cod. 84.57 *Rimozione di spaziatore di cemento* e, nel caso dell'anca, anche la superficie d'appoggio (00.74-00.76).

Questi cod. comprendono sia la revisione che la contemporanea sostituzione e sono di conseguenza sufficienti per descrivere l'intervento complessivo di revisione e sostituzione.

La revisione con sostituzione di protesi va descritta utilizzando i cod. della categoria 996.4_ *Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni* se complicazione meccanica (la quinta cifra identifica il tipo di complicazione meccanica), 996.66 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna* se infezione o infiammazione, 996.77 *Altre complicazioni da protesi articolari interne* se altra complicazione diversa dalle precedenti.

Esempi:**Revisione della protesi conseguente a mobilizzazione asettica:**

DP: cod. 996.41 *Allentamento meccanico della protesi articolare*

DS: utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare la protesi articolare (V43.61-V43.69)

Revisione della protesi conseguente all'infezione della protesi stessa:

DP: cod. 996.66 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne*

DS: l'eventuale agente infettivo responsabile dell'infezione

DS: utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare la protesi articolare (V43.61-V43.69)

Qualora l'intervento debba essere effettuato in due tempi, nel **primo ricovero** andrà codificata:

I/P: la rimozione della protesi cod. 80.0_ *Artrotomia per rimozione di protesi*

I/P: eventuale posizionamento di spaziatore cod. 84.56 *Inserzione spaziatore in cemento*

Il **secondo ricovero** per posizionamento della nuova protesi in assenza di infezione si codificherà con:

DP: cod. V54.81 *Trattamento ulteriore successivo a sostituzione articolare*

I/P: il reimpianto della protesi utilizzando i cod. visti per la revisione

I/P: cod. 84.57 *Rimozione di spaziatore di cemento* (se presente)

PROTESI DI ROTULA/SOSTITUZIONE

Nel caso ci sia l'impianto/sostituzione della rotula in paziente portatore di artroprotesi di ginocchio si codifica:

DP: cod. V54.81 *Trattamento ulteriore successivo a sostituzione articolare*

oppure

DP: cod. 996.77 *Altre complicazioni da protesi articolari interne*

DS: cod. V43.65 *Sostituzione di articolazione del ginocchio*

I/P: cod. 81.47 *Altra riparazione del ginocchio* (in tutti e due i casi)

PROTESI DI CAVIGLIA/SOSTITUZIONE

Il **primo impianto** di protesi di caviglia va descritto:

DP: codificare la patologia di base

I/P: cod. 81.56 *Sostituzione totale della tibio-tarsica*

La **revisione con sostituzione** di protesi di caviglia va descritta:

DP: cod. 996.77 *Altre complicazioni da protesi articolari interne*

I/P: cod. 81.59 *Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificato altrove*

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA SINDROME/CONFLITTO FEMORO-ACETABOLARE

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 122/168

DP: cod. 726.5 *Entesopatia della regione dell'anca*
I/P: cod. 80.85 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione dell'anca*
I/P: cod. 80.25 *Artroscopia dell'anca*
I/P: cod. 78.45 *Altri interventi di riparazione o plastica sul femore (se effettuata)*

PLASTICA DELLA GOLA INTERCONDILOIDEA DEL FEMORE (NOTCHPLASTY)

I/P: cod. 77.65 *Asportazione locale di lesione o tessuto del femore*

MENISCECTOMIA IN ARTROSCOPIA

Nel caso di rimozione di menisco in artroscopia occorre utilizzare i seguenti cod.:

I/P: cod. 80.6 *Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio*
I/P: cod. 80.26 *Artroscopia del ginocchio*

SHAVING CARTILAGINEO/CONDRABASIONE

Nel caso di intervento di pulizia della cartilagine articolare del ginocchio (shaving cartilagineo, condrabrasione) occorre utilizzare il seguente cod.:

I/P: cod. 80.86 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio*

INTERVENTO DI AUTOTRAPIANTO DI CARTILAGINE

Per il ricovero in cui si effettua il prelievo di cartilagine dal paziente vanno indicati:

DP: codificare la patologia che richiede l'autotrapianto
I/P: cod. 80.9_ *Altra asportazione dell'articolazione*
I/P: cod. 80.2_ *Artroscopia*

Per il successivo ricovero in cui si effettua l'autotrapianto vanno indicati:

DP: la patologia che richiede l'autotrapianto
DS: cod. V42.89 *Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto*
I/P: cod. 81.4_ *Altra riparazione dell'articolazione delle estremità inferiori*
I/P: cod. 80.2_ *Artroscopia*

INSERZIONE DI SPAZIATORE (ARTICOLARE) IN CEMENTO

I/P: cod. 84.56 *Inserzione di spaziatore di cemento*

RIMOZIONE DI SPAZIATORE (ARTICOLARE) IN CEMENTO

I/P: cod. 84.57 *Rimozione spaziatore di cemento*

INNESTO OSSEO

Il cod. 78.00 *Innesto osseo, sede non specificata* non deve essere mai utilizzato in quanto aspecifico.

Quando si ricorre ad un cod. della categoria 78.0_ *Innesto osseo* occorre codificare anche l'eventuale prelievo di osso per innesto (77.71 - 77.79).

INNESTO DI OSSO DA BANCA

I casi di innesto di osso da banca vanno codificati nel modo seguente:

DP: codificare la patologia che richiede il trapianto
DS: cod. V42.4 *Osso sostituito da trapianto*
I/P: cod. 78.0_ *Innesto osseo*

RIPARAZIONE CON INNESTO DI TENDINE DA BANCA

Deve essere descritto con i cod.:

DP: cod. della patologia di base
DS: cod. V42.89 *Altro organo o tessuto sostituito da trapianto*
I/P: cod. 83.75 *Trasposizione o trapianto di tendini*

RIPARAZIONE CON INNESTO DI TENDINE SINTETICO

Se, invece, vengono utilizzati tendini/legamenti sintetici si codifica con:

DP: cod. della patologia di base
I/P: cod. 83.81 *Innesto tendineo*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 123/168

IMPIANTO (TRAPIANTO, INNESTO) DI SOSTITUTO OSTEOCONDRALE DI ARTICOLAZIONE

Per i ricoveri che prevedono interventi **a cielo aperto** di ricostruzione articolare di ginocchio, spalla e caviglia, in cui venga utilizzato un sostituto osteocondrale di derivazione biotecnologica di ampie dimensioni va utilizzato il cod. di procedura: 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio* nella accezione di unicompartimentale (emiarticolare); 81.80 e 81.81 *Sostituzione totale e parziale di spalla*; 81.56 *Sostituzione totale della tibiotarsica*.

Esempio:

DP: codificare la patologia che richiede il trapianto

I/P: cod. 81.54 *Sostituzione totale di ginocchio*

oppure

I/P: cod. 81.80 o 81.81 *Sostituzione totale o parziale di spalla*

oppure

I/P: cod. 81.56 *Sostituzione totale della tibiotarsica*

La presente regola si riferisce ai casi in cui ci sia un trapianto/impianto totale o parziale almeno unicompartimentale (emiarticolare) di articolazione, intendendo la superficie di contatto funzionale dell'articolazione.

In caso di correzione di lesioni osteocondrali, anche di grado elevato, non assimilabili alle sostituzioni articolari, con sostituti osteocondrali di derivazione biotecnologica, la codifica prevede l'uso del cod. 84.52 *Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti*, associato ai cod. di riparazione articolare specifici per sede (81.47 ginocchio, 81.83 spalla, 81.49 caviglia).

INTERVENTI SULLA COLONNA**INTERVENTO PER ERNIA DISCALE**

L'intervento per ernia discale trattata con tecnica chirurgica a cielo aperto si codifica con:

I/P: cod. 80.51 *Asportazione di disco intervertebrale*

ULTERIORI TRATTAMENTI PER ERNIA DISCALE

Per questi trattamenti si ricorda di attenersi strettamente ai criteri di appropriatezza e di efficacia.

- Ernia discale trattata con radiofrequenza o laser o altra tecnica percutanea (coablazione) e nucleoplastica a radiofrequenza
I/P: cod. 80.59 *Altra distruzione di disco intervertebrale*
- Ernia discale con chemionucleolisi intervertebrale
I/P: cod. 80.52 *Chemionucleolisi intervertebrale*

Vertebroplastica

I/P: cod. 81.65 *Vertebroplastica*

Cifoplastica

I/P: cod. 81.66 *Cifoplastica*

Cifoplastica in caso di viziosa o mancata saldatura di frattura patologica vertebrale

In caso di viziosa o mancata saldatura di frattura con presenza di frattura patologica vertebrale ed intervento di cifoplastica, è indicata la seguente codifica:

DP: cod. 733.81-82 *Mancata e viziosa saldatura di frattura*

DS: cod. V54.27 *Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica di vertebra*

I/P: cod. 81.66 *Cifoplastica (compresa tecnica con palloncino)*

Sostituzione di disco vertebrale

Per il ricovero in cui si effettua l'inserzione di protesi artificiale del disco vertebrale e la revisione o sostituzione va indicato:

I/P: cod. 84.6_ *Sostituzione di disco vertebrale*

IMPIANTO DI DISPOSITIVI INTERSPINOSI DI TIPO DINAMICO

Per le Indicazioni di utilizzo dei dispositivi interspinosi di tipo dinamico, si rimanda ai contenuti della Circolare Ministeriale n. 3354 del 23 gennaio 2015.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 124/168

Per la codifica:I/P: cod. 84.58 *Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso***ALTRE DIAGNOSI E ALTRI INTERVENTI IN ORTOPEDIA****TRATTAMENTI ORTOPEDICI ULTERIORI**

I pazienti sottoposti a riduzione di una frattura generalmente presentano la necessità di ulteriori cure, ad es. per la rimozione di protesi metalliche, punti, placche o apparecchi di fissazione esterna. Per la descrizione di questi specifici casi sono previsti i 24 codici V della categoria V54. __ *Altro trattamento ortopedico ulteriore* suddivisi nelle seguenti sottocategorie:

- cod. V54.0_ *Trattamento ulteriore per dispositivo di fissazione interna*
- cod. V54.1_ *Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica*
- cod. V54.2_ *Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica*
- cod. V54.8_ *Altro trattamento ortopedico ulteriore*
- cod. V54.9 *Trattamento ortopedico ulteriore non specificato*

COLLOCAZIONE E SISTEMAZIONE DI APPARECCHI ORTOPEDICI QUALI CORSETTO, GESSO E PROTESI DI ARTOcod. V53.7 *Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici***RICOVERO FINALIZZATO AD IMPIANTO DI NUOVA PROTESI DOPO RIMOZIONE DELLA PROTESI PER INFEZIONE**cod. V54.81 *Trattamento ulteriore successivo a sostituzione articolare***SINDROME DELLO STRETTO TORACICO**

In presenza di Sindrome dello stretto toracico vanno utilizzati i seguenti cod.:

DP: cod. 353.0 *Lesioni del plesso brachiale*I/P: cod. 77.91 *Ostectomia totale della scapola, della clavicola, del torace (coste e sterno)***BIOPSIA OSSEA E OSTEOMIDOLLARE**

Le biopsie osteomidollari effettuate per via percutanea con agoaspirazione vanno codificate con:

I/P: cod. 41.31 *Biopsia del midollo osseo***BIOPSIA DELL'OSSO (CIELO APERTO)**cod. 77.4_ *Biopsia dell'osso* (vedi in premessa paragrafo "biopsie")**CONVERSIONE A CIELO APERTO DI ARTROSCOPIA**

Se l'intervento in artroscopia viene convertito a cielo aperto vanno indicati:

DP: codificare la patologia che ha indotto l'intervento

DS: cod. V64.43 *Intervento chirurgico per via artroscopica convertito in intervento a cielo aperto***CHEMIOEMBOLIZZAZIONE DI CISTI ANEURISMATICA DELL'OSSO**DP: cod. 733.22 *Cisti aneurismatica dell'osso e negli spazi*I/P: cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove* con il cod. 38.91 *Cateterismo arterioso***FRATTURE PATOLOGICHE****FRATTURE PATOLOGICHE**

Coerentemente alle regole generali di selezione della DP, il cod. 733.1_ *Frattura patologica* deve essere utilizzato in DP solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica. Data la natura poco specifica del cod. si deve associare in DS il cod. relativo alla patologia di base (ad es. neoplasia, osteoporosi, etc.) se conforme ai criteri di selezione delle DS.

Nei casi di solo trattamento farmacologico antalgico vanno indicati:

DP: il dolore (per sede) – se dolore neoplastico 338.3 *Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico)*

DS: il cod. di frattura patologica

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 125/168

Frattura patologica del collo del femoreDP: cod. 733.14 *Frattura patologica del collo del femore*DS: cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo*I/P: cod. 78.45 *Altri interventi di riparazione o plastica del femore***Frattura patologica delle vertebre da metastasi ossee**DP: cod. 733.13 *Frattura patologica della vertebre*DS: cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo*I/P: cod. 81.65 *Vertebroplastica* oppure cod. 81.66 *Cifoplastica* oppure cod. 78.49 *Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa* oppure cod. 79.39 *Riduzione cruenta di frattura di altro osso specificato con fissazione interna***Frattura patologica delle vertebre da osteoporosi senile**DP: cod. 733.13 *Frattura patologica della vertebre*DS: cod. 733.01 *Osteoporosi senile*I/P: cod. 81.65 *Vertebroplastica* oppure cod. 81.66 *Cifoplastica* oppure cod. 78.49 *Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa* oppure cod. 79.39 *Riduzione cruenta di frattura di altro osso specificato con fissazione interna***SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI DIFOSFONATI O FARMACI SIMILARI**

Il ricovero di pazienti con metastasi ossee trattati con infusione di difosfonati o farmaci simili va descritto con i seguenti cod.:

DP: cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*DS: cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo*I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 126/168

**CAPITOLO 14
MALFORMAZIONI CONGENITE (740-759)**

Le malformazioni congenite sono classificate nel quattordicesimo capitolo mentre ulteriori patologie congenite sono comprese nel quindicesimo capitolo "Alcune condizioni morbose di origine perinatale" (760-769), che include anche i "Traumi ostetrici" classificati con la categoria 767._.

Le patologie descritte in questo capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età; infatti, molte condizioni congenite non correggibili persistono per tutta la vita e, quindi, l'età del paziente non può essere un fattore determinante nell'assegnazione di questi codici (ad es. cod. 741._ *Spina bifida*). Inoltre alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita (ad es. cod. 744.0_ *Anomalie dell'orecchio che causano deficit dell'udito*).

Nota sulla codifica: la distinzione tra condizioni congenite ed acquisite è indicata nell'indice alfabetico attraverso l'utilizzo di modificatori (ad es. cod. 736.71 *Piede torto, acquisito* vs cod. 754.70 *Piede torto non specificato: malformazione congenita SAI*).

Alcune condizioni sono congenite per definizione, altre sono sempre considerate acquisite; per altre non vi è alcuna distinzione.

Le malformazioni congenite sono classificate sulla base del sistema o dell'apparato coinvolto; comunque i singoli termini clinici vanno ricercati nell'indice alfabetico e la correttezza del cod. individuato va quindi verificata con tutte le indicazioni accessorie riportate nel relativo elenco sistematico.

REGOLE DI CODIFICA**MALFORMAZIONE RILEVATA ALLA NASCITA**

Per l'età neonatale occorre fare riferimento al capitolo 15.

La malformazione rilevata alla nascita viene indicata come DP nella SDO del neonato se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza. Le DS debbono essere segnalate sulla SDO solo quando esse siano significative, cioè influenzino il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.

Esempio:

Nel caso di neonato sottoposto, durante il ricovero per evento nascita, ad intervento chirurgico per patologia malformativa congenita, la DP deve riportare la patologia trattata chirurgicamente e la DS deve riportare il cod. da V3._ a V39._.

Esempio: neonato nato con atresia dell'esofago

DP: cod. 750.3 *Fistola tracheoesofagea, atresia esofagea e stenosi*

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

I/P: 42.51 *Esofago-esofagostomia intratoracica* eventuale cod. di riparazione di fistola esofagea

RICOVERO PER MALFORMAZIONI DIAGNOSTICATE O TRATTATE IN RICOVERO SUCCESSIVO ALLA NASCITA

In DP va riportato il cod. della patologia che viene trattata.

Non va utilizzato alcun cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*. Seguono alcuni esempi.

Malformazione arterovenosa cerebrospinale congenita trattata**1. se cerebrale:**

DP: cod. 747.81 *Anomalie del sistema cerebrovascolare*

I/P: cod. 38.81 *Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici*

oppure

I/P: cod. 38.61 *Altra asportazione di vasi intracranici*

2. se vasi spinali:

DP: cod. 747.82 *Anomalie dei vasi spinali*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 127/168

I/P: cod. 38.80 *Altra occlusione chirurgica di vasi, sede non specificata*
oppure
I/P: cod. 38.60 *Altra asportazione di vasi, sede non specificata*

Criptorchidismo

In caso di ricovero per trattamento chirurgico di criptorchidismo vanno indicate:

DP: cod. 752.51 *Testicolo non disceso*

oppure

DP: cod. 752.52 *Testicolo retrattile*

I/P: cod. 62.5 *Orchiopessi*

Nota sulla codifica: in DS va codificata anche la diagnosi di ernia inguinale (se clinicamente evidente) e su I/P l'eventuale procedura di riparazione.

Intervento di raddrizzamento del pene secondo NESBIT

In caso di ricovero per trattamento chirurgico di raddrizzamento del pene secondo NESBIT vanno indicate:

1. se la deviazione è congenita:

DP: cod. 752.63 *Curvatura anormale, congenita del pene*

I/P: cod. 64.49 *Altra riparazione del pene*

2. se la deviazione è acquisita:

DP: cod. 607.81 *Induratio penis plastica*

I/P: cod. 64.49 *Altra riparazione del pene*

MALFORMAZIONI MUSCOLOSCHIELETRICHE DI ORIGINE MECCANICA

Alcune malformazioni muscolo-scheletriche di origine meccanica avvenute durante la gestazione (ad es. malposizione uterina) sono classificate nella categoria 754 (*Alcune malformazioni congenite del sistema muscoloscheletrico. Include: malformazioni non teratogeniche che sono considerate dovute a malposizione e compressione intrauterina*); se invece l'anomalia è legata a traumi alla nascita, occorre utilizzare i cod. della categoria 767 (Traumi ostetrici) del cap. 15 dedicato alle condizioni morbose del periodo perinatale.

ANOMALIE CROMOSOMICHE

Per la codifica delle anomalie cromosomiche occorre fare riferimento alla categoria 758 (*Anomalie cromosomiche. Include: sindromi associate con anomalie nel numero e nella struttura dei cromosomi. Va utilizzato un cod. aggiuntivo per indicare le manifestazioni associate ad anomalie cromosomiche*).

Nota sulla codifica:

Si sconsiglia di utilizzare i cod. 758.9 *Manifestazioni dovute ad anomalie di cromosomi non specificati* e 759.9 *Anomalie congenite, non specificate* in DP; questi cod. possono essere utilizzati in DS per completare la descrizione del caso, riportando invece come DP la malformazione più rilevante.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 128/168

CAPITOLO 15

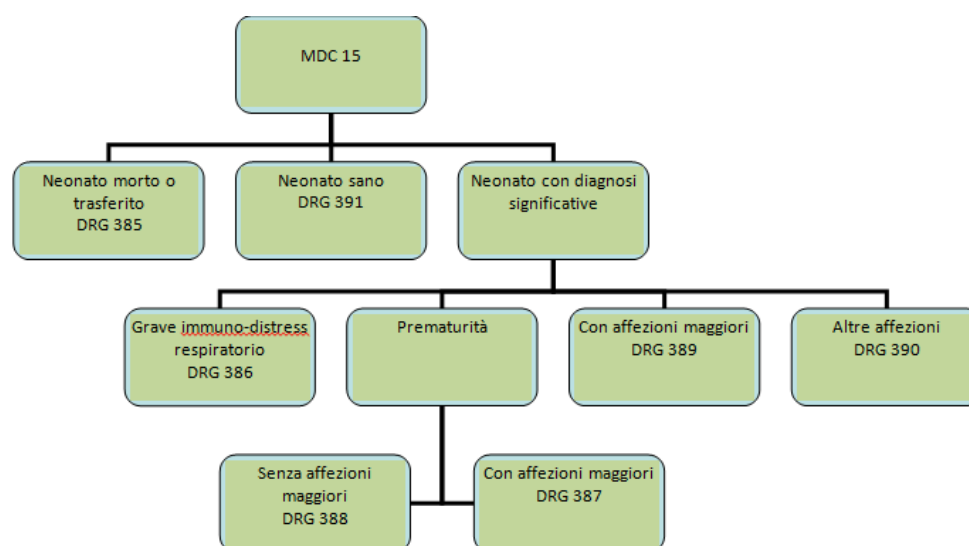
ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (760-779)

Nell'ambito della medicina perinatale, per la presenza di altri flussi informativi attinenti all'area, è fondamentale raggiungere la congruità delle codifiche in modo tale da permettere la lettura delle prestazioni anche in termini di "percorsi assistenziali": la lettura incrociata tra CEDAP, SDO materna e SDO neonatale configura il percorso nascita regionale.

Per ogni nuovo nato vivo nel presidio sarà aperta alla nascita una cartella clinica e SDO relativa all'episodio di assistenza ospedaliera neonatale.

Per il neonato morto non si deve compilare la SDO, né redigere una cartella clinica.

Tutte le SDO redatte dal nido devono produrre DRG afferenti alla MDC 15 Neonati nati sani e condizioni morbose del periodo perinatale.



DRG	MDC	TIPC	DESCRIZIONE	PESO	VALORE SOGLIA
391	15	M	Neonato normale	0,15977	5
390	15	M	Neonati con altre affezioni significative	0,20851	5
385	15	M	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	0,68912	4
389	15	M	Neonati a termine con affezioni maggiori	0,70411	14
388	15	M	Prematurità senza affezioni maggiori	0,83261	30
387	15	M	Prematurità con affezioni maggiori	3,53169	47
386	15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	8,68773	103

DEFINIZIONE DI PERIODO PERINATALE

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 129/168

Le malattie classificate nel capitolo 15 includono le condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale, quindi caratterizzate da manifestazioni che hanno origine da prima della nascita fino ai 28 giorni di vita, anche se la patologia o la morte possono evidenziarsi successivamente.

Sulla SDO non devono essere codificate le condizioni non rilevanti o segni e sintomi che si risolvono senza specifico impegno diagnostico/terapeutico e/o assistenziale.

TRASFERIMENTO NEL PERIODO PERINATALE

I cod. di diagnosi neonatale possono essere utilizzati per le patologie che hanno avuto origine nel periodo perinatale anche quando hanno comportato un periodo di degenza complessivo e continuativo superiore ai 28 giorni (documentabile in cartella clinica); tale regola vale anche nel caso in cui il neonato sia trasferito da altra struttura, ponendo attenzione alla codifica da utilizzare nel secondo trasferimento ovvero nella struttura ospedaliera ricevente il neonato proveniente dalla terapia intensiva neonatale. La struttura ricevente dovrà utilizzare un codice V in DP qualora il trasferimento sia avvenuto in un tempo che supera i 28 giorni di vita del neonato.

Esempio:

Qualora dall'Ospedale del punto nascita (A), vi sia necessità di trasferire il neonato presso la Terapia Intensiva Neonatale (TIN) di altro Ospedale (B) e da qui sia ri-trasferito nell'Ospedale A, va utilizzato il seguente schema:

	1^ SDO: EVENTO NASCITA	2^ SDO: TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	3^ SDO: POST TERAPIA INTENSIVA
DIAGNOSI PRINCIPALE	PATOLOGIA NEONATALE	PATOLOGIA NEONATALE	PATOLOGIA NEONATALE
DIAGNOSI SECONDARIA	V3_._		UTILIZZARE V66.5 CONVALESCENZA SUCCESSIVA AD ALTRO TRATTAMENTO O COD. RELATIVI AI POSTUMI. NOTA: UTILIZZARE IN DS SE TRASFERIMENTO ENTRO I 28 GIORNI; IN DP SE TRASFERIMENTO DOPO I 28 GIORNI
REPARTO DI AMMISSIONE	NIDO	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	NEONATOLOGIA O PEDIATRIA

INDICAZIONI GENERALI DI CODIFICA

I cod. 760-779 fanno riferimento al periodo perinatale.

Coerentemente con le regole generali di codifica, l'individuazione di condizioni cliniche sulla SDO del neonato deve avvenire solamente quando queste siano significative; non devono essere codificate le condizioni non rilevanti o non trattate.

I cod. 760._ - 763._ Cause materne di morbidità e mortalità perinatale vanno riportati, nell'evento nascita, in DS nella SDO del neonato, esclusivamente quando la condizione materna ha influenzato il trattamento rivolto al neonato. Tali cod. non devono essere utilizzati se non vi è impegno significativo dal punto di vista clinico/terapeutico/assistenziale rivolto al neonato anche in presenza di impegno assistenziale significativo rivolto alla madre.

Il neonato sano non ospitato per l'episodio della nascita, ma presente in Ospedale (culla vicino al posto letto della madre) a causa di un rientro della madre non richiede il ricovero al nido, né l'apertura della cartella clinica, né la compilazione della SDO. Eventuali annotazioni che lo riguardano possono essere incluse nella cartella clinica della madre.

Qualora vi sia nell'evento nascita un intervento chirurgico, si riporta in DP la patologia trattata chirurgicamente.

Nell'episodio della nascita, i cod. da V3_._ a V39_._ riportati come diagnosi principale, devono essere utilizzati per la codifica della DP nella SDO del neonato ospitato nel nido; negli altri casi vanno riportati in DS (come riportato successivamente).

NATO MORTO

I seguenti cod.:

768.0 Morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio in un momento non specificato

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 130/168

*768.1 Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio**799.6 Interruzione della gravidanza riferita al feto**V35. _ Altro parto multiplo (tre o più), tutti nati morti*

non devono essere utilizzati in quanto riferiti al feto morto per il quale non deve essere compilata la SDO (e quindi non va compilata la cartella clinica).

NEONATO NATO VIVO IN OSPEDALE O IMMEDIATAMENTE PRIMA DEL RICOVERO

Tratto dalla versione originale del manuale ICD-9_CM 2007 per la categoria V30-39: "These categories are intended for the coding of liveborn infants who are consuming health care [e.g. crib or bassinet occupancy]".

Tutte le nascite avvenute in Ospedale o immediatamente prima del ricovero (ad es. il bambino nato in macchina o a casa che necessita di ricovero immediato) devono essere identificate riportando sulla SDO i cod. da V3. _ a V39. _ (ad eccezione del caso di intervento chirurgico ove i cod. V3. _ - V 39. _ vanno riportati in DS). Gli stessi non devono essere riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture), né sulla SDO della madre.

La cifra dopo il V3. _ - V39. _ specifica se è un neonato singolo o da parto multiplo.

E' sconsigliato l'utilizzo dei cod. **V33. _**, **V37. _**, **V39. _** poiché non specifici.

I cod. da V3. _ a V39. _ riportati come diagnosi principale, devono essere utilizzati per la codifica della DP nella SDO del neonato ospitato nel nido; negli altri casi vanno riportati in DS.

L'esecuzione di **vaccinazioni** o **screening** sui neonati sani non comporta l'assegnazione di cod. di diagnosi ulteriori rispetto a quelli utilizzati per l'evento nascita (V3. _ - V39. _) né in DP né in DS poiché parte costitutiva dell'assistenza al neonato.

Neonato nato in Ospedale in attesa di adozione

Il cod. V20.0 può essere utilizzato per il neonato abbandonato e per giustificare la degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione:

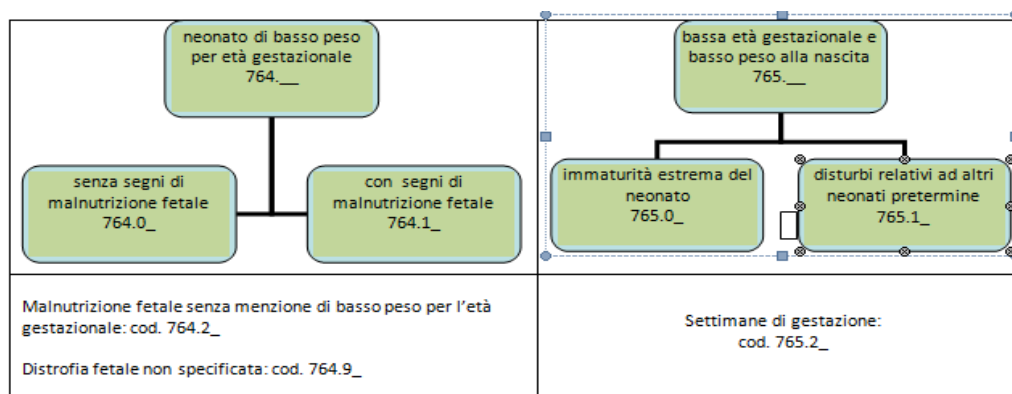
DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. V20.0 *Controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato*

PREMATURITA'

Va prestata particolare attenzione alle specifiche presenti nel sistema di classificazione poiché esistono grosse differenze di trattamento tra un prematuro di basso peso rispetto ad un prematuro con la stessa età, ma con un peso più elevato.

Si precisa che per il neonato di basso peso (sotto i 2500 gr), senza particolari problemi assistenziali e che permane al Nido, si utilizza solamente il cod. V30. _ in DP.



Le condizioni di ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale e di prematurità vengono essenzialmente descritte dai cod. della categoria: **764. _ Ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale** e soprattutto dalla categoria **765. _ Problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita** con la quinta cifra che ne indica l'entità del peso alla nascita:

0 = peso non specificato

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 131/168

- 1 = < 500 gr
- 2 = 500-749 gr
- 3 = 750-999 gr
- 4 = 1000-1249 gr
- 5 = 1250-1499 gr
- 6 = 1500-1749 gr
- 7 = 1750 -1999 gr
- 8 = 2000-2499 gr
- 9 > 2500 gr

Nell'ambito della categoria 765 si trovano i cod. **765.0** *Immaturità estrema del neonato* e **765.1** *Disturbi relativi ad altri neonati pretermine* per i quali occorre aggiungere uno dei cod. della categoria **765.2__** per indicare la settimana di gestazione:

- 765.21, meno di 24 settimane complete di gestazione
- 765.22, 24 settimane complete di gestazione
- 765.23, 25-26 settimane complete di gestazione
- 765.24, 27-28 settimane complete di gestazione
- 765.25, 29-30 settimane complete di gestazione
- 765.26, 31-32 settimane complete di gestazione
- 765.27, 33-34 settimane complete di gestazione
- 765.28, 35-36 settimane complete di gestazione

ITTERO NEONATALE

L'ittero che non richiede accertamenti e/o prolungamento della degenza non va codificato.

Ittero fisiologico

L'ittero fisiologico del neonato che non richiede fototerapia o frequenti prelievi per la determinazione della bilirubinemia totale ma che ha determinato un aumento della degenza va codificato con:

- DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*
- DS: cod. 774.6 *Ittero fetale e neonatale non specificato. Include: ittero neonatale, iperbilirubinemia neonatale transitoria, ittero fisiologico SAI nel neonato*

Ittero neonatale da ritardo della coniugazione

L'ittero neonatale da ritardo della coniugazione, causa non specificata, che necessita di fototerapia per 24 h, accertamenti di tipo eziologico e prolungamento della degenza, va codificato con:

- DP: cod. 774.30 *Ittero neonatale da ritardo della coniugazione, causa non specificata*
- DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

Ittero in prematuro

L'ittero in prematuro va codificato con:

- DP: cod. 774.2 *Ittero neonatale associato a parto prematuro*
- DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

Ittero da causa specifica

Se è stata identificata una causa specifica, ad es. galattosemia (271.1), mucoviscidosi (277.00-277.09) o stenosi congenita delle vie biliari (751.61), la codifica sarà la seguente:

- DP: cod. 774.5 *Ittero perinatale da altre cause*
- DS: cod. della patologia (galattosemia 271.1, mucoviscidosi 277.0, stenosi congenita delle vie biliari 751.61)
- DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

PROBLEMI RESPIRATORI**Apnea del neonato**

La codifica distingue:

- cod. 770.81 *Apnea primaria o essenziale nel sonno del neonato*
- cod. 770.82 *Apnea ostruttiva neonatale*
- cod. 770.88 *Ipossiemia del neonato*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 132/168

Sofferenza fetale

Si esprime con i cod. da 768.2 a 768.4. Tale codifica va indicata **solo** se si riscontra patologia o diagnostica significativa, per l'utilizzo di tali cod. vanno, infatti, consultate le note di codifica.

Asfissia alla nascita

L'asfissia grave va codificata in presenza di almeno uno dei seguenti criteri:

- indice di Apgar ≤ 5 a 10 minuti dalla nascita;
- necessità di proseguire la rianimazione (con tubo ET o maschera e pallone) ancora a 10 minuti dalla nascita;
- acidosi fetale o neonatale definita con pH arterioso cordonale < 7.0 o eccesso di basi > 12 mmol/L;
- contemporanea presenza di segni e sintomi di danno neurologico o multiorgano con o senza riconoscimento strumentale.

I cod. della categoria da 768.5 a 768.7 tengono conto delle differenze di coinvolgimento delle condizioni neurologiche.

Sindrome da distress respiratorio neonatale

Il cod. 769 *Sindrome da distress respiratorio neonatale* descrive una grave patologia respiratoria neonatale che necessita di un elevato livello assistenziale quale la ventilazione assistita (cod. 96.7_ *Ventilazione meccanica continua* o cod. 93.90 *Respirazione a pressione positiva continua CPAP*) e pertanto deve essere riservato alle seguenti condizioni:

- Malattia delle Membrane ialine di terzo e quarto stadio
- Ipertensione Polmonare Primitiva (cod. 747.83 *Circolazione fetale persistente*)
- Severa Sindrome da Distress Respiratorio (RDS)

Distress respiratori lievi

I distress respiratori lievi vanno codificati con:

cod. 770.84 *Insufficienza respiratoria del neonato*

cod. 770.6 *Tachipnea transitoria del neonato o Sindrome del polmone bagnato*

Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede anche i cod. della categoria 770.8_ *Altri problemi respiratori del neonato*.

Aspirazione fetale o neonatale

Con i cod. 770.1_ *Aspirazione fetale e neonatale* si descrive l'aspirazione di meconio, liquido amniotico e sangue definendo la compromissione o meno della funzione respiratoria.

I cod. 770.85 *Aspirazione del contenuto gastrico in fase post-natale senza sintomi respiratori* e 770.86 *Aspirazione del contenuto gastrico in fase post-natale con sintomi respiratori* indicano l'aspirazione del contenuto gastrico rispettivamente senza e con associato il sintomo respiratorio.

TRAUMI OSTETRICI/MALFORMAZIONI CONGENITE

I cod. 767.___ definiscono un'anomalia legata a traumi alla nascita e che hanno richiesto trattamenti specifici.

La malformazione congenita non teratogenica del sistema muscoloscheletrico, si codifica utilizzando i cod. della categoria 754.___ *Malformazioni congenite del sistema muscoloscheletrico di origine meccanica avvenute durante la gestazione (malposizione e compressione intrauterina)*.

Le malformazioni congenite sono trattate nel cap. 14 Malformazioni congenite.

CAUSE MATERNE DI MORBOSITA' E MORTALITA' PERINATALE (760-763)

I cod. da 760 a 763 *Cause materne di morbosità mortalità perinatale* possono essere utilizzati come DS sulla SDO del neonato (e solo su di essa) esclusivamente quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato.

categoria 760 *Manifestazioni morbose del feto o del neonato derivanti da patologia materna anche non correlata alla gravidanza attuale*

categoria 761 *Feto o neonato affetto da complicazioni materne della gravidanza*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 133/168

categoria 762 *Feto o neonato affetto da complicazioni della placenta, del cordone ombelicale e delle membrane*

categoria 763 *Feto o neonato affetto da altre complicazioni del travaglio e del parto*

Tali cod. non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia determinare un'influenza sul trattamento del neonato.

Quando la condizione della madre ha provocato nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede cod. appropriati piuttosto che i cod. 760-763 (ad es. 775.0 *Sindrome del neonato di madre diabetica*, 771.0 *Rosolia congenita*, *Polmonite congenita rubeolica*, 771.1 *Infezione congenita da virus citomegalico*, 771.2 *Altre infezioni congenite, specifiche del periodo perinatale*, 779.4 *reazione a farmaci e intossicazioni specifiche del neonato*, 779.5 *sindrome da astinenza del neonato*).

MALATTIA EMOLITICA DEL NEONATO**a) Neonato senza sintomi**

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)* (per segnalare la condizione clinica che rende necessaria l'osservazione clinica e gli accertamenti seriati)

b) Neonato con sintomi

DP: cod. 773._ *Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a* *dovuta a isoimmunizzazione materno fetale*

Nota sulla codifica: in caso di malattia emolitica del neonato anti Rh, con test di Coombs diretto positivo, va utilizzato il cod. cod. 773.0 *Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione Rh*, mentre in caso di malattia emolitica del neonato anti ABO, con test di Coombs diretto positivo, va utilizzato il cod. 773.1 *Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione ABO*.

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

NEONATO DA MADRE AFFETTA DA PATOLOGIA INFETTIVA**a) Neonato sano e con accertamenti negativi**

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

b) Neonato asintomatico ma positivo per gli accertamenti culturali e sierologici

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato*

DS: cod. da V02.0 a V02.9 (inoltre V08 per stato infettivo asintomatico da HIV) per indicare lo stato di portatore sospetto di malattia infettiva

c) Neonato sintomatico

DP: cod. 771.2 *Altre infezioni congenite del periodo neonatale*

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. specifico dell'agente eziologico (ad es. cod. 070._ *epatite virale*; cod. 042 *HIV*; cod. 041.02 *Infezione streptococcica*, *streptococco gruppo B*; cod. 052._ *varicella*; cod. 130._ *toxoplasmosi*)

Nota sulla codifica:

Si evidenzia che la categoria 771 *Infezioni specifiche del periodo perinatale* prevede i cod.:

cod. 771.81 *Setticemia (sepsi) del neonato*

cod. 771.82 *Infezioni delle vie urinarie del neonato*

cod. 771.83 *Batteriemia neonatale*

cod. 771.89 *Altre infezioni specifiche del periodo perinatale*

Nella codifica di questi casi si raccomanda di porre particolare attenzione alle note di inclusione ed esclusione.

d) Neonato asintomatico con accertamenti positivi ma non ancora dirimenti circa la possibile trasmissione dell'infezione

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. da V01.0 a V01.89 *Contatto con o esposizione a malattie trasmissibili*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 134/168

NEONATO DA MADRE IPERTESA**a) Neonato sano**DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita***b) Neonato da madre ipertesa con necessità di accertamenti**DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*DS: cod. 760.0 *Disturbi ipertensivi della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato. Feto o neonato affetto da manifestazioni morbose materne classificabili in 642***c) Neonato sintomatico**

DP: utilizzare un cod. di diagnosi specifico per la patologia

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita***NEONATO DA MADRE DIABETICA****a) Neonato sano**DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita***b) Neonato da madre diabetica con glicemie seriate normali**DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)***c) Neonato sintomatico**DP: cod. 775.0 *Sindrome del neonato di madre diabetica*DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita***NEONATO DA MADRE IPO/IPERTIROIDEA****a) Neonato sano**DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita***b) Neonato da madre ipo/ipertiroidica con necessità di accertamenti**DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)***c) Neonato sintomatico**

DP: cod. specifico per la patologia

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita***NATO DA MADRE PIASTRINOPENICA****a) Neonato sano**DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita***b) Neonato da madre piastrinopenica sottoposto ad osservazione clinica con emocromo e coagulazione normali**DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)***c) Neonato sintomatico**DP: cod. 776.1 *Trombocitopenia neonatale transitoria*DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita***NATO DA MADRE CHE ASSUME SOSTANZE POTENZIALMENTE NOCIVE PER IL FETO (INCLUSI STUPEFACENTI)****a) Neonato sano**DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 135/168

b) Neonato sano ma con necessità di osservazione clinica ed accertamentiDP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)***c) Neonato sintomatico**

DP: cod. relativo alla manifestazione clinica (ad es. dispnea, alterazione del ritmo cardiaco, sintomi neurologici, etc.)

DS: cod. 760.7 *Malattie del feto dovute a sostanze nocive passate attraverso la placenta o il latte materno* dove la quinta cifra identifica la sostanzaDS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita***NATO DA MADRE CON ROTTURA PREMATURA DELLE MEMBRANE****a) Neonato asintomatico**DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita***b) Neonato positivo agli accertamenti**

Se il neonato è positivo agli accertamenti ed è stato trattato, la codifica è la seguente:

DP: cod. 771.8_ *Altri tipi di infezioni specifiche del periodo perinatale*DS: cod. 761.1 *Rottura prematura delle membrane che ha ripercussioni sul feto o sul neonato*DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita***RICOVERO DI NEONATI DOPO L'EVENTO NASCITA**

Per i ricoveri successivi al ricovero della nascita non si devono utilizzare i cod. V30.___ - V39.___ né in DP, né in DS.

Per problemi sociali e/o malattia maternaVa utilizzato in DP il cod. V20.1 *Cure ad altro neonato o bambino sano* per descrivere i ricoveri, successivi a quelli relativi alla nascita, per supervisione sanitaria del neonato sano in caso di cattive condizioni socio-economiche familiari o malattia materna fisica o psichica.**Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate**I cod. della categoria V29 *Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate* devono essere utilizzati per descrivere i ricoveri successivi a quello relativo alla nascita, in cui un neonato in apparente stato di buona salute ed entro i 28 giorni di vita, viene valutato per una condizione patologica sospetta che, dopo opportuni approfondimenti, non risulta essere confermata.Se il ricovero avviene dopo i 28 giorni, va utilizzato il cod. V71._ *Osservazione e valutazione per sospetto di manifestazioni morbose*.**Osservazione dopo terapia intensiva neonatale**Il ricovero finalizzato all'osservazione del neonato successiva alla dimissione dalla terapia intensiva neonatale, va descritto ponendo in DP il cod. V66.5 *Convalescenza successiva ad altro trattamento*.**Ricovero per patologia insorta nel periodo perinatale dopo l'evento nascita**

Vanno utilizzati in DP i cod. da 760.___ a 779.___.

Se non si identifica un cod. ricompreso nei cod. perinatali, va utilizzato in DP il cod. 779.89 *Altre manifestazioni specificate che hanno origine nel periodo perinatale* e in DS la patologia riscontrata.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 136/168

**CAPITOLO 16
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI
(780-799)**

Il capitolo sedicesimo include sintomi, segni, risultati anomali di laboratorio o altre indagini, nonché manifestazioni mal definite che non possono essere classificate negli altri settori.

I segni o i sintomi che si riferiscono in modo abbastanza definito ad una specifica malattia sono assegnati in altri settori della classificazione.

In generale le **categorie 780-796** comprendono:

manifestazioni morbose poco definite

sintomi che possono riguardare con uguale probabilità due o più malattie o apparati

tali cod. vanno utilizzati quando non è possibile assegnare una diagnosi più specifica.

Tutte le categorie di questo settore possono essere definite come:

“non altrimenti specificate”

“ad eziologia sconosciuta”

“transitorie”

L'indice alfabetico va consultato per identificare quali sintomi o segni devono essere collocati in questo settore e quali in altri e più specifici settori; le sottocategorie residuali con il **codice .9** sono state previste per altri sintomi rilevanti che non possono essere collocati in nessuna altra parte della classificazione.

Le circostanze nelle quali è opportuno utilizzare i cod. compresi nelle categorie 780-796 sono le seguenti:

- a) nessuna diagnosi **più specifica** può essere formulata anche dopo che tutti gli elementi relativi al caso sono stati esaminati;
- b) i segni o i sintomi presenti alla prima visita si rivelano **transitori** senza che sia stato possibile individuarne l'origine;
- c) i pazienti sono **trasferiti** altrove prima che sia stata formulata una diagnosi;
- d) si desidera evidenziare indagini o trattamenti **precedenti** il momento della diagnosi;
- e) si desidera indicare sintomi che rappresentano un **problema importante** nel trattamento medico e che possono essere segnalati insieme alla DP.

Questi cod. possono essere utilizzati come **DP** di dimissione in assenza di qualsiasi altra indicazione diagnostica più precisa o quando la manifestazione clinica si identifica con il sintomo stesso (ad es. cod. 780.31 *Convulsioni febbrili (semplici), non specificati. Convulsione in corso di febbre SAI*).

In **DS** possono essere riportati se rappresentano **manifestazioni rilevanti** e non costanti della patologia segnalata in diagnosi principale.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 137/168

**CAPITOLO 17
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI (800-999)**

Il capitolo diciassettesimo comprende traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici, complicazioni di cure mediche, postumi degli stessi.

In caso di ricovero per traumatismi/avvelenamenti, è obbligatorio compilare, oltre a diagnosi/interventi, anche il campo **“traumatismi o intossicazioni”**, presente nella SDO, che specifica la causa del trauma/avvelenamento.

I cod. da utilizzare, ad un carattere, sono i seguenti:

- 1: infortunio sul lavoro
- 2: infortunio in ambiente domestico
- 3: incidente stradale
- 4: violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta)
- 5: autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto)
- 9: altro tipo di incidente o intossicazione

Il capitolo sui traumatismi ed avvelenamenti comprende:

- Fratture: 800-829
- Lussazioni: 830-839
- Distorsioni e distrazioni delle articolazioni e dei muscoli adiacenti: 840-848
- Traumatismi intracranici, esclusi quelli associati a frattura del cranio: 850-854
- Traumatismi interni del torace, dell'addome e della pelvi: 860-869
- Ferite aperte: 870-897
- Traumatismi dei vasi sanguigni: 900-904
- Postumi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici ed altre cause esterne: 905-909
- Traumatismi superficiali: 910-919
- Contusioni senza soluzione di continuo: 920-924
- Schiacciamento: 925-929
- Effetti da corpo estraneo penetrato attraverso un orifizio naturale: 930-939
- Ustioni: 940-949
- Traumatismi dei nervi e del midollo spinale: 950-957
- Alcune complicazioni traumatiche e traumatismi non specificati: 958-959
- Avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici: 960-979
- Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa: 980-989
- Altri e non specificati effetti di cause esterne: 990-995
- Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove: 996-999

Nota sulla codifica:

Come sopra riportato, nella SDO è presente il campo **“traumatismi o intossicazioni”**; quando tale campo viene compilato deve essere descritta anche la causa esterna tramite il codice E.

In caso di ricovero per postumi di trauma (cat. cod. 905-909 *Postumi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici ed altre cause esterne*) il campo **“traumatismi ed intossicazioni”** non deve essere compilato.

Per le ulteriori indicazioni si rimanda al paragrafo **“Codici E”** contenuto nel cap. Linee guida generali per la selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche.

TRAUMATISMI

I traumatismi sono suddivisi nei seguenti blocchi:

- Fratture (800–829)
- Lussazioni (830–839)
- Distorsioni (840–848)
- Traumatismi intracranici (850–854)
- Traumatismi interni (860–869)
- Ferite aperte di testa/collo/tronco (870–879)
- Ferite arto superiore (880–887)

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 138/168

Ferite arto inferiore (890–897)
 Traumatismi dei vasi sanguigni (900–904)
 Traumatismi superficiali (910–919)
 Contusioni (920–924)
 Schiacciamenti (925–929)
 Effetti da corpi estranei (930–939)
 Ustioni (940–949)
 Traumatismi nervi/midollo spinale (950–957)
 Complicazioni traumatiche (958–959)
 Postumi di traumatismi/avvelenamenti (905–909)

Nota sulla codifica:

Il principio della codifica multipla dei traumatismi deve essere applicato in tutti i casi possibili. In caso di traumatismi multipli devono essere utilizzati i cod. combinati, quando la natura di ciascuno di essi non è indicata in maniera precisa, oppure quando, per la codifica della causa principale, è più conveniente adoperare un solo cod.; negli altri casi i componenti dei traumatismi saranno codificati separatamente.

Quando nei titoli delle categorie sono specificate sedi multiple di traumatismi, la parola “con” indica l’interessamento di ambedue le sedi; la congiunzione “e” indica l’interessamento di una o dell’altra o di entrambe le sedi. Il termine “dita” include il pollice.

Alcuni codici di fratture multiple degli arti prevedono già l’interessamento di più sedi (ad es. categorie 817 *Fratture multiple delle ossa della mano*, 819 *Fratture multiple di ambedue gli arti superiori e dell’arto superiore con le costole e lo sterno*, 828 *Fratture multiple interessanti ambedue gli arti inferiori, l’arto inferiore con quello superiore e l’arto inferiore con le costole e lo sterno*).

Le categorie **905-909** riguardano i “**postumi**” dei traumatismi.

FRATTURE

I termini “condilo”, “processo coronoide”, “branca” e “sinfisi” indicano la parte dell’osso fratturato, non il nome dell’osso colpito.

Le indicazioni “chiusa” o “esposta” usate nelle sottocategorie comprendono i seguenti termini:

Frattura chiusa (con o senza ritardo di consolidazione): a legno verde, avvallata, comminuta, da distacco epifisario, elevata, fissurata, frattura SAI, incastrata, lineare, semplice, spirale

Frattura esposta (con o senza ritardo di consolidazione): composta, con corpo estraneo, da arma da punta, da proiettile, infetta

Una frattura non indicata come chiusa o esposta deve essere classificata come chiusa.

Le fratture sono codificate alle categorie 800-829. Tali categorie non includono: la consolidazione viziosa (733.81), la mancata saldatura (733.82), la frattura patologica o spontanea (733.10-733.19), la frattura da stress (733.93-733.95).

Per la codifica delle fratture patologiche si rimanda ai contenuti del cap. 13 Malattie del sistema osteoarticolare e del tessuto connettivo.

TRAUMI CRANICI

Particolare attenzione va posta al corretto utilizzo dei cod. che identificano i traumatismi cranici evitandone l’uso per i casi clinici in cui i traumatismi esterni non si accompagnano a sintomi o segni di interessamento cerebrale.

I traumi cranici associati a frattura sono classificati, secondo la sede, nelle categorie 800-804; il quarto carattere del cod. indica se la frattura è aperta o chiusa, se è associata a trauma intracranico ed il tipo del trauma intracranico.

Per la categoria cod. 802. __ *Frattura delle ossa della faccia* il quarto ed il quinto carattere identificano la sede della frattura.

I traumi intracranici non associati a frattura sono classificati con le categorie 850-854; il quarto carattere del cod. indica il tipo di trauma e l’eventuale associazione con una ferita aperta.

Esempio:

Gli episodi di ricovero per osservazione clinica ed accertamenti diagnostici dopo trauma cranico vanno descritti utilizzando i seguenti codici:

- a) per ricovero breve di sola **osservazione clinica** va indicato:

DP: un cod. della categoria 850. _ *Concussione*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 139/168

- b) per ricovero breve con **osservazione clinica ed esecuzione di esami diagnostici** (ad es. TAC del capo) volti allo studio del traumatismo intracranico vanno indicati:
DP: cod. 854.0_ *Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura, senza menzione di ferita intracranica esposta*
I/P: i cod. relativi agli esami diagnostici effettuati (ad es. cod. 87.03 *Tomografia assiale computerizzata (TAC) del capo*)
- c) se oltre al trauma cranico il paziente presenta **una o più ferite** del cuoio capelluto che non evidenziano complicazioni vanno indicati:
DP: cod. 854.1_ *Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura, con ferita intracranica esposta*
I/P: cod. 86.59 *Sutura del cuoio capelluto* se la sutura non è stata effettuata in Pronto Soccorso

Per la categoria **850 Concussione**, l'informazione relativa allo stato di coscienza è riportata con diverse modalità nella quarta cifra. Nel solo caso di breve perdita di coscienza, occorre specificarne la durata con la quinta cifra (850.1_).

Per le categorie **800, 801, 803, 804 e 851-854** il quinto carattere del cod. indica l'eventuale perdita di coscienza, la durata di tale perdita e se vi è il ritorno al persistente stato di coscienza:

- 0 – stato di coscienza non specificato
- 1 – senza perdita di coscienza
- 2 – con perdita di coscienza di durata < 1 h
- 3 – con perdita di coscienza di durata compresa tra 1 h e 24 h
- 4 – con perdita di coscienza di durata superiore alle 24 h e recupero dello stato di coscienza preesistente
- 5 – con perdita di coscienza di durata superiore alle 24 h senza recupero dello stato di coscienza preesistente (paziente incosciente che muore prima di riacquistare coscienza)
- 6 – con perdita di coscienza di durata non specificata
- 9 – con stato commotivo non specificato

La sindrome post-commotiva (cod. 310.2 *Sindrome post-commotiva. Sindrome cerebrale post-traumatica, non psicotica. Sindrome o encefalopatia post-contusiva. Stato post-commotivo cerebrale*) include una grande varietà di sintomi (mal di testa, vertigini, fatica, difficoltà di concentrazione, depressione, ansietà, apatia, palpitazioni cardiache), che talora durano poche settimane. Normalmente tale cod. non viene assegnato in relazione al ricovero iniziale per il trattamento della concussione. Nei casi in cui il paziente viene trattato per sindrome post-commotiva entro 24-48 ore dall'evento traumatico, ove la concussione sia ancora presente, si deve codificare la concussione stessa (cod. 850_ *Concussione*) e non la sindrome post-commotiva.

Nei casi in cui il trauma cranico sia ulteriormente descritto come **lacerazione cerebrale o contusione cerebrale** (cod. 851.8_ *Altra e non specificata lacerazione cerebrale e contusione senza ferita intracranica esposta*) o quando sia associato ad emorragia subdurale, subaracnoidea o ad altra emorragia intracranica o ad altra specifica condizione classificabile nelle categorie 851-854, non deve essere assegnato il cod. della concussione.

I traumatismi esterni o superficiali della faccia e del cuoio capelluto devono essere codificati secondo specifici cod., ad es. quelli appartenenti alla categoria 910 *Traumatismo superficiale della faccia, del collo e del cuoio capelluto, escluso l'occhio* o alla categoria 920 *Contusione della faccia, del cuoio capelluto e del collo escluso l'occhio*.

FERITE DELL'ARTO SUPERIORE E DELL'ARTO INFERIORE

Nelle categorie 880-897 sono comprese anche le amputazioni traumatiche.

TRAUMATISMI SUPERFICIALI (910–919)

Tale categoria comprende le voci di abrasione, vescicola, corpo estraneo superficiale (scheggia).

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 140/168

Puntura d'insetto non velenoso senza o con infezione, senza reazione tossica e allergica generalizzata:

DP: cod. 910.4 *Puntura d'insetto, non velenoso, senza menzione di infezione* oppure cod. 910.5 *Puntura d'insetto, non velenoso, con infezione*

Puntura o morso di animale che provoca reazione tossica:

DP: cod. 989.5 *Effetti tossici di veleno di origine animale*

Shock anafilattico:

DP: cod. 995.0 *Altro shock anafilattico non classificato altrove*

DS: cod. 985.9. *Effetti tossici di veleno di origine animale*

USTIONI (940–949)

Sono comprese le ustioni:

- da alta temperatura (fuoco, oggetti o liquidi surriscaldati)
- da elettricità
- da radiazioni
- da sostanze chimiche

Tali categorie classificano le ustioni per **sede**. Le categorie da 941 a 946 prevedono la quinta cifra per distinguere la **gravità** (non specificata, I, II, III grado e III grado profondo senza e con perdita di sostanza).

I cod. della categoria **948** classificano le ustioni per **estensione** della superficie corporea interessata e vanno usati:

DP: se non è specificata la sede, oppure in caso di ustioni molto estese, per le quali non è possibile codificare separatamente le varie sedi

DS: in aggiunta alle categorie 940-946 per le ustioni di III° grado per specificare la percentuale di superficie corporea interessata

Esempio:

Nel caso di diagnosi di dimissione per ustioni di III grado alla mano e al polso vanno utilizzati:

DP: cod. 944.38 *Perdita dell'epidermide e del derma [terzo grado SAI], sedi multiple del polso e della mano*

DS: cod. 948.00 *Ustione coinvolgente meno del 10% della superficie corporea, ustioni di terzo grado coinvolgenti meno del 10% della superficie corporea*

L'**ustione solare** o eritema solare si codifica con il cod.:

692.7_ *Dermatiti da radiazioni solari* distinte in I, II, III grado

Il **colpo di calore o colpo di sole** è classificato tra gli effetti da cause esterne con il cod.:

cod. 992.0 *Colpo di calore o colpo di sole*

Le **ustioni di organi interni** sono classificate nella categoria 947 che comprende anche le **ustioni chimiche da ingestione di caustici**; in questi casi vanno indicati:

DP: l'ustione

DS: la manifestazione clinica dell'ustione

Esempio:

DP: cod. 947.2 *Ustione dell'esofago*

DS: cod. 530.19 *Altra esofagite*

ALCUNE COMPLICAZIONI TRAUMATICHE E TRAUMATISMI NON SPECIFICATI (958–959)

Il blocco di tali cod. comprende alcune complicanze acute di traumatismi come:

cod. 958.1 *Embolia gassosa*

cod. 958.4 *Shock traumatico*

cod. 958.5 *Anuria traumatica*

cod. 958.7 *Emfisema sottocutaneo traumatico*

POSTUMI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI ED ALTRE CAUSE ESTERNE (905–909)

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 141/168

Queste categorie vanno utilizzate per indicare gli stati morbosi da 800 a 999 come causa di postumi, che sono essi stessi classificabili altrove.

I “postumi” comprendono gli stati specificati come tali, o con sequele, o quelli presenti un anno e più dopo il traumatismo acuto.

La codifica dei postumi prevede l'uso di 2 cod.:

DP: **la natura** del postumo

DS: **la causa** del postumo

Esempio:

DP: cod. 733.81 *Viziosa saldatura di frattura*

DS: cod. 905.4 *Postumi di frattura arti inferiori*

AVVELENAMENTO DA FARMACI, MEDICAMENTI E PRODOTTI BIOLOGICI (960–979)

Per avvelenamenti sono da intendersi gli effetti nocivi derivanti da dosi eccessive delle sostanze elencate nel manuale ICD-9_CM 2007 o dalle stesse sostanze somministrate o assunte per errore.

Nel caso di **avvelenamento** si usa la codifica multipla:

-un cod. va utilizzato per indicare la tipologia dell'avvelenamento (ad es. cod. 964.2 *Avvelenamento da anticoagulanti*)

-altri cod. vanno utilizzati per evidenziare gli effetti/manifestazioni cliniche conseguenti (ad es. cod. 599.7 *Ematuria*)

In linea generale vanno indicati:

DP: il cod. relativo all'avvelenamento

DS: la descrizione delle manifestazioni

Esempio:

Nel caso di coma diabetico da errato dosaggio di insulina vanno indicati:

DP: cod. 962.3 *Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici*

DS: cod. 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma*

Qualora, invece, per il trattamento delle **manifestazioni secondarie** all'avvelenamento nel corso del ricovero venga impiegata la maggiore quantità di risorse (in particolare con riferimento all'uso di sala operatoria, alla permanenza in terapia intensiva, all'esecuzione di manovre e procedure terapeutiche invasive e/o costose) vanno indicati:

DP: il cod. della manifestazione stessa

DS: il cod. relativo all'avvelenamento

Sono **esclusi** da queste categorie e codificati altrove:

-gli effetti nocivi (ad es. reazioni avverse) di sostanze appropriate e correttamente somministrate che sono codificati secondo la natura dell'effetto nocivo (ad es. cod. 535.4 *Gastrite da aspirina*, cod. 692.9 *Dermatite da contatto*)

-cod. 304.0-304.9 *Farmacodipendenza*

-cod. 305.0-305.9 *Abuso di farmaci senza dipendenza*

EFFETTI TOSSICI DI SOSTANZE DI ORIGINE PRINCIPALMENTE NON MEDICAMENTOSA (980–989)

Con questa categoria si intendono gli effetti causati da sostanze non medicamentose.

In linea generale vanno indicati:

DP: il cod. dell'effetto tossico

DS: il cod. che descrive la manifestazione clinica (vedi indicazioni di codifica sul precedente paragrafo “Avvelenamenti”)

Tra gli effetti tossici si evidenziano:

cod. 980.0 *Effetti tossici dell'alcol etilico*. Questo cod. va usato solo per l'intossicazione acuta accidentale (ad es. nel bambino).

Per altre patologie legate all'alcool va consultato il cap. 5 Disturbi mentali (categoria 303 *Sindrome di dipendenza da alcool*)

cod. 989.5 *Effetti tossici di veleni di origine animale* (serpenti, ragni)

cod. 989.84 *Effetti tossici del tabacco*.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 142/168

Sono esclusi:

- cod. 506.0 *Bronchite e polmonite da fumi e vapori* – 508.9 *Manifestazioni morbose respiratorie da non specificati agenti esterni* per gli effetti tossici respiratori da agenti esterni, descritti in altre malattie del polmone
- le reazioni allergiche a sostanze ingerite come alimenti

ALTRI E NON SPECIFICATI EFFETTI DI CAUSE ESTERNE (990–995)

Queste categorie elencano altre patologie da causa esterna:

cod. 991 *Effetti del freddo*

cod. 992 *Effetti del calore e della luce*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica che tale cod. esclude: ustioni (940.0-949.5); malattie delle ghiandole sudoripare da calore (705.0-705.9); iperpiressia maligna successiva ad anestesia (995.86); ustione solare (692.71, 692.76-692.77)

cod. 993 *Effetti della pressione atmosferica*

cod. 994.0 *Effetti del fulmine*

cod. 994.1 *Annegamenti e sommersione non mortale*

cod. 994.6 *Cinetosi*

cod. 994.7 *Asfissia e strangolamento, Soffocamento (da): indumenti da letto, frana, costrizione, meccanica, borsa di plastica, pressione, strangolamento*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica che il cod. 994.7 esclude asfissia da: altri gas, fumi o vapori (987.0-987.9), inalazione di cibo o corpo estraneo (932-934.9), monossido di carbonio (986)

cod. 994.8 *Elettrocuzione e effetti non mortali della corrente elettrica*

cod. 995.5_ *Sindrome del bambino maltrattato*

cod. 995.6_ *Shock anafilattico da reazioni avverse all'alimento*

cod. 995.86 *Iperpiressia maligna da anestesia*

Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo

La sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) può svilupparsi in conseguenza di alcuni processi non infettivi come traumi, tumori maligni o pancreatiti. In questi casi occorre codificare per prima la patologia di base, seguita dal cod. 995.93 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo senza disfunzione d'organo acuta*, in caso di SIRS senza disfunzione acuta d'organo, oppure cod. 995.94 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo con disfunzione d'organo acuta*, se SIRS con disfunzione acuta d'organo.

COMPLICAZIONI DI CURE MEDICHE E CHIRURGICHE NON CLASSIFICATE ALTROVE (996–999)

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, o a problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi, il cod. relativo alla complicazione deve essere selezionato come DP. Se la complicazione è classificata con i cod. compresi fra 996 e 999, può essere utilizzato un cod. aggiuntivo per specificarne la natura.

E' molto importante un'attenta lettura dei criteri di esclusione/inclusione poiché numerose complicanze sono elencate altrove.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 143/168

In linea generale sono esclusi:

- gli avvelenamento ed effetti tossici da farmaci e sostanze chimiche (960.0-989.9) e gli effetti avversi da farmaci (995.0-995.8)
- le complicazioni della malattia per cui è eseguito l'intervento
- le complicazioni di interventi di interesse ostetrico (aborto, travaglio, parto) riportate nel cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

Complicazioni peculiari di alcuni interventi specificati

La categoria 996 raggruppa le complicanze meccaniche di dispositivi, impianti ed innesti cardiaci, vascolari, ortopedici, ed altri impianti (sottocategorie 996.0-996.5) e le infezioni e reazioni infiammatorie da protesi, impianti e innesti interni (sottocategoria 996.6).

Nella sottocategoria 996.4, di interesse ortopedico, sono elencati i cod. che precisano con la quinta cifra specifiche complicazioni meccaniche delle protesi articolari (dislocazione, usura, frattura, etc.).

Le altre sottocategorie sono:

- cod. 996.7_ *Altre complicazioni di protesi, impianti e innesti interni (biologici) (sintetici)*
- cod. 996.8_ *Complicazioni di trapianto di organo*

Complicazioni di trapianto di rene

Il cod. 996.81 deve essere utilizzato per le complicanze di trapianto di rene come "failure" o rigetto.

Per ulteriori approfondimenti sull'utilizzo di tale cod. si rimanda ai contenuti del cap. 10 Malattie del sistema genitourinario.

Altre complicazioni di interventi non classificati altrove

La categoria 998 comprende alcune complicanze chirurgiche non elencate altrove come:

- cod. 998.0 *Shock post-operatorio*
- cod. 998.11 *Emorragia complicante l'intervento*
- cod. 998.3_ *Rottura (deiscenza, apertura) di ferita chirurgica*
- cod. 998.4 *Corpo estraneo lasciato accidentalmente durante un intervento*
- cod. 998.5_ *Infezione post-operatoria*
- cod. 998.6 *Fistola post-operatoria*

Complicazioni di cure mediche non classificate altrove

La categoria 999 comprende alcune complicanze mediche non elencate altrove come:

- cod. 999.1 *Embolia gassosa*
- cod. 998.2 *Flebite*
- cod. 999.4 *Shock anafilattico da siero*
- cod. 999.6-999.8 *Reazioni trasfusionali*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 144/168

**CAPITOLO 18
CODICI V - CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE
INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI
SANITARI**

INTRODUZIONE

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

Possono essere utilizzati come **DP** nei seguenti casi:

- paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura (ad es. chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico); in questi casi può essere indicata come DS la patologia che ha determinato le cure pregresse
- pazienti ricoverati come donatori
- persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi, come ad es. per ricevere cure profilattiche o consulenza
- per indicare lo stato o l'osservazione di neonato

Possono essere utilizzati come **DS** nei seguenti casi:

- per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del paziente ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma

RICERCA DEI CODICI V

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

RICOVERO PER TRATTAMENTI SPECIFICI IN RELAZIONE AD EPISODI DI CURA PREGRESSI

Per il ricovero di pazienti per trattamenti specifici in relazione a cure pregresse si devono utilizzare come DP i cod. appartenenti alla categoria V51-V58. Tali cod. non devono essere utilizzati nel caso di trattamento di un problema attuale acuto. A tale regola fanno eccezione i ricoveri per dialisi (V56._), chemioterapia (V58.1) e radioterapia (V58.0). Nel caso il ricovero sia stato effettuato per eseguire sia la chemioterapia che la radioterapia, entrambi i cod. V devono essere riportati in SDO indicando in DP la radioterapia e in DS la chemioterapia.

MALATTIE INFETTIVE ED ALLERGOLOGIA

I codici V relativi alle malattie infettive ed allergologia sono i seguenti:

- cod. V01.7 *Contatto con o esposizione ad altre malattie virali* non va mai utilizzato in DP
- cod. V02._ *Portatore o portatore sospetto di malattie infettive* in assenza di altre manifestazioni cliniche
- cod. V07.0 *Necessità di isolamento*
- cod. V07.1 *Necessità di desensibilizzazione ad allergeni* va utilizzato in DP in caso di ricovero finalizzato
- cod. V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)*
- cod. V09 *Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci*

CODICI CHE IDENTIFICANO LA STORIA, LO STATO O I PROBLEMI DEL PAZIENTE

Le categorie V10-V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti; i cod. di tali categorie devono essere riportati, tra le DS, solo quando tale condizione ha rivestito qualche significato nel corso dell'episodio di cura attuale. A tale regola possono fare eccezione le situazioni previste nel cap. 2 Tumori.

Il cod. V10_ *Anamnesi personale di tumore maligno* può essere utilizzato, salvo diverse indicazioni contenute nelle presenti Linee guida, come DP nel caso di **controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata**, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici ma solo procedure diagnostiche e chirurgiche di controllo (TAC, endoscopie, scintigrafie, etc.).

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 145/168

Qualora, invece, nel corso del ricovero si evidenziasse una **recidiva**, in DP va indicato il cod. relativo alla neoplasia primitiva o alla metastasi.

Il cod. V14._ *Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali* va utilizzato in caso di ricovero finalizzato all'accertamento di reazioni avverse a farmaci; il cod. V15._ *Altra anamnesi personale con rischio di malattia* va utilizzato in caso di anamnesi personale con rischio di malattia.

ORGANO O TESSUTO SOSTITUITO DA TRAPIANTO O SOSTITUITO CON ALTRI MEZZI (COD. V42 E V43)

Questi cod. possono essere utilizzati in DP solo per descrivere i ricoveri in caso di riabilitazione o per follow up del paziente, in DS se complicano il ricovero.

Tali cod. includono:

cod. V42._ *Organo o tessuto sostituito da trapianto* (ad es. nella riabilitazione cardiologica post-cardiologica per sostituzione valvolare con valvola biologica: cod. V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto*)

cod. V43._ *Organo o tessuto sostituito con altri mezzi* (ad es. nella riabilitazione cardiologica post-cardiologica per sostituzione valvolare con valvola meccanica: cod. V43.3 *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi* oppure nella riabilitazione cardiologica post-cardiologica per rivascolarizzazione miocardica: cod. V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi*)

cod. V43.6 *Articolazione sostituita con altri mezzi* (cod. da utilizzare per descrivere i pazienti portatori di protesi, ad es. anca, spalla, etc., ad eccezione del cod. V43.60 *Sostituzione di articolazione non specificata* da non utilizzare in DP perché aspecifico)

I codici V di queste categorie non devono essere utilizzati nel caso in cui il cod. della diagnosi già indichi la presenza dello stato del paziente (ad es. nel caso di utilizzo del cod. 996.81 *Complicazioni di trapianto di rene*, il cod. V42.0 *Rene sostituito da trapianto* **non deve essere indicato**).

Per le indicazioni relative all'utilizzo del cod. V42.0 *Rene sostituito da trapianto* si rimanda ai contenuti del cap. 10 Malattie del sistema genitourinario.

NEONATOLOGIA E OSTETRICIA

Il cod. V20.0 *Controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato* può essere utilizzato in DS per il neonato abbandonato e per giustificare la degenza di bambini o neonati che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione (cod. da V30 a V39 + cod. V20.0).

Il cod. V20.1 *Cure ad altro neonato o bambino* va utilizzato in DP per descrivere i ricoveri, successivi a quelli relativi alla nascita, per supervisione sanitaria del neonato in caso di cattive manifestazioni socio-economiche familiari o malattia materna fisica o psichica.

I codici della categoria V29 *Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate* devono essere utilizzati in DP per descrivere i ricoveri successivi a quello relativo alla nascita, in cui un neonato in apparente stato di buona salute ed entro i 28 giorni di vita, viene valutato per una condizione patologica sospetta che, dopo opportuni approfondimenti, non risulta essere confermata.

I codici da V30 a V39 *Nati vivi secondo il tipo di nascita* riportati come diagnosi principale devono essere utilizzati per la codifica della DP nella SDO del neonato nato in Ospedale ed ospitato nel Nido secondo le indicazioni riportate nel cap. 15 Altre condizioni morbose di origine perinatale; non devono essere riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre.

Nota sulla codifica:

Si sconsiglia l'utilizzo dei cod. V33._ *Gemello non specificato se di gemello nato vivo o morto*, V37._ *Altro parto multiplo (tre o più)*, *non specificato se di gemelli nati vivi o morti* e V39._ *Nato vivo, non specificato se singolo o gemello di uno o di più gemelli* in quanto non specifici.

Il cod. V35._ *Altro parto multiplo (tre o più), tutti nati morti* non deve essere utilizzato, in quanto riferito al feto morto per il quale non deve essere compilata la SDO.

CARDIOLOGIA E CARDIOCHIRURGIA

I cod. da utilizzare in DP in caso di riabilitazione in Unità Operative per acuti sono i seguenti:

cod. V45.01 *Stimolatore cardiaco in situ*

cod. V45.81 *Stato post-chirurgico di by-pass aortocoronarico*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 146/168

cod. V53.31 *Collocazione e sistemazione di dispositivo cardiaco* (nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione di batteria di pace-maker in assenza di una patologia specificata)

cod. V53.32 *Collocazione e sistemazione di defibrillatore cardiaco automatico impiantabile* (nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione e sistemazione di defibrillatore in assenza di una patologia specificata)

cod. V53.39 *Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco* (espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo)

Nota sulla codifica:

I cod. V52._ *Collocazione e sistemazione di protesi. Inclusa la rimozione dei dispositivi* e V53._ *Collocazione e sistemazione di altri dispositivi. Inclusa l'estrazione di dispositivi e la sostituzione di dispositivi* devono essere utilizzati in DP per descrivere i ricoveri finalizzati a posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di attività programmate da tenere distinte rispetto ai malfunzionamenti, che vanno invece codificati con le categorie 996 *Complicazioni peculiari di alcuni interventi specificati* e 997 *Altre complicazioni di protesi, impianti e innesti interni (biologici) (sintetici)*.

CHIRURGIA GENERALE

I cod. V relativi alla chirurgia generale risultano i seguenti:

cod. V45.83 *Presenza di impianto rimovibile di mammella*

cod. V45.89 *Altro stato post-chirurgico. Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico*

cod. V50.41 *Rimozione profilattica della mammella*

cod. V50.42 *Rimozione profilattica di ovaio*

cod. V51 *Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica* è da utilizzare in DP nei pazienti che necessitano di trattamento di chirurgia plastica in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero

cod. V52.0 *Collocazione e sistemazione di braccio artificiale (completo)(parziale)*, V52.1 *Collocazione e sistemazione di gamba artificiale (completa)(parziale)*, V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario* e V52.8 *Collocazione e sistemazione di altra protesi specificata* sono da utilizzare in DP nei pazienti che necessitano di trattamento di chirurgia in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero

Nota sulla codifica:

Nel ricovero per solo impianto di protesi della mammella va utilizzato in DP dal cod. V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario* se il tumore è stato precedentemente asportato.

Il cod. V58.49 *Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato, sostituzione o rimozione di drenaggi* va utilizzato in DP in caso di ricovero di paziente operato, per osservazione ed eventuale terapia post-intervento chirurgico (sostituzione o rimozione di drenaggi).

PERSONE CHE RICORRONO AI SERVIZI SANITARI PER INTERVENTI SPECIFICI NON ESEGUITI (V64._)**Ricoveri programmati**

Quando un ricovero è stato **programmato** esclusivamente per eseguire un trattamento specifico, generalmente di tipo chirurgico, e questo non viene effettuato va riportato come DP il cod. V64._ *Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti* (V64.1 *Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione*; V64.2 *Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per decisione del paziente*; V64.3 *Procedura non eseguita per altre ragioni*).

Nel caso in cui il trattamento non venga praticato per decisione del paziente o per motivi organizzativi va riportato:

DP: cod. V64.2 *Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per decisione del paziente* oppure

DP: cod. V64.3 *Procedura non eseguita per altre ragioni*

Nel caso, invece, in cui il trattamento non venga praticato per l'insorgenza di un'altra patologia va riportato:

DP: cod. della patologia insorta soltanto se è stata trattata nel corso del ricovero. Qualora la patologia complicante non abbia determinato impegno di risorse per quel ricovero si riporta in DP il cod. V64.1 *Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione*.

Ricoveri urgenti

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 147/168

Quando un ricovero è **urgente**, nel caso in cui il trattamento non venisse eseguito, per motivi organizzativi o per decisione del paziente, la condizione che al termine del ricovero è risultata essere il motivo dello stesso deve essere selezionata come DP. In tali casi fra le DS deve essere riportato uno dei cod. V64._ *Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti*.

Nota sulla codifica: il cod. V64.3 *Procedura non eseguita per altre ragioni* si riferisce a problemi organizzativi, indisponibilità della sala operatoria o dei posti letto di terapia intensiva, etc.

Nota sulla codifica: i cod. V64._ *Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti* non vanno utilizzati nei ricoveri di Medicina Fisica e Riabilitativa, Lungodegenza, Unità Spinale, Unità di Neuroriabilitazione.

V64.4 INTERVENTO CHIRURGICO CHIUSO CONVERTITO IN INTERVENTO A CIELO APERTO

Rientra nella categoria dei cod. V64._ anche la segnalazione dei casi chirurgici iniziati per via laparoscopica, torascopica od artroscopica convertiti in interventi a cielo aperto (cod. V64.4).

Quando un intervento chirurgico, inizialmente avviato per via laparoscopia, torascopia od artroscopia, viene successivamente convertito a cielo aperto l'intervento deve essere codificato utilizzando il cod. relativo alla procedura a cielo aperto, mentre tra le DS deve essere riportato il cod.: V64.41 *Intervento chirurgico per via laparoscopica convertito in intervento a cielo aperto*, V64.42 *Intervento chirurgico per via torascopica convertito in intervento a cielo aperto*, V64.43 *Intervento chirurgico per via artroscopica convertito in intervento a cielo aperto*.

ORTOPEDIA

I cod. V relativi all'ortopedia risultano i seguenti:

cod. V53.7 *Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici* va utilizzato unicamente nei casi di adattamento di protesi esterna (ad es. gesso) per gli arti e per il tronco

cod. V54.0_ *Trattamento ulteriore per dispositivo di fissazione interna* è da utilizzare in DP nei pazienti che necessitano di trattamento ortopedico, ad es. per la rimozione di placche o di viti, in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero; in DS va inserito il cod. della frattura pregressa

In caso di complicazioni non vanno utilizzati i codici V, bensì quelli relativi alla complicazione del dispositivo. Ad es. il malfunzionamento di dispositivo ortopedico interno va codificato con il cod. 996.4_ *Complicazioni meccaniche non specificate di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni* oppure 996.49 *Altre complicazioni meccaniche di altri dispositivi ortopedici interni, impianti e innesti*

cod. V54.1_ *Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica*

cod. V54.2_ *Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica*

cod. V54.8_ *Altro trattamento ortopedico ulteriore*

-cod. V54.81 *Trattamento ulteriore successivo a sostituzione articolare* va utilizzato in DP per il posizionamento della nuova protesi dopo rimozione per infezione o per inserire la protesi di rotula dopo impianto di protesi parziale di ginocchio

-cod. V54.89 *Altri trattamenti ortopedici ulteriori* va utilizzato in DP nel caso di rimozione di dispositivo immobilizzante esterno, rimozione di fissatore esterno invasivo (escluso il distrattore), rimozione filo di Kirschner ed ulteriori trattamenti post-frattura

Per le specifiche relative all'utilizzo dei cod. V si rimanda ai contenuti del cap. 13 Malattie del sistema osteoarticolare e del tessuto connettivo.

OTORINOLARINGOIATRA

I cod. V relativi all'otorinolaringoiatria risultano i seguenti:

cod. V44.0 *Presenza di tracheostomia* trova indicazione all'utilizzo in DS nei ricoveri riabilitativi o nei ricoveri per acuti quando la tracheostomia influenza il ricovero

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 148/168

cod. V55.0 *Controllo di tracheostomia* (chiusura, estrazione o sostituzione di catetere, introduzione di sonde o cateteri, revisione, sistemazione o ricollocamento di cateteri e toletta o pulitura) vanno utilizzati in DP quando il ricovero è rivolto a questi interventi

APERTURE ARTIFICIALI

I cod. V55._ *Controllo di aperture artificiali* vanno utilizzati unicamente nei casi in cui il paziente necessita di trattamenti specifici per la stomia, in assenza di patologia.

DIALISI

Con il cod. V56._ *Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente* è possibile descrivere le diverse procedure relative ai trattamenti dialitici e alla loro valutazione funzionale:

cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente. Dialisi (renale) SAI. Escluso lo stato di dialisi (V45.1)*

cod. V56.1 *Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi. Estrazione o sostituzione di catetere. Toletta o pulitura*

cod. V56.2 *Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi*

cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi. Dialisi peritoneale*

Nel ricovero esclusivamente finalizzato all'effettuazione del trattamento dialitico in DP va riportato il cod. V56._ *Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente*.

Per le ulteriori specifiche sull'utilizzo di tali cod. si rimanda ai contenuti del cap. 10 Malattie del sistema genitourinario.

RIABILITAZIONE

I cod. V relativi alla riabilitazione sono rappresentati dai cod. V57._ *Cure riabilitative*. Per il loro utilizzo si rimanda al capitolo in appendice.

RADIOTERAPIA

Il cod. V relativi alla radioterapia è rappresentato dal cod. V58.0 *Sessione di radioterapia*. Per il suo utilizzo si rimanda al cap. 2 Tumori.

CHEMIOTERAPIA

I cod. V relativi alla chemioterapia sono rappresentati da:

cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*

cod. V58.12 *Immunoterapia antineoplastica*

Per il loro utilizzo si rimanda al cap. 2 Tumori.

RIANIMAZIONE

Un cod. V che può trovare utilizzo in rianimazione è rappresentato dal cod. V46.1_ *Dipendenza da respiratore [Ventilatore]. Polmone d'acciaio*.

DONATORI DI ORGANI O TESSUTI (V59.1-V59.8)

Questi cod. possono essere utilizzati, in DP, solo quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi da vivente.

OSSERVAZIONE PER SOSPETTA MALATTIA

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 149/168

Nel caso di ricovero per persone che non presentano segni o sintomi di malattia e che non hanno una precedente diagnosi di malattia, ma che si sospetta abbiano una condizione patologica che però non è confermata dalle indagini eseguite, va utilizzato: cod. V71 *Osservazione e valutazione per sospetto di manifestazioni morbose*.

Per ulteriori indicazioni si rimanda ai contenuti in introduzione del cap. Linee guida per la selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche.

RICOVERO PER MOTIVI FAMILIARI O SOCIALI DI PAZIENTI CON DEMENZA

Si codificano con:

DP: i cod. da V60._ a V63._

DS: cod. 331.0 *Malattia di Alzheimer*

oppure

DS: cod. 331.2 *Degenerazione senile dell'encefalo*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 150/168

**APPENDICE 1
RIABILITAZIONE****INTRODUZIONE**

Lo scopo di questo capitolo è quello di affiancare il manuale ICD-9_CM 2007 nell'intento di conseguire una elevata omogeneità di codifica di diagnosi, interventi e procedure, e migliorare la qualità delle informazioni contenute nella SDO in modo da renderne più efficace l'utilizzo sia per fini clinici che amministrativi, epidemiologici e di governo clinico.

Lo scopo è quello di fornire regole generali per i ricoveri nei reparti riabilitativi:

- l'utilizzo della classificazione ICD-9-CM;
- la selezione e la codifica della diagnosi principale;
- la selezione e la codifica delle diagnosi secondarie;
- la selezione e codifica degli interventi/procedure.

Per l'appropriatezza dei ricoveri riabilitativi e di lungodegenza si rimanda alla normativa vigente (DGR n. 3913 del 4 dicembre 2007 e DGR n. 839 del 8 aprile 2008).

I ricoveri nei reparti riabilitativi prevedono che venga predisposto e conservato in cartella clinica il "progetto riabilitativo individuale", rivolto a definire le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi. E' richiesta inoltre la presenza di uno o più programmi riabilitativi per indicare gli specifici interventi assistenziali programmati per il raggiungimento degli obiettivi indicati nel progetto, erogati da tutte le figure professionali coinvolte.

Il progetto riabilitativo individuale va predisposto anche in 60 Lungodegenza nei casi in cui la riabilitazione venga effettuata.

CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI RIABILITATIVI

Per l'appropriatezza dei ricoveri riabilitativi e di lungodegenza si rimanda alla normativa vigente (DGR n. 3913 del 4 dicembre 2007 e DGR n. 839 del 8 aprile 2008). Di seguito sono riportati i criteri clinici per l'appropriatezza del ricovero riabilitativo, tratti dalle indicazioni del Ministero della Salute, delle Società Scientifiche e dalla linee guida.

Si richiama che la FIM o la Barthel sono criterio per l'ammissione al ricovero per la riabilitazione Neuromotoria (MCD1), Ortopedica (MCD8) e per l'MDC 23 ove in diagnosi sia presente una codifica riferibile a postumi, patologie ed esiti relativi a malattie del sistema nervoso o dell'apparato osteo-muscolare.

Per tutti gli altri ambiti riabilitativi (cardiovascolare, respiratorio, etc.) in attesa di aggiornamenti normativi, in analogia con lo spirito della DGR 3913/2007, si possono considerare anche altre scale di valutazione, specifiche per ambito riabilitativo, ove esse esprimano esaustivamente e contestualmente il grado di disabilità, il bisogno assistenziale e siano in grado di certificare gli outcome del trattamento, quindi devono essere compilate almeno all'ingresso e alla dimissione.

Non è possibile identificare un "low cut-off" di FIM, Barthel o altre scale in quanto anche punteggi particolarmente bassi non escludono a priori possibilità di recuperi significativi.

Le strutture di secondo livello, collocate all'interno dei presidi ospedalieri per acuti o in strutture riabilitative, erogano attività di riabilitazione intensiva, in regime di ricovero ordinario, per pazienti affetti da menomazioni e disabilità importanti modificabili, di natura ed entità tali da richiedere tutela medica specialistica/riabilitativa, trattamenti terapeutici intensivi ed interventi di nursing ad elevata specificità articolati nell'arco delle intere 24 ore, non erogabili in forma extraospedaliera. Sono possibili ricoveri ordinari per interventi valutativi (ove espressamente precisato codice disciplina 75).

Il ricovero ordinario è erogato, di norma, in continuità con un episodio di ricovero in struttura per acuti. Per i ricoveri riabilitativi in regime ordinario gli interventi valutativi e terapeutici devono essere della durata di almeno 3 ore giornaliere complessive, intensità riabilitativa ed assistenziale con necessità di supporto medico-infermieristico continuativo notturno ed erogati dall'équipe riabilitativa multidisciplinare, documentati in cartella clinica attraverso il progetto e programma riabilitativo individuale. Per i ricoveri riabilitativi in regime diurno gli interventi valutativi e terapeutici devono essere della durata di almeno 2 ore giornaliere complessive. Il ricovero in regime diurno non deve essere mai alternativo ad un trattamento ambulatoriale, ma ad un ricovero ordinario soprattutto nei casi in cui si preveda una deospedalizzazione graduale del paziente.

RICOVERI IN MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 151/168

I criteri di appropriatezza di ricovero in tali ambiti sono indicati dalla DGR 3913/2007 e possono prevedere sostanzialmente due situazioni principali:

1. ricovero successivo ad un evento indice (ictus, trauma, intervento di protesi, etc.) trattato in ricovero per acuti, entro 30 giorni dalla dimissione dallo stesso;
2. ricovero non in relazione ad evento indice o ricovero per acuti. Le maggiori indicazioni sono nella gestione successiva del paziente dopo domiciliatura prevista dal progetto riabilitativo, nella riacutizzazione di patologia non trattabile a domicilio ma senza necessità di un ricovero per acuti, o in casistiche specifiche previste dalla normativa; in tutti i casi l'appropriatezza del ricovero deve essere chiaramente documentata e verificabile in cartella clinica.

RIABILITAZIONE CARDIOVASCOLARE

Si tratta di ricoveri riabilitativi con codice disciplina 56 e pertanto assoggettati ai principi generali della riabilitazione.

1. Intervento riabilitativo correlato ad evento indice**Ricovero ordinario**

1. pazienti subito dopo un intervento cardiocirurgico, con particolare priorità per i casi complicati o complessi per la presenza di:

- scompenso cardiaco (classe NYHA > II^a o frazione di eiezione < 40%), aritmie iper o ipocinetiche severe, necessità di terapie infusive, o elevato rischio di recidive ischemiche, altri fattori di instabilità (versamento pleurico, complicanze di tipo respiratorio, disturbi neurocognitivi o neuropsicologici, etc.), severe comorbidità associate, complicanze evento-correlate (ictus, TIA, insufficienza renale, ferite complicate, decubiti, etc.).

In genere il trasferimento dal reparto di cardiocirurgia al centro riabilitativo degenziale può avvenire già tra il 3° e il 7° giorno dopo l'intervento. Il trasferimento può avvenire più tardivamente nei casi in cui vi sono periodi prolungati di degenza in Rianimazione o Terapia Intensiva;

2. pazienti che dopo ricovero per scompenso cardiaco presentano un profilo di rischio medio-alto per:

- classe NYHA III^a-IV^a;
- aritmie cardiache importanti;
- necessità di terapie infusive e difficoltà allo svezzamento da esse;
- necessità di terapie da titolare o di ottimizzazione della terapia farmacologica in presenza di labilità clinica e/o dopo ricovero prolungato o complicato;
- necessità di supporto nutrizionale o meccanico;
- necessità di trattamento riabilitativo intensivo (educazione sanitaria intensiva, training fisico, ricondizionamento fisico);
- necessità di valutazione per indicazione o mantenimento dell'indicazione al trapianto cardiaco;

3. pazienti con IMA ed alto rischio clinico per:

- scompenso clinico o disfunzione ventricolare sinistra (con frazione di eiezione < 40%);
- ricovero prolungato in fase acuta o con complicanze e/o comorbidità;
- pazienti anziani o fragili che presentano un elevato livello di compromissione dell'autonomia;

4. pazienti post-trapianto cardiaco o con necessità di valutazione per porre indicazione all'esecuzione di trapianto cardiaco o per verificare periodicamente la persistenza dell'indicazione;

5. pazienti con cardiopatie inoperabili e comunque a medio-alto rischio nei quali si prevede che l'intervento riabilitativo possa prevenire il deterioramento clinico e la progressione della malattia di base;

6. pazienti portatori di devices di assistenza al circolo;

7. dopo intervento per arteriopatia periferica o dopo un evento vascolare acuto.

Ricovero diurno

L'intervento riabilitativo trova indicazione ad essere erogato in regime di ricovero diurno nelle stesse tipologie di pazienti eleggibili per il ricovero ordinario ma con quadro clinico stabilizzato e basso rischio di complicanze e/o associati a programmi di deospedalizzazione progressiva. Tutte le condizioni soprariportate necessitano di adeguata documentazione clinica.

2. Intervento riabilitativo non correlato ad evento indice

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 152/168

La presenza di un evento indice rappresenta il principale elemento di appropriatezza di un ricovero riabilitativo. **In casi selezionati** vi può essere indicazione ad un percorso riabilitativo in presenza di un documentato aggravamento della condizione disabilitante preesistente, anche dovuto a comorbidità interagenti.

Lontano da un evento indice, l'accesso ad una struttura di riabilitazione cardiovascolare per un intervento riabilitativo (ordinario o diurno), deve essere preceduto da una valutazione clinica specialistica, che evidenzi una variazione peggiorativa del quadro clinico cardiologico per evoluzione/progressione della malattia cardiaca e un aumento del grado di disabilità conseguente alla patologia cardiaca presente, con necessità clinico-assistenziali e riabilitative non erogabili attraverso un percorso ambulatoriale.

Si ribadisce che la documentazione clinica deve consentire la valutazione dei seguenti requisiti: motivazione del ricovero, presenza di progetto e programma riabilitativo e strumento di valutazione della disabilità.

I criteri di appropriatezza clinica indicanti un regime di ricovero ordinario o diurno sono gli stessi previsti per i ricoveri eseguiti in seguito ad un evento indice e in ogni caso vanno sempre accuratamente documentati.

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

Si tratta di ricoveri riabilitativi con codice disciplina 56 e pertanto assoggettati ai principi generali della riabilitazione.

1. Intervento riabilitativo correlato ad evento indice**Ricovero ordinario**

1. pre e post-chirurgia toraco-addominale con compromissione della funzionalità respiratoria;
2. pazienti in svezamento da procedure ventilatorie (invasive e non invasive);
3. Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva con compromissione della funzionalità respiratoria da moderata a grave;
4. patologie neuromuscolari con prevalente compromissione della funzionalità respiratoria;
5. altre condizioni che possono comportare compromissione della funzionalità respiratoria: bronchiectasie, fibrosi polmonare, asma bronchiale, gravi deformità toraciche.

In questo elenco rientra anche l'ospedalizzazione per riacutizzazione di patologia respiratoria (ad es. BPCO) non completamente stabilizzata ma non necessitante ricovero per acuti.

Ricovero diurno

L'intervento riabilitativo trova indicazione ad essere erogato in regime di ricovero diurno nelle stesse tipologie di pazienti eleggibili per il ricovero ordinario ma con quadro clinico stabilizzato e basso rischio di complicanze e/o associati a programmi di deospedalizzazione progressiva. Tutte le condizioni soprariportate necessitano di adeguata documentazione clinica.

2. Intervento riabilitativo non correlato ad evento indice

Il ricovero per RR può trovare indicazione per la riabilitazione della disabilità da patologie con compromissione della funzionalità respiratoria in cui una riacutizzazione o un deterioramento clinico provochino un peggioramento funzionale che trova indicazione ad un trattamento riabilitativo intensivo quale intervento finalizzato a prevenire un probabile ricovero per acuti.

L'accesso ad una struttura di RR per un intervento riabilitativo (ordinario o diurno), deve essere preceduto da una valutazione clinica specialistica, che evidenzi una variazione peggiorativa del quadro clinico respiratorio per evoluzione/progressione della malattia ed un aumento del grado di disabilità conseguente alla patologia stessa, con necessità clinico-assistenziali e riabilitative non erogabili attraverso un percorso ambulatoriale.

Si ribadisce che la documentazione clinica deve consentire la valutazione dei seguenti requisiti: motivazione del ricovero, presenza di progetto e programma riabilitativo e strumento di valutazione della disabilità.

I criteri di appropriatezza clinica indicanti un regime di ricovero ordinario o diurno sono gli stessi previsti per i ricoveri eseguiti in seguito ad un evento indice e in ogni caso vanno sempre accuratamente documentati.

RIABILITAZIONE ALCOOLOGICA

L'attività di alcoologia con codice disciplina 56 è prevista nelle schede di dotazione ospedaliera (DGR 2122/2013).

Si tratta di ricoveri riabilitativi con codice disciplina 56 e pertanto assoggettati ai principi generali della riabilitazione. Per il percorso riabilitativo dei pazienti con problemi alcol correlati, il regime di ricovero ordinario, riservato ai casi più gravi, sottolinea la necessità di garantire per i pazienti un approccio con elevato impegno diagnostico/terapeutico/riabilitativo multiprofessionale. La continuità assistenziale, deve prevedere una presenza infermieristica h24, una presenza medica specialistica mirata agli interventi riabilitativi, quantificabile in non meno di 3 ore al giorno, oltre all'apporto dell'équipe multiprofessionale (psicologo, assistente sociale, educatore professionale, etc.).

In alcuni casi il ricovero ordinario si rende necessario per situazioni socio-economiche di particolare disagio con necessità di allontanare il paziente dall'ambito familiare.

In tutti gli altri casi si prevede il ricovero diurno.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 153/168

Tutte le motivazioni del ricovero, il progetto e il programma riabilitativo, gli strumenti di valutazione della disabilità e del bisogno assistenziale specifico e degli outcome devono essere rigorosamente documentati. In particolare la disabilità e i bisogni assistenziali devono essere attestati attraverso valutazioni specifiche, lo stesso strumento di rilevazione (scala, etc.), indicato da linee guida validate, deve essere contestualmente utilizzabile e riprodotto anche per la valutazione degli outcome.

Sarebbe consigliabile, per facilitare la verifica, che le modalità di accesso e l'inserimento delle strutture riabilitative nell'ambito della rete assistenziale trovino condivisione in percorsi assistenziali con l'ULSS dove è presente la struttura e l'eventuale ambito territoriale da cui afferiscono i pazienti.

Per i Ricoveri in riabilitazione alcoologica sono previste due situazioni:

1. Pazienti trasferiti da Unità Operative per acuti;

2. Pazienti che provengono da domicilio, con documentazione attestante la necessità del ricovero.

Scopo dell'intervento riabilitativo:

- Disassuefazione dall'alcool;
- Valutazione multiprofessionale per una completa individuazione delle problematiche afferenti alle varie aree (ad es: condizioni di salute, attività lavorativa, relazioni interpersonali, etc.);
- Valutazione in particolare della presenza di comorbidità psichiatrica;
- Modifica dello stile di vita;
- Predisposizione di un programma riabilitativo per il momento del ricovero;
- Predisposizione di un programma riabilitativo per la fase post dimissione.

RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE

Si tratta di ricoveri riabilitativi con codice disciplina 56 e pertanto assoggettati ai principi generali della riabilitazione. La riabilitazione dei disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating, altri disturbi dell'alimentazione di gravità clinica) secondo le linee guida attuali e le indicazioni tracciate dai Quaderni della Sanità è intensiva (cod. 56). La riabilitazione intensiva può essere erogata in regime di ricovero diurno, qualora le condizioni generali del paziente lo consentano, oppure in regime di ricovero ordinario.

La Regione Veneto, con l'Allegato B alla DGR n. 94 del 31 gennaio 2012, ha stabilito che la valutazione dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è di tipo clinico, non essendo disponibili dati empirici che riconoscano specifici fattori predittivi di successo del trattamento riabilitativo in regime di ricovero. I criteri raccomandati sono descritti nella tabella 1 dell'Allegato B della DGR 94/2012.

Bulimia ed anoressia nervosa**1. Intervento riabilitativo correlato ad evento indice**

L'accesso al ricovero riabilitativo può avvenire a seguito di un evento indice, che può consistere in un ricovero in reparti internistici e/o pediatrici, per la gestione delle complicanze mediche secondarie alla malnutrizione, oppure in reparti psichiatrici per la gestione delle complicanze psichiatriche acute associate al disturbo dell'alimentazione.

2. Intervento riabilitativo non correlato ad evento indice

L'accesso al percorso di riabilitazione ospedaliera, in molti casi, avviene anche in assenza di un evento indice, secondo i criteri di appropriatezza riportati nella tabella 1 dell'Allegato B alla DGR 94/2012.

Obesità grave

I criteri di appropriatezza per il ricovero in regime ordinario o diurno di riabilitazione nutrizionale sono il frutto di un consenso di un gruppo di lavoro istituito dalla Regione Veneto e sono stati stabiliti con il Decreto del Dirigente della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 99 del 9 luglio 2012. La valutazione dell'appropriatezza del ricovero è eseguita da un medico di reparto in una visita pre-ricovero e si basa sul punteggio ottenuto da una scala di valutazione che prende in considerazione i parametri contenuti nella tabella 2 dell'Allegato A al Decreto 99/2012.

1. Intervento riabilitativo correlato ad evento indice

L'accesso al ricovero riabilitativo può avvenire a seguito di un evento indice, che può consistere in un ricovero in reparti internistici per la gestione delle complicanze mediche acute associate all'obesità grave.

2. Intervento riabilitativo non correlato ad evento indice

L'accesso al percorso di riabilitazione ospedaliera, in molti casi, avviene anche in assenza di un evento indice, secondo i criteri di appropriatezza riportati nella tabella 2 dell'Allegato A alla Decreto 99/2012.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 154/168

CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN UNITÀ SPINALE

I criteri di appropriatezza di tali ricoveri sono esplicitati nella DGR 3913/2007.

La presa in carico in Unità Spinale (US) è indicata per i pazienti che presentano lesioni acquisite del midollo spinale o della cauda equina di diversa eziologia (traumatica, vascolare, infettiva, etc.) e a cui conseguono menomazioni disabilitanti di tipo senso-motorio (paraplegia, tetraplegia) e/o viscerale (vescica ed intestino neurologici, insufficienza ventilatoria), afferenti alla MDC 1.

I pazienti presi in carico presso le US possono provenire direttamente dalle Unità Operative per acuti (dimissione/ammissione nella stessa giornata), o da Unità di Medicina Riabilitativa codice disciplina 56 o 60 ove siano stati ricoverati in attesa di posto letto disponibile oppure dal domicilio se presentano specifiche necessità, indicate nella DGR 3913/2007.

Modalità di erogazione dell'assistenza riabilitativa presso le Unità Spinali

La presa in carico in regime di ricovero riabilitativo, ordinario o diurno, presso le US ha lo scopo di recuperare e/o mantenere il miglior grado di autonomia e partecipazione sociale consentito dalla/dalle patologia/e disabilitante/i, attraverso interventi assistenziali, terapeutici ed educativo/informativi.

Per la presa in carico in regime di ricovero riabilitativo deve essere redatto un progetto riabilitativo individuale.

Al fine di completare la presa in carico, il ricovero ordinario di US può essere seguito da un ricovero diurno di US. Il suo scopo è di favorire la graduale deospedalizzazione ed il reinserimento domiciliare e sociale, garantendo nel contempo un'adeguata gestione del paziente sul piano clinico ed assistenziale.

Si precisa che non vanno ricoverati in US pazienti che hanno le caratteristiche per il codice disciplina 56 con MDC 1.

**CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN UDGE E URNA
UDGE E URNA**

I criteri di appropriatezza di tali ricoveri sono esplicitati nella DGR 3913/2007.

I percorsi clinici che avvengono in Unità per le Gravi Disabilità in Età Evolutiva e Unità di Riabilitazione per le Turbe Neuropsicologiche Acquisite sono suddivisibili in due macroaree.

Criteri clinici

L'Unità per le gravi disabilità dell'età evolutiva (UDGE) è deputata alla presa in carico di pazienti da 0 a 18 anni con disabilità complesse e gravi in esiti di lesione cerebrovascolare pre, peri, o post natali, sindromi genetiche e dismetaboliche, cerebrolesioni acquisite (traumatiche, ipossiche, neoplastiche, infettive e infiammatorie, vascolari), gravi psicopatologie dell'età evolutiva (disturbi dello spettro autistico, psicosi, disturbi affettivi), sindromi epilettiche farmacoresistenti, malattie neuromuscolari e del tessuto connettivo. Le diagnosi sono afferenti alle MDC 1, 8, 10, 19. L'età adulta (URNA) si rivolge a disabilità associata a menomazioni di natura neurologica, quali condizioni conseguenti a gravi eventi acuti, patologie neurodegenerative, infiammatorie, neoplastiche caratterizzate da deficit complessi (coesistenza di menomazioni su più di un dominio), patologie rare, gravi deficit neuropsicologici cognitivi o comportamentali acquisiti, su base congenita o geneticamente determinata. Le diagnosi sono afferente alla MDC 1.

Tipologia di pazienti presi in carico

I pazienti presi in carico presso le UDGE provengono direttamente dalle Unità Operative per acuti o dal territorio per specifiche richieste legate a inquadramento diagnostico e riabilitazione intensiva in fase post-acuta.

I pazienti presi in carico presso le URNA provengono direttamente dalle Unità Operative per acuti (dimissione/ammissione nella stessa giornata) o da Unità di Medicina Riabilitativa codice disciplina 56 o 60 o dal domicilio per documentati bisogni, come da DGR 3917/2007.

CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN UNITÀ GRAVI CEREBROLESIONI

L'Unità per le gravi cerebrolesioni (UGC) è deputata alla presa in carico dei pazienti affetti dagli esiti di gravi traumi cranio-encefalici (TCE) ed altre gravi cerebrolesioni acquisite come i comi postanossici e gravi emorragie secondarie a malformazioni vascolari, caratterizzati nella loro evoluzione clinica da stato di coma (GCS $\leq$ 8) più o meno protratto (di norma superiore alle 24 ore) e dal coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse. Sono pertanto esclusi, di regola, gli esiti di

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 155/168

stroke ischemici (eccetto nei casi in cui l'evento ischemico comporta stato di coma superiore alle 24 ore) e di cerebropatie degenerative.

Tipologia di pazienti presi in carico presso le UGC

Le patologie disabilitanti prese in carico presso le UGC rientrano nella MDC 1 e 24.

I pazienti presi in carico presso le UGC provengono direttamente dalle Unità Operative per acuti (dimissione/ammissione nella stessa giornata), o da Unità di Medicina Riabilitativa codice disciplina 56 o 60 ove siano stati ricoverati in attesa di posto letto disponibile oppure dal domicilio se presentano specifiche necessità, indicate nella DGR 3913/2007.

La presa in carico in regime di degenza presso le strutture di alta specialità riabilitativa UGC ha lo scopo di recuperare e/o mantenere il miglior grado di autonomia e partecipazione sociale consentito dalla/dalle patologia/e disabilitante/i, attraverso interventi assistenziali, terapeutici ed educativo/informativi.

Per la presa in carico in regime di ricovero deve essere redatto un progetto e programma riabilitativo individuale.

Allo scopo è di favorire la graduale deospedalizzazione ed il reinserimento domiciliare e sociale, garantendo nel contempo un'adeguata gestione del paziente sul piano clinico ed assistenziale, il ricovero ordinario di UGC può essere seguito da un ricovero ordinario con codice disciplina 56 o con codice disciplina 60 o da un ricovero diurno di UGC.

Si precisa che non vanno ricoverati in UGC pazienti che hanno le caratteristiche per il codice disciplina 56 con MDC 1.

REGOLE DI CODIFICA IN MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA E LUNGODEGENZA

In considerazione del diverso assorbimento di risorse, è necessario distinguere l'**attività riabilitativa post-acuzie**, in diretta connessione con l'evento acuto, dai **ricoveri elettivi per attività riabilitativa**, effettuati in una fase successiva all'evento che ha scatenato il bisogno assistenziale riabilitativo.

RICOVERI DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE

Si tratta dei casi in cui il ricovero in riabilitazione o lungodegenza post-acuzie avviene in stretta correlazione clinico-temporale a quello relativo all'evento acuto e si adotta la finestra temporale massima di 30 giorni tra il ricovero e la dimissione da una Unità Operativa per acuti o di Lungodegenza.

La codifica della SDO prevede che venga inserita una DP coerente con il **progetto riabilitativo**. I codici da utilizzare sono i seguenti:

DP: un cod. di postumo o, quando non sia possibile disporre di un cod. di postumo, un cod. di patologia o in sua assenza di segno o sintomo

DS: cod. V57. __ *Cure riabilitative* (dove previsto va utilizzata la quinta cifra)

Nota sulla codifica: per i ricoveri in Lungodegenza codice disciplina 60, il codice di riabilitazione V57. __ *Cure riabilitative* va obbligatoriamente segnalato tra le DS solo nel caso sia stato messo in atto un progetto riabilitativo individuale con attività estensive.

La patologia che determina la necessità di trasferire il paziente da un reparto per acuti ad un reparto di riabilitazione è da intendersi come la/le menomazioni e disabilità che comportano il maggiore assorbimento di risorse riabilitative, in modo che il caso sia assegnato alla corretta MDC. Eventuali condizioni morbose concomitanti potranno essere indicate in DS.

Tale regola di codifica va utilizzata anche nei seguenti casi in cui dopo un primo ricovero in riabilitazione post-acuzie, risulti la necessità di effettuare un secondo ricovero:

- dopo un primo ricovero riabilitativo inviato da reparto per acuti (Cardiochirurgia, Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Unità Coronarica Intensiva) in Riabilitazione (codice disciplina 56) per patologie cardiovascolari afferenti all'MDC 5 e conclusosi con dimissione terapeutica per ambientazione domiciliare, solo nel caso in cui il secondo ricovero riabilitativo sia determinato da menomazioni/disabilità derivanti dalla patologia cardiovascolare ed il rientro sia stato specificamente previsto nel progetto riabilitativo e sia finalizzato al suo completamento; il setting assistenziale individuato per il secondo ricovero riabilitativo può risultare anche quello del ricovero diurno;
Per poter utilizzare questa regola di codifica il secondo ricovero riabilitativo deve comunque avvenire entro 30 giorni dalla dimissione dal reparto per acuti;
- dopo un primo ricovero riabilitativo inviato da reparto per acuti (Chirurgia Toracica, Pneumologia) in Riabilitazione (codice disciplina 56) per patologie respiratorie afferenti all'MDC 4 e conclusosi con

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 156/168

dimissione terapeutica per ambientazione domiciliare, solo nel caso in cui il secondo ricovero riabilitativo sia determinato da menomazioni/disabilità derivanti dalla patologia polmonare ed il rientro sia stato specificamente previsto nel progetto riabilitativo e sia finalizzato al suo completamento; il setting assistenziale individuato per il secondo ricovero riabilitativo può risultare anche quello del ricovero diurno. Per poter utilizzare questa regola di codifica il secondo ricovero riabilitativo deve comunque avvenire entro 30 giorni dalla dimissione dal reparto per acuti;

- i ricoveri riabilitativi inviati da Unità Spinale o Neuroriabilitazione.

Nella riabilitazione delle malattie polmonari croniche (ad es. BPCO) la finestra temporale 0-30 giorni si applica tra l'evento acuto (riacutizzazione) ed il ricovero riabilitativo; la riacutizzazione non sempre dà luogo a ricovero, ma deve essere in ogni caso dettagliatamente documentata in cartella clinica. Anche in questi casi si seguono le regole di codifica dei ricoveri di riabilitazione post-acuzie.

RICOVERI ELETTIVI PER ATTIVITÀ RIABILITATIVA

Per i ricoveri in Medicina Fisica e Riabilitazione che non sono in diretta connessione con l'evento acuto, ovvero con un intervallo temporale tra i due ricoveri (dimissione da ricovero acuto - ricovero riabilitativo) superiore a 30 giorni, la modalità di codifica è la seguente:

DP: cod. V57. __ *Cure riabilitative*

DS: il cod. di postumo o di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo

Fanno eccezione a questa regola generale:

- i ricoveri verso le Unità Operative di Alta Specialità Riabilitativa (codice disciplina 28 e codice disciplina 75), nel rispetto dei requisiti di appropriatezza del ricovero previsti in merito dalla normativa vigente;
- dopo un primo ricovero in Riabilitazione (codice disciplina 56) per patologie neurologiche afferenti all'MDC 1 e conclusosi con dimissione terapeutica per ambientazione domiciliare, solo nel caso in cui il secondo ricovero sia determinato da menomazioni/disabilità derivanti dalla patologia neurologica ed il rientro sia stato specificamente previsto nel progetto riabilitativo e sia finalizzato al suo completamento;
- i ricoveri che avvengono a causa di variazione del quadro clinico e della disabilità, conseguente a riacutizzazione o evoluzione della malattia di base rappresentata da patologie neurologiche a più o meno lenta tendenza evolutiva; in tali casi infatti la riacutizzazione o evoluzione della patologia non sempre dà luogo ad un ricovero in reparto per acuti, ma deve essere in ogni caso dettagliatamente documentata in cartella clinica, anche attraverso il rilievo di una disabilità consistente (FIM < 91 e/o Barthel < 70) e di una documentata e significativa variazione di disabilità rispetto alla condizione precedentemente rilevata. Sono invece da ritenersi sempre escluse da questa deroga le variazioni di menomazione e disabilità, generalmente transitorie, dovute a riacutizzazioni/evoluzioni di patologie diverse rispetto a quelle neurologiche;
- i ricoveri di pazienti dimessi da oltre 30 giorni da reparti per acuti nelle seguenti condizioni:
 - a) dimessi da reparti per acuti in attesa di concessione del carico;
 - b) pazienti amputati in attesa del completamento della stabilizzazione clinica del moncone e della fornitura della protesi;
 nell'intervallo di tempo tra la dimissione da reparto per acuti ed il ricovero in reparto di riabilitazione può eventualmente essere stato effettuato anche un ricovero in reparto codice disciplina 60 o 56, per la gestione delle condizioni patologiche sopracitate;
- i ricoveri effettuati per valutazione e successivo trattamento della spasticità (deve essere adeguatamente documentata in cartella la presenza di comorbidità o di necessità assistenziali o l'esecuzione di valutazioni cliniche e/o strumentali, tali da richiedere il ricovero).

Nelle eccezioni vanno seguite le modalità di codifica dei ricoveri di riabilitazione post-acuzie.

Per le attività riabilitative-educative rivolte a specifiche condizioni disabilitanti legate a turbe dell'alimentazione e/o ad abuso di alcool, in funzione del fatto che di regola tali ricoveri non sono direttamente connessi ad eventi acuti e pertanto debbono essere considerati ricoveri elettivi per attività riabilitativa, la modalità unica di codifica è la seguente:

DP: cod. V57. _89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*

DS: il cod. di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 157/168

CODIFICA DELLE PRINCIPALI PROCEDURE

Si precisa che per una più completa descrizione dell'attività riabilitativa svolta devono essere utilizzati, negli spazi relativi alle procedure fino ad un massimo di 6 complessive, anche i codici di procedura del manuale ICD-9_CM 2007.

I codici di più frequente utilizzo per descrivere le procedure riabilitative effettuate sono i seguenti:

- cod. 93.11 *Esercizi assistiti*
- cod. 93.22 *Training del passo*
- cod. 93.24 *Addestramento all'uso della protesi o apparecchi ortesici*
- cod. 93.31 *Esercizi assistiti in piscina*
- cod. 93.36 *Riabilitazione cardiologica*
- cod. 93.39 *Terapia fisica strumentale*
- cod. 93.75 *Training del linguaggio e terapia*
- cod. 93.83 *Terapia occupazionale*
- cod. 93.9_ *Terapia respiratoria*
- cod. 94.08 *Valutazione e test psicologici*

A queste procedure verrà attribuita la data di inizio del trattamento, intendendosi però che la procedura stessa è stata poi eseguita per tutto il successivo corso del ricovero.

Vanno poi segnalate le altre procedure ritenute significative sul piano clinico e/o del consumo di risorse (ad es. rimozione tracheotomia, posizionamento o rimozione PEG, etc.).

Nel caso di somministrazione di tossina botulinica il cod. è 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

ESEMPI**TRATTAMENTI RIABILITATIVI PER SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONE**

DP: cod. V43.6_ *Articolazione sostituita con altri mezzi*

DS: cod. della patologia che ha determinato l'intervento chirurgico

DS: cod. di rigidità articolare

DS: cod. V57.1 *Altra fisioterapia*

L'eventuale presenza di complicazioni dell'intervento chirurgico va indicata come segue:

DS: cod. 996.4 *Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni* oppure

DS: cod. 996.66 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne*

oppure

DS: cod. 996.77 *Altre complicazioni da protesi articolari interne*

TRAUMATISMI OPERATI

DP: cod. 905._ *Postumi di traumi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo*

oppure

DP: cod. 907._ *Postumi di traumi del sistema nervoso*

DS: codici che identificano la tipologia del trauma (frattura, lussazione, distorsione, traumi cranici, lesioni spinali, etc.)

DS: cod. V57. 1 *Altra fisioterapia*

L'eventuale presenza di complicazioni dei traumi operati va indicata come segue:

DS: il cod. 996.4 *Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni*

oppure

DS: cod. 996.67 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti ortopedici interni* oppure

DS: cod. 996.78 *Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti ortopedici interni*

RICOVERI RIABILITATIVI NEURO-ONCOLOGICI

DP: va sempre posto il cod. della menomazione neurologica che ha assorbito la maggiore parte delle risorse assistenziali riabilitative:

Esempio:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 158/168

DP: cod. 342. __ *Emiplegia ed emiparesi*

oppure

DP: cod. 344. __ *Quadriplegia, paraplegia, diplegia, monoplegia, cauda equina ed altre sindromi paralitiche*

oppure

DP: cod. 334.3 *Atassia cerebellare*

oppure

DP: cod. 784.3 *Afasia*DS: cod. V57.1 *Altra fisioterapia*DS: **se il paziente non è stato operato, va utilizzato il cod. della neoplasia:**

-cod. 191. __ *Tumori maligni dell'encefalo* oppure cod. 192. __ *Tumori maligni di altre e non specificate parti del sistema nervoso* oppure cod. 198.3 *Tumori maligni secondari di encefalo e midollo spinale* oppure cod. 198.4 *Tumori maligni secondari di altre parti del sistema nervoso* oppure cod. 225. __ *Tumori benigni dell'encefalo e di altre parti del sistema nervoso* oppure cod. 237.5-237.9 *Tumori di comportamento incerto del sistema nervoso.*

DS: **se il paziente è stato operato, va utilizzato:**-cod. V10.85 *Anamnesi personale di tumore maligno al cervello*-cod. V45.89 *Altro stato post-chirurgico. Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico*

DS: devono essere riportati ulteriori cod. relativi ad altre menomazioni neurologiche trattate.

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA POST-INTERVENTO CHIRURGICO

Nel caso di ricovero per riabilitazione respiratoria post-intervento chirurgico vanno utilizzati:

DP: cod. di patologia per le malattie polmonari croniche

oppure

DP: cod. 518.5 *Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico*DS: cod. V57.0 *Fisioterapia respiratoria*IP: cod. 93.18 *Esercizi respiratori*IP: cod. 93.99 *Altre procedure respiratorie (drenaggio posturale; ventilazione a pressione negativa continua [CNP])*IP: cod. 93.96 *Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)***RIABILITAZIONE RESPIRATORIA IN PAZIENTI CHE HANNO SUBITO UN INTERVENTO DI TRACHEOSTOMIA**

Nel caso di ricovero per riabilitazione respiratoria in pazienti che hanno subito un intervento di tracheostomia vanno utilizzati:

DP: cod. V55.0 *Controllo di tracheostomia*DS: cod. V57.0 *Fisioterapia respiratoria*IP: cod. 93.18 *Esercizi respiratori*IP: cod. 93.99 *Altre procedure respiratorie (drenaggio posturale; ventilazione a pressione negativa continua [CNP])*IP: cod. 93.96 *Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)***RIABILITAZIONE POST-CARDIOCHIRURGICA PER SOSTITUZIONE VALVOLARE**

Nel caso di ricovero per riabilitazione cardiologica post-intervento cardiocirurgico di sostituzione valvolare vanno utilizzati:

DP: cod. V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto*

oppure

DP: cod. V43.3 *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi*DS: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*IP: cod. 93.36 *Riabilitazione cardiologica*IP: cod. 93.11 *Esercizi assistiti***RIABILITAZIONE POST-CARDIOCHIRURGICA PER RIVASCOLARIZZAZIONE MIocardica**

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 159/168

Nel caso di ricovero per riabilitazione cardiologica post-intervento cardiocirurgico di rivascolarizzazione miocardica vanno utilizzati:

DP: cod. V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi*

DS: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*

DS: cod. V45.81 *Stato post-chirurgico di by pass aorto-coronarico*

IP: cod. 93.36 *Riabilitazione cardiologica*

IP: cod. 93.11 *Esercizi assistiti*

Nota sulla codifica: nel caso di riabilitazione cardiologica post-intervento cardiocirurgico di rivascolarizzazione miocardica va utilizzato il cod. V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi* e non il cod. V45.81 *Stato postchirurgico di by-pass aorto-coronarico* in quanto quest'ultimo porterebbe all'attribuzione dell'MDC 23 *Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari*

Nel caso di ricovero per riabilitazione cardiologica post-intervento cardiocirurgico di rivascolarizzazione miocardica che avviene dopo 30 giorni dalla dimissione da reparto per acuti vanno utilizzati:

DP: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*

DS: cod. V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi*

DS: cod. V45.81 *Stato post-chirurgico di by pass aorto-coronarico*

IP: cod. 93.36 *Riabilitazione cardiologica*

IP: cod. 93.11 *Esercizi assistiti*

RIABILITAZIONE POST-PTCA PER INFARTO MIOCARDICO ACUTO

Nel caso di ricovero per riabilitazione cardiologica post-PTCA per infarto miocardico acuto che avviene entro 30 giorni dalla dimissione da reparto per acuti vanno utilizzati:

DP: cod. 410.2 *Infarto miocardico acuto (specificare la sede), episodio successivo di assistenza*

DS: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*

DS: cod. V45.82 *Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale*

DS: cod. 428.2 *Insufficienza cardiaca sistolica*

IP: cod. 93.36 *Riabilitazione cardiologica*

IP: cod. 93.11 *Esercizi assistiti*

RIABILITAZIONE POST-CARDIOCHIRURGICA PER ALTRE PATOLOGIE CARDIACHE

Nel caso di ricovero per riabilitazione cardiologica post-intervento cardiocirurgico di altre patologie cardiache quali ad esempio esiti di exeresi di mixoma atriale e riparazioni di difetti cardiaci congeniti vanno utilizzati:

DP: cod. 429.4 *Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca*

DS: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*

IP: cod. 93.36 *Riabilitazione cardiologica*

IP: cod. 93.11 *Esercizi assistiti*

MALATTIE CEREBROVASCOLARI

DP: cod. 438. __ *Postumi delle malattie cerebrovascolari*

DS: i codici che identificano la tipologia del danno cerebrovascolare

per gli ictus e le vasculopatie cerebrali:

cod. 430 *Emorragia sub aracnoidea*

cod. 431 *Emorragia cerebrale*

cod. 432. __ *Altre e non specificate emorragie intracraniche*

cod. 434. __ *Occlusione delle arterie cerebrali*

cod. 436 *Vasculopatie cerebrali acute, mal definite*

cod. 437. __ *Altre mal definite vasculopatie cerebrali*

per gli ictus tronco-encefalici e/o cerebellari:

cod. 433. __ *Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali*

per i casi che lo richiedono per indicare l'eventuale presenza di stato postchirurgico:

cod. V45.89 *Altro stato post-chirurgico. Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico*

devono essere riportati ulteriori codici relativi ad altri postumi neurologici trattati:

cod. 438. __ *Postumi delle malattie cerebrovascolari*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 160/168

DS: cod. V57.1 *Altra fisioterapia***CEREBROPATIA POSTANOSSICA**DP: cod. 348.1 *Danno encefalico da anossia*

DS: i codici relativi ad altre menomazioni neurologiche trattate:

cod. 334.3 *Altra atassia cerebellare*cod. 342.____ *Emiplegia e emiparesi*cod. 344.____ *Altre sindromi paralitiche*cod. 368.2 *Diplopia*cod. 781.0 *Movimenti involontari anormali*cod. 781.2 *Disturbi dell'andatura*cod. 781.3 *Turbe della coordinazione, atassia*cod. 784.3 *Afasia*cod. 784.5 *Disartria*cod. 787.2 *Disfagia*cod. 780.03 *Stato vegetativo persistente*DS: cod. V57.1 *Altra fisioterapia***RIABILITAZIONE ALCOOLOGICA**DP: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*DS: cod. 303 *Sindrome di dipendenza da alcool*

I/P: cod. degli interventi riabilitativi effettuati

RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE**Anoressia e bulimia:**DP: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*DS: cod. 307.1 *Anoressia nervosa*

oppure

DS: cod. 307.50 *Disturbo dell'alimentazione non specificato*

oppure

DS: cod. 307.51 *Bulimia nervosa*

Uno o più codici di Interventi/procedure tra i seguenti:

I/P: cod. 93.89 *Riabilitazione non classificata altrove*I/P: cod. 94.33 *Terapia comportamentale individuale*I/P: cod. 94.44 *Altra terapia di gruppo*I/P: cod. 93.12 *Altri esercizi muscolo scheletrici attivi*I/P: cod. 89.39 *Metabolismo basale BMR*I/P: cod. 94.11 *Valutazione psichiatrica dello stato mentale*I/P: cod. 94.08 *Altra valutazione e test psicologico*I/P: cod. 94.42 *Terapia familiare*I/P: cod. 94.38 *Psicoterapia verbale di supporto*I/P: cod. 93.83 *Terapia occupazionale*I/P: cod. 94.25 *Altra terapia psichiatrica con farmaci*

I/P: eventuali altri cod.

Obesità grave:DP: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*DS: cod. 278.01 *Obesità grave*DS: cod. V85.____ *Indice di massa corporea*

oppure

DS: cod. 307.50 *Disturbo dell'alimentazione non specificato*

oppure

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 161/168

DS: cod. 307.51 *Bulimia nervosa*

I/P: cod. 93.89 *Riabilitazione non classificata altrove*

I/P: cod. 94.33 *Terapia comportamentale individuale*

I/P: cod. 94.44 *Altra terapia di gruppo*

I/P: cod. 93.12 *Altri esercizi muscolo scheletrici attivi*

I/P: cod. 89.39 *Metabolismo basale BMR*

I/P: cod. 94.11 *Valutazione psichiatrica dello stato mentale*

I/P: cod. 94.08 *Altra valutazione e test psicologico*

I/P: eventuali altri cod.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 162/168

**APPENDICE 2
TERAPIA ANTALGICA****DOLORE (338)**

La categoria 338 *Dolore* classifica i diversi quadri clinici caratterizzati dalla presenza di una sindrome dolorosa rilevante. La categoria include i seguenti cod.:

- cod. 338.0 *Sindrome da dolore centrale*
- cod. 338.1_ *Dolore acuto*
 - cod. 338.11 *Dolore acuto da trauma*
 - cod. 338.12 *Dolore acuto post-toracotomia*
 - cod. 338.18 *Altri dolori acuti post-operatori*
 - cod. 338.19 *Altri dolori acuti. Escluso quello da neoplasia (cod. 338.3)*
- cod. 338.2_ *Dolore cronico* (con la quinta cifra che specifica ulteriormente come avviene per il dolore acuto)
- cod. 338.3 *Dolore correlato a neoplasia (acuto e cronico)*
- cod. 338.4 *Sindrome da dolore cronico*

Nel caso il dolore sia associato a fattori psicologici va indicato in DP un cod. della categoria 338 e in DS un cod. della sottocategoria 307.8_ *Disturbi da dolore correlato a fattori psicologici*.

L'utilizzo dei cod. della categoria 338 può essere ammesso in DP quando il trattamento del dolore sia motivo principale/esclusivo del ricovero o nel caso non sia stata individuata una diagnosi relativa alla patologia di base.

Per la codifica della terapia del dolore oncologico si rimanda ai contenuti del cap. 2 Tumori.

INSERZIONE DI POMPA DI INFUSIONE

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: codificare il postumo

DS: codificare la malattia di base

I/P: cod. 86.06 *Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile* codificare anche il cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*.

INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NEL CANALE VERTEBRALE

In caso di iniezione locale di sostanze terapeutiche nel canale vertebrale (anestetico o cortisone) vanno utilizzati rispettivamente i cod.:

03.91 *Iniezione di anestetico nel canale vertebrale*

03.92 *Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale* (ad es. cortisone)

PROCEDURA DI BLOCCO CONTINUO PERINERVOSO

I/P: cod. 05.89 *Altri interventi su nervi simpatici*

Qualora sia necessario un successivo ricovero finalizzato alla mobilizzazione dell'articolazione o al trattamento del dolore articolare, il cod. da utilizzare è il seguente:

DP: cod. 338.29 *Altro dolore cronico*

RADIOFREQUENZA

Nel caso di ricovero per l'effettuazione di procedura di radiofrequenza all'interno della cartella clinica devono essere chiaramente documentate la descrizione delle cause e la documentazione clinica come di seguito elencato:

- descrizione delle cause:
 1. stenosi primitiva o secondaria del canale vertebrale e del forame di coniugazione
 2. esiti post-chirurgici sulla colonna o sul disco intervertebrale
 3. processi infiammatori o infettivi derivanti da patologie del disco delle articolazioni o delle meningi
- documentazione di eventuali pregresse procedure algologiche (farmaci, peridurali, blocchi, etc.), anamnesi, esame obiettivo specialistico, eventuali esami strumentali a supporto (quali Rx, TAC o RMN), documentazione iconografica inerente l'intervento eseguito, descrizione accurata della procedura.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 163/168

Radiofrequenza dei nervi periferici

DP: codificare la malattia di base

I/P: cod. 04.2 *Demolizione di nervi cranici e periferici***Radiofrequenza faccette articolari**

DP: codificare la malattia di base

I/P: cod. 04.2 *Demolizione di nervi cranici e periferici***Radiofrequenza pulsata sul ganglio o sulle radici nervose del midollo**DP: cod. 724_ ad es. cod. 724.4 *Neurite o radicolite toracica o lombosacrale SAI, non specificata Sindrome radicolare degli arti inferiori*DP: cod. 722_ ad es. cod. 722.83 *Sindrome postlaminectomia, regione lombare*I/P: cod. 03.99 *Altri interventi sul midollo spinale e sulle strutture del canale vertebrale***PERIDUROLISI**

Nel caso di ricovero per l'effettuazione di procedura di periduroliasi all'interno della cartella clinica devono essere chiaramente documentate la descrizione delle cause e la documentazione clinica come di seguito elencato:

- descrizione delle cause:
 1. stenosi primitiva o secondaria del canale vertebrale e del forame di coniugazione
 2. esiti post-chirurgici sulla colonna o sul disco intervertebrale
 3. processi infiammatori o infettivi derivanti da patologie del disco delle articolazioni o delle meningi
- anamnesi, esame obiettivo specialistico, documentazione di pregresse procedure algologiche (farmaci, peridurali, blocchi, etc.), eventuali esami strumentali a supporto (quali Rx, TAC o RMN), documentazione iconografica inerente l'intervento eseguito, descrizione accurata dell'atto operatorio.

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: cod. 353.4 *Lesioni radicolari lombosacrali non classificate altrove* oppure cod. 724_ ad es. cod. 724.4 *Neurite o radicolite toracica o lombosacrale SAI, non specificata Sindrome radicolare degli arti inferiori*I/P: cod. 03.6 *Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi*I/P: cod. 03.92 *Infiltrazione di farmaci nel canale vertebrale*

Nota sulla codifica: nei casi di periduroliasi con radiofrequenza va associato il cod. 03.99.

ANULOPLASTICA, NUCLEOPLASTICA, DISCECTOMIA

Si rimanda ai contenuti del cap. 13 Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo.

TEST PER INFUSIONE INTRATECALE DI FARMACI: A BOLO SINGOLO

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: codificare la malattia di base (ad es. nevralgia, neurite e radicolite, non specificate cod. 729.2)

I/P: cod. 03.92 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative***TEST PER INFUSIONE INTRATECALE DI FARMACI: CON INSERZIONE DEL CATETERE O TEST A BOLO CONTINUO**

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: codificare la malattia di base (ad es. nevralgia, neurite e radicolite, non specificate 729.2)

I/P: cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*

I/P: codificare anche eventuale impianto di pompa ad infusione (cod. 86.06)

TEST DI ELETTRO-STIMOLAZIONE PERCUTANEA NEL CANALE VERTEBRALE (COMPRESO SACRALE)

Nel caso di ricovero per l'effettuazione di tale procedura all'interno della cartella clinica devono essere chiaramente documentate:

1. pregresse procedure algologiche
2. eventuali esami che documentano la neuropatia o i disturbi di funzione

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 164/168

3. documentazione iconografica inerente l'intervento eseguito e descrizione accurata dell'atto operatorio

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: codificare la malattia di base, ad esempio cod. 355._ *Mononeuriti dell'arto inferiore o di sede non specificata* oppure cod. 356._ *Neuropatie periferiche ereditarie ed idiopatiche* oppure cod. 357._ *Neuropatie infiammatorie e tossiche*

I/P: cod. 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*

COLLOCAZIONE DI IMPIANTO DEFINITIVO DI ELETTRODO/I DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE CON GENERATORE DI IMPULSI

Nel caso di ricovero per l'effettuazione di tale procedura all'interno della cartella clinica devono essere chiaramente documentate:

- valutazione NRS durante trial di stimolazione (con provvisorio) con riduzione del dolore uguale o superiore al 50%
- eventuali esami che attestano un miglioramento di funzione
- anamnesi, esame obiettivo specialistico, documentazione di pregresse procedure algologiche (farmaci, peridurali, blocchi, etc.), eventuali esami strumentali a supporto (quali Rx, TAC o RMN), documentazione iconografica inerente l'intervento eseguito, descrizione accurata dell'atto operatorio

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: cod. V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*

I/P: cod. da 86.94 a 86.98 *Inserzione del generatore di impulsi (prestando attenzione a utilizzare i codici specifici nel caso di impianto di generatore ricaricabile: cod. 86.97 e 86.98 ricaricabile)*

Se viene sostituito l'elettrodo o componenti del medesimo va indicato anche il cod. 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*.

SOSTITUZIONE DEL GENERATORE DI IMPULSI DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: cod. V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*

I/P: cod. da 86.94 a 86.98 *Inserzione del generatore di impulsi (prestando attenzione a utilizzare i codici specifici nel caso di impianto di generatore ricaricabile: cod. 86.97 e 86.98 ricaricabile)*

Se viene sostituito l'elettrodo o componenti del medesimo va indicato anche il cod. 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*.

SOSTITUZIONE DI ELETTRODO/I DEL NEUROSTIMOLATORE SPINALE

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: cod. V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*

I/P: cod. 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*

RIMOZIONE DI ELETTRODO/I E/O DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE

Specificare in cartella clinica se si tratta di: inefficacia sul dolore o decisione del paziente.

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: cod. V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*

I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo (rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo o doppio compreso catetere)*

RIMOZIONE DEL SOLO ELETTRODO CON MANTENIMENTO IN SITU DEL NEUROSTIMOLATORE (NEL CASO DI INFEZIONI E/O DEISCENZE NELLA SEDE DI IMPIANTO DELL'ELETTRODO) O RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE CON MANTENIMENTO IN SITU DELL' ELETTRODO (NEL CASO DI INFEZIONI E/O DEISCENZE, DECUBITI DELLA TASCA)

La codifica da utilizzare è la seguente:

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 165/168

DP: cod. 996.63 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso*
DS: cod. V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*
I/P: cod. 03.94 *Rimozione di elettrodo/i e/o anche il cod. 86.05 Rimozione di generatore di neurostimolatore spinale*

TEST DI ELETTRO-STIMOLAZIONE PERCUTANEA SU NERVO PERIFERICO

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: codificare la malattia di base, ad esempio cod. 353._ *Disturbi delle radici e dei plessi nervosi* oppure cod. 354.1 *Altre lesioni del nervo mediano*
I/P: cod. 04.92 *Impianto di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*

COLLOCAZIONE DI IMPIANTO DEFINITIVO O SOSTITUZIONE DI ELETTRODO/I DI NEUROSTIMOLATORE DEI NERVI PERIFERICI

Nel caso di ricovero per l'effettuazione di tale procedura all'interno della cartella clinica devono essere chiaramente documentate:

- valutazione NRS durante trial di stimolazione (con provvisorio) con riduzione del dolore uguale o superiore al 50%
- eventuali esami che attestano un miglioramento di funzione
- anamnesi, esame obiettivo specialistico, documentazione di pregresse procedure algologiche (farmaci, peridurali, blocchi, etc.), eventuali esami strumentali a supporto (quali Rx, TAC o RMN), documentazione iconografica inerente l'intervento eseguito, descrizione accurata dell'atto operatorio.

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: codificare il postumo
DS: codificare la malattia di base
I/P: cod. da 86.94 a 86.98 *Inserzione del generatore di impulsi (prestando attenzione a utilizzare i codici specifici nel caso di impianto di generatore ricaricabile: cod. 86.97 e 86.98 ricaricabile)*

Se viene sostituito l'elettrodo o componenti del medesimo va indicato anche il cod. 04.92 *Impianto di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*.

NEUROMODULAZIONE DEI NERVI PER CEFALEE CRONICHE INTRATTABILI**Inserzione di neurostimolatore**

DP: emicrania non trattabile (346._1) o se non è stata formulata una diagnosi definitiva si possono utilizzare i cod. relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite (cod. 780 – 799)
I/P: cod. 04.92 *Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici* in associazione al cod. 86.96 *Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neuro stimolatore*

Limitatamente alle condizioni di dipendenza da farmaci non oppioidi la codifica è la seguente:

DP: cod. 784.0 *Cefalea* oppure cod. 346._1 *Emicrania non trattabile*
DS: cod. 304.81 *Dipendenza da combinazioni di sostanze che escludono gli oppioidi, continua*
I/P: cod. 04.92 *Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici* in associazione al cod. 86.96 *Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neuro stimolatore*
I/P: cod. 94.66 *Disintossicazione e riabilitazione da farmaci*

Nota sulla codifica: la dipendenza da antidolorifici deve essere documentata in cartella clinica.

Sostituzione di neurostimolatore

DP: cod. V53.02 *Collocazione e sistemazione di dispositivo relativo al sistema nervoso*
DS: cod. 784.0 *Cefalea* oppure cod. 346._1 *Emicrania non trattabile*
I/P: cod. 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore* codificare anche eventuale cod. 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*, se effettivamente sostituito l'elettrodo o componenti del medesimo

IMPIANTO DI PACE-MAKER NEURALE O ELETTROSTIMOLATORE NEURO-UROLOGICO

Impianto di elettrodo/i con test di elettro-stimolazione percutanea di un nervo sacrale (primo tempo):

DP: cod. 356.8 *Altre specificate neuropatie periferiche idiopatiche*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 166/168

DS: se ♂ cod. 788.32 *Incontinenza urinaria da sforzo nel maschio*
DS: se ♀ cod. 625.6 *Incontinenza urinaria da sforzo nella donna*
oppure
DS: cod. 597.81 *Sindrome uretrale SAI*
oppure
DS: cod. 788.21 *Svuotamento incompleto della vescica*
oppure
DS: cod. 788.9 *Dolore vescicale*
I/P: cod. 03.93 *Impianto definitivo o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*

Collocazione di impianto definitivo di elettrodo/i di neurostimolatore spinale (secondo tempo):

DP: cod. V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*
I/P: i cod. da 86.94 a 86.98 *Inserzione del generatore di impulsi*
I/P: cod. da 86.94 a 86.98 *Inserzione del generatore di impulsi (prestando attenzione a utilizzare i codici specifici nel caso di impianto di generatore ricaricabile: cod. 86.97 e 86.98 ricaricabile)*

Se viene sostituito l'elettrodo o componenti del medesimo va indicato anche il cod. 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*.

IMPIANTO DI NEUROSTIMOLATORE SACRALE PER INCONTINENZA FECALE

Per l'impianto di neurostimolatore sacrale per incontinenza fecale valgono le indicazioni riportate per l'impianto di pace-maker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico, ma con l'indicazione di riportare in DS il cod. 787.6 *Incontinenza fecale*.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 167/168

**APPENDICE 3
TESSUTI DA BANCA ED ATTIVITA' DI TRAPIANTOLOGIA**

INNESTO DI OSSO (FRESCO, LIOFILIZZATO, PASTA D'OSSO) DA BANCA

DP: codificare la patologia che richiede il trapianto

DS: cod. V42.4 *Osso sostituito da trapianto*I/P: cod. 78.0_ *Innesto osseo***RIPARAZIONE CON INNESTO DI TENDINE/FASCIA DA BANCA**

DP: cod. della patologia di base

DS: cod. V42.89 *Altro organo o tessuto sostituito da trapianto*I/P: cod. 83.75 *Trasposizione o trapianto di tendini***RIPARAZIONE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI CON INNESTO DA BANCA SULLA SPALLA**DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*DS: cod. V42.89 *Altro organo o tessuto sostituito da trapianto*I/P: cod. 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori*I/P: cod. 81.83 *Altra riparazione della spalla***INTERVENTI OCULISTICI DI INNESTO DI LIMBUS E DI INNESTO DI MEMBRANA AMNIOTICA**

Trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore:

I/P: per l'autotrapianto cod. 11.61 *Cheratoplastica lamellare autologa*I/P: per il trapianto da altro donatore cod. 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare*

Innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo:

I/P: cod. 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare***INTERVENTI PER ULCERE, USTIONI E FERITE CON INNESTO DI MEMBRANA AMNIOTICA**

Trattamento dell'ulcera diabetica:

DP: cod. 250.8_ *Diabete con altre complicazioni specificate*DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito*I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*I/P: cod. 86.66 *Omoinnesto sulla cute. Innesto sulla cute di: membrana amniotica da donatore, cute da donatore*

Postumi di ustioni:

DP: cod. 906._ *Postumi di ustioni*I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*I/P: cod. 86.66 *Omoinnesto sulla cute. Innesto sulla cute di: membrana amniotica da donatore, cute da donatore***INTERVENTI CARDIOCHIRURGICI CON BIOPROTESI**I/P: cod. 35.21 *Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi*I/P: cod. 35.23 *Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi*I/P: cod. 35.25 *Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi*I/P: cod. 35.27 *Sostituzione di valvola tricuspidale con bioprotesi***TRAPIANTO DI CUORE**I/P: cod. 37.51 *Trapianto di cuore*I/P: cod. 00.93 *Trapianto da cadavere*I/P: cod. 37.25 *Biopsia endomiocardica*

ALLEGATO A alla Dgr n. 2167 del 23 dicembre 2016

pag. 168/168

TRAPIANTO DI POLMONE

I/P: cod. 33.5 *Trapianto del polmone* in aggiunta va descritto il cod. del donatore (00.93 *Trapianto da cadavere*)

I/P: va codificato anche il cod. 39.61 *Bypass cardiopolmonare [circolazione extracorporea] [macchina cuorepolmone]*

TRAPIANTO RENALE

DP: cod. 585._ *Malattia Renale Cronica* se il paziente non ha iniziato il trattamento dialitico oppure

DP: cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea* se il paziente ha iniziato il trattamento dialitico extracorporeo

oppure

DP: cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi* se il paziente ha iniziato il trattamento dialitico peritoneale

I/P: cod. 55.69 *Eterotrapianto di rene (indipendentemente da cadavere vivente)* in aggiunta va descritto il tipo di donatore con i cod. di procedura 00.91 *Trapianto da donatore vivente, parente*, 00.92 *Trapianto da donatore vivente, non-parente* o 00.93 *Trapianto da cadavere*

TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO

I/P: cod. 46.97 *Trapianto di intestino*

va codificato anche il tipo di donatore (cod. da 00.91 a 00.93)

TRAPIANTO MULTIVISCERALE

DP: la patologia di base

I/P: cod. 46.97 *Trapianto di intestino*; altre procedure: cod. 43.99 *Altra gastrectomia totale*, cod. 52.83 *Trapianto eterologo di pancreas*, cod. 50.59 *Altro trapianto di fegato*

va codificato anche il tipo di donatore (cod. da 00.91 a 00.93)

TRAPIANTO DI FEGATO SPLIT

I/P: cod. 50.59 *Altro trapianto di fegato* associato al cod. 51.39 *Altra anastomosi del dotto biliare*

RICOVERO PER ASPORTAZIONE DI FEGATO DA DONATORE SANO

DP: cod. V59.6 *Donatori di fegato*

I/P: cod. 50.22 *Epatectomia parziale*

TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO O DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE

Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è descritto dallo stesso gruppo dai cod. da 41.00 a 41.09 *Trapianto del midollo osseo o di cellule staminali ematopoietiche*. Occorre descrivere anche il tipo di donatore il tipo di donatore (00.91-00.93).

ULTIMA REVISIONE DICEMBRE 2016

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare o duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

(Codice interno: 337117)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2174 del 23 dicembre 2016

Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19.*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:
Con il presente provvedimento si approvano misure riguardanti vari ambiti della sanità regionale in gran parte correlate alla ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS disposta dalla L.R. 25 ottobre 2016, n. 19.

L'Assessore Luca Coletto, di concerto con l'Assessore Manuela Lanzarin, riferisce quanto segue.

La L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 ha disposto la costituzione dell'Azienda Zero ed ha individuato i nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS costituiti attraverso l'incorporazione in alcune delle stesse aziende, di cui è stata modificata la denominazione, di altre aziende, che sono state contestualmente soppresse.

Gli atti di natura organizzativa attuativi delle predette disposizioni saranno oggetto di separate deliberazioni della Giunta Regionale, sentita, laddove prescritto, la competente commissione consiliare.

Considerato, peraltro, che ai sensi dell'articolo 14, comma 2, della predetta L.R. 19/2016, l'assetto organizzativo delle Aziende ULSS è ridefinito a decorrere dal 1° gennaio 2017, si ritiene comunque necessario approvare fin d'ora, nelle more dell'adozione dei predetti provvedimenti, misure concernenti vari ambiti della sanità regionale, che riguardano, o possono riguardare, anche le aziende ed enti del SSR sulle quali la legge regionale in parola non ha inciso direttamente.

In particolare gli ambiti sui quali interviene la presente deliberazione sono i seguenti:

- Disposizioni per l'anno 2017 in materia di personale del SSR e finanziamento dei contratti di formazione specialistica;
- Lavori di edilizia sanitaria;
- Assistenza Territoriale e Cure Primarie;
- Rete dei Comitati Etici;
- Unità di Offerta con attribuzione del tipo di assistenza SO5 - assistenza psichiatrica;
- Elenco degli erogatori privati accreditati;
- Piani di Zona, Registro Unico della residenzialità in area anziani non autosufficienti e in area disabilità, Impegnative di Cura domiciliare;
- Verifiche in ordine ai requisiti previsti dalla L.R. 16.08.2002, n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento per le Unità di Offerta Socio Sanitarie;
- Gestione sinistri e rischio clinico;
- Attività inerenti l'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica e la sperimentazione;
- Strutture di Cure intermedie;
- Nuovi codici ospedali;
- Organizzazione del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione del Veneto;
- Liste di attesa.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PERSONALE DIPENDENTE DEL SSR E FINANZIAMENTO DEI CONTRATTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA

Nell'**Allegato A** alla presente deliberazione si forniscono indicazioni relative all'anno 2017 riguardanti il personale, alle quali gli enti del SSR dovranno attenersi, e che tengono conto, oltre che di poche innovazioni introdotte da fonti normative ed amministrative nazionali e da alcune deliberazioni della Giunta Regionale adottate nel corso del 2016, anche, e soprattutto, delle statuizioni contenute nella L.R. 25 ottobre 2016, n. 19.

LAVORI DI EDILIZIA SANITARIA

Relativamente al procedimento di approvazione dei progetti relativi alle opere di edilizia sanitaria, il quale implica l'applicazione di normative del tutto autonome e non sempre coordinate quali quelle sui contratti pubblici e sul bilancio delle aziende del SSR, si ravvisa la necessità, anche in conseguenza dell'istituzione dell'Azienda Zero e quindi dell'introduzione di un nuovo soggetto istituzionale, di ridefinire la regolamentazione amministrativa di alcuni adempimenti in modo da assicurare

un'applicazione coordinata delle autonome normative e chiarire dubbi procedurali insorti a seguito del sovrapporsi di interventi di carattere normativo e amministrativo nel corso del tempo. Tale regolamentazione è descritta nell'**Allegato B**, il quale fa rinvio a sua volta ad altro documento illustrativo (**Allegato B1**).

Si precisa, inoltre, in relazione al piano straordinario, che la Giunta intende promuovere, ai fini dell'alienazione degli immobili del patrimonio disponibile delle aziende sanitarie del SSR non utilizzati in attività istituzionali, che l'Azienda Zero e il CRAV dovranno procedere all'espletamento delle relative procedure e alla effettiva collocazione degli stessi anche mediante ogni mezzo innovativo esperibile per il tramite di operatori professionali, nel rispetto dei principi di pubblicità e parità di trattamento, fermo restando che il ricavato sarà destinato ad investimenti nell'Azienda già proprietaria dell'immobile ceduto.

ASSISTENZA DISTRETTUALE E CURE PRIMARIE

Nell'**Allegato C** si dettano disposizioni per:

- La ricodifica degli ambiti di scelta della Medicina generale e della Pediatria di libera scelta (**Allegati C1 e C2**);
- La costituzione dei Comitati aziendali per la Medicina generale e per la Pediatria di libera scelta;
- I patti aziendali;
- I parametri di configurazione della AUR;
- I finanziamenti a funzione della medicina convenzionata;
- Specialistica ambulatoriale interna, veterinaria, altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali di cui alla DGR n. 1690 del 26.10.2016.
- L'Istituzione dell'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD);
- Il rilascio attestati esenzioni ticket della specialistica e della farmaceutica.

RETE DEI COMITATI ETICI

L'**allegato D** ridisegna, con decorrenza 1° gennaio 2017, la Rete dei Comitati Etici della Regione per effetto della riforma del sistema sanitario disposta dalla L.R. 19/2016.

UNITÀ DI OFFERTA CON ATTRIBUZIONE DEL TIPO DI ASSISTENZA S05 ASSISTENZA PSICHIATRICA

Al fine di garantire l'effettiva attuazione degli adempimenti ed il rispetto dei termini di cui alla LR n.19/2016 si allega (**Allegato E**) l'elenco delle Unità di offerta censite in STS 11, con attribuzione del tipo di assistenza S05 assistenza psichiatrica, afferente ai nuovi ambiti territoriali con decorrenza 1 gennaio 2017.

Si sottolinea che in data 3 novembre 2016 con nota prot. n. 427039 inviata a tutte le Aziende ULSS e' stata evidenziata l'urgenza di attenersi strettamente a quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute 5 dicembre 2006 in ordine alla rilevazione delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

ELENCO DEGLI EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI

Considerata la ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS disposta con L.R. n.19/2016, si dà atto che sono trasferiti in capo alle Aziende ULSS incorporanti i rapporti giuridici esistenti con erogatori privati accreditati presenti negli ambiti delle Aziende ULSS e dei territori comunali incorporati. Per l'effetto, si propone l'approvazione dell'elenco aggiornato degli erogatori privati accreditati di cui all'**Allegato F**.

PIANI DI ZONA, REGISTRO UNICO DELLA RESIDENZIALITÀ IN AREA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E IN AREA DISABILITÀ, IMPEGNATIVE DI CURA DOMICILIARE

Nell'**Allegato G** si riportano le disposizioni relative alle fattispecie in epigrafe.

VERIFICHE IN ORDINE AI REQUISITI PREVISTI DALLA L.R. 16.08.2002, N. 22 IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO PER LE UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE

Si rinvia all'**Allegato H** per le disposizioni in ordine alle verifiche di cui alla L.R. 22/2002.

GESTIONE SINISTRI E RISCHIO CLINICO

Nell'**allegato I** si prende atto della conclusione al 31.12.2016 della fase sperimentale del modello regionale di gestione sinistri e rischio clinico estesa a tutte le Aziende SSR, aggregate nelle 5 aree territoriali, confermandone le modalità operative, nonché l'affidamento ai 5 uffici sinistri provinciali e sovra provinciali, come delineati con la DGRV n. 567/2015, e si prevede

l'affidamento all'U.O. Risorse strumentali di Area dell'attività di coordinamento, supporto e monitoraggio delle attività aziendali di gestione sinistri e rischio clinico.

Si prende atto, poi, con riferimento alle Legge Regionale n. 19 del 25.10.2016, del pagamento del premio assicurativo, da parte delle neo costituite Aziende entro i termini contrattualmente previsti, per le quote di premio che saranno comunicate e che le competenze assegnate all'U.O. Risorse strumentali di Area dovranno intendersi riassegnate secondo gli adottandi atti in applicazione delle Legge.

ATTIVITA' INERENTI L'ASSISTENZA FARMACEUTICA, INTEGRATIVA E PROTESICA E LA SPERIMENTAZIONE

Per le disposizioni riguardanti la fattispecie in epigrafe si rinvia all'**allegato L**.

CURE INTERMEDIE

Al fine di individuare il nuovo ambito territoriale delle esistenti strutture di cure intermedie, si rinvia all'**allegato M** che contiene una ricognizione alla data del 31 dicembre 2016, delle seguenti strutture:

- Centri e Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriale - ex art. 26 legge 833/78;
- Hospices;
- Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali attivi al 31.12.16 con iter ex lr. n. 22/02 in itinere o concluso;
- Comunità Alloggio per malati di Aids.

NUOVI CODICI OSPEDALI

L'elenco delle nuove codifiche degli ospedali, ridefinite a seguito del processo di riforma sanitaria, ex L.R. 19/2016, è contenuto nell'**allegato N**.

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI DELL'ATTIVITÀ SANITARIA NELLA REGIONE DEL VENETO

Si rinvia la disciplina dell'organizzazione del sistema dei controlli in epigrafe all'**allegato O**.

LISTE DI ATTESA

Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed in considerazione della nuova definizione dei bacini territoriali di riferimento delle Aziende ULSS, si precisa che il rispetto dei tempi di attesa, previsti dalla normativa vigente, deve essere garantito dell'ambito del Distretto di appartenenza dell'assistito.

Solo nel caso in cui, per criticità organizzative non risolvibili tempestivamente, non sia possibile il rispetto dei tempi di erogazione a livello distrettuale, l'Azienda dovrà operare una "presa in carico" dell'assistito, al fine di assicurare comunque l'erogazione della prestazione ed il rispetto dei tempi massimi di attesa corrispondenti alla classe di priorità prevista. Tale fattispecie sarà comunque oggetto di monitoraggio e verifica da parte delle strutture competenti.

Si rinvia altresì all'**allegato O** per le parti riguardanti le liste di attesa e le agende di prenotazione.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTA la L.R. 25 ottobre 2016, n. 19;

VISTA la L.R. 16 agosto 2002, n. 22;

VISTA la DGRV n. 567/2015;

INFORMATE le Organizzazioni sindacali del Comparto, della Dirigenza medica e veterinaria e della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa per quanto riguarda le misure in materia di personale del SSR e di finanziamento dei

contratti di formazione specialistica;

VISTO l'art. 2 co. 2 lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012.

delibera

1. di approvare le disposizioni in materia sanitaria riportate in premessa e quelle contenute negli allegati alla presente deliberazione, che ne costituiscono parte integrante e sostanziale, relative alle fattispecie sotto indicate:

- ◆ Disposizioni per l'anno 2017 in materia di personale del ssr e finanziamento dei contratti di formazione specialistica (**Allegato A**);
- ◆ Lavori di edilizia sanitaria (**Allegati B e B1**);
- ◆ Assistenza Territoriale e Cure Primarie (**Allegati C, C1 e C2**);
- ◆ Rete dei Comitati Etici (**Allegato D**);
- ◆ Unità di Offerta con attribuzione del tipo di assistenza SO5 assistenza psichiatrica (**Allegato E**);
- ◆ Elenco degli erogatori privati accreditati (**Allegato F**);
- ◆ Piani di zona, registro unico della residenzialità in area anziani non autosufficienti e in area disabilità, impegnative di cura domiciliare (**Allegato G**);
- ◆ Verifiche in ordine ai requisiti previsti dalla L.R. 16.08.2002, n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento per le unità di offerta socio sanitarie (**allegato H**);
- ◆ Gestione sinistri e rischio clinico (**Allegato I**);
- ◆ Attività inerenti l'Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica e la sperimentazione (**Allegato L**);
- ◆ Strutture Cure intermedie (**Allegato M**);
- ◆ Nuovi codici ospedali (**Allegato N**);
- ◆ Organizzazione del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione del Veneto (**Allegato O**);
- ◆ Liste di attesa.

2. di incaricare il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale di correggere, con proprio decreto, eventuali errori materiali che si dovessero riscontrare nelle tabelle ed elenchi allegati;

3. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

4. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.



ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 1/14

DISPOSIZIONI PER L'ANNO 2017 IN MATERIA DI PERSONALE DEL SSR E FINANZIAMENTO DEI CONTRATTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA

La DGR n. 1905 del 23 dicembre 2015 ha dettato per l'anno 2016 misure dirette al contenimento della spesa e all'ottimizzazione della gestione delle risorse umane del SSR, ricalcando, in gran parte, la disciplina in materia contenuta nella D.G.R. n. 2846 del 29 dicembre 2014.

La disciplina riguardante il 2017 dovrà tener conto, oltre che di poche innovazioni introdotte da fonti normative ed amministrative nazionali e da alcune deliberazioni della Giunta Regionale adottate nel corso del 2016, anche, e soprattutto, delle statuizioni contenute nella L.R. 25 ottobre 2016, n. 19, con la quale è stata costituita l'Azienda Zero e sono stati individuati i nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS costituiti attraverso l'incorporazione in alcune delle stesse aziende, di cui è stata modificata la denominazione, di altre aziende, che sono state contestualmente soppresse.

Pertanto, gli atti di natura organizzativa attuativi delle predette disposizioni, che presenteranno anche importanti riflessi riguardanti il personale dipendente, saranno oggetto di separate deliberazioni della Giunta Regionale, sentita, laddove prescritto, la competente commissione consiliare.

Si ritiene comunque opportuno fornire alcune indicazioni in materia di incarichi dirigenziali al paragrafo Y) del presente allegato.

In rapporto alle altre fattispecie, si impartiscono di seguito disposizioni relative all'anno 2017, in gran parte analoghe, laddove non identiche, specie nelle more dei citati provvedimenti attuativi della L.R. 19/2016, a quelle impartite per l'anno 2016.

A) Amministrazioni destinatarie del presente allegato

Le Amministrazioni sono le Aziende ULSS, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, l'Istituto Oncologico Veneto (IOV) e l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto (ARPAV) per le parti ad essa applicabili.

B) Ammontare delle risorse a disposizione

L'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, i cui contenuti sono stati confermati dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni, stabilisce che gli Enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.

L'art. 17, comma 3-bis, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, come sostituito dall'art. 1, comma 584, lett. b), della legge 23 dicembre 2014, n. 190 stabilisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2015, la regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento del predetto obiettivo di spesa. In caso contrario, per gli anni dal 2013 al 2019, la regione è considerata adempiente ove abbia raggiunto l'equilibrio economico e abbia attuato, negli anni dal 2015 al 2019, un percorso di graduale riduzione della spesa di personale fino al totale conseguimento nell'anno 2020 degli obiettivi previsti all'articolo 2, commi 71 e 72, della citata legge 191/2009.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/14

Considerata dunque la necessità di adottare misure di contenimento della spesa del personale, si propone di stabilire l'ammontare complessivo delle risorse a disposizione per tutte le Aziende ULSS, Ospedaliere e per l'IRCCS IOV nella misura complessiva di € 2.708.245.000,00 pari ai costi rendicontati nell'anno 2015.

Vista anche la ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS prevista dalla L.R. 19/2016 si propone di incaricare il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale di stabilire, con proprio decreto per l'anno 2017, la definizione degli obiettivi di costo da attribuire alle singole Aziende/enti del SSR; nel determinare i singoli obiettivi si terrà conto di alcuni indicatori di composizione e performance delle nuove realtà aziendali, dell'attivazione di nuovi servizi previsti dalla programmazione regionale e delle assunzioni/cessazioni effettive effettuate nell'anno 2016 con relativo trascinarsi del costo nell'anno 2017.

Il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale è autorizzato, sussistendone la necessità in rapporto alla salvaguardia dei LEA e/o al funzionamento dei servizi aziendali, a modificare in corso d'anno gli obiettivi attribuiti alle singole Aziende/Enti e ad effettuare eventuali manovre compensative tra le risorse da destinare al personale dipendente e le risorse previste per le prestazioni aggiuntive ex artt. 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle aree dirigenziali, stipulati l'8 giugno 2000. In tale ambito il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale definirà anche il tetto di spesa del personale dell'Azienda Zero, a cui corrisponderà la riduzione dei tetti di spesa per il personale delle Aziende ULSS e degli altri enti del SSR, nonché del costo del personale della Regione Veneto, nella misura corrispondente, per ciascun ente, al costo dei dipendenti trasferiti all'Azienda Zero.

Il costo complessivo relativo a consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio sanitarie è confermato alla misura del 70% del costo sostenuto allo stesso titolo nel 2010, al netto dei rapporti contrattuali dotati di apposito finanziamento. Per le aziende destinatarie degli accorpamenti di cui all'articolo 14, comma 4, della L.R. 19/2016 la base di calcolo sarà costituita dal costo complessivo sostenuto dall'azienda accorpante e dalle aziende accorpate nel corso del 2010. Restano comunque salvi, relativamente alla spesa per studi e incarichi di consulenza (ai quali non sono riconducibili le convenzioni di cui all'articolo 58 dei CC.CC.NN.LL. delle aree dirigenziali stipulati l'8.06.2000) il limite posto dall'articolo 6, comma 7, del D.L. 31 maggio 2010, n. 78, convertito nella L. 30 luglio 2010, n. 122 ovvero diversi vincoli che dovessero essere posti dalla legislazione statale.

C) Assunzioni di dirigenti medici, veterinari, sanitari, di personale del comparto del ruolo sanitario, di OSS e di autisti di ambulanza

Le aziende ULSS e ospedaliere, l'IRCCS IOV (di seguito denominati aziende) potranno disporre assunzioni di dirigenti medici, veterinari e sanitari, di personale del Comparto del ruolo sanitario di tutti i profili, nonché di operatori socio-sanitari e di autisti di ambulanza, previa redazione dei piani trimestrali di assunzione, attivabili esclusivamente a seguito di autorizzazione dell'Area Sanità e Sociale. Tutte le acquisizioni di personale programmate, ivi comprese quelle di cui al successivo paragrafo K) dovranno essere contenute nei piani anzidetti ed accompagnate da un'analitica rappresentazione delle motivazioni poste a loro fondamento. L'Area Sanità e Sociale potrà autorizzare assunzioni non inserite nei piani solo a condizione che le stesse presentino i caratteri dell'eccezionalità e dell'urgenza e siano adeguatamente motivate.

Restano salve le autorizzazioni alle assunzioni rilasciate dall'Area Sanità e Sociale alla data del 31 dicembre 2016, ivi comprese quelle di cui erano destinatarie le aziende soppresse dalla L.R. 19/2016.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 3/14

D) Incarichi apicali del ruolo sanitario e PTA

In relazione al numero di apicalità sanitarie che si renderanno vacanti nel corso del 2017, ogni azienda, nel rispetto degli obiettivi di costo determinati dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, dovrà pianificare il relativo fabbisogno in relazione alla necessità di assicurare le prestazioni assistenziali ricomprese nei LEA e nella programmazione regionale.

La richiesta di avvio delle relative procedure sarà formulata all'Area Sanità e Sociale ed inserita nel piano assunzioni di cui al precedente paragrafo C). Le procedure dovranno essere indette entro un anno dal rilascio dell'autorizzazione dell'Area Sanità e Sociale. Decorso tale termine le aziende che fossero ancora interessate a conferire l'incarico dovranno rinnovare la relativa richiesta. Si richiama, invece, quanto già previsto dall'Allegato A) della DGR n. 343 del 19 marzo 2013 in relazione ai seguenti aspetti:

- a) facoltà dell'Azienda interessata di stabilire preventivamente - nel caso in cui le dimissioni o la decadenza del dirigente cui viene conferito l'incarico avvengano entro i due anni successivi alla nomina - la sostituzione con uno dei due professionisti inclusi nella terna iniziale;
- b) previsione di un termine massimo di conclusione della procedura di nomina del dirigente (con atto formale del Direttore Generale), da individuare nei dodici mesi a far data dal termine di scadenza di presentazione delle candidature.

In nessun caso potranno essere attivate procedure selettive per incarichi dirigenziali apicali relativi a profili e discipline diversi da quelli per i quali l'autorizzazione è stata rilasciata.

Nelle more della definizione dei provvedimenti attuativi della L.R. 19/2016 relativi all'Azienda Zero ed al nuovo assetto delle Aziende Sanitarie, anche il conferimento degli incarichi di struttura complessa ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo sarà soggetto della preventiva autorizzazione dell'Area Sanità e Sociale.

Per concorrere al rispetto dei vincoli posti dalla legislazione statale in materia di personale richiamata al paragrafo B) del presente allegato, dal 1° gennaio 2017 cesseranno tutti gli incarichi aziendali di direttore di dipartimento, strutturale e funzionale ex articolo 17 bis del D.Lgs. 502/1992, conferiti ai dirigenti di tutti i ruoli, ad eccezione degli incarichi di direttore di Dipartimento strutturale dell'area medico sanitaria ospedaliera, degli incarichi di direttore del Dipartimento di Prevenzione e degli incarichi dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (fatto salvo quanto stabilito al successivo paragrafo Y).

Con decorrenza 1° gennaio 2017 cesseranno altresì tutti gli incarichi di direttore di Dipartimento interaziendale, ad eccezione degli incarichi di Dipartimento interaziendale di Medicina Trasfusionale (DIMIT), che qualora interessassero esclusivamente aziende destinatarie dei processi di accorpamento di cui alla L.R. 19/2016, si trasformeranno in dipartimenti aziendali.

Eventuali nuovi incarichi di dipartimento interaziendale potranno essere proposti solo previa previsione degli stessi negli atti aziendali e dovranno essere autorizzati dalla Giunta Regionale.

L'attribuzione e la revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa ai professori e ai ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale è disciplinata dell'art. 5, comma 5, del D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517. Le Aziende dovranno dare comunicazione dell'avvio della procedura di conferimento degli incarichi di struttura complessa all'Area Sanità e Sociale, la quale subordinerà il relativo nulla osta alla verifica della compatibilità della copertura delle strutture con la programmazione sanitaria regionale e con il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario delle stesse Aziende.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 4/14

Restano salvi i nulla osta di cui al precedente capoverso e le autorizzazioni all'avvio delle procedure per il conferimento degli incarichi di struttura complessa del ruolo sanitario rilasciati dall'Area Sanità e Sociale alla data del 31 dicembre 2016 ivi compresi quelli di cui erano destinatarie le aziende sopresse dalla L.R. 19/2016.

E) Dirigenza delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica

Il conferimento degli incarichi di struttura complessa della dirigenza in epigrafe, per il quale si osservano le disposizioni per i dirigenti dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo stabilite dai vigenti CC.CC.NN.LL. dell'area della dirigenza SPTA, è soggetto alla preventiva autorizzazione dell'Area Sanità e Sociale.

F) Assunzioni di personale dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo

Fatto salvo quanto stabilito al paragrafo C) per gli operatori socio sanitari e per gli autisti di ambulanze, le aziende non potranno disporre assunzioni di risorse umane, a tempo determinato ed indeterminato, dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, del comparto. L'Area Sanità e Sociale potrà valutare eventuali richieste di autorizzazioni in deroga al predetto divieto solo in presenza di situazioni di carattere eccezionale e previa dimostrazione che tali acquisizioni di risorse umane sono indispensabili per il funzionamento dei servizi.

Analogamente non potranno essere effettuate assunzioni, a tempo indeterminato e determinato, ivi comprese quelle di cui all'articolo 15 septies del D.Lgs. 502/1992, di dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo. Non potrà essere valutata alcuna richiesta di autorizzazione in deroga al predetto divieto.

Dal 1° gennaio 2017 decadono le autorizzazioni regionali alle assunzioni di personale dirigenziale dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo.

Non sono soggette ad autorizzazione dell'Area Sanità e Sociale le acquisizioni di risorse umane di cui al successivo paragrafo G).

G) Fattispecie per le quali non è mai richiesta l'autorizzazione regionale all'acquisizione di risorse umane

Anche per l'anno 2017 non saranno soggette alle predette procedure autorizzative le assunzioni di personale dipendente a tempo determinato, ivi compreso quello di profilo dirigenziale, anche dei ruoli PTA, o la stipula di contratti per l'instaurazione di rapporti di natura libero professionale, di consulenza, di collaborazioni coordinate e continuative e di prestazioni occasionali, in presenza di autonomo finanziamento proveniente dallo Stato, dall'Unione Europea, dalla Regione, da altri enti pubblici, ovvero da soggetti privati.

Per tali tipologie di acquisizioni di risorse umane dovrà essere effettuata la sola comunicazione all'Area Sanità e Sociale successivamente alla stipula del contratto.

Analogamente, non necessitano di autorizzazione regionale:

- a) le assunzioni a tempo determinato disposte per far fronte alle esigenze connesse al comando di personale dipendente presso la Regione e l'Azienda Zero;

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 5/14

- b) l'acquisizione di risorse umane dedicate ad attività socio-assistenziali gestite dalle Aziende UU.LL.SS.SS per delega degli Enti Locali, il cui onere, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni, è totalmente a carico dei medesimi Enti Locali;
- c) le assunzioni del personale appartenente alle categorie protette, fino al raggiungimento delle quote di riserva di cui alla Legge 12 marzo 1999, n. 68;
- d) l'acquisizione di personale attraverso mobilità reciproca (o per compensazione), purché riguardi il medesimo profilo professionale (ed eventualmente la stessa disciplina per la dirigenza medica e sanitaria).

Il costo delle assunzioni di personale dipendente, ancorché dotate di apposito finanziamento, rientra nel tetto di spesa determinata dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, fatta eccezione per la fattispecie di cui al punto b).

H) Assunzioni per interruzione di pubblico servizio

Resta salvo il diritto-dovere dei Direttori Generali, nell'ambito della propria esclusiva competenza e responsabilità amministrativa e contabile, di effettuare acquisizioni di risorse umane, anche in provvisorio supero ai tetti di spesa programmati, nelle ipotesi di interruzione di pubblico servizio, quali definite negli artt. 331 e 340 del Codice Penale. Tali acquisizioni dovranno essere disposte a tempo determinato per un periodo massimo di sei mesi e con rapporto di dipendenza ove siano utilizzabili valide graduatorie di concorso e/o avviso. Il maggior costo che si prevede di sostenere dovrà essere recuperato nei sei mesi successivi alla data di cessazione del personale attraverso azioni di razionalizzazione delle risorse umane a disposizione, che potranno anche comportare la non sostituzione del personale la cui presenza non sia indispensabile per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Le Aziende, in ogni caso, dovranno dare comunicazione di tali acquisizioni all'Area Sanità e Sociale precedentemente all'immissione in servizio del personale. Considerata l'assoluta eccezionalità di siffatta tipologia di assunzioni, contestualmente alla comunicazione dovrà essere trasmessa la scheda già predisposta dalla medesima Area Sanità e Sociale, nella quale dovrà essere data particolare evidenza alle motivazioni poste a fondamento delle suddette acquisizioni di personale.

I) Contratti di lavoro autonomo

Le Aziende, di norma, non potranno instaurare, anche per le attività di tipo sanitario, rapporti di natura libero professionale, di consulenza e di somministrazione di lavoro. L'Area Sanità e Sociale potrà autorizzare l'attivazione delle predette forme di acquisizione di risorse umane solo per ragioni di carattere eccezionale, connesse alla salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza, che dovranno essere adeguatamente rappresentate dalle aziende nei piani trimestrali di assunzione. La richiesta dovrà comunque contenere l'attestazione che l'azienda ha esaurito le proprie graduatorie vigenti di concorso pubblico o avviso pubblico ed, in assenza di queste, che ha richiesto l'utilizzo di graduatorie in essere presso altre Aziende, ovvero dovrà dimostrare l'oggettiva impossibilità, in ragione della tipologia di attività richiesta, di utilizzare personale dipendente. Successivamente alla stipula del contratto sarà compilata e trasmessa all'Area Sanità e Sociale una scheda informativa, all'uopo predisposta dalla medesima. Il compenso attribuito dovrà essere congruo in rapporto alla quantità e qualità delle prestazioni rese.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 6/14

In conformità alle disposizioni di cui al citato articolo 7, comma 6, del D.Lgs. 165/2001, non è comunque ammesso il rinnovo dei contratti di lavoro autonomo, mentre l'eventuale proroga è consentita, in via eccezionale, al solo fine di completare il progetto per ritardi non imputabili al collaboratore, ferma restando la misura del compenso pattuito in sede di affidamento dell'incarico.

Le aziende dovranno, comunque continuare a ridurre il ricorso alle predette fattispecie contrattuali.

Si ricorda che ai sensi dell'art. 2 del D.Lgs. 81/2015 dal 1 gennaio 2017 non potranno essere più stipulati contratti di Co.Co.Co. fatta eccezione per quelli relativi alle collaborazioni prestate nell'esercizio di professioni intellettuali per le quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi professionali.

J) Rapporti di lavoro a tempo determinato

La disciplina legislativa in materia di lavoro a tempo determinato è contenuta nel Capo III del D.Lgs. 15 giugno 2015, n. 81. Peraltro lo stesso decreto, all'articolo 29, esclude dal campo di applicazione del predetto capo, tra gli altri, i contratti a tempo determinato con il personale sanitario, anche dirigente, del Servizio sanitario nazionale. Ne consegue che allo stesso personale non si applica la disposizione contenuta nell'articolo 19 secondo cui al contratto di lavoro subordinato può essere apposto un termine di durata non superiore a trentasei mesi.

Va comunque evidenziato che la non applicabilità della disciplina del lavoro a tempo determinato per i contratti a tempo determinato stipulati con il predetto personale non determina per gli stessi l'assenza di vincoli, che sono invece rinvenibili nel diritto comunitario e nazionale. Si ricorda, in particolare, che l'articolo 29, comma 4, del D.Lgs. 81/2015 tiene fermo quanto disposto dall'articolo 36 del D.Lgs. 165/2001, che consente alle pubbliche amministrazioni di ricorrere ai contratti di lavoro a tempo determinato ed agli altri contratti di lavoro flessibile nei soli casi in cui si debba rispondere ad esigenze di carattere temporaneo o eccezionale.

Pertanto le aziende non potranno mai stipulare contratti a tempo determinato, anche di durata complessiva inferiore a trentasei mesi, che non siano giustificati dalle predette esigenze. Inoltre qualora la costituzione di rapporto di lavoro a tempo determinato sia connesso allo svolgimento di attività a carattere permanente e sia giustificato dalla mancanza di valide graduatorie concorsuali, le aziende, fermo restando l'obbligo di acquisire la preventiva autorizzazione alle assunzioni da parte dell'Area Sanità e Sociale laddove prescritta dal presente provvedimento, dovranno aver previamente bandito pubblico concorso per la copertura a tempo indeterminato del posto vacante.

K) Stabilizzazioni del personale precario del SSR

Le Aziende sono legittimate ad attivare anche nell'anno 2017 le procedure concorsuali riservate per l'assunzione a tempo indeterminato del personale in possesso dei requisiti di cui all'articolo 2 ed all'articolo 6, comma 4, del DPCM 6 marzo 2015, recante la "Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del Comparto sanità" nonché a procedere alle assunzioni a tempo indeterminato dei lavoratori socialmente utili e di pubblica utilità secondo le disposizioni recate dall'articolo 5 del medesimo DPCM.

Le predette procedure dovranno essere espletate nel rispetto delle linee guida in materia adottate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 30 luglio 2015 e delle prescrizioni contenute nella DGR n. 1614 del 19 novembre 2015.

L) Comandi e assegnazioni

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 7/14

I costi dei comandi, così come previsto dalle vigenti disposizioni contrattuali (articolo 21 dei CC.CC.NN.LL. delle aree dirigenziali dell'8.06.2000; articolo 20 del CCNL del Comparto Sanità del 20.09.2001), sono direttamente assunti dall'azienda di destinazione (fatte salve le particolari fattispecie di cui all'articolo 70, comma 12, del D.Lgs. 165/2001), che pertanto deve computarli all'interno dei costi del personale.

Tutti i comandi di personale proveniente da amministrazioni di altri comparti, ovvero proveniente da enti del comparto del SSN di altre regioni sono soggetti alla preventiva autorizzazione dell'Area Sanità e Sociale. Non saranno di norma autorizzabili i comandi di dirigenti dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo provenienti da amministrazioni di altri comparti, ovvero provenienti da enti del comparto del SSN di altre regioni, fatte salve situazioni di carattere eccezionale per le quali sia dimostrata l'indispensabilità dell'attivazione dei comandi per il funzionamento dei servizi e l'oggettiva impossibilità di adottare soluzioni alternative.

Le predette disposizioni si applicano anche alle assegnazioni temporanee di personale, di cui all'articolo 30, comma 2-sexies, del D.Lgs. 165/2001, proveniente da amministrazioni di altri comparti, ovvero proveniente da enti del comparto del SSN di altre regioni.

M) Indizione di procedure concorsuali ed utilizzo delle graduatorie

Per effetto di quanto previsto ai commi 2, 3 e 4 dell'art. 14 della L.R. n. 19/2016, le Aziende Ulss incorporanti subentrano in tutte le situazioni giuridiche ed assumono automaticamente, dal 1 gennaio 2017, i diritti e gli obblighi degli enti soppressi.

Tale subentro può determinare la compresenza di una pluralità di graduatorie per il medesimo profilo professionale per cui appare necessaria la predeterminazione di criteri ai quali attenersi per le assunzioni, nel rispetto dei canoni di legittimità, trasparenza e imparzialità dell'azione amministrativa ai quali l'Azienda deve attenersi. Pertanto, in ossequio al principio della salvaguardia di tutte le graduatorie concorsuali s'individuano i seguenti criteri di utilizzo delle graduatorie valide al 31/12/2016 del personale di tutti i profili del comparto e delle aree dirigenziali:

1. quando sia necessario procedere all'acquisizione di personale da impiegare nei presidi, servizi o articolazioni organizzative, comunque denominati, ricompresi nell'ambito territoriale delle preesistenti Ulss, l'Azienda incorporante utilizzerà prioritariamente le graduatorie di queste ultime;
2. in assenza di tali graduatorie oppure qualora siano state completamente scorse, l'Azienda potrà utilizzare le altre graduatorie disponibili dando priorità a quelle approvate in data anteriore.

Si ribadisce l'obbligo per le aziende di stipulare, qualora non vi abbiano già provveduto, accordi per l'indizione di concorsi unici riferiti a singoli profili e, comunque, di consentire l'utilizzo da parte delle altre aziende sanitarie venete, ai sensi dell'articolo 3, comma 61 della L. 24.12.2003, n. 350, delle graduatorie esistenti di concorso pubblico ed avviso pubblico. Eventuali rifiuti, comunque eccezionali, dovranno essere motivati in rapporto alla determinazione aziendale di effettuare in tempi brevi assunzioni connesse alla programmazione del fabbisogno di personale, e correlate a vacanze di organico esistenti o all'imminente cessazione del personale in servizio, tenuto conto del numero degli idonei collocati nelle graduatorie.

L'efficacia degli accordi di cui sopra per l'indizione di concorsi unici cesserà dalla data di adozione del provvedimento di cui all'articolo 2 comma 1, lett. g), sub 2) della L.R. 19/2016.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 8/14

Si evidenzia, comunque che anteriormente all'attivazione delle procedure di reclutamento del personale, le aziende dovranno effettuare una ricognizione all'interno delle proprie strutture al fine di verificare la possibilità di coprire eventuali posti vacanti con le procedure di mobilità interna.

N) Assunzioni delle società controllate

La L.R. 8 agosto 2014, n. 24 ha dettato norme in materia di società partecipate da enti regionali, ivi comprese le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale, disponendo, all'articolo 6, che alle società controllate anche indirettamente dai predetti enti si applica la L.R. 24 dicembre 2013, n. 39 "Norme in materia di società regionali".

In particolare, le disposizioni di cui all'articolo 8 della legge regionale da ultimo citata subordinano il reclutamento del personale delle società controllate ed il conferimento degli incarichi di funzione dirigenziale - che devono essere effettuati attraverso le procedure di cui al D.Lgs. 165/2001 - al previo nulla osta della Giunta Regionale.

Sono parimenti sottoposti alla preventiva autorizzazione della Giunta Regionale anche eventuali proroghe o rinnovi dei contratti di lavoro in essere.

Si precisa che i predetti nulla osta o atti autorizzativi regionali si riferiscono alle partecipazioni societarie che non siano già state dismesse.

O) Esternalizzazione dei servizi. Art. 6 bis del D.Lgs. 30.03.2001, n. 165

I processi di esternalizzazione per l'acquisto sul mercato di servizi previsti all'interno della propria organizzazione e precedentemente svolti da personale aziendale soggiacciono alla disciplina contenuta nell'articolo 6 bis del D.Lgs. 165/2001.

Conseguentemente, l'attivazione dei predetti processi è subordinata alla dimostrazione che la scelta operata costituisce un vantaggio per l'organizzazione e determina risparmi in termini di costi.

Inoltre, contestualmente all'avvio delle esternalizzazioni, le aziende dovranno procedere alla rideterminazione delle dotazioni organiche ed alla conseguente riduzione dei fondi contrattuali.

Nell'ipotesi in cui le aziende utilizzino istituti quali il comando o il distacco per trasferire il personale ai soggetti che gestiscono le attività, dovranno provvedere al "congelamento" della dotazione organica, con conseguente riduzione temporanea dei fondi contrattuali.

I Collegi Sindacali sono tenuti a vigilare sull'applicazione del citato articolo 6-bis del D.Lgs. 165/2001.

L'attivazione di tutte le nuove esternalizzazioni di servizi è subordinata alla preventiva autorizzazione dell'Area Sanità e Sociale.

P) Finanziamento dei contratti di formazione specialistica

Ai sensi del D.Lgs. n. 368/1999 s.m.i. e della legge regionale n. 9/2013, con cadenza triennale la Regione del Veneto individua il fabbisogno di medici specialisti da formare, tenuto conto della propria programmazione sanitaria e sulla base di una approfondita analisi della situazione occupazionale, comunicandolo al Ministero della salute. La Regione del Veneto, inoltre, garantisce la formazione

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 9/14

specialistica dei propri medici, finanziando annualmente contratti di formazione specialistica aggiuntivi presso le scuole di specializzazione universitaria degli atenei veneti.

In considerazione della esclusiva competenza regionale programmatica del fabbisogno di medici specialisti da formare, e considerato che le risorse finanziarie devono essere destinate esclusivamente al finanziamento dei LEA, alle aziende non è consentito l' "autofinanziamento" di contratti di formazione specialistica.

Tale finanziamento può essere ammesso qualora le aziende siano destinatarie di risorse totalmente provenienti da privati; in tali casi ne dovrà essere data prontamente comunicazione all'Area Sanità e Sociale.

L'instaurazione di rapporti convenzionali con Atenei di altre Regioni finalizzati alla frequenza delle strutture aziendali da parte di medici specializzandi, è soggetta al rilascio di preventivo nulla osta dell'Area Sanità e Sociale. In nessun caso tali convenzioni potranno prevedere oneri a carico delle aziende sanitarie che non siano espressamente discendenti dall'applicazione di norme nazionali o regionali o contrattuali (per esempio, non è ammissibile l'accesso degli specializzandi alla mensa con il solo contributo di € 1,03 previsto per il personale dipendente dai vigenti CC.CC.NN.LL. Tale inammissibilità deve considerarsi ovviamente estesa anche ai medici specializzandi, frequentanti le sedi aziendali, afferenti agli atenei veneti).

Analogamente non è consentito l' "autofinanziamento" di borse di studio o assegni di ricerca finalizzati alla formazione universitaria.

Q) Convenzioni ex articolo 58 dei CC.CC.NN.LL dell'8.6.2000

Tutti i rapporti convenzionali di cui all'articolo 58, comma 2, lett. a) dei CC.CC.NN.LL. dell'8.06.2000 dovranno essere previamente autorizzati dall'Area Sanità e Sociale. La relativa richiesta sarà formulata dall'Azienda che richiede la consulenza, che illustrerà le ragioni che la giustificano in rapporto all'erogazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza ed alle linee di programmazione regionale, e indicherà i soggetti con i quali saranno stipulate le convenzioni, la durata delle stesse, il numero e la durata degli accessi, l'ammontare della spesa.

Le Aziende non potranno stipulare rapporti convenzionali e richiedere consulenze nella stessa disciplina oggetto dell'acquisto di prestazioni, se non per ragioni eccezionali che saranno adeguatamente rappresentate in sede di richiesta di autorizzazione.

In conseguenza del riassetto organizzativo definito dalla L.R. 19/2016 dal 1° gennaio 2017 cesseranno tutte le convenzioni già stipulate tra le aziende individuate e ridenominate all'articolo 14, comma 4 della legge citata e le aziende soppresse incorporate dalle prime. L'attività di consulenza dei dirigenti medici, veterinari e sanitari che si ritenesse ancora necessaria rientrerà nei compiti istituzionali dei medesimi e potrà essere valorizzata con gli istituti contrattuali vigenti. Non potranno essere stipulate convenzioni tra le nuove aziende che abbiano ad oggetto consulenze che al 31.12.2016 intercorrevano tra aziende incorporanti ed aziende incorporate al 1° gennaio 2017.

Con riferimento alle attività professionali di cui all' articolo 58, commi 7 e 9 del CCNL della Dirigenza Medica e Veterinaria dell'8.06.2000 si rinvia alle disposizioni contenute nella D.G.R. n. 1314 del 16 agosto 2016.

Le Aziende dovranno inoltre attenersi alle linee guida in materia di consulenze allegate alla DGR n. 866 del 13 luglio 2015.

R) Attività libero professionale intramuraria

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 10/14

Si conferma l'obbligo per le aziende sanitarie di rispettare le disposizioni in materia di libera professione intramuraria recate dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali (D.Lgs. 502/1992, D.P.C.M. 27.03.2000, L. 120/2007, Artt. 54 e segg. dei CC.CC.NN.LL. delle aree dirigenziali, stipulati l'8.06.2000) e dagli atti amministrativi regionali (tra gli altri la DGR n. 360 dell'11.02.2005 e DGR n. 847 del 4 giugno 2013), e l'assoluta necessità che tale attività:

1. non sia concorrenziale nei confronti del SSR;
2. non comporti globalmente per ciascun dirigente un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali, previa negoziazione, in sede di definizione annuale di budget con i dirigenti responsabili delle équipes interessate, dei volumi di attività istituzionale e, previa negoziazione con i singoli dirigenti e con le stesse équipes, dei volumi dell'attività libero professionale;
3. venga effettuata al di fuori dell'orario di lavoro e sia distinta da quella istituzionale, in relazione agli orari ed al sistema di prenotazione e di riscossione dei pagamenti. Le Aziende, al fine di poter certificare l'inizio e la conclusione dell'attività libero professionale svolta dal dipendente, dovranno predisporre ed inserire nei programmi informatici di rilevazione delle presenze un apposito codice di rilevazione "dedicato" alla fattispecie in oggetto;
4. sia sottoposta a tutti i meccanismi di valutazione e controllo individuati nella citata DGR 360/2005
5. sia effettuata sulla base di tariffe che garantiscano la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dall'azienda per assicurare l'esercizio dell'istituto;
6. sia correlata ad azioni da parte delle aziende volte a ridurre le liste di attesa e ad allineare tendenzialmente i tempi medi di erogazione dell'attività istituzionale a quelli dell'attività libero professionale.

Si sottolinea, infine, che il personale dipendente, alla luce della vigente normativa in materia (articolo 4, comma 7, della L. 30.12.1991, n. 412, articolo 15 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m. e i.; DPCM 27.03.2000, articoli 55 e 58 dei CC.CC.NN.LL. 8.06.2000 delle aree dirigenziali del SSN) e della giurisprudenza (tra le altre sentenze: Corte Costituzionale, sentenza n. 457/1993; Consiglio di Stato, sezione IV, sentenza 4463/2004; Corte dei Conti, Sez. Emilia Romagna, 6 luglio 2010, n. 1221) non può esercitare attività libero professionale, così come qualsivoglia altra tipologia di attività professionale, presso strutture private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.

Il predetto divieto vale anche nelle ipotesi nelle quali l'attività dei singoli sia disciplinata mediante rapporti convenzionali, comunque definiti (consulenza; attività aziendale a pagamento; cessione di servizi, etc.), tra azienda sanitaria e struttura accreditata. Ciò da un lato in ragione dell'unicità del rapporto di lavoro inteso nella sua più ampia accezione, ai sensi dall'articolo 4, comma 7, della L. 412/1991 (la sentenza del Consiglio di Stato 4463/2004 ribadisce che il rapporto di lavoro con il SSN è incompatibile anche con l'attività libero professionale in regime di convenzione e con l'attività resa "nell'ambito o al servizio di strutture private convenzionate"), e dall'altro per evitare che il contemporaneo esercizio da parte del sanitario interessato di attività professionali possa incrinare la funzione ausiliaria (integrativa e sussidiaria) delle istituzioni sanitarie convenzionate (ora accreditate) a scapito dell'efficienza e operatività dell'organizzazione sanitaria pubblica (Corte Costituzionale, sentenza n. 457/1993).

Il regime di incompatibilità sopra descritto va applicato anche all'ambito dei rapporti tra aziende sanitarie e soggetti accreditati che siano ospedali classificati ovvero strutture dichiarate presidio dell'ULSS, attesa la natura privatistica di tali soggetti e la loro assimilabilità, in relazione alle procedure di

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 11/14

accreditamento e alla tipologia delle prestazioni erogate per conto del SSR, alle altre strutture private accreditate con lo stesso SSR.

Per quanto riguarda il regime delle incompatibilità si richiama anche quanto precisato ai punti 5 e 7 dell'Allegato A alla D.G.R. n. 1314/2016.

La disciplina in materia di libera professione sopra richiamata, anche con riferimento alle incompatibilità, riguarda altresì il personale universitario che svolge attività assistenziale presso le aziende sanitarie, in virtù delle disposizioni di cui all'art. 15 quinquies, comma 9, del D.lgs 502/1992 e dell'art. 5, commi 2, 7 e ss., del D.lgs. n. 517/1999. Pertanto l'attività espletata da tale personale in regime di libera professione, oltre che in attività assistenziale, dovrà essere rilevata con i sistemi informatizzati e le modalità utilizzate per il personale del SSN ovvero con altri sistemi e modalità idonei che dovessero essere concordemente individuati da Regione, Università ed enti del SSR interessati.

Si sottolinea, infine, che l'analisi effettuata dai competenti uffici regionali sui regolamenti aziendali, ma soprattutto sulle relazioni redatte dagli Organismi paritetici di promozione e verifica, ha evidenziato elementi di criticità nella gestione dei controlli sulla libera professione, aspetti che sono stati rappresentati in seno alla Commissione paritetica regionale per l'A.L.P.I. di cui alla DGR n. 1091 del 18 agosto 2015.

Anzitutto si ribadisce quanto già disposto su tale tematica dalla lett. e) della D.G.R. n. 360 dell'11.2.2005.

Gli organismi, come richiama la loro stessa definizione, ricoprono due principali funzioni ossia quella di promuovere la libera professione, esclusivamente all'interno delle strutture aziendali, e di verificare che l'attività si svolga nel rispetto dei vincoli normativi e delle disposizioni regionali e aziendali.

Quanto alla prima competenza, gli organismi esplicano il loro ruolo, in sinergia con il Collegio di direzione, anche mediante la proposta di soluzioni organizzative innovative ovvero migliorative.

In merito alla funzione di verifica, si invitano anzitutto le Direzioni generali a vigilare al fine di assicurare che gli Organismi paritetici si riuniscano come minimo due volte l'anno.

Le riunioni periodiche, almeno semestrali, sono previste per esaminare e valutare la documentazione che gli uffici preposti (controllo di gestione, risorse umane, libera professione, direzione medica, ecc.) trasmettono all'Organismo paritetico, il quale può intervenire tempestivamente nel caso di irregolarità, fatte salve le rispettive competenze e responsabilità in capo a ciascun Servizio. Si sottolinea che all'organismo spetta esprimere un parere preventivo al Direttore Generale in merito all'irrogazione di eventuali sanzioni. A tal proposito si raccomanda che nei regolamenti aziendali sia definito un codice disciplinare comprensivo delle procedure da applicare. Infine, rispetto a tale ultima prerogativa, si richiamano le Direzioni generali affinché assicurino effettività al sistema sanzionatorio.

S) Distacco di personale delle aziende del SSR presso gli uffici dell'Area Sanità e Sociale

Si rinvia sul punto alle disposizioni contenute nella DGR n. 684 del 13 maggio 2014 che ha individuato finalità, presupposti e modalità di svolgimento delle attività specialistiche rese, in posizione di distacco, presso gli uffici dell'Area Sanità e Sociale, nonché a quelle di cui alla D.G.R. n. 1815 del 15 novembre 2016 che ha dato indicazioni per il rinnovo dei distacchi in scadenza al 31.12.2016 e per l'attivazione dei nuovi distacchi, individuando, tra l'altro il contingente massimo di personale delle aziende ed enti del SSR distaccabile nell'anno 2017 presso la stessa area Sanità e Sociale.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 12/14

T) Maggiorazione della retribuzione di posizione – parte variabile – al Direttore di Dipartimento ed al Direttore di Distretto.

In sede di conferimento degli incarichi di direzione di dipartimento le Aziende, tenendo conto dell'andamento economico e della complessità dell'organizzazione aziendale, determineranno la maggiorazione della retribuzione di posizione – parte variabile. Tale maggiorazione dovrà essere determinata nella misura minima prevista dalle norme contrattuali per le Aziende in situazioni di disequilibrio economico, salvo specifiche autorizzazioni rilasciate dalla Giunta Regionale.

Non potranno essere riconosciuti incarichi non previsti dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, nonché dalle vigenti deliberazioni regionali (esempio vice direttore di dipartimento).

Al Direttore del Distretto compete la maggiorazione della retribuzione di posizione – parte variabile – dovuta ai Direttori di Dipartimento, ai sensi dell'art. 39, comma 9, dei CC.CC.NN.LL. delle aree dirigenziali dell'8.06.2000, così come modificato dall'art. 4, comma 4, dei CC.CC.NN.LL. del 6.05.2010.

U) Valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera

Si ricorda che con decorrenza 1° gennaio 2017, secondo quanto stabilito dalla D.G.R. n. 1739 del 1° dicembre 2015, i valori minimi per la misurazione dell'assistenza ai degenti da parte del personale infermieristico e degli operatori sociosanitari, determinati con la D.G.R. n. 610 del 29 aprile 2014, diventano riferimento per valutare l'adeguatezza dello stesso personale nell'ambito delle procedure previste dalla L.R. 22/2002 "Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali".

V) Corsi di formazione manageriale per professori universitari in assistenza

Si precisa che, alla luce del disposto dell'articolo 5, comma 5 del D.Lgs. 517/1999 sono obbligati alla partecipazione al corso per di formazione manageriale di cui agli articoli 15 e 16 quinquies del D.Lgs. 502/1992, la cui attivazione è stata disposta con DGR n. 1094 del 18 agosto 2015, anche i professori universitari in assistenza che non siano ancora in possesso del certificato di formazione manageriale e che non siano ancora stati confermati nell'incarico a seguito di valutazione positiva operata dal Collegio tecnico al 31 dicembre 2015.

W) Commissioni concorsuali e commissioni invalidi civili

Al fine di contenere i costi, le Aziende dovranno programmare i lavori delle commissioni in epigrafe e di tutte le altre commissioni per le quali sia prevista l'erogazione di gettoni o compensi a favore del personale dipendente in modo tale che gli orari del loro svolgimento coincidano con gli orari di servizio degli stessi dipendenti (coincidenza che determina la giuridica inammissibilità dell'erogazione di gettoni/compensi), fatti salvi casi eccezionali, accertati di volta in volta, che impongano una scelta diversa in rapporto alla necessità di garantire l'attività assistenziale ed all'oggettiva impossibilità di modificare l'organizzazione del lavoro.

X) Raccordo con l'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione

Con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, ANAC ha approvato l'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione adottato nel 2012. A seguito di verifiche effettuate con riguardo all'attuazione del piano anche in relazione alle aziende del SSN, l'aggiornamento ha dedicato alla sanità e alle connesse, specifiche problematiche afferenti alla tematica della prevenzione del fenomeno della corruzione, intesa come complesso dei comportamenti devianti di rilevanza non solo penale, identificati come "maladministration", un apposito approfondimento. Nel contesto del predetto approfondimento, l'Autorità

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 13/14

ha evidenziato che “L’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nei Piani deve trovare conforme riscontro negli altri strumenti di programmazione non potendosi disgiungere la stessa da un’adeguata programmazione e dalla valutazione delle performance individuali e dell’organizzazione. Tali misure, infatti, hanno una duplice valenza in quanto incidono contemporaneamente sull’efficienza dell’organizzazione e, quindi, sull’impiego eticamente più responsabile ed appropriato delle risorse pubbliche, nonché sulla trasparenza dei comportamenti che scoraggiano di per sé i fenomeni corruttivi e il conflitto di interessi. Ai fini di una concreta implementazione e diffusione della cultura della legalità, trasparenza ed integrità all’interno dell’organizzazione sanitaria è necessario, inoltre, supportare l’attuazione del PTPC con gli strumenti, anche formativi, volti ad accrescere la consapevolezza e la partecipazione di tutti gli attori al processo di miglioramento del sistema”. Il documento evidenzia, in sostanza, la stretta connessione sussistenza e la forte esigenza di coordinamento che deve essere attuato tra la normativa anticorruzione e le misure di organizzazione degli enti e della gestione del personale, tema oggetto della presente deliberazione. Le misure organizzative che, per quanto riguarda gli enti del SSN, tenuto conto delle relative specificità, risultano funzionali anche al perseguimento dei fini di prevenzione del fenomeno della “Maladministration”, ineriscono, secondo l’Autorità, ai seguenti ad alcuni ambiti, interni o comunque connessi con la gestione del personale: individuazione del responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) e dei relativi requisiti soggettivi; incarichi e nomine, con riguardo particolare alle nomine a responsabile di strutture complesse; l’attività libero professionale. In ordine a tali tematiche, nel sottolineare la necessità che gli aspetti operativi di recepimento della determinazione dell’Autorità trovino spazio all’interno degli atti afferenti alla normativa specifica sull’anticorruzione, si richiamano le Aziende all’adozione di misure organizzative, in sede di gestione del personale, che si coordinino con le soluzioni da adottarsi e adottate agli effetti della normativa anticorruptiva più volte richiamata.

Si richiamano inoltre gli indirizzi contenuti nella D.G.R. n. 1537 del 10 ottobre 2016 attuativi del Piano Nazionale Anticorruzione, approvato dall’ANAC con deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016.

Y) Incarichi dirigenziali nelle aziende che hanno incorporato altre aziende ai sensi dell’articolo 14 della L.R. 19/2016

Nelle aziende in epigrafe gli incarichi di struttura complessa, semplice e semplice dipartimentale in essere alla data del 1° gennaio 2017 riguardanti la dirigenza professionale, tecnica e amministrativa nonché la dirigenza sanitaria operante presso le strutture individuate negli articoli 26, comma 7, e 27 della L.R. 19/2016 proseguiranno fino alla loro scadenza qualora anteriore alla data di approvazione regionale dei nuovi atti aziendali, potranno essere prorogati fino a tale approvazione e potranno essere altresì successivamente rinnovati secondo le vigenti disposizioni contrattuali se conformi all’assetto organizzativo definito dagli stessi atti aziendali. Gli incarichi della medesima dirigenza con scadenza successiva alla data di approvazione regionale dei nuovi atti aziendali dovranno essere mantenuti fino a tale scadenza se conformi all’assetto organizzativo definito dagli stessi atti aziendali.

Considerato che ai sensi dell’articolo 7 e segg. del D.Lgs. 502/1992 e dell’articolo 23 della L.R. 56/1994 i Dipartimenti di Prevenzione si configurano come unici all’interno di ciascuna azienda, con decorrenza 1° gennaio 2017 dovranno necessariamente cessare gli incarichi dei responsabili degli stessi Dipartimenti di Prevenzione delle aziende incorporate. Le relative funzioni saranno pertanto svolte dal responsabile del Dipartimento di Prevenzione dell’azienda incorporante. Laddove non presente il Direttore Generale dell’azienda provvederà ad individuare il direttore di dipartimento facente funzioni fino all’approvazione del nuovo atto aziendale. Resta salvo quanto stabilito dall’articolo 23, comma 4 bis della L.R. n. 56/1994 introdotto dall’articolo 6, comma 2 della L.R. 23/2012. Analogamente si dovrà procedere per i direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale e dei Dipartimenti per le Dipendenze.

Nelle more della riorganizzazione dell’area tecnico-amministrativa definita dai nuovi atti aziendali, le aziende in epigrafe, in presenza di più strutture complesse dell’area in parola, che siano necessariamente riconducibili ad identiche funzioni riferite anche alle relazioni interne ed esterne delle stesse aziende,

ALLEGATO A alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 14/14

dovranno individuare un coordinatore delle stesse strutture. Tale coordinatore potrà essere un dirigente dell'azienda accorpante o un dirigente delle aziende accorpate. Le relative attività, che non dovranno, comunque, essere riconducibili all'incarico di responsabile di dipartimento, potranno essere valorizzate con l'attribuzione di compensi aggiuntivi nell'ambito della retribuzione di risultato nel rispetto delle procedure stabilite dai vigenti contratti collettivi di lavoro. Attività di coordinamento potranno essere previste anche in ambito medico e sanitario se ritenute utili.

Z) Indicazioni in materia di utilizzo di fondi contrattuali

Si evidenzia l'obbligo in capo alle Aziende di utilizzare correttamente i fondi contrattuali per la destinazione specifica stabilita dalla contrattazione collettiva.

In particolare ai sensi dell'art. 50, comma 4, del CCNL 8.6.2000 di entrambe le aree dirigenziali, il fondo di posizione, una volta rideterminato per effetto delle riduzioni ex art 9, comma 2 bis, del D.L. 78/2010 e art. 1, comma 456, della L. 27.12.2013, n. 147, deve essere integralmente utilizzato per il finanziamento delle indennità espressamente individuate dallo stesso art. 50, così come integrato e modificato dall'articolo 54 e dall'articolo 49, rispettivamente del CCNL dell'area della dirigenza medica e veterinaria e dell'area della dirigenza SPTA, stipulati il 3.11.2005. Eventuali risorse che risultassero ancora disponibili annualmente a consuntivo sono temporaneamente riassegnate al fondo di risultato dell'anno di competenza.

Relativamente al personale del comparto ai sensi dell'art. 39, comma 7 del CCNL 7.4.1999 qualora risultassero a consuntivo delle risorse nel fondo per il finanziamento delle fasce le stesse e per il medesimo anno in cui si è verificato il residuo, sono temporaneamente utilizzate per il fondo della produttività e, quindi, riassegnate al fondo per le fasce per l'attuazione delle sue finalità. Analoga disposizione è contenuta per il fondo del disagio, all'art. 38, comma 3 lett. d).

Le Aziende pertanto, in sede di contrattazione integrativa, dovranno cercare idonei strumenti per valorizzare adeguatamente gli incarichi dirigenziali delineati col nuovo assetto organizzativo nonché per il comparto le fasce retributive e le posizioni organizzative riducendo al massimo la generazione di residui e soprattutto mantenendo la distribuzione delle risorse nell'anno di competenza.

AA) DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE

Si precisa che:

- Le Aziende Ulss tenendo conto della nuova riorganizzazione dovranno modificare i template degli inviti per le vaccinazioni, gli screening oncologici ed il flusso delle malattie infettive;
- Analoghe modifiche dovranno essere attuate per i flussi degli SPISAL e dei SIAN e dei Servizi Veterinari;
- Nelle more dell'attivazione dell'Azienda zero, i finanziamenti per i programmi del PRP 2014-2018 alle Ulss funzione si manterranno invariati, compresa l'attivazione ed il rinnovo dei contratti per il personale.

Le disposizioni contenute nel presente allegato sostituiscono quelle in materia di personale contenute nella DGR n. 1905 del 23 dicembre 2015 e quelle contenute nelle deliberazioni dalla stessa richiamate.

**ALLEGATO B alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016**

pag. 1/3

LAVORI DI EDILIZIA SANITARIA

La realizzazione di opere di edilizia sanitaria è oggetto di una pluralità di normative, afferenti a tematiche diverse quali quelle della realizzazione di opere pubbliche in genere, della contabilità e del bilancio pubblici e della programmazione e delle funzioni sanitarie, di fonte statale e regionale. Alla disciplina normativa si sono sovrapposte disposizioni di carattere amministrativo, in particolare regionale.

Si pensi al fatto, tra gli altri, che sia la normativa sulle opere pubbliche, contenuta oggi nel d.lgs. 50 del 2016, sia la normativa sul bilancio degli enti del SSN, raccolta nel d.lgs. 118/11, prevedono la programmazione pluriennale delle opere pubbliche, affidata, nel primo caso, al programma triennale e all'elenco annuale di cui all'art. 21 del d.lgs. 50, nel secondo caso, al piano degli investimenti di cui all'art. 25, comma 3, d.lgs. 118/11, dovendo in entrambi i casi essere previste le fonti di finanziamento. Peraltro, pur trattandosi di atti aventi sostanzialmente lo stesso oggetto, rappresentato dagli investimenti per lo meno anche edilizi, nessuna norma contenuta in nessuno dei due corpi normativi regola il raccordo tra i due documenti, stabilendone una consequenzialità cronologico-procedimentale e un collegamento di contenuti o ancora, come sarebbe auspicabile, un documento unico.

Si pensi, altresì, per cogliere la complessità verticale della tematica, che il piano degli investimenti è allegato al bilancio preventivo delle singole aziende ma è oggetto di approvazione da parte della Regione, ai sensi dell'art. 32, comma 5, d.lgs. 118/11, in funzione della formazione di un bilancio consolidato a livello, per l'appunto, regionale.

Il complesso degli atti richiesti dalla normativa nazionale ai fini dell'approvazione dei progetti e dell'esecuzione delle opere è descritto nel documento tecnico allegato alla presente deliberazione.

Dal canto suo, la legislazione regionale in materia di lavori pubblici, incentrata sulla legge regionale n. 27 del 2003, si occupa autonomamente dei lavori degli enti del SSR prevedendone la sottoposizione a pareri che non trovano una specifica copertura normativa statale, tale da coordinarsi con quest'ultima, quali quello della Commissione Tecnica Regionale previsto dall'art. 14 nonché quello del Nucleo di Valutazione e Verifica di cui all'art. 44 bis e 45 della legge regionale per le opere da realizzare mediante la specifica formula della finanza di progetto.

Da ultimo, è intervenuta la Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19, la quale, da un lato, istituisce l'Ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero", attribuendo alla stessa un fondamentale ruolo anche di gestione delle competenze in materia sanitaria a livello regionale, in sostituzione della gestione aziendale, dall'altro, conferma in capo alla Regione, la Commissione Regionale per gli Investimenti in Tecnologia ed Edilizia – CRITE, attribuendole un riconoscimento con forza di legge, tramite l'art. 2, comma 1, lett. g), n. 1, e l'art. 11, comma 4, lett. g), l.r. 19/15 e sottoponendola alla presidenza del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, il pone il tema del rapporto tra la commissione e la nuova azienda agli effetti della istruttoria richiesta ai fini dell'assunzione delle determinazioni regionali.

Con riguardo al predetto organo consultivo, avente specifico compito di verifica della congruità dell'investimento rispetto alla programmazione sanitaria, si deve considerare che, con deliberazione di Giunta regionale n. 2353 del 2011 si è previsto l'obbligo del parere della CRITE medesima relativamente al piano degli investimenti di cui all'art. 32 del d.lgs. 118/11 ma tale norma riguarda il bilancio consolidato e presuppone la già avvenuta predisposizione da parte della singola azienda del bilancio preventivo ai sensi dell'art. 25, d.lgs. 118/11, al quale deve essere allegato il piano degli investimenti predetti, che poi viene

ALLEGATO B alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/3

esaminato in sede di bilancio consolidato. Anche considerato che, per l'art. 25 d.lgs. 118/11, il bilancio preventivo economico annuale degli enti del SSR deve essere elaborato "in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della regione", si rende opportuna l'anticipazione della valutazione della CRITE alla fase della predisposizione del piano degli investimenti ai sensi dell'art. 25 d.lgs. 118/11. Inoltre, la d.g.r. 2353/11 prevede una valutazione della CRITE anche con riguardo ai progetti di singole opere pubbliche, ovviamente con-formi alla programmazione, ma non precisa la fase in cui l'esame del progetto deve avvenire, rendendosi necessario chiarire tale elemento.

Va chiarito, altresì, il ruolo della CRITE ai fini del riparto annuale dei finanziamenti regionali per investimenti in edilizia sanitaria.

Anche in considerazione della non ancora definita disciplina relativa ai presupposti e al contenuto degli atti di programmazione delle opere pubbliche previsti dalla normativa in tema di contratti pubblici di cui al d.lgs. 50/16, essendo tale disciplina rinviata a decreti ministeriali non ancora adottati ai sensi degli artt. 21 e 216 del d.lgs. 50/16 medesimo, trattandosi inoltre di documenti di contenuto analogo a quello degli atti previsti dalla legislazione in materia di bilancio sopra considerati, non è opportuno prevedere, allo stato, un intervento della CRITE in ordine ai predetti documenti di programmazione, essendo invece opportuna la valutazione della commissione medesima in ordine agli atti di progettazione e in particolare in funzione dell'approvazione del progetto definitivo.

D'altronde, l'art. 4, comma 1, della l.r. 27/03, il quale prevede il supporto obbligatorio del Nucleo di Valutazione e Verifica ai fini dell'adozione da parte della Giunta regionale del programma triennale con i relativi aggiornamenti nonché dell'elenco annuale, si riferisce testualmente ed esclusivamente al programma triennale e all'elenco annuale dei lavori "predisposti dalla struttura regionale competente in materia di lavori pubblici, su proposta dei soggetti di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a), numero 1)" e quindi esclusivamente ai documenti relativi ai lavori da realizzarsi da parte della Regione e non degli altri enti di cui alla lett. a) del comma 2 dell'art. 2 della legge regionale quali gli enti del SSR. Ai fini del provvedimento di mera "presa d'atto" previsto dal comma 1 bis del medesimo articolo 4 della l.r. 27/03, sono del resto superflue le "valutazioni" del NUVV previste dal comma 1, non potendo tradursi, la presa d'atto medesima, in altro provvedimento che quello del recepimento dei programmi triennali degli altri enti, recepimento non idoneo a modificare la programmazione degli enti di-stinti dalla Regione ma imposto dal suddetto comma 1 bis, introdotto dal comma 2 art. 4 legge regionale 20 luglio 2007, n. 17 a fini informativi e di coordinamento dell'azione degli enti del territorio regionale.

La descritta pluralità e indipendenza reciproca delle normative che vengono in rilievo pongono la necessità del coordinamento delle stesse e della verifica della sussistenza o meno di contrasti tra le discipline e del superamento di tali eventuali dello stesso, sia in sede normativa che amministrativa. Ed in effetti, si sono in concreto manifestate in reiterate occasioni situazioni di incertezza sul procedimento da seguire in ordine a strutture sanitarie complesse, che hanno determinato anche il rischio di vizi di illegittimità e quindi di contenzioso e di responsabilità amministrativa.

La necessità di un riordino risulta confermata dalla ricostruzione della normativa e della regolamentazione amministrativa operata dal Direttore della Struttura di Progetto Grandi Opere Ospedaliere in data 15.11.2016, agli atti dell'Area Sanità e Sociale.

Ai suddetti fini di coordinamento della disciplina afferente ai lavori di edilizia sanitaria, si rende necessario adottare alcuni indirizzi specifici nella menzionata materia dei lavori sanitari. Si precisa, conseguentemente, che le direttive impartite con DGR n. 1768/16 non si riferiscono alle aziende e agli enti del servizio sanitario regionale, anche in ragione e in conseguenza del nuovo assetto organizzativo derivante dalla l.r. 19/16.

Gli indirizzi specifici vanno definiti come segue:

ALLEGATO B alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 3/3

- 1) gli enti del SSR predispongono, ai sensi dell'art. 25 d.lgs. 118/11, il piano degli investimenti ai fini della elaborazione del bilancio preventivo annuale, previa acquisizione del parere della CRITE in ordine alla conformità alla programmazione sanitaria;
- 2) ai fini del rilascio del parere di cui al punto 1), gli enti del SSR trasmettono all'Area Sanità e Sociale idonea documentazione attestante lo stato di avanzamento delle procedure relative ai lavori disposti nel triennio precedente a quello di riferimento del piano degli investimenti;
- 3) l'approvazione del bilancio preventivo annuale da parte della Giunta regionale è subordinata alla dimostrazione dell'avvenuta acquisizione del parere favorevole della CRITE nei casi di cui al punto precedente;
- 4) nel contesto del parere di cui al punto 1), la CRITE indica la quota del fondo sanitario regionale da assegnare al finanziamento del piano degli investimenti;
- 5) relativamente ai singoli interventi previsti dal piano degli investimenti di cui ai punti precedenti, gli enti del SSR acquisiscono il parere della CRITE sulla conformità alla programmazione sanitaria, in ordine al progetto di fattibilità tecnica ed economica, prima e in funzione della sua approvazione anche in sede di conferenza di servizi, relativamente ai lavori previsti dal piano degli investimenti, di importo pari o superiore ad euro 200.000;
- 6) il parere di cui al punto 5 deve essere acquisito anche in caso di varianti, intervenute in qualsiasi fase, di progettazione o esecuzione, che comportino una spesa pari o superiore all'importo di euro 200.000 ed è acquisito prima di qualsiasi assunzione di un obbligo giuridico di esecuzione dei corrispondenti lavori;
- 7) il parere della CTR Lavori Pubblici previsto dall'art. 14 l.r. 27/03 e dalla dgr n. 3580 del 22 novembre 2005 è reso, relativamente ai lavori da eseguirsi da parte degli enti del SSR, previo rilascio del parere della CRITE di cui al punto 1);
- 8) il NUVV, previo parere della CRITE in ordine alla conformità alla programmazione sanitaria regionale, esprime il parere di cui all'art. 44 bis e all'art. 45 della l.r. 27/03, per interventi da eseguirsi da parte degli enti del SSR esclusivamente nel caso di realizzazione da attuarsi mediante la procedura della finanza di progetto quale regolata dall'art. 183 del d.lgs. 50/16, esprimendosi a seguito dell'istanza del privato nel caso di cui all'art. 183, comma 15, del d.lgs. 50/16 e in funzione della valutazione dell'interesse pubblico, o prima della pubblicazione del bando, nei casi diversi da quello del comma 15 dell'art. 183 del d.lgs. 50/16.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATO B1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016**

pag. 1/3

**ELENCO ATTI PROCEDIMENTO DI APPROVAZIONE DEI PROGETTI DI EDILIZIA
SANITARIA****A) DOCUMENTI DI BILANCIO (D.LGS 118/11)**

- 1) “Bilancio preventivo economico annuale” aziendale, predisposto in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della regione, e quale è allegato (tra l’altro) il “piano degli investimenti”, che definisce gli investimenti da effettuare nel triennio e le relative modalità di finanziamento;
- 2) Bilancio preventivo economico annuale consolidato del Servizio Sanitario Regionale;

I bilanci preventivi aziendali e consolidati sono approvati dalla Regione entro il 31 dicembre dell’anno anteriore a quello di riferimento.

A) PROCEDIMENTO LAVORI PUBBLICI (D.LGS. 50/16)

Fasi fondamentali

- 1) Programmazione
- 2) Progettazione
- 3) Approvazione
- 4) Affidamento
- 5) Realizzazione

a) PROGRAMMAZIONE

- 1) Studio di fattibilità (diverso dal progetto di fattibilità tecnica ed economica, che rientra nella progettazione): necessario per l’inserimento di opere nel programma triennale; per l’elaborazione può essere necessario l’affidamento dell’incarico all’esterno, nel qual caso occorre avere risorse disponibili per i servizi”;
- 2) Programma triennale dei lavori pubblici con aggiornamenti annuali ed elenco annuale delle opere;
- 3) Programma biennale delle acquisizioni dei beni e servizi

In dettaglio

- Studio di fattibilità:
- Il programma triennale dei lavori pubblici e i relativi aggiornamenti annuali:
 - ❖ contengono i lavori il cui valore stimato sia pari o superiore a 100.000 euro;
 - ❖ sono elaborati sulla base di studi di fattibilità;
 - ❖ specificano i lavori da avviare nella prima annualità
 - ❖ deve indicare i mezzi di finanziamento di tutti i lavori inseriti nel programma, secondo le schede 1, 2 2 b) approvate con dm 2014 (v. allegato)
- l’elenco annuale:
 - ❖ specifica i lavori da affidare nell’anno a cui si riferisce (scheda 3 dm 2014 – v. allegato) indicandone il livello di progettazione approvato (tabella 4 –v. allegato), le finalità’ (tabella 5 - v.

ALLEGATO B1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/3

- allegato), la conformità urbanistica e l'ordine di priorità secondo una scala di priorità espressa in tre livelli;
- ❖ è elaborato, per i lavori di importo pari o superiore a 1.000.000 euro, sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica (ex progetto preliminare); per lavori di importo inferiore a 1.000.000 euro, sulla base di uno studio (non progetto) di fattibilità; per le manutenzioni, sulla base di un quadro negli altri casi, sulla base di uno studio di fattibilità generale. Ciò vuol dire che per mettere delle opere nell'elenco annuale occorre aver già erogato somme per la progettazione esterna.
- il programma biennale delle acquisizioni di beni e servizi e relativi aggiornamenti annuali:
 - ❖ contengono gli acquisti di beni e di servizi di importo unitario stimato pari o superiore a 40.000 euro;
 - ❖ include la progettazione (progetto di fattibilità, definitivo, esecutivo) da affidare all'esterno e quindi deve prevedere, analogamente al "triennale" il finanziamento del compenso dei progettisti esterni (prima del nuovo codice, la progettazione era inclusa nel programma triennale dei lavori e doveva trovare previsione e copertura in quel documento).
 - tutti gli atti di programmazione (triennale, elenco annuale, biennale) devono essere approvati "*nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio*". Le risorse disponibili richieste dai lavori individuati nei programmi ed elenchi devono quindi trovare riscontro nel bilancio aziendale preventivo e di esercizio;
 - le risorse destinate alle opere devono essere giuridicamente disponibili in base a documenti autorizzatori di bilancio e sono previste in termini di competenza e non di cassa; peraltro, al bilancio preventivo deve essere allegato un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario. Ed inoltre all'art. 25, comma 1 bis, le regioni "*devono garantire una programmabilità degli investimenti da effettuare nel proprio ambito territoriale, attraverso la predisposizione di piani annuali di investimento accompagnati da un'adeguata analisi dei fabbisogni e della relativa sostenibilità economico-finanziaria complessiva, da attuare anche in sede di predisposizione del previsto piano dei flussi di cassa prospettici di cui al comma 2*".
- b) PROGETTAZIONE
- 1) progetto di fattibilità tecnica ed economica (ex "progetto preliminare");
 - 2) progetto definitivo;
 - 3) progetto esecutivo;
 - 4) verifica preventiva dell'interesse geologico;
 - 5) verifica preventiva della progettazione.
-
- 1) il "*progetto di fattibilità tecnica ed economica*" corrisponde al "vecchio" "progetto preliminare" ma implica, in più rispetto a quest'ultimo, le indagini geologiche e geognostiche (nonché quelle strutturali, per gli interventi sull'esistente), in precedenza previste per il progetto definitivo (2° livello di progettazione); è quindi più costoso e quindi, se si vuole inserire un'opera nel programma triennale dei lavori pubblici occorre avere risorse disponibili anche la progettazione, previste nel programma biennale; se il progetto di fattibilità tecnica ed economica affidato all'esterno implica la disponibilità di risorse considerevoli per il pagamento del compenso al professionista;

ALLEGATO B1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 3/3

- 2) progetto definitivo: contiene tutti gli elementi necessari ai fini del rilascio delle prescritte autorizzazioni e approvazioni, nonché la quantificazione definitiva del limite di spesa per la realizzazione e del relativo cronoprogramma, attraverso l'utilizzo, ove esistenti, dei prezzi predisposti dalle regioni e dalle province autonome territorialmente competenti, di concerto con le articolazioni territoriali del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti.
 - 3) progetto esecutivo: è il progetto che descrive i lavori che vengono messi in gara. Deve essere conforme ai precedenti due livelli di progettazione.
 - 4) Verifica preliminare della progettazione: controlla la conformità a legge delle scelte progettuali e la coerenza dell'esecutivo con il definitivo e di quest'ultimo con lo studio di fattibilità tecnica ed economica; verifica la coerenza e completezza del quadro economico in tutti i suoi aspetti (anche rispetto alla copertura)
- c) approvazione
I progetti vengono approvati a seguito di conferenza di servizi tra tutti gli enti e gli erogatori di servizi pubblici (luce, gas, acqua, ecc.) interessati;
- d) affidamento dei lavori
Il contratto d'appalto per l'esecuzione dei lavori viene stipulato normalmente sulla base del progetto esecutivo. La copertura deve essere contenuta nel bilancio annuale, in relazione ai lavori da eseguire nell'anno di riferimento, e nel bilancio pluriennale, sempre suscettibile di modifiche.

SUCCESSIONE CRONOLOGICA DELLE ATTIVITA' RELATIVE A SINGOLE OPERE SANITARIE

- 1) studio di fattibilità preliminare;
- 2) piano degli investimenti;
- 3) parere CRITE
- 4) programma triennale, previo parere Nuvv per le sole opere in project financing;
- 5) studio di fattibilità tecnica ed economica;
- 6) elenco annuale;
- 7) progetto definitivo, previo parere CTR / Azienda Zero
- 8) progetto esecutivo;
- 9) verifica preliminare progettazione
- 10) gara affidamento lavori.

**ALLEGATOC alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016**

pag. 1/3

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA TERRITORIALE E CURE PRIMARIE.*Ricodifica degli ambiti di scelta della Medicina generale e della Pediatria di libera scelta*

In considerazione della riorganizzazione prevista dalla L.R. n. 19/2016, si rende necessario adeguare i sistemi informativi regionali procedendo alla ricodifica dei distretti e degli ambiti di scelta per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta previsti dall'art. 33 comma 3 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della Medicina generale e dall'art. 32 comma 3 dell'ACN della Pediatria di libera scelta, così come riportato negli **Allegati C1 e C2**. Si precisa a questo riguardo che la citata legge dispone dal 1° gennaio 2017 il passaggio del Comune di Cavallino-Treporti dall'AULSS n. 12-Veneziana (nuova Azienda ULSS n. 3 Serenissima) all'AULSS n. 10 Veneto Orientale (nuova Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale).

Costituzione Comitati aziendali per la Medicina generale e per la Pediatria di libera scelta

L'art. 23 dei rispettivi Accordi Collettivi Nazionali della Medicina generale e della Pediatria di libera scelta prevedono che in ciascuna Azienda, o ambito diverso definito dalla Regione, sia costituito un Comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale.

In considerazione della riorganizzazione prevista dalla L.R. n. 19/2016, che prevede dal 1° gennaio 2017 il passaggio da 21 a 9 Aziende ULSS (art. 14) e un nuovo assetto organizzativo delle stesse, in applicazione dei citati Accordi, ogni nuova Azienda procederà alla costituzione del rispettivo Comitato aziendale entro e non oltre il 31 marzo 2017.

Nelle more dell'adozione dei provvedimenti di costituzione dei nuovi Comitati aziendali, sono prorogate le attività dei Comitati aziendali già operanti, al fine di garantire la continuità dell'attività nel periodo di transizione.

Diversamente, il Comitato aziendale dell'Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale (nuova Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale) attualmente vigente, dato che l'Azienda in questione non è interessata dalla riforma sotto l'aspetto territoriale, proseguirà le attività di competenza fino alla scadenza naturale del suo mandato.

Per quanto attiene il regolamento per la disciplina della partecipazione ed il funzionamento dei Comitati aziendali, sono confermate in toto le disposizioni contenute nella DGR n. 251 del 15/03/2011, Allegati A) e B).

Con riferimento ai Comitati zionali della Specialistica ambulatoriale interna, previsti dall'art. 16 dell'ACN 17/12/2016, ribadita la valenza provinciale degli stessi, si confermano le disposizioni contenute nella DGR n. 251 del 15/03/2011, Allegato C) per quanto compatibili con il nuovo ACN.

Patti aziendali

A seguito della riorganizzazione operata dalla L.R. n. 19/2016, sono mantenuti e confermati i patti aziendali con le categorie della medicina convenzionata, di cui agli Accordi regionali vigenti, attualmente in essere presso le singole Aziende ULSS, sino a nuova definizione unitaria a livello aziendale da parte dei Comitati aziendali di nuova costituzione e, comunque, entro e non oltre il 30 giugno 2017.

ALLEGATOC alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/3

Parametri di configurazione della AUR

In attuazione dell'ACN della Pediatria di libera scelta 15/12/2005, art. 38, comma 3, l'Accordo regionale della Pediatria di libera scelta (DGR n. 2667/2006) al paragrafo "Massimale" stabilisce che l'Azienda ULSS, sentito il Comitato aziendale, può autorizzare una deroga al massimale previsto, per un tempo determinato, in base alle esigenze locali della stessa Azienda, ai fini di una migliore assistenza e nella misura stabilita annualmente in ogni azienda.

Per esigenze di uniformità applicativa, anche dal punto di vista gestionale (Anagrafe Unica Regionale), si rende necessario individuare una percentuale comune tra le Aziende Ulss che andranno a comporre le nuove Aziende previste dalla L.R. n. 19/2016. Pertanto, in materia, nelle more dell'individuazione del nuovo Comitato aziendale per la Pediatria di libera scelta e sino a nuove determinazioni da parte dello stesso, si assumono le indicazioni vigenti nella Azienda ULSS incorporante.

Detto principio deve ritenersi esteso per analogia a tutte le ulteriori fattispecie di autorizzazione di deroga al massimale eventualmente previste.

Finanziamenti a funzione nell'area della medicina convenzionata

In considerazione della riorganizzazione approvata con L.R. n. 19/2016, le seguenti attività:

1. gestione delle graduatorie uniche regionale MG e PLS e procedura centralizzata assegnazione incarichi MG e CA - attualmente affidate con "finanziamento a funzione" rispettivamente alla Azienda ULSS n. 20 Verona e alla Azienda ULSS n. 6 Vicenza,
2. gestione del Collegio arbitrale MMG/PLS – attualmente affidata con "finanziamento a funzione" alla Azienda ULSS n. 12 Veneziana,

dal 1° gennaio 2017 continueranno ad essere svolte dalle Strutture sopra citate, afferendo alle rispettive Aziende ULSS nella nuova denominazione assunta, in attesa della completa operatività dell'Azienda Zero.

DGR n. 1690 del 26/10/2016 - Disposizioni in materia di specialistica ambulatoriale interna, veterinaria, altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali

Con riferimento alla DGR n. 1690 del 26/10/2016, si confermano per l'anno 2017 le indicazioni contenute nel punto A) delle premesse dell'atto citato, precisando altresì che l'Azienda dovrà richiedere all'Area Sanità e Sociale l'autorizzazione per il conferimento di incarico solo nei seguenti casi:

- pubblicazione di nuovi incarichi (ovvero: incarichi ex novo). Una volta autorizzate, le Aziende possono procedere ad assegnare preventivamente incarichi provvisori in attesa dell'espletamento delle procedure di conferimento);
- conversione di branche/ore (inteso come passaggio da una branca ad una nuova branca).

Istituzione Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'ACN della Specialistica ambulatoriale interna all'art. 37 "Procedimento disciplinare", comma 5 lett. b) prevede che il soggetto competente per le violazioni punibili con le sanzioni di maggior gravità di cui al comma 3 lettere b), c), d) ed e) sia l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD). In caso di procedimento disciplinare riguardante lo specialistica ambulatoriale, il veterinario o il professionista, un componente dell'UPD è sostituito da un componente in rapporto di convenzionamento con il SSN.

ALLEGATOC alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 3/3

Al fine di dare attuazione alla disposizione sopra citata, è necessario che i procedimenti disciplinari, dal 1° gennaio 2017, siano espletati attraverso un UPD che rifletta la nuova organizzazione aziendale.

Rilascio attestati esenzioni ticket della specialistica e della farmaceutica

Nelle more dell'adeguamento dei sistemi informativi regionali, sarà opportuno, in relazione all'iter di rilascio degli attestati di esenzione dal ticket della specialistica e della farmaceutica, prevedere un periodo transitorio, fino al 30 giugno 2017, in cui il rilascio dei nuovi attestati possa essere richiesto solamente agli uffici del distretto o dei distretti dell'ex Azienda ULSS di assistenza. La facoltà di rivolgersi agli uffici presenti in tutto il territorio dell'Azienda di nuova costituzione, come prevista dalla LR n. 19/2016, sarà possibile solo dopo la scadenza del suddetto regime transitorio. A decorrere dal 1° gennaio 2017 gli attestati saranno comunque stampati con la denominazione della nuova Azienda. Gli assistiti titolari di un attestato di esenzione con intestazione dell'ex Azienda, recante una data di scadenza successiva al 31 dicembre 2016, potranno continuare ad avvalersi del documento senza doversi recare presso gli uffici competenti per ottenere un attestato con l'intestazione della nuova Azienda.


ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 1/15

Ricodifica degli ambiti di scelta della Medicina generale
Azienda 1 – “Dolomitica”
Ex Azienda ULSS 1 – Belluno

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_1	AMB_11	SUBDISTRETTO N.1 CADORE MMG	Comelico Superiore, Danta di Cadore, San Nicolò di Comelico, San Pietro di Cadore, Santo Stefano di Cadore, Sappada	DIS_1_AMMG_1
	AMB_12	SUBDISTRETTO N.2 CADORE MMG	Auronzo di Cadore, Lorenzago di Cadore, Lozzo di Cadore, Vigo di Cadore	DIS_1_AMMG_2
	AMB_14	SUBDISTRETTO N.4 CADORE MMG	Borca di Cadore, Cortina d'Ampezzo, San Vito di Cadore, Vodo di Cadore	DIS_1_AMMG_3
	AMB_13	SUBDISTRETTO N.3 CADORE MMG	Calalzo di Cadore, Cibiana di Cadore, Domegge di Cadore, Perarolo di Cadore, Pieve di Cadore, Valle di Cadore	DIS_1_AMMG_4
	AMB_32	SUBDISTRETTO N.2 BELLUNO MMG	Longarone, Ospitale di Cadore, Val di Zoldo, Zoppè di Cadore	DIS_1_AMMG_5
	AMB_23	SUBDISTRETTO N.23 CAPRILE MMG	Alleghe, Colle Santa Lucia, Livinallongo del Col di Lana, Rocca Pietore, Selva di Cadore	DIS_1_AMMG_6
	AMB_22	SUBDISTRETTO N.22 CANALE D'AGORDO MMG	Canale d'Agordo, Cencenighe Agordino, Falcade, San Tomaso Agordino, Vallada Agordina	DIS_1_AMMG_7
	AMB_21	SUBDISTRETTO N.21 AGORDO MMG	Agordo, Gosaldo, La Valle Agordina, Rivamonte Agordino, Taibon Agordino, Voltago Agordino	DIS_1_AMMG_8
	AMB_31	SUBDISTRETTO N.1 BELLUNO MMG	Belluno, Limana, Ponte nelle Alpi, Soverzene	DIS_1_AMMG_9
	AMB_34	SUBDISTRETTO N.4 BELLUNO MMG	Alpago, Chies d'Alpago, Tambre	DIS_1_AMMG_10

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/15

Ex Azienda ULSS 2 – Feltre

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_2	AMB1_MMG	CESIOMAGGIORE, SAN GREGORIO NELLE ALPI, SANTA GIUSTINA, SEDICO, SOSPIROLO MMG	Cesiomaggiore, San Gregorio nelle Alpi, Santa Giustina, Sedico, Sospirolo	DIS_2_AMMG_1
	AMB4_MMG	LENTIAI, MEL, TRICHIANA MMG	Lentiai, Mel, Trichiana	DIS_2_AMMG_2
	AMB2_MMG	FELTRE, PEDAVENA, SEREN DEL GRAPPA, ALANO, QUERO VAS MMG	Alano di Piave, Feltre, Pedavena, Quero Vas, Seren del Grappa	DIS_2_AMMG_3
	AMB3_MMG	ARSIE', FONZASO, LAMON, SOVRAMONTE MMG	Arsiè, Fonzaso, Lamon, Sovramonte	DIS_2_AMMG_4

Azienda 2 – “Marca Trevigiana”*Ex Azienda ULSS 9 – Treviso*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_1	AMB_7	AMBITO TERRITORIALE MMG 7	Cessalto, Chiarano, Gorgo al Monticano, Meduna di Livenza, Motta di Livenza	DIS_1_AMMG_1
	AMB_9	AMBITO TERRITORIALE MMG 9	Fontanelle, Mansuè, Oderzo, Portobuffolè	DIS_1_AMMG_2
	AMB_8	AMBITO TERRITORIALE MMG 8	Cimadolmo, Ormelle, Ponte di Piave, Salgareda, San Polo di Piave	DIS_1_AMMG_3
	AMB_6	AMBITO TERRITORIALE MMG 6	Breda di Piave, Carbonera, Maserada sul Piave	DIS_1_AMMG_4
	AMB_5	AMBITO TERRITORIALE MMG 5	Arcade, Povegliano, Spresiano, Villorba	DIS_1_AMMG_5
	AMB_4	AMBITO TERRITORIALE MMG 4	Istrana, Morgano, Paese, Ponzano Veneto, Quinto di Treviso	DIS_1_AMMG_6
DIS_2	AMB_1	AMBITO TERRITORIALE MMG 1	San Biagio di Callalta, Silea, Treviso	DIS_2_AMMG_1

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 3/15

	AMB_2	AMBITO TERRITORIALE MMG 2	Casale sul Sile, Casier, Mogliano Veneto, Preganziol, Zero Branco	DIS_2_AMMG_2
	AMB_3	AMBITO TERRITORIALE MMG 3	Monastier di Treviso, Roncade, Zenson di Piave	DIS_2_AMMG_3

Ex Azienda ULSS 7 – Pieve di Soligo

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_3	MMG2A	MMG PIEVE-FARRA-CISON-FOLL.- MIANE-MOR.-REF.-SERN.	Cison di Valmarino, Farra di Soligo, Follina, Miane, Moriago della Battaglia, Pieve di Soligo, Refrontolo, Sernaglia della Battaglia	DIS_3_AMMG_1
	MMG2B	MMG VITTORIO V.-REVINE-TARZO	Revine Lago, Tarzo, Vittorio Veneto	DIS_3_AMMG_2
	MMG2C	MMG CAPPELLA M.-COLLE U.- CORDIGNANO-FREGONA-SARM.	Cappella Maggiore, Colle Umberto, Cordignano, Fregona, Sarmede	DIS_3_AMMG_3
	MMG1A	MMG CONEGLIANO-S.PIETRO- S.VENDEMIANO	Conegliano, San Pietro di Feletto, San Vendemiano	DIS_3_AMMG_4
	MMG1B	MMG S.LUCIA-SUSEGANA	Santa Lucia di Piave, Susegana	DIS_3_AMMG_5
	MMG1D	MMG CODOGNE'-GAJARINE- MARENO-VAZZOLA	Codognè, Gaiarine, Mareno di Piave, Vazzola	DIS_3_AMMG_6
	MMG1C	MMG GODEGA-ORSAGO-S.FIOR	Godega di Sant'Urbano, Orsago, San Fior	DIS_3_AMMG_7

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 4/15

Ex Azienda ULSS 8 – Asolo

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_4	AMB7_DS1_M MG	PEDEROBBA - CORNUDA - CROCETTA DEL MONTELLO - VALDOBBIADENE - SEGUSINO - VIDOR MMG	Cornuda, Crocetta del Montello, Pederobba, Segusino, Valdobbiadene, Vidor	DIS_4_AMMG_1
	AMB6_DS1_M MG	CRESPANO / BORSO / PADERNO DEL GRAPPA - POSSAGNO - CAVASO DEL TOMBA - CASTELCUCCO - MONFUMO MMG	Borso del Grappa, Castalcucco, Cavaso del Tomba, Crespino del Grappa, Monfumo, Paderno del Grappa, Possagno	DIS_4_AMMG_2
	AMB5_DS1_M MG	MASER - ASOLO - FONTE - SAN ZENONE DEGLI EZZELINI MMG	Asolo, Fonte, Maser, San Zenone degli Ezzelini	DIS_4_AMMG_3
	AMB2_DS1_M MG	ALTIVOLE - RIESE PIO X - LORIA - CASTELLO DI GODEGO MMG	Altivole, Castello di Godego, Loria, Riese Pio X	DIS_4_AMMG_4
	AMB1_DS1_M MG	CASTELFRANCO - RESANA - VEDELAGO MMG	Castelfranco Veneto, Resana, Vedelago	DIS_4_AMMG_5
	AMB3_DS1_M MG	MONTEBELLUNA - CAERANO DI SAN MARCO - TREVIGNANO MMG	Caerano di San Marco, Montebelluna, Trevignano	DIS_4_AMMG_6
	AMB4_DS1_M MG	VOLPAGO DEL MONTELLO - GIAVERA DEL MONTELLO - NERVESA DEL MONTELLO MMG	Giavera del Montello, Nervesa della Battaglia, Volpago del Montello	DIS_4_AMMG_7

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 5/15

Azienda 3 – “Serenissima”*Ex Azienda ULSS 12 – Veneziana*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_1	AMB_DS101_ MMG	Venezia Centro Storico, Isole ed Estuario MMG	Venezia	DIS_1_AMMG_1
DIS_2	AMB_DS102_ MMG	Venezia Terraferma, Marcon e Quarto d'Altino MMG	Marcon, Quarto d'Altino, Venezia	DIS_2_AMMG_1

Ex Azienda ULSS 13 – Mirano

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_3	11 - 21	MARTELLAGO MMG - SPINEA MMG	Martellago, Spinea	DIS_3_AMMG_1
	13 – 23 - 12	NOALE MMG - SALZANO MMG - SCORZE' MMG	Noale, Salzano, Scorzè	DIS_3_AMMG_2
	22 - 24	MIRANO MMG - SANTA MARIA DI SALA MMG	Mirano, Santa Maria di Sala	DIS_3_AMMG_3
	32 - 33	DOLO MMG - FIESSO D'ARTICO MMG - DOLO MMG - FIESSO D'ARTICO MMG	Dolo, Fiesso d'Artico, Pianiga, Stra	DIS_3_AMMG_4
	31	MIRA MMG	Mira	DIS_3_AMMG_5
	43 – 41 - 42	CAMPOLONGO MAGGIORE MMG, CAMPONOGARA MMG, FOSSO' MMG	Campagna Lupia, Campolongo Maggiore, Camponogara, Fossò, Vigonovo	DIS_3_AMMG_6

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 6/15

Ex Azienda ULSS 14 – Chioggia

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_4	0501141M	DSS 1 - CHIOGGIA MMG	Chioggia	DIS_4_AMMG_1
	0501142M	DSS 2 - CAVARZERE/CONA MMG	Cavarzere, Cona	DIS_4_AMMG_2

Azienda 4 – “Veneto Orientale”*Ex Azienda ULSS 10 – Veneto Orientale*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_1	AMB_1	AMBITO 1 MMG	Fossalta di Piave, Meolo, Musile di Piave, Noventa di Piave	DIS_1_AMMG_1
	AMB_2	AMBITO 2 MMG	San Donà di Piave	DIS_1_AMMG_2
	AMB_3	AMBITO 3 MMG	Cavallino-Treporti, Jesolo	DIS_1_AMMG_3
	AMB_4	AMBITO 4 MMG	Ceggia, Eraclea, Torre di Mosto	DIS_1_AMMG_4
	AMB_5	AMBITO 5 MMG	Annone Veneto, Caorle, San Stino di Livenza	DIS_1_AMMG_5
	AMB_6	AMBITO 6 MMG	Concordia Sagittaria, Portogruaro	DIS_1_AMMG_6
	AMB_7	AMBITO 7 MMG	Cinto Caomaggiore, Fossalta di Portogruaro, Gruaro, Pramaggiore, San Michele al Tagliamento, Teglio Veneto	DIS_1_AMMG_7

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 7/15

Azienda 5 – “Polesana”*Ex Azienda ULSS 18 – Rovigo*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_1	G0201	AMBITO TERRITORIALE 1 - MMG - DISTRETTO 2	Bergantino, Castelmassa, Castelnovo Bariano, Melara	DIS_1_AMMG_1
	G0202	AMBITO TERRITORIALE 2 - MMG - DISTRETTO 2	Calto, Ceneselli, Ficarolo, Gaiba, Salara, Stienta	DIS_1_AMMG_2
	G0204	AMBITO TERRITORIALE 4 - MMG - DISTRETTO 2	Bagnolo di Po, Canda, Castelguglielmo, Giacciano con Baruchella, Trecenta	DIS_1_AMMG_3
	G0203	AMBITO TERRITORIALE 3 - MMG - DISTRETTO 2	Badia Polesine	DIS_1_AMMG_4
	G0205	AMBITO TERRITORIALE 5 - MMG - DISTRETTO 2	Lendinara	DIS_1_AMMG_5
	G0206	AMBITO TERRITORIALE 6 - MMG - DISTRETTO 2	Fratta Polesine, Lusia, Pincara, San Bellino, Villanova del Ghebbo	DIS_1_AMMG_6
	G0207	AMBITO TERRITORIALE 7 - MMG - DISTRETTO 2	Canaro, Fiesso Umbertino, Occhiobello	DIS_1_AMMG_7
	G0102	AMBITO TERRITORIALE 2 - MMG - DISTRETTO 1	Arquà Polesine, Bosaro, Costa di Rovigo, Frassinelle Polesine, Villamarzana	DIS_1_AMMG_8
	G0101	AMBITO TERRITORIALE 1 - MMG - DISTRETTO 1	Boara Pisani, Rovigo, San Martino di Venezze	DIS_1_AMMG_9
	G0103	AMBITO TERRITORIALE 3 - MMG - DISTRETTO 1	Crespino, Guarda Veneta, Polesella, Pontecchio Polesine, Villanova Marchesana	DIS_1_AMMG_10
	G0104	AMBITO TERRITORIALE 4 - MMG - DISTRETTO 1	Ceregnano, Gavello, Villadose	DIS_1_AMMG_11

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 8/15

Ex Azienda ULSS 19 – Adria

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_2	G0101	AMBITO TERRITORIALE MMG 1 - ADRIA	Adria, Papozze, Pettorazza Grimani	DIS_2_AMMG_1
	G0102	AMBITO TERRITORIALE MMG 2 - TAGLIO DI PO	Ariano nel Polesine, Corbola, Taglio di Po	DIS_2_AMMG_2
	G0103	AMBITO TERRITORIALE MMG 3 - PORTO TOLLE	Porto Tolle	DIS_2_AMMG_3
	G0104	AMBITO TERRITORIALE MMG 4 - PORTO VIRO	Loreo, Porto Viro, Rosolina	DIS_2_AMMG_4

Azienda 6 – “Euganea”*Ex Azienda ULSS 16 – Padova*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_1	AMB1_DS1_M MG	AMB 1 DS_1 MMG	Cadoneghe, Limena, Noventa Padovana, Padova (centro-est-sudovest), Padova (nord-ovest), Saonara	DIS_1_AMMG_1
DIS_2	AMB1_DS2_M MG	AMB 1 DS_2 MMG	Abano Terme, Cervarese Santa Croce, Mestrino, Montegrotto Terme, Rovolon, Rubano, Saccolongo, Selvazzano Dentro, Teolo, Torreglia, Veggiano	DIS_2_AMMG_1
DIS_3	AMB1_DS3_M MG	AMB 1 DS_3 MMG	Albignasego, Arzergrande, Brugine, Casalserugo, Codevigo, Correzzola, Legnaro, Maserà di Padova, Padova (suddest), Piove di Sacco, Polverara, Ponte San Nicolò, Pontelongo, Sant'Angelo di Piove di Sacco	DIS_3_AMMG_1

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 9/15

Ex Azienda ULSS 15 – Alta Padovana

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_4	M21	'A'/SEDE CARMIG. D.B.-GAZZO-GRANT.S.PIETRO MMG	Carmignano di Brenta, Gazzo, Grantorto, San Pietro in Gu	DIS_4_AMMG_1
	M26	'F'/SEDE FONTANIVA-S.GIORGIO IN B. MMG	Fontaniva, San Giorgio in Bosco	DIS_4_AMMG_2
	M25	'E'/SEDE CITTADELLA MMG	Cittadella	DIS_4_AMMG_3
	M28	'H'/SEDE GALLIERA - TOMBOLO MMG 'H'/SEDE GALLIERA - TOMBOLO MMG	Galliera Veneta, Tombolo	DIS_4_AMMG_4
	M27	'G'/SEDE S.MARTINO DI L. MMG	San Martino di Lupari	DIS_4_AMMG_5
	M16	'F'/SEDE S.GIORG.P.-S.GIUSTINA-VILLA D.CONTE MMG	San Giorgio delle Pertiche, Santa Giustina in Colle, Villa del Conte	DIS_4_AMMG_6
	M14	'D'/SEDE PIOMBINO-TREBASELEGHE-MASSANZAGO MMG	Massanzago, Piombino Dese, Trebaseleghe	DIS_4_AMMG_7
	M15	'E'/SEDE CAMPOSAMPIERO-LOREGGIA-BORGORICCO MMG	Borgoricco, Camposampiero, Loreggia	DIS_4_AMMG_8
	M13	'C'/SEDE CAMPODARSEGO-VILLANOVA MMG	Campodarsego Villanova di Camposampiero	DIS_4_AMMG_9
	M11	'A'/SEDE VIGONZA MMG	Vigonza	DIS_4_AMMG_10
	M12	'B'/SEDE VIGODARZERE MMG	Vigodarzere	DIS_4_AMMG_11
	M24	'D'/SEDE CURTAROLO-CAMPO S. MARTINO MMG	Campo San Martino Curtarolo	DIS_4_AMMG_12
	M22	'B'/SEDE PIAZZOLA S.B. MMG	Piazzola sul Brenta	DIS_4_AMMG_13
	M23	'C'/SEDE CAMPODORO-VILLAFRANCA PAD. MMG	Campodoro Villafranca Padovana	DIS_4_AMMG_14

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 10/15

Ex Azienda ULSS 17 – Monselice

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_5	40	Tutto Distretto Montagnana (per MMG)	Casale di Scodosia, Castelbaldo, Masi, Megliadino San Fidenzio, Megliadino San Vitale, Merlara, Montagnana, Saletto, Santa Margherita d'Adige, Urbana	DIS_5_AMMG_1
	20	Tutto Distretto Este (per MMG)	Baone, Barbona, Carceri, Cinto Euganeo, Este, Granze, Luzzo Atestino, Ospedaletto Euganeo, Piacenza d'Adige, Ponso, Sant'Elena, Sant'Urbano, Vescovana, Vighizzolo d'Este, Villa Estense, Vo'	DIS_5_AMMG_2
	30	Tutto Distretto Monselice (per MMG)	Arquà Petrarca, Battaglia Terme, Due Carrare, Galzignano Terme, Monselice, Pernumia, Pozzonovo, San Pietro Viminario, Solesino, Stanghella	DIS_5_AMMG_3
	10	Tutto Distretto Conselve (per MMG)	Agna, Anguillara Veneta, Arre, Bagnoli di Sopra, Bovolenta, Candiana, Cartura, Conselve, Terrassa Padovana, Tribano	DIS_5_AMMG_4

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 11/15

Azienda 7 – “Pedemontana”*Ex Azienda ULSS 3 – Bassano del Grappa*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_1	AMB_3_M	AMBITO_3_MMG - ALTOPIANO	Asiago, Conco, Enego, Foza, Gallio, Lusiana, Roana, Rotzo	DIS_1_AMMG_1
	AMB_1_M	AMBITO_1_MMG - BASSANO E MAROSTICA	Bassano del Grappa, Campolongo sul Brenta, Cismon del Grappa, Marostica, Mason Vicentino, Molvena, Nove, Pianezze, Pove del Grappa, San Nazario, Schiavon, Solagna, Valstagna	DIS_1_AMMG_2
	AMB_2_M	AMBITO_2_MMG - ROMANO D'EZZELINO	Cartigliano, Cassola, Mussolente, Romano d'Ezzelino, Rosà, Rossano Veneto, Tezze sul Brenta	DIS_1_AMMG_3

Ex Azienda ULSS 4 – Alto Vicentino

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_2	B-MMG	AMBITO B - MMG	Breganze, Fara Vicentino, Salcedo	DIS_2_AMMG_1
	D-MMG	AMBITO D - MMG	Calvene, Lugo di Vicenza, Zugliano	DIS_2_AMMG_2
	E-MMG	AMBITO E - MMG	Caltrano, Carrè, Chiuppano	DIS_2_AMMG_3
	C-MMG	AMBITO C - MMG	Cogollo del Cengio, Piovene Rocchette	DIS_2_AMMG_4
	A-MMG	AMBITO A - MMG	Arsiero, Laghi, Lastebasse, Pedemonte, Posina, Tonezza del Cimone, Valdastico, Velo d'Astico	DIS_2_AMMG_5
	M-MMG	AMBITO M - MMG	Torrelvicino, Valli del Pasubio	DIS_2_AMMG_6
	I-MMG	AMBITO I - MMG	Santorso, Schio	DIS_2_AMMG_7
	G-MMG	AMBITO G - MMG	Marano Vicentino, Zanè	DIS_2_AMMG_8
	L-MMG	AMBITO L - MMG	Thiene	DIS_2_AMMG_9

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 12/15

	H-MMG	AMBITO H - MMG	Montecchio Precalcino, Sarcedo, Villaverla	DIS_2_AMMG_10
	F-MMG	AMBITO F - MMG	Malo, Monte di Malo, San Vito di Leguzzano	DIS_2_AMMG_11

Azienda 8 – “Berica”*Ex Azienda ULSS 6 – Vicenza*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_1	AMB2_MMG	DUEVILLE, BRESSANVIDO, POZZOLEONE, SANDRIGO MMG	Bressanvido, Dueville, Pozzoleone, Sandrigo	DIS_1_AMMG_1
	AMB6_MMG	CALDOGNO, COSTABISSARA, ISOLA VICENTINA MMG	Caldogno, Costabissara, Isola Vicentina	DIS_1_AMMG_2
	AMB5_MMG	ALTAVILLA VICENTINA, SOVIZZO, CREAZZO, GAMBUGLIANO, MONTEVIALE MMG	Altavilla Vicentina, Creazzo, Gambugliano, Monteviale, Sovizzo	DIS_1_AMMG_3
	AMB1_MMG	VICENZA MMG	Vicenza	DIS_1_AMMG_4
	AMB3_MMG	BOLZANO VICENTINO, MONTICELLO CONTE OTTO, QUINTO VICENTINO MMG	Bolzano Vicentino, Monticello Conte Otto, Quinto Vicentino	DIS_1_AMMG_5
	AMB4_MMG	TORRI DI QUARTESOLO, CAMISANO VICENTINO, GRUMOLO DELLE ABBADESSE MMG	Camisano Vicentino, Grumolo delle Abbadesse, Torri di Quartesolo	DIS_1_AMMG_6
	AMB7_MMG	ARCUGNANO, CASTEGNERO, LONGARE, ZOVENCEDO, GRISIGNANO DI ZOCCO, MONTEGALDA, MONTEGALDELLA MMG	Arcugnano, Castegnaro, Grisignano di Zocco, Longare, Montegalda, Montegaldella, Zovencedo	DIS_1_AMMG_7
	AMB8_MMG	ALBETTONE, BARBARANO VICENTINO, MOSSANO, NANTO, VILLAGA MMG	Albettone, Barbarano Vicentino, Mossano, Nanto Villaga	DIS_1_AMMG_8

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 13/15

	AMB9_MMG	AGUGLIARO, ASIGLIANO VENETO, CAMPIGLIA DEI BERICI, NOVENTA VICENTINA, POJANA MAGGIORE, ORGIANO, SAN GERMANO DEI BERICI, SOSSANO MMG	Agugliaro, Asigliano Veneto, Campiglia dei Berici, Noventa Vicentina, Orgiano, Pojana Maggiore, San Germano dei Berici, Sossano	DIS_1_AMMG_9
--	----------	---	---	--------------

Ex Azienda ULSS 5 – Ovest Vicentino

Nuovo Codice DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_2	111 - 112	NORD-2 MMG - NORD-1 MMG	Brogliano, Castelvetro, Cornedo Vicentino, Recoaro Terme, Trissino, Valdagno	DIS_2_AMMG_1
	121 - 122 - 123	CENTRO-1 MMG - CENTRO-2 MMG - CENTRO-3 MMG	Altissimo, Arzignano, Brendola, Chiampo, Crespadoro, Montebelluna, Montebelluna Maggiore, Nogarole Vicentino, San Pietro Mussolino	DIS_2_AMMG_2
	131 - 132	SUD-1 MMG - SUD-2 MMG	Alonte, Gambellara, Grancona, Lonigo, Montebelluna Vicentino, Montebelluna, Sarego, Zermeghedo	DIS_2_AMMG_3

Azienda 9 – “Scaligera”*Ex Azienda ULSS 20 – Verona*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_1	AMBD3M05	VERONA AMBITO 5 MMG	Bosco Chiesanuova, Cerro Veronese, Erbezzo, Roverè Veronese, Velo Veronese	DIS_1_AMMG_1
	AMBD3M04	VERONA AMBITO 4 MMG CIRC 8	Grezzana, Verona (circoscrizione 8)	DIS_1_AMMG_2

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 14/15

DIS_2	AMBD1M01	VERONA AMBITO 1 MMG CIRC 1-2-3	Verona (circoscrizione 1-2-3)	DIS_1_AMMG_3
	AMBD3M03	VERONA AMBITO 3 MMG CIRC 6-7	Verona (circoscrizione 6-7), Lavagno, San Martino Buon Albergo	DIS_1_AMMG_4
	AMBD4M06	VERONA AMBITO 6 MMG	Badia Calavena, Illasi, Mezzane di Sotto, San Mauro di Saline, Selva di Progno, Tregnago	DIS_2_AMMG_1
	AMBD4M08	VERONA AMBITO 8 MMG	Montecchia di Crosara, Monteforte d'Alpone, Roncà, San Giovanni Ilarione, Vestenanova	DIS_2_AMMG_2
	AMBD4M07	VERONA AMBITO 7 MMG	Belfiore, Caldiero, Colognola ai Colli	DIS_2_AMMG_3
	AMBD4M09	VERONA AMBITO 9 MMG	Arcole, Cazzano di Tramigna, San Bonifacio, Soave	DIS_2_AMMG_4
	AMBD4M10	VERONA AMBITO 10 MMG	Albaredo d'Adige, Cologna Veneta, Pressana, Roveredo di Guà, Veronella, Zimella	DIS_2_AMMG_5
	AMBD2M02	VERONA AMBITO 2 MMG CIRC 4 - 5	Buttapietra, Castel d'Azzano, San Giovanni Lupatoto, Verona (circoscrizione 4-5)	DIS_2_AMMG_6

Ex Azienda ULSS 21 – Legnago

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_3	08	AMB.TERRITORIALE 8 MMG	Palù, Ronco all'Adige, Zevio	DIS_3_AMMG_1
	07	AMB.TERRITORIALE 7 MMG	Isola Rizza, Oppeano, San Pietro di Morubio	DIS_3_AMMG_2
	06	AMB.TERRITORIALE 6 MMG	Bovolone, Concemarise, Salizzole	DIS_3_AMMG_3
	04	AMB.TERRITORIALE 4 MMG	Gazzo Veronese, Nogara, Sanguinetto, Sorgà	DIS_3_AMMG_4
	05	AMB.TERRITORIALE 5 MMG	Casaleone, Cerea	DIS_3_AMMG_5
	01	AMB.TERRITORIALE 1 MMG	Angiari, Legnago	DIS_3_AMMG_6
	03	AMB.TERRITORIALE 3 MMG	Bevilacqua, Bonavigo, Boschi Sant'Anna, Minerbe, Roverchiara, Terrazzo	DIS_3_AMMG_7
	02	AMB.TERRITORIALE 2 MMG	Castagnaro, Villa Bartolomea	DIS_3_AMMG_8

ALLEGATOC1 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 15/15

Ex Azienda ULSS 22 – Bussolengo

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti MMG
DIS_4	AMB_2	AMBITO N. 2 MMG	Affi, Brentino Belluno, Caprino Veronese, Cavaion Veronese, Costermano, Dolcè, Ferrara di Monte Baldo, Fumane, Marano di Valpolicella, Negrar, Rivoli Veronese, San Pietro in Cariano, Sant'Ambrogio di Valpolicella, Sant'Anna d'Alfaedo	DIS_4_AMMG_1
	AMB_1	AMBITO N. 1 MMG	Bardolino, Brenzone, Bussolengo, Castelnuovo del Garda, Garda, Lazise, Malcesine, Pastrengo, Pescantina, Peschiera del Garda, San Zeno di Montagna, Sommacampagna, Sona, Torri del Benaco	DIS_4_AMMG_2
	AMB_3	AMBITO N. 3 MMG	Erbè, Isola della Scala, Mozzecane, Nogarole Rocca, Povegliano Veronese, Trevenzuolo, Valeggio sul Mincio, Vigasio, Villafranca di Verona	DIS_4_AMMG_3


ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 1/13

Ricodifica degli ambiti di scelta della Pediatria di Libera Scelta
Azienda 1 – “Dolomitica”
Ex Azienda ULSS 1 – Belluno

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_1	AMB_11	SUBDISTRETTO N.1 CADORE PLS	Comelico Superiore, Danta di Cadore, San Nicolò di Comelico, San Pietro di Cadore, Santo Stefano di Cadore, Sappada	DIS_1_APLS_1
	AMB_12	SUBDISTRETTO N.2 CADORE PLS	Auronzo di Cadore, Lorenzago di Cadore, Lozzo di Cadore, Vigo di Cadore	DIS_1_APLS_2
	AMB_14	SUBDISTRETTO N.4 CADORE PLS	Borca di Cadore, Cortina d'Ampezzo, San Vito di Cadore, Vodo di Cadore	DIS_1_APLS_3
	AMB_13	SUBDISTRETTO N.3 CADORE MMG PLS	Calalzo di Cadore, Cibiana di Cadore, Domegge di Cadore, Perarolo di Cadore, Pieve di Cadore, Valle di Cadore	DIS_1_APLS_4
	AMB_32 - 33	SUBDISTRETTO N.2 BELLUNO PLS	Longarone, Ospitale di Cadore, Val di Zoldo, Zoppè di Cadore	DIS_1_APLS_5
	AMB_23	SUBDISTRETTO N.23 CAPRILE PLS	Alleghe, Colle Santa Lucia, Livinallongo del Col di Lana, Rocca Pietore, Selva di Cadore	DIS_1_APLS_6
	AMB_22	SUBDISTRETTO N.22 CANALE D'AGORDO PLS	Canale d'Agordo, Cencenighe Agordino, Falcade, San Tomaso Agordino, Vallada Agordina	DIS_1_APLS_7
	AMB_21	SUBDISTRETTO N.21 AGORDO PLS	Agordo, Gosaldo, La Valle Agordina, Rivamonte Agordino, Taibon Agordino, Voltago Agordino	DIS_1_APLS_8
	AMB_31	SUBDISTRETTO N.1 BELLUNO PLS	Belluno, Limana, Ponte nelle Alpi, Soverzene	DIS_1_APLS_9
	AMB_34	SUBDISTRETTO N.4 BELLUNO PLS	Alpago, Chies d'Alpago, Tambre	DIS_1_APLS_10

ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/13

Ex Azienda ULSS 2 – Feltre

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_2	AMB1_PLS	CESIOMAGGIORE, SAN GREGORIO NELLE ALPI, SANTA GIUSTINA, SEDICO, SOSPIROLO, LENTIAI, MEL, TRICHIANA PLS	Cesiomaggiore, Lentiai, Mel, San Gregorio nelle Alpi, Santa Giustina, Sedico, Sospirolo, Trichiana	DIS_2_APLS_1
	AMB2_PLS	FELTRE, PEDAVENA, SEREN DEL GRAPPA, ALANO, QUERO VAS, ARSIE', FONZASO, LAMON, SOVRAMONTE PLS	Alano di Piave, Arsiè, Feltre, Fonzaso, Lamon, Pedavena, Quero Vas, Seren del Grappa, Sovramonte	DIS_2_APLS_2

Azienda 2 – “Marca Trevigiana”*Ex Azienda ULSS 9 – Treviso*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_1	P04	AMBITO TERRITORIALE PLS 4 - ODERZO	Cessalto, Chiarano, Cimadolmo, Fontanelle, Gorgo al Monticano, Mansuè, Meduna di Livenza, Motta di Livenza, Oderzo, Ormelle, Ponte di Piave, Portobuffolè, Salgareda, San Polo di Piave	DIS_1_APLS_1
	P03	AMBITO TERRITORIALE PLS 3 - VILLORBA	Arcade, Breda di Piave, Carbonera, Maserada sul Piave, Spresiano, Villorba	DIS_1_APLS_2
	P02	AMBITO TERRITORIALE PLS 2 - PAESE	Istrana, Morgano, Paese, Ponzano Veneto, Povegliano, Quinto di Treviso	DIS_1_APLS_3
DIS_2	P01	AMBITO TERRITORIALE PLS 1 - TREVISO	San Biagio di Callalta, Silea, Treviso	DIS_2_APLS_1

ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 3/13

	P05	AMBITO TERRITORIALE PLS 5 - MOGLIANO VENETO	Casale sul Sile, Casier, Mogliano Veneto, Monastier di Treviso, Preganziol, Roncade, Zenson di Piave, Zero Branco	DIS_2_APLS_2
--	-----	--	---	--------------

Ex Azienda ULSS 7 – Pieve di Soligo

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_3	PLS2A	PLS PIEVE-FARRA-CISON-FOLL.- MIANE-MOR.-REF.-SERN.	Cison di Valmarino, Farra di Soligo, Follina, Miane, Moriago della Battaglia, Pieve di Soligo, Refrontolo, Sernaglia della Battaglia	DIS_3_APLS_1
	PLS2B	PLS VITTORIO V.-CAPPELLA M.	Cappella Maggiore, Colle Umberto, Cordignano, Fregona, Revine Lago, Sarmede, Tarzo, Vittorio Veneto	DIS_3_APLS_2
	PLS1B	PLS VAZZOLA-COD.-GAI.-MAR.- GOD.-ORS.-S.FIOR-S.VEN.	Codognè, Gaiarine, Godega di Sant'Urbano, Mareno di Piave, Orsago, San Fior, San Vendemiano, Vazzola	DIS_3_APLS_3
	PLS1A	PLS CONEGLIANO-S.PIETRO- S.LUCIA-SUSEGANA	Conegliano, San Pietro di Feletto, Santa Lucia di Piave, Susegana	DIS_3_APLS_4

Ex Azienda ULSS 8 – Asolo

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_4	P06	SEGUSINO-VALDOBB.-PEDEROBBA- VIDOR-CORNUDA-CROCETTA PLS	Cornuda, Crocetta del Montello, Pederobba, Segusino, Valdobbiadene, Vidor	DIS_4_APLS_1
	P01	BORSO-CRESPANO-PADERNO-POSS.- CASTELC.-MONF.-CAVASO PLS	Borso del Grappa, Castelluccio, Cavaso del Tomba, Crespano del Grappa, Monfumo, Paderno del Grappa, Possagno	DIS_4_APLS_2
	P02	SAN ZENONE-FONTE-ASOLO-MASER PLS	Asolo, Fonte, Maser, San Zenone degli Ezzelini	DIS_4_APLS_3

ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 4/13

	P03	LORIA-GODEGO-RIESE-ALTIVOLE PLS	Altivole, Castello di Godego, Loria, Riese Pio X	DIS_4_APLS_4
	P04	CASTELFRANCO-RESANA PLS	Castelfranco Veneto, Resana	DIS_4_APLS_5
	P05	VEDELAGO PLS	Vedelago	DIS_4_APLS_6
	P07	CAERANO-MONTEBELLUNA- TREVIGNANO PLS	Caerano di San Marco, Montebelluna, Trevignano	DIS_4_APLS_7
	P08	VOLPAGO-GIAVERA-NERVESA PLS	Giavera del Montello, Nervesa della Battaglia, Volpago del Montello	DIS_4_APLS_8

Azienda 3 – “Serenissima”*Ex Azienda ULSS 12 – Veneziana*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_1	AMB_DS101_P LS	Venezia Centro Storico, Isole ed Estuario PLS	Venezia	DIS_1_APLS_1
DIS_2	AMB_DS102_P LS	Venezia Terraferma, Marcon e Quarto d'Altino PLS	Marcon, Quarto d'Altino, Venezia	DIS_2_APLS_1

Ex Azienda ULSS 13 – Mirano

Nuovo Cod DISTRETT O in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_3	51	MARTELLAGO PLS	Martellago, Noale, Scorzè	DIS_3_APLS_1
	52	SPINEA PLS	Mirano, Salzano, Santa Maria di Sala, Spinea	DIS_3_APLS_2
	53	MIRA PLS	Dolo, Fiesse d'Artico, Mira, Pianiga, Stra	DIS_3_APLS_3
	54	CAMPONOGARA PLS	Campagna Lupia, Campolongo Maggiore, Camponogara, Fossò, Vigonovo	DIS_3_APLS_4

ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 5/13

Ex Azienda ULSS 14 – Chioggia

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_4	0501141P	DSS 1 - CHIOGGIA/CAVARZERE/CONA PLS	Cavarzere, Chioggia, Cona	DIS_4_APLS_1

Azienda 4 – “Veneto Orientale”*Ex Azienda ULSS 10 – Veneto Orientale*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_1	AMB1_P	AMBITO BASSO PIAVE PLS	Cavallino-Treporti, Ceggia, Eraclea, Fossalta di Piave, Jesolo, Meolo, Musile di Piave, Noventa di Piave, San Donà di Piave, Torre di Mosto	DIS_1_APLS_1
	AMB2_P	AMBITO PORTOGRUARESE PLS	Annone Veneto, Caorle, Cinto Caomaggiore, Concordia Sagittaria, Fossalta di Portogruaro, Gruaro, Portogruaro, Pramaggiore, San Michele al Tagliamento, San Stino di Livenza, Teglieto Veneto	DIS_1_APLS_2

ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 6/13

Ex Azienda ULSS 18 – Rovigo

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_1	P0202	AMBITO TERRITORIALE 2 - PLS - DISTRETTO 2	Bagnolo di Po, Bergantino, Calto, Canaro, Castelguglielmo, Castelmassa, Castelnovo Bariano, Ceneselli, Ficarolo, Fiesso Umbertino, Gaiba, Melara, Occhiobello, Pincara, Salara, Stienta	DIS_1_APLS_1
	P0201	AMBITO TERRITORIALE 1 - PLS - DISTRETTO 2	Badia Polesine, Canda, Fratta Polesine, Giacciano con Baruchella, Lendinara, Lusia, San Bellino, Trecenta, Villanova del Ghebbo	DIS_1_APLS_2
	P0102	AMBITO TERRITORIALE 2 - PLS - DISTRETTO 1	Arquà Polesine, Bosaro, Costa di Rovigo, Frassinelle Polesine, Guarda Veneta, Polesella, Pontecchio Polesine, Rovigo, Villamarzana	DIS_1_APLS_3
	P0101	AMBITO TERRITORIALE 1 - PLS - DISTRETTO 1	Boara Pisani, Ceregnano, , Crespino, Gavello, Rovigo, San Martino di Venezze, Villadose, Villanova Marchesana	DIS_1_APLS_4

Ex Azienda ULSS 19 – Adria

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_2	P0101	AMBITO TERRITORIALE PLS 1 - ADRIA	Adria, Loreo, Papozze, Pettorazza Grimani, Porto Viro, Rosolina	DIS_2_APLS_1
	P0102	AMBITO TERRITORIALE PLS 2 - TAGLIO DI PO	Ariano nel Polesine, Corbola, Porto Tolle, Taglio di Po	DIS_2_APLS_2

ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 7/13

Azienda 6 – “Euganea”*Ex Azienda ULSS 16 – Padova*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_1	AMB1_DS1_PL S	AMB 1 DS_1 PLS	Cadoneghe, Limena, Noventa Padovana, Padova (nord, ovest, centro, est, sudovest), Saonara	DIS_1_APLS_1
DIS_2	AMB1_DS2_PL S	AMB 1 DS_2 PLS	Abano Terme, Cervarese Santa Croce, Mestrino, Montegrotto Terme, Rovolon, Rubano, Saccolongo, Selvazzano Dentro, Teolo, Torreglia, Veggiano	DIS_2_APLS_1
DIS_3	AMB1_DS3_PL S	AMB 1 DS_3 PLS	Albignasego, Arzergrande, Brugine, Casalsèrugo, Codevigo, Correzzola, Legnaro, Maserà di Padova, Padova, 4 - sudest (Santa Croce, Sant Osvaldo, Bassanello, Voltabarozzo), Piove di Sacco, Polverara, Ponte San Nicolò, Pontelongo, Sant'Angelo di Piove di Sacco	DIS_3_APLS_1

Ex Azienda ULSS 15 – Alta Padovana

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_4	P61	'A'/CARMIG.-GAZZO-GRANT.S.P.GU- CAM.DORO-S.MART PLS	Campo San Martino, Campodoro, Carmignano di Brenta, Curtarolo, Gazzo, Grantorto, Piazzola sul Brenta, San Pietro in Gu, Villafranca Padovana	DIS_4_APLS_1
	P62	'B'/SEDE CITT.-FONT.-S.G.BOSCO- GALL. - PLS	Cittadella, Fontaniva, Galliera Veneta, San Giorgio in Bosco, San Martino di Lupari, Tombolo	DIS_4_APLS_2
	P54	'C'/SEDE CAMPOS.-LOREG.-S.GIOR.- S.G.-VLA CON-PLS	Camposampiero, Loreggia, San Giorgio delle Pertiche, Santa Giustina in Colle, Villa del Conte	DIS_4_APLS_3

ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 8/13

	P53	'D'/SEDE BORGOR.-MASSAN.-PIOMB.-TREBAS. - PLS	Borgoricco, Massanzago, Piombino Dese, Trebaseleghe	DIS_4_APLS_4
	P52	'B'/SEDE CAMPOD.-VIGOD.-VILLANOVA - PLS	Campodarsego, Vigodarzere, Villanova di Camposampiero	DIS_4_APLS_5
	P51	'A'/SEDE VIGONZA - PLS	Vigonza	DIS_4_APLS_6

Ex Azienda ULSS 17 – Monselice

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_5	400	Tutto distretto Montagnana (per PLS)	Casale di Scodosia, Castelbaldo, Masi, Megliadino San Fidenzio, Megliadino San Vitale, Merlara, Montagnana, Saletto, Santa Margherita d'Adige, Urbana	DIS_5_APLS_1
	200	Tutto distretto Este (per PLS)	Baone, Barbona, Carceri, Cinto Euganeo, Este, Granze, Lozzo Atestino, Ospedaletto Euganeo, Piacenza d'Adige, Ponso, Sant'Elena, Sant'Urbano, Vescovana, Vighizzolo d'Este, Villa Estense, Vo'	DIS_5_APLS_2
	300	Tutto Distretto Monselice (per PLS)	Arquà Petrarca, Battaglia Terme, Due Carrare, Galzignano Terme, Monselice, Pernumia, Pozzonovo, San Pietro Viminario, Solesino, Stanghella	DIS_5_APLS_3
	100	Tutto Distretto Conselve (per PLS)	Agna, Anguillara Veneta, Arre, Bagnoli di Sopra, Bovolenta, Candiana, Cartura, Conselve, Terrassa Padovana, Tribano	DIS_5_APLS_4

ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 9/13

Azienda 7 – “Pedemontana”*Ex Azienda ULSS 3 – Bassano del Grappa*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_1	AMB_2_P	AMBITO_2_PLS - ALTOPIANO	Asiago, Conco, Enego, Foza, Gallio, Lusiana, Roana, Rotzo	DIS_1_APLS_1
	AMB_1_P	AMBITO_1_PLS - PIANURA	Bassano del Grappa, Campolongo sul Brenta, Cartigliano, Cassola, Cismon del Grappa, Marostica, Mason Vicentino, Molvena, Mussolente, Nove, Pianezze, Pove del Grappa, Romano d'Ezzelino, Rosà, Rossano Veneto, San Nazario, Schiavon, Solagna, Tezze sul Brenta, Valstagna	DIS_1_APLS_2

Ex Azienda ULSS 4 – Alto Vicentino

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_2	A-PLS – B-PLS	AMBITO A – PLS; AMBITO B - PLS	Breganze, Caltrano, Calvene, Carrè, Chiuppano, Fara Vicentino, Lugo di Vicenza, Marano Vicentino, Montecchio Precalcino, Salcedo, Sarcedo, Thiene, Villaverla, Zanè, Zugliano	DIS_2_APLS_1
	C-PLS; D-PLS	AMBITO C – PLS; AMBITO D - PLS	Arsiero, Cogollo del Cengio, Laghi, Lastebasse, Malo, Monte di Malo, Pedemonte, Piovene Rocchette, Posina, San Vito di Leguzzano, Santorso, Schio, Tonezza del Cimone, Torrebelvicino, Valdastico, Valli del Pasubio, Velo d'Astico	DIS_2_APLS_2

ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 10/13

Azienda 8 – “Berica”*Ex Azienda ULSS 6 – Vicenza*

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_1	2FP	EST AMB. F - Dueville, Sandrigo, Bressan., Pozzoleone, Bolzano V., Monticello PLS	Bolzano Vicentino, Bressanvido, Dueville, Monticello Conte Otto, Pozzoleone, Sandrigo	DIS_1_APLS_1
	3FP	OVEST AMB. F - Caldogno, Costabiss. , Isola V.na PLS	Caldogno, Costabissara, Isola Vicentina	DIS_1_APLS_2
	3EP	OVEST AMB. E - Sovizzo, Altavilla, Creazzo, Gambugliano, Monteviale PLS	Altavilla Vicentina, Creazzo, Gambugliano, Monteviale, Sovizzo	DIS_1_APLS_3
	1AP	VICENZA AMB. A PLS	Vicenza	DIS_1_APLS_4
	2GP	EST AMB. G - Quinto, Torri Q.lo, Camisano, Grumolo A. PLS	Camisano Vicentino, Grumolo delle Abbadesse, Quinto Vicentino, Torri di Quartesolo	DIS_1_APLS_5
	4FP	SUD_EST AMB. F - Arcugn., Castegn., Longare, Zovenc., Grisign., Monteg., Monteg.lla PLS	Arcugnano, Castegnero, Grisignano di Zocco, Longare, Montegalda, Montegaldella, Zovencedo	DIS_1_APLS_6
	4GP	SUD_EST AMB. G - Agugliaro, Asigliano, Campiglia, Noventa, Pojana PLS	Agugliaro, Asigliano Veneto, Campiglia dei Berici, Noventa Vicentina, Pojana Maggiore	DIS_1_APLS_7
	4HP	SUD_EST AMB. H - Orgiano, S. Germ., Soss., Albett., Barbarano, Moss., Manto, Villaga PLS	Albettone, Barbarano Vicentino, Mossano, Nanto, Orgiano, San Germano dei Berici, Sossano, Villaga	DIS_1_APLS_8

ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 11/13

Ex Azienda ULSS 5 – Ovest Vicentino

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_2	211	NORD-PLS	Brogliano, Castelvigo, Cornedo Vicentino, Recoaro Terme, Trissino, Valdagno	DIS_2_APLS_1
	221	CENTRO-PLS	Altissimo, Arzignano, Brendola, Chiampo, Crespadoro, Montebelluna Maggiore, Montebelluna Vicentino, Nogarole Vicentino, San Pietro Mussolino, Zermeghedo	DIS_2_APLS_2
	231	SUD-PLS	Alonte, Gambellara, Grancona, Lonigo, Montebelluna Vicentino, Sarego	DIS_2_APLS_3

Azienda 9 – “Scaligera”*Ex Azienda ULSS 20 – Verona*

Nuovo Codice DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_1	AMBD3P03	VERONA AMBITO 3 PLS CIRC 6 - 7 - 8	Bosco Chiesanuova, Cerro Veronese, Erbezzo, Grezzana, Lavagnolo, Roverè Veronese, San Martino Buon Albergo, Velo Veronese, Verona (6-7-8)	DIS_1_APLS_1
	AMBD1P01	VERONA AMBITO 1 PLS CIRC 1 - 2 - 3	Verona (Circoscrizione 1-2-3)	DIS_1_APLS_2
DIS_2	AMBD4P04	VERONA AMBITO 4 PLS	Badia Calavena, Belfiore, Caldiero, Colognola ai Colli, Illasi, Mezzane di Sotto, San Mauro di Saline, Selva di Progno, Tregnago	DIS_2_APLS_1
	AMBD4P05	VERONA AMBITO 5 PLS	Arcole, Cazzano di Tramigna, Montebelluna di Crosara, Montebelluna d'Alpone, Roncà, San	DIS_2_APLS_2

ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 12/13

			Bonifacio, San Giovanni Ilarione, Soave, Vestenanova	
	AMBD2P02	VERONA AMBITO 2 PLS CIRC 4 - 5	Buttapietra, Castel d'Azzano, San Giovanni Lupatoto, Verona (circoscrizione 4-5)	DIS_2_APLS_3
	AMBD4P06	VERONA AMBITO 6 PLS	Albaredo d'Adige, Cologna Veneta, Pressana, Roveredo di Guà, Veronella, Zimella	DIS_2_APLS_4

Ex Azienda ULSS 21 – Legnago

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_3	53	AMB.PEDIATRICO 3 PLS	Bovolone, Concamarise, Isola Rizza, Oppeano, Palù, Ronco all'Adige, Salizzole, San Pietro di Morubio, Zevio	DIS_3_APLS_1
	52	AMB.PEDIATRICO 2 PLS	Casaleone, Cerea, Gazzo Veronese, Nogara, Sanguinetto, Sorgà	DIS_3_APLS_2
	51	AMB.PEDIATRICO 1 PLS	Angiari, Bevilacqua, Bonavigo, Boschi Sant'Anna, Castagnaro, Legnago, Minerbe, Roverchiara, Terrazzo, Villa Bartolomea	DIS_3_APLS_3

Ex Azienda ULSS 22 – Bussolengo

Nuovo Cod DISTRETTO in AUR	Ex Ambito in AUR	Ex descrizione ambito in AUR	COMUNE	Nuova codifica ambiti PLS
DIS_4	PA1	PLS MALCESINE-BRENZONE-S.ZENO-TORRI-GARDA-BARDOLIN	Bardolino, Brenzone, Garda, Malcesine, San Zeno di Montagna, Torri del Benaco	DIS_4_APLS_1
	PD	PLS CAPRINO-FERR-CAVAION-COSTER-BRENTI-AFFI-RIVOLI	Affi, Brentino Belluno, Caprino Veronese, Cavaion Veronese, Costermano, Ferrara di Monte Baldo, Rivoli Veronese	DIS_4_APLS_2
	PE	PLS MARANO-FUMANE-S.PIETRO-DOLCE'-S.AMBROGIO	Dolcè, Fumane, Marano di Valpolicella, San Pietro in Cariano, Sant'Ambrogio di Valpolicella	DIS_4_APLS_3

ALLEGATOC2 alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 13/13

	PF	PLS S.ANNA D'ALAFaedo-NEGRAR	Negrar, Sant'Anna d'Alfaedo	DIS_4_APLS_4
	PA2	PLS LAZISE-CASTELNUOVO-PESCHIERA	Castelnuovo del Garda, Lazise, Peschiera del Garda	DIS_4_APLS_5
	PB	PLS PASTRENGO-BUSSOLENGO-PESCANTINA	Bussolengo, Pastrengo, Pescantina	DIS_4_APLS_6
	PC	PLS SOMMACAMPAGNA-SONA	Sommacampagna, Sona	DIS_4_APLS_7
	PG	PLS POVEGLIANO-VILLAFRANCA-VALEGGIO-MOZZECANE	Mozzecane, Povegliano Veronese, Valeggio sul Mincio, Villafranca di Verona	DIS_4_APLS_8
	PH	PLS ERBE'-TREVENZUOLO-ISOLA-NOGAROLE-VIGASIO	Erbè, Isola della Scala, Nogarole Rocca, Trevenzuolo, Vigasio	DIS_4_APLS_9



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATOD alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016**

pag. 1/2

**NUOVO ASSETTO AZIENDE ULSS DELLA REGIONE VENETO
E RETE DEI COMITATI ETICI**

Il ruolo strategico della rete dei Comitati etici della Regione, costituita dal Comitato Regionale per la Bioetica, dai Comitati Etici per la Sperimentazione Clinica (CESC) e dai Comitati Etici per la Pratica Clinica (CEPC) è stato confermato anche nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2012 – 2016, approvato con Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23, laddove esso ha previsto che *“La programmazione regionale ha ribadito l’importanza del modello organizzativo attuale dei Comitati etici aziendali per la pratica clinica e per la sperimentazione clinica. Si conferma, altresì, l’importanza del Comitato regionale quale supporto alla programmazione regionale e alla rete dei Comitati etici locali, garantito attraverso una qualificata componente multiprofessionale”* (punto 2.2.).

La Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19 all’art. 14 ha ridefinito l’assetto organizzativo delle Aziende ULSS che, dal 1° gennaio 2017, passano da 21 a 9, confermando accanto a queste le eccellenze della Regione Veneto quali l’Azienda Ospedaliera di Padova, l’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l’IRCCS Istituto Oncologico Veneto in ragione delle loro peculiari caratteristiche.

Per effetto della intervenuta riforma del sistema sanitario regionale, dal 1° gennaio 2017, viene ad essere ridisegnata anche la rete dei Comitati Etici della Regione, così come di seguito indicato:

- ▶ 1 Comitato Regionale per la Bioetica (CRB)
- ▶ 14 Comitati Etici per la Pratica Clinica (CEPC):
 - 1 per ciascuna Azienda ULSS e Ospedaliera;
 - 1 per l’IRCCS Istituto Oncologico Veneto;
 - 1 per l’IRCCS Ospedale “San Camillo”;
 - 1 per la Pratica Clinica Pediatrica incardinato presso l’Azienda Ospedaliera di Padova
- ▶ 6 Comitati Etici per la Sperimentazione Clinica (CESC) e loro articolazioni organizzative:
 - 1 per le province di Verona e Rovigo con sede presso l’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona;
 - 1 per la provincia di Vicenza con sede presso l’Azienda ULSS 8 *Berica*;
 - 1 per la provincia di Padova con sede presso l’Azienda Ospedaliera di Padova;
 - 1 per le province di Treviso e Belluno con sede presso l’Azienda ULSS 2 *Marca Trevigiana*;
 - 1 per la provincia di Venezia e l’IRCCS San Camillo con sede presso l’Azienda ULSS 3 *Serenissima*;
 - 1 per l’IRCCS Istituto Oncologico Veneto.

Si evince che i Comitati Etici per la Pratica Clinica delle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e degli IRCCS Istituto Oncologico Veneto e Ospedale “San Camillo” nonché il Comitato Etico per la Pratica Clinica Pediatrica con sede presso l’Azienda Ospedaliera di Padova, in virtù del fatto che gli Enti in cui sono incardinati non vengono toccati dalla riforma, alla data del 1° gennaio 2017, proseguiranno le attività fino alla scadenza naturale del loro mandato.

Per quanto riguarda, invece, le nuove Aziende ULSS come ridefinite alla data del 1° gennaio 2017, si dovranno costituire anche i nuovi Comitati Etici per la Pratica Clinica che saranno unici per ogni Azienda. Pertanto, nelle more dell’adozione dei provvedimenti di nomina dei nuovi Comitati Etici per la Pratica Clinica delle Aziende ULSS e al fine di garantire comunque un periodo di passaggio

ALLEGATOD alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/2

tra la nuova e la vecchia organizzazione, si rende necessario disporre la proroga delle attività degli attuali Comitati aziendali al 31 marzo 2017.

Sulla specifica questione, si segnala che si è pronunciato il Comitato Regionale per la Bioetica, esprimendo il proprio parere nella seduta del 20 dicembre 2016.

I nuovi Comitati saranno nominati con provvedimento del Direttore Generale dell'Azienda ULSS cui afferiscono, per un periodo di tre anni a decorrere dalla data di insediamento. La composizione degli stessi, in numero non superiore a 20 Componenti, dovrà garantire, imprescindibilmente, la più ampia rappresentatività dei professionisti delle Aziende ULSS rispetto alle loro competenze e alla loro provenienza nell'ambito dei nuovi confini aziendali. I componenti dei nuovi Comitati, infatti, dovranno costituire un punto di riferimento per le strutture presenti nel proprio ambito territoriale al fine di garantire il necessario raccordo con il Comitato stesso.

I Direttori Generali delle Aziende ULSS dovranno esperire prontamente le procedure necessarie per addivenire alla costituzione dei nuovi Comitati Etici per la Pratica Clinica così da consentirne l'operatività a far data dal 1° maggio 2017.

Per quanto attiene la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento degli stessi, si confermano le linee guida approvate con la DGR n. 983 del 17 giugno 2014.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016**

pag. 1/25

Unità di Offerta con attribuzione del tipo di assistenza S05 assistenza psichiatrica

Afferenti all'AZIENDA ULSS n. 1 Dolomiti

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Tipo struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Titolare della convenzione	Anno apertura	Mese apertura
2016	50	101	1902	C.S.M. BELLUNO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1992	9
2016	50	101	2301	C.S.M. PIEVE DI CADORE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1995	1
2016	50	101	2701	COMUNITA' ALLOGGIO CAVARZANO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	1988	1
2016	50	101	5002	CTRP S. GERVASIO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	1	1		1994	6
2016	50	101	5003	COMUNITA' ALLOGGIO AURONZO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	1995	7
2016	50	101	5005	COMUNITA' ALLOGGIO CAVARZANO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	1988	1
2016	50	101	5006	CTRP S. GERVASIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	1	1		1994	6
2016	50	101	5007	CENTRO DIURNO BELLUNO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1990	10
2016	50	101	5008	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO PIEVE DI C.	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1995	1
2016	50	101	5009	C.S.M. AGORDO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	1	1		1990	1
2016	50	101	5011	C.S.M. AURONZO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	1	1		1999	1
2016	50	101	5024	UNITA' RESIDENZIALE AUTOGESTITA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1995	4
2016	50	101	5031	C.T.R.P. AURONZO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2002	1
2016	50	101	5050	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO DI AGORDO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2011	3
2016	50	101	5053	GRUPPO APPART. PROTETTO - BELLUNO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2015	1
2016	50	101	5054	GRUPPO APPART. PROTETTO - CADORE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2015	8
2016	50	102	40006	R.S.A. SALUTE MENTALE (EX O.P.) FELTRE	STRUTTURA RESIDENZIALE	1	2	2	1996	5
2016	50	102	40402	C.S.M. SEDE DI SEDICO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	102	40602	C.S.M. SEDE DI LAMON	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	102	40901	C.S.M. SEDE DI SANTA GIUSTINA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/25

2016	50	102	41201	C.D. SALUTE MENTALE DI CART	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	102	41601	COMUNITA' ALLOGGIO A RIABILITAZIONE ESTENSIVA SALUTE MENTALE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	1996	1
2016	50	102	42814	DAY HOSPITAL TERRITORIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	1	1		2000	4
2016	50	102	42830	COMUNITA' ALLOGGIO SALUTE MENTALE DI CART	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2001	1
2016	50	102	42831	R.S.A. SALUTE MENTALE (EX O.P.) PULLIR MODULO 2	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2001	7
2016	50	102	42837	C.T.R.P. 'L'ALBA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2001	1
2016	50	102	42844	C.S.M. SEDE CENTRALE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	1	1		2002	10
2016	50	102	42846	C.S.M. SEDE DI MEL	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2003	1
2016	50	102	42851	C.D. SALUTE MENTALE DI PULLIR	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2004	6
2016	50	102	42852	COMUNITA' ALLOGGIO SALUTE MENTALE DI PULLIR	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2004	6
2016	50	102	42867	CENTRO DIURNO SALUTE MENTALE DI FELTRE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2016	8
2016	50	102	42868	COMUNITA' ALLOGGIO ESTENSIVA SALUTE MENTALE GAGGIA EST	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2016	8
2016	50	102	42869	COMUNITA' ALLOGGIO ESTENSIVA SALUTE MENTALE GAGGIA OVEST	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2016	8
2016	50	102	42870	COMUNITA' ALLOGGIO ESTENSIVA SALUTE MENTALE MODULO 3	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2016	8
2016	50	102	42871	COMUNITA' ALLOGGIO ESTENSIVA SALUTE MENTALE MODULO 4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2016	8

Si sottolinea che in data 3 novembre 2016 con nota prot. 427039 inviata a tutte le Aziende Ulss (Direttori Generali/Commissari e Responsabili Controlli di Gestione) è stata evidenziata l'urgenza di attenersi strettamente a quanto previsto dal Decreto Ministero della Salute 5 dicembre 2006 per la rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 3/25

Afferenti all'AZIENDA ULSS n. 2 Marca Trevigiana

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Tipo struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Titolare della convenzione	Anno apertura	Mese apertura
2016	50	107	241501	CENTRO SALUTE MENTALE AMBUL.VV	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1991	1
2016	50	107	241601	CENTRO SALUTE MENTALE AMBUL.SL	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1995	4
2016	50	107	243901	CTRP VILLA DELLE ROSE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	1996	3
2016	50	107	244002	CENTRO DIURNO CONEGLIANO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	1998	5
2016	50	107	244005	CENTRO DIURNO VITTORIO V.TO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	1998	5
2016	50	107	244007	CENTRO SALUTE MENTALE AMBUL.CN	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1998	5
2016	50	107	244008	GRUPPO APPARTAMENTO CN	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2004	2
2016	50	107	244031	COMUNITA' ALLOGGIO VITTORIO V.	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2002	1
2016	50	107	244032	COMUNITA' ALLOGGIO SOLIGO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2002	2
2016	50	107	244041	CTRP SUSEGANA-Beato Fra Claudio	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2004	5
2016	50	107	244042	COMUNITA' ALLOGGIO CONEGLIANO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2004	4
2016	50	107	244045	Comunità Alloggio 'Casa Famiglia Casa Bianca' di Soligo	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2005	6
2016	50	107	244050	CENTRO CRISI E DISTURBI ALIMENTARI DI SUSEGANA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2004	5
2016	50	107	244051	CENTRO CRISI E DISTURBI ALIMENTARI DI SUSEGANA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2004	5
2016	50	107	244055	CENTRO SOCIO-RIABILITATIVO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2009	5
2016	50	107	244062	CSM VITTORIO V.TO - DH TERRITORIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2013	1
2016	50	107	244063	CSM SOLIGO - DH TERRITORIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2013	1
2016	50	108	203033	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO 'VIA LARGO ASIAGO'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2007	1
2016	50	108	280002	CENTRO SALUTE MENTALE - CF	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	108	280003	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - SERVIZIO ETA' EVOLUTIVA - Castelfranco Veneto -	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	108	280103	Ambulatorio salute mentale - MB	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2010	1

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 4/25

2016	50	108	280104	Ambulatorio salute mentale - Asolo	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2011	1
2016	50	108	280105	Ambulatorio salute mentale - Crespano del Grappa	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2011	1
2016	50	108	280106	Ambulatorio salute mentale - Giavera del Montello	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2011	1
2016	50	108	280305	SERVIZIO ETA' EVOLUTIVA - Asolo	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	108	280503	SERVIZIO ETA' EVOLUTIVA - Giavera	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2010	1
2016	50	108	281602	SERVIZIO ETA' EVOLUTIVA - Montebelluna	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	108	282201	SERVIZIO ETA' EVOLUTIVA - Valdobbiadene	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	108	283003	CENTRO SALUTE MENTALE - VB	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	108	283004	D.HOSPITAL TERRITORIALE - VB	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1998	6
2016	50	108	283008	COMUNITA' ALLOGGIO LA CASETTA - VB	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2005	1
2016	50	108	283018	CENTRO DIURNO 'IL CASTELLO'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	1994	4
2016	50	108	283023	CENTRO DIURNO 'IL MELOGRANO'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	1995	7
2016	50	108	283024	CENTRO DIURNO 'IL CAMPOVERDE'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	1995	6
2016	50	108	283025	CENTRO DIURNO 'SOLARIS 1'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	1996	1
2016	50	108	283026	CENTRO DIURNO ATELIER	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	2003	9
2016	50	108	283029	CTRP IL GELSO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2006	7
2016	50	108	283031	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO 'VIA UNIONE 1'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2007	1
2016	50	108	283032	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO 'MARSALA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2007	1
2016	50	108	283034	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO 'FUORICENTRO A'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2009	3
2016	50	108	283036	CENTRO DIURNO 'SOLARIS 2'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2010	1
2016	50	108	283038	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO 'VIA UNIONE 2'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2011	1
2016	50	108	283039	CTRP PADIGLIONE PIVA - VB	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2011	9
2016	50	108	283041	COMUNITA' ALLOGGIO TALEA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2013	12

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 5/25

2016	50	108	283043	Gruppo appartamento protetto "Fuori c'entro B"	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2016	4
2016	50	108	284014	RSA PSICH.'PAD.FABRIS'-VBIADENE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	1996	10
2016	50	108	284028	Comunità alloggio 'Appartamento VERDE' modulo Estensivo	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2012	5
2016	50	108	284029	Comunità alloggio per psichiatrici 'Appartamento BLU' modulo Estensivo	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2012	5
2016	50	108	284030	Comunità alloggio 'Appartamento GIALLO' modulo Estensivo	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2012	5
2016	50	108	284031	CENTRO DIURNO 'CA' CORNIANI'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	2013	5
2016	50	108	284032	CENTRO DIURNO "IL MOSAICO"	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	2015	8
2016	50	109	323009	CSM - UOC NORD PAESE-VILLORBA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1978	7
2016	50	109	323010	CSM UOC SUD TREVISO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1996	5
2016	50	109	323019	SERT TREVISO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1979	1
2016	50	109	323020	SERT ODERZO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	109	323101	CD UOC SUD TREVISO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1997	6
2016	50	109	323108	GRUPPO APPARTAMENTO VIA TIEPOLO	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1996	4
2016	50	109	323115	CSM UOC SUD MOGLIANO VENETO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1998	10
2016	50	109	323121	CD UOC SUD MOGLIANO VENETO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1999	11
2016	50	109	323225	GRUPPO APPARTAMENTO VIA DOGALI TV	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2000	9
2016	50	109	323237	GRUPPO APPARTAMENTI VIA FOSCARINI TV	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2001	7
2016	50	109	323243	CTRP MOTTA DI LIVENZA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2002	1
2016	50	109	323244	C.A. RIAB EST 'VIA VERDI' MEDUNA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2002	1
2016	50	109	323245	COM.T. ALL.GIO VIA ROMA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2002	1
2016	50	109	323246	C.A. 'BADOERE DI MORGANO' - TV	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2002	1
2016	50	109	323249	GRUPPO APPARTAMENTO VIA FRIULI TV	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2003	5
2016	50	109	323602	GRUPPO APPARTAMENTO VIA VERONA MOTTA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2003	4
2016	50	109	323603	C.A. 'VIA XXVIII APRILE'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2005	1

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 6/25

2016	50	109	323605	C.A. 'VIA DEI ZOTTI'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2005	1
2016	50	109	323606	C.A. 'VIA ALTINO' TV	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2005	1
2016	50	109	323607	C.A. CONDOMINIO GAMBETTA 2	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2005	1
2016	50	109	323608	C.A. S. MARIA DEL PALU'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2005	3
2016	50	109	323613	GRUPPO APPARTAMENTO VIA TREVISANA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2007	8
2016	50	109	323614	gruppo appartamento emergenza familiare	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2006	7
2016	50	109	323618	CD UOC NORD PAESE-VILLORBA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2007	9
2016	50	109	323619	CTRP UOC NORD PAESE-VILLORBA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2007	9
2016	50	109	323620	CSM UOC NORD ODERZO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2007	11
2016	50	109	323621	CD UOC NORD ODERZO "IL PORTO"	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2008	1
2016	50	109	323622	DAY HOSPITALE TERRITORIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2009	6
2016	50	109	323701	C. A. RIAB. ESTENS. VIA RIMINI MOGLIANO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2012	1
2016	50	109	323707	PRI BASSA INTENSITA' LANCENIGO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2013	7
2016	50	109	323708	C. A. RIAB ESTEN. 'OLMI'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2013	7
2016	50	109	323709	CTRP UOC NORD ORMELLE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2013	7
2016	50	109	323710	CTRP UOC SUD MONIGO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2013	7
2016	50	109	323711	DCA AMBULATORIO E ATTIVITA' VIA PINELLI	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2013	9
2016	50	109	323714	C.A. MODULO DI BASE PAESE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2015	1
2016	50	109	323719	G. App.to per le Emergenze Familiari Casa Zen	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2015	1

Si sottolinea che in data 3 novembre 2016 con nota prot. 427039 inviata a tutte le Aziende Ulss (Direttori Generali/Commissari e Responsabili Controlli di Gestione) è stata evidenziata l'urgenza di attenersi strettamente a quanto previsto dal Decreto Ministero della Salute 5 dicembre 2006 per la rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 7/25

Afferenti all'AZIENDA ULSS n. 3 Serenissima

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Tipo struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Titolare della convenzione	Anno apertura	Mese apertura
2016	50	112	400104	C.S.M. LIDO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	1	1		1992	8
2016	50	112	401101	C.S.M. VENEZIA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	112	403401	G.A. PROTETTO PSICH. - DORSODURO -	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1988	11
2016	50	112	445103	CENTRO DIURNO PSCH.-RODARI	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1995	11
2016	50	112	445302	C.S.M. - MESTRE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	112	445304	C.T.R.P. DI TIPO B - VENEZIA -	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1998	5
2016	50	112	445383	C.T.R.P. DI TIPO A - MESTRE -	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2006	4
2016	50	112	445384	C.A. PSICH. MODULO BASE - F.BASAGLIA -	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2006	4
2016	50	112	445401	C.S.M. MARGHERA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2009	1
2016	50	112	445419	C.A. PSICH. MODULO BASE - F.ONGARO -	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	3	2012	1
2016	50	112	445424	COMUNITA' ALLOG.PSICH. CORMORANO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	3	2013	1
2016	50	112	445425	COMUNITA' ALLOG.PSICH. AIRONE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	3	2013	1
2016	50	112	445426	C.A. PSICH. MODULO ESTENSIVO - IL FARO -	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	3	2013	1
2016	50	112	445428	C. DIURNO PSICH. PALAZZO BOLDU'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2013	1
2016	50	112	445439	AMBULATORIO DI SALUTE MENTALE FAVARO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2015	11
2016	50	112	445442	C.A. PSICH. MODULO ESTENSIVO - GIUBILEO MISERICORDIA -	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	3	2016	2
2016	50	112	445443	DAY HOSPITAL TERRITORIALE MESTRE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2016	6
2016	50	113	481902	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO - MIRANO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	113	484100	C.T.R.P. RESIDENZIALE - PALUELLO di STRA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2001	4
2016	50	113	484101	C.T.R.P. RESIDENZIALE - SALZANO	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1992	12
2016	50	113	484102	SALUTE MENTALE D.H.T. - DOLO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2014	1
2016	50	113	484103	SALUTE MENTALE D.H.T. - MIRANO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2014	1
2016	50	113	485001	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO - DOLO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	1	1		1988	1

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 8/25

2016	50	113	485002	CENTRO DI SALUTE MENTALE - DOLO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	1	1		1988	1
2016	50	113	485003	CENTRO DI SALUTE MENTALE - MIRANO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	113	485004	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO_1 - MIRANO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2004	1
2016	50	113	485005	CASA ALLOGGIO - CAMPONOGARA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2004	1
2016	50	113	485006	COMUNITA' ALLOGGIO - SANTA MARIA DI SALA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2013	7
2016	50	113	485025	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO_2 - MIRANO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2016	1
2016	50	113	485026	COMUNITA' ALLOGGIO - SALZANO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2016	5
2016	50	114	520101	DISTRETTO SOCIO SANITARIO - sede di Cavarzere - presso la Cittadella Socio-Sanitaria	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2008	1
2016	50	114	522052	CENTRO DI SALUTE MENTALE - sede di Chioggia	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2004	1
2016	50	114	522054	AMBULATORIO DI SALUTE MENTALE - sede di Cavarzere	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2004	1
2016	50	114	522056	DISTRETTO SOCIO SANITARIO - sede di Chioggia	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2008	1
2016	50	114	523001	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2007	1
2016	50	114	531000	CITTADELLA SOCIO SANITARIA SRL - CTRP 'LA PRIMULA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2005	10

Si sottolinea che in data 3 novembre 2016 con nota prot. 427039 inviata a tutte le Aziende Ulss (Direttori Generali/Commissari e Responsabili Controlli di Gestione) è stata evidenziata l'urgenza di attenersi strettamente a quanto previsto dal Decreto Ministero della Salute 5 dicembre 2006 per la rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 9/25

Afferenti all'AZIENDA ULSS n. 4 Veneto Orientale

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Tipo struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Titolare della convenzione	Anno apertura	Mese apertura
2016	50	110	360902	CSM SAN DONA' DI PIAVE - AMBULATORIO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	110	360903	CSM SAN DONA' DI PIAVE - NON AMBULATORIO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	110	360904	CSM SAN DONA' DI PIAVE - C.D.	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	110	360905	CSM SAN DONA' DI PIAVE - D.H.	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	110	360906	CSM SAN DONA' DI PIAVE - CTRP	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1998	5
2016	50	110	361701	CSM PORTOGRUARO - AMBULATORIO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	110	361702	CSM PORTOGRUARO - NON AMBULATORIO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	110	361703	CSM PORTOGRUARO - C.D.	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	110	361704	CSM PORTOGRUARO - D.H.	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	110	361801	CSM PORTOGRUARO - CTRP	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2005	6
2016	50	110	363710	D.C.A. AMBULATORIALE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2001	9
2016	50	110	363711	D.C.A. RESIDENZIALE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2001	9
2016	50	110	363722	COMUNITA' ALLOGGIO 'CA' NALIN'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2005	6
2016	50	110	363724	CSM PORTOGRUARO - COMUNITA' ALLOGGIO FOSSALATO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2007	3
2016	50	110	363725	APPARTAMENTO PROTETTO UOMINI - VIA SARETTA SAN DONA' DI PIAVE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2007	12
2016	50	110	363728	D.C.A. - SEMIRESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2008	1
2016	50	110	363763	G.A.P. 1 - Gruppo Appartamento Protetto	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2013	1
2016	50	110	363764	G.A.P. 2 - Gruppo Appartamento Protetto	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2013	1
2016	50	110	363765	G.A.P. 3 - Gruppo Appartamento Protetto	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2013	1
2016	50	110	363766	APPARTAMENTO PROTETTO DONNE - VIALE GARIBALDI SAN DONA' DI PIAVE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2013	10

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 10/25

2016	50	110	363773	CSM - COMUNITA' ALLOGGIO ESTENSIVA FOSSALATO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2016	1
2016	50	110	363774	CSM - COMUNITA' ALLOGGIO DI BASE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2016	2
2016	50	110	363775	CTRP B	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2016	10

Si sottolinea che in data 3 novembre 2016 con nota prot. 427039 inviata a tutte le Aziende Ulss (Direttori Generali/Commissari e Responsabili Controlli di Gestione) è stata evidenziata l'urgenza di attenersi strettamente a quanto previsto dal Decreto Ministero della Salute 5 dicembre 2006 per la rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 11/25

Afferenti all'AZIENDA ULSS n. 5 Polesana

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Tipo struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Titolare della convenzione	Anno apertura	Mese apertura
2016	50	118	682402	C.S.M. ROVIGO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1993	5
2016	50	118	682405	C.S.M. BADIA POLESINE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	118	682406	CENTRO DIURNO-ROVIGO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1993	5
2016	50	118	682407	CENTRO DIURNO BADIA POLESINE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	118	682408	COMUNITA' ALLOGGIO ARQU. POLES	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1998	11
2016	50	118	682411	CTRP di BADIA POLESINE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1997	3
2016	50	118	682412	COMUNITA' ALLOGGIO - BADIA POLESINE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1978	1
2016	50	118	682420	CTRP CA' ROSSA DI CASTELNOVO BARIANO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2010	6
2016	50	118	682435	GRUPPO APPARTAMENTO DI S. APOLLINARE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2009	5
2016	50	118	682436	GRUPPO APPARTAMENTO DI ROVIGO	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2010	3
2016	50	118	682439	CSM TRECENTA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	1	1		2012	4
2016	50	118	682440	CSM CASTELMASSA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2012	4
2016	50	118	682441	CSM LENDINARA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2012	4
2016	50	118	682442	CSM S. MARIA MADDALENA - OCCHIOBELLO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2012	4
2016	50	118	682445	DAY HOSPITAL DI ROVIGO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2012	1
2016	50	118	682446	DAY HOSPITAL DI BADIA POLESINE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2012	1
2016	50	118	682448	GRUPPO APPARTAMENTO 'Casa del Sorriso'	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2014	10
2016	50	119	721016	AMBULATORIO DISTRETTUALE DEL CENTRO DI SALUTE MENTALE ADRIA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	4
2016	50	119	721017	CENTRO SALUTE MENTALE DI ADRIA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	119	721018	CENTRO DIURNO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1999	3

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 12/25

2016	50	119	721023	COMUNITA' ALLOGGIO DI TAGLIO DI PO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2001	4
2016	50	119	721030	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2015	1
2016	50	119	721031	DAY HOSPITAL TERRITORIALE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2015	1

Si sottolinea che in data 3 novembre 2016 con nota prot. 427039 inviata a tutte le Aziende Ulss (Direttori Generali/Commissari e Responsabili Controlli di Gestione) è stata evidenziata l'urgenza di attenersi strettamente a quanto previsto dal Decreto Ministero della Salute 5 dicembre 2006 per la rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 13/25

Afferenti all'AZIENDA ULSS n. 6 Euganea

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Tipo struttura a di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Titolare della convenzione	Anno apertura	Mese apertura
2016	50	115	562021	CENTRO SALUTE MENTALE (CSP)	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	115	562023	CENTRO SALUTE MENTALE (CITTA)	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	115	562027	COMUNITA' ALLOGGIO IL FOCOLAR	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	115	562029	COMUNITA' ALLOGGIO GALLIERA V.	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2004	4
2016	50	115	562030	COMUNITA' ALLOGGIO MASSANZAGO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2009	6
2016	50	115	562031	COMUNITA' ALLOGGIO ESTENSIVA L'INCONTRO-S.PIETRO IN GU'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2013	10
2016	50	115	563001	DAY HOSPITAL TERRITORIALE -CIT	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	115	563002	DAY HOSPITAL TERRITORIALE -CSP	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	115	563004	SER.NEUROP.PSICOL.RIABIL.ETA' CSP	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	115	563005	SER.NEUROP.PSIC.RIAB.ETA' EV PIAZZ	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	115	563006	SER.NEUROP.PSIC.RIAB.ETA' EV CTD	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	115	563007	SER.NEUROP.PSIC.RIAB.ETA' EVOL SML	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	115	563023	CENTRO DIURNO RIABILITATIVO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2004	4
2016	50	115	563030	COMUNITA' ALLOGGIO CAMPODARSEG	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1998	9
2016	50	115	563031	CENTRO DIURNO CAMPODARSEGO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1998	7
2016	50	115	563048	C.DIURNO ex CAMPOSANMARTINO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2002	1
2016	50	115	563058	C.E.O.D. VASI DI CRETA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	2002	9
2016	50	115	563061	COMUNITA' TERAP. RES. PROTETTA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2004	4
2016	50	115	563072	COD "LA CITTADELLA"	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	2001	1
2016	50	115	563073	CLG "LA CITTADELLA"	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	2001	1
2016	50	115	563074	COD "FILO"	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2004	8
2016	50	115	563075	CLG 'FILO'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2004	8

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 14/25

2016	50	115	563076	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO 1	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2012	7
2016	50	115	563077	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO 2	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2012	7
2016	50	116	610755	C.S.M. 3 - V. BUZZACARINI	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1998	7
2016	50	116	610759	C.S.M. 2 - V. DEI COLLI	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1998	7
2016	50	116	610761	AMBUL. SALUTE MENTALE - MONTEGROTTO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1998	7
2016	50	116	610810	CENTRO DIURNO 'IL PONTILE'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1998	1
2016	50	116	610811	CENTRO DIURNO MONTEGROTTO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1998	1
2016	50	116	610812	CENTRO DIURNO C.T.R.P. "LA LANTERNA".	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1997	9
2016	50	116	610819	COM.ALLOGGIO - RIO DI PONTE S. NICOLO	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	116	610822	COMUNITA' ALLOGGIO CAVE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	116	610829	COMUNITA' ALL. PAPA GIOVANNI XXIII	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1998	1
2016	50	116	610831	CTRP 'VILLA ORTENSIA' tipo B	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1998	1
2016	50	116	610832	C.T.R.P.'LA LANTERNA' tipo A	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1997	5
2016	50	116	610833	CENTRO DIURNO C.T.R.P. GRANZE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1995	5
2016	50	116	610834	C.T.R.P. GRANZE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1998	6
2016	50	116	610956	C.DIURNO CTRP "LA MERIDIANA"	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1998	12
2016	50	116	610957	CTRP 'LA MERIDIANA' tipo A	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1998	12
2016	50	116	611001	CENTRO DIURNO 'LA TRACCIA'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1999	1
2016	50	116	611057	D.H. TERR. "MP. FERRETTI"	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2001	10
2016	50	116	611058	GRUPPO APPART. "VILLA GARDENIA"	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2001	4
2016	50	116	611059	GRUPPO APPART. "VILLA SAVIOLI"	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2001	9
2016	50	116	611060	C.T.R.P. 'D.MURARO'-MONTEMERLO tipo A	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2001	11
2016	50	116	611061	D.H. TERR. DEI COLLI	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2001	10

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 15/25

2016	50	116	611072	C.S.M. 1 - VIA BERCHET	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2002	9
2016	50	116	611080	COMUNITA' RESIDENZIALE 'LE FARFALLE' tipo B	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2003	11
2016	50	116	611092	CENTRO DIURNO 'AGORA'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2005	1
2016	50	116	611103	GRUPPO APPARTAMENTO CASA "AMA -4"	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2005	12
2016	50	116	611119	GRUPPO APPARTAMENTO CASA AMICA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2007	11
2016	50	116	611120	CENTRO DIURNO C.T.R.P. 'D. MURARO' - Montemerlo	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2007	12
2016	50	116	611154	C.S.M. DI PIOVE DI SACCO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2010	1
2016	50	116	611166	GRUPPO APPARTAMENTO CASA "AMA2"	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2010	1
2016	50	116	611167	CENTRO DIURNO SAN ROCCO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2010	1
2016	50	116	611169	CTRP tipo B ITACA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2010	1
2016	50	116	611180	C.A. CORREZZOLA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2010	1
2016	50	116	611206	C.D. NUOVA IDEA - 1 C.L.G.	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2013	7
2016	50	116	611207	C.D. NUOVA IDEA 2 - C.O.D.	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2013	7
2016	50	116	611208	C.D. POLIS NOVA - ATTIVAMENTE 1	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2013	7
2016	50	116	611209	C.D. POLIS NOVA - ATTIVAMENTE 2	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2013	7
2016	50	116	611238	C.D. PIZZUTO - C.L.G LA SPECOLA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2015	1
2016	50	116	611239	PIZZUTO - Struttura comunitaria per persone in situazione di marginalità sociale	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	1
2016	50	117	642023	CENTRO SALUTE MENTALE UNICO - CONSELVE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1981	10
2016	50	117	642024	CENTRO SALUTE MENTALE UNICO - MONSELICE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1980	1
2016	50	117	642056	CENTRO SALUTE MENTALE UNICO - ESTE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1980	1
2016	50	117	642057	C.T.R.P. 'LA CASA' MONSELICE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1992	12

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 16/25

2016	50	117	642060	C.T.R.P. 'LA ROCCA' MONSELICE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2001	3
2016	50	117	642063	CENTRO DIURNO MONTAGNANA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1992	1
2016	50	117	642080	CENTRO SALUTE MENTALE UNICO - MONTAGNANA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1980	1
2016	50	117	642102	CENTRO DIURNO MONSELICE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2002	10
2016	50	117	642120	FONDAZIONE FRANCHIN SIMON ONLUS "IL SORRISO"	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2011	1
2016	50	117	642121	COMUNITA' ALLOGGIO "RINA ELISA ELENA"	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2011	1
2016	50	117	642132	G.A.P. 1	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2014	5
2016	50	117	642133	G.A.P. 2	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2014	5

Si sottolinea che in data 3 novembre 2016 con nota prot. 427039 inviata a tutte le Aziende Ulss (Direttori Generali/Commissari e Responsabili Controlli di Gestione) è stata evidenziata l'urgenza di attenersi strettamente a quanto previsto dal Decreto Ministero della Salute 5 dicembre 2006 per la rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 17/25

Afferenti all'AZIENDA ULSS n. 7 Pedemontana

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Tipo struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Titolare della convenzione	Anno apertura	Mese apertura
2016	50	103	80101	AMBULATORI OSP. BASSANO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	1	1		1993	12
2016	50	103	80205	CENTRO SALUTE MENTALE BASSANO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1999	1
2016	50	103	80206	D.H. TERR. PSICHIATRIA BASSANO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2000	7
2016	50	103	80207	Amb. Disturbi del Comportamento alimentare	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2011	1
2016	50	103	80403	CENTRO SALUTE MENTALE ASIAGO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	103	80405	CENTRO DIURNO ASIAGO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2000	7
2016	50	103	80406	D.H. TERR. PSICHIATRIA ASIAGO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2000	7
2016	50	103	83511	CENTRO DIURNO RIABIL. PSICO-S.	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1995	1
2016	50	103	83512	C.T.R.P.	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1995	1
2016	50	103	83517	RSA 'FIORDALISO'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	1997	1
2016	50	103	83611	CENTRO DIURNO "AURIGA"	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2013	2
2016	50	103	83612	Gruppo Appartamento Protetto 'Le rose'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2011	1
2016	50	103	83613	APPARTAMENTO PROTETTO 'L'ULIVO'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2015	7
2016	50	103	83614	APPARTAMENTO PROTETTO LIBRA 'FUORI PORTA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2015	7
2016	50	103	83615	APPARTAMENTO PROTETTO LIBRA 'DOLCI'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2015	7
2016	50	103	83616	APPARTAMENTO PROTETTO LIBRA 'NOVE'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2015	7
2016	50	103	83618	APPARTAMENTO PROTETTO LIBRA 'BORGO GIARA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	103	83619	APPARTAMENTO PROTETTO 3B UN SEGNO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	103	83620	GAP 'VALLONARA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	103	83711	CENTRO DIURNO UN SEGNO DI PACE VALLONARA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	103	83712	CTRP 'COL ROIGO' PER DISTURBI DI PERSONALITA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	103	83713	CTRP PER MINORI E ADOLESCENTI 'BIANCOSPIN'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	103	83714	COMUNITA' ALLOGGIO LIBRA 'LA TERRA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 18/25

2016	50	103	83715	COMUNITA' ALLOGGIO UN SEGNO 'VALLONARA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	103	83716	COMUNITA' ALLOGGIO UN SEGNO 'IL SENTIERO'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	103	83717	COMUNITA' ALLOGGIO UN SEGNO 'S. CATERINA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	103	83718	COMUNITA' ALLOGGIO LIBRA 'BORGO ANTICO'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	103	83719	COMUNITA' ALLOGGIO LIBRA 'MURE'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	103	83720	COMUNITA' ALLOGGIO UN SEGNO 'ANCONETTA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	103	83721	COMUNITA' ALLOGGIO UN SEGNO DI PACE CROSARA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	7
2016	50	104	120102	CENTRO SALUTE MENTALE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	104	121701	CENTRO SALUTE MENTALE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	104	132101	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2000	1
2016	50	104	132204	COMUNITA' RESIDENZIALE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2000	1
2016	50	104	132207	CENTRO DIURNO CSM SCHIO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2001	1
2016	50	104	132208	CENTRO DIURNO CSM THIENE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2001	1
2016	50	104	132239	RSA MONTECCHIO PRECALCINO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2001	1
2016	50	104	132251	CTRP 'SPAZIO LIBERO'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2005	9
2016	50	104	132263	CENTRO DIURNO AZIMUT	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	2014	1
2016	50	104	132264	COMUNITA' ALLOGGIO CASA GIALLA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2014	12
2016	50	104	132265	COMUNITA' ALLOGGIO IL GLICINE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2014	12
2016	50	104	132266	COMUNITA' ALLOGGIO ARCOIRIS	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2014	12
2016	50	104	132267	COMUNITA' ALLOGGIO "VILLA MIRABELLA"	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2014	12
2016	50	104	132268	COMUNITA' ALLOGGIO MERIDIANA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2014	12
2016	50	104	132269	COMUNITA' ALLOGGIO BREGANZE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2014	12
2016	50	104	132270	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO CASA GIALLA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2014	12
2016	50	104	132271	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO "MAGNOLIA"	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2014	12
2016	50	104	132272	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO "NOVOLEDO"	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2014	12

Si sottolinea che in data 3 novembre 2016 con nota prot. 427039 inviata a tutte le Aziende Ulss (Direttori Generali/Commissari e Responsabili Controlli di Gestione) è stata evidenziata l'urgenza di attenersi strettamente a quanto previsto dal Decreto Ministero della Salute 5 dicembre 2006 per la rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 19/25

Afferenti all'AZIENDA ULSS n. 8 Berica

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Tipo struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Titolare della convenzione	Anno apertura	Mese apertura
2016	50	105	161501	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO 'ARCOBALENO 1'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1996	9
2016	50	105	161601	CSM VALDAGNO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	105	161701	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO 'AURORA 1'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1988	9
2016	50	105	162307	CENTRO DIURNO ECO PAPA GIOVANNI MODULO A	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	1988	1
2016	50	105	162408	COMUNITA' ALLOGGIO PRIMULA PSICHIATRICI	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	1995	1
2016	50	105	162409	RSA IPAB LA PIEVE MONTECCHIO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	1997	1
2016	50	105	162411	RSA 1 LONIGO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	1997	1
2016	50	105	162412	RSA 2 LONIGO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	1997	1
2016	50	105	162413	CTRP LONIGO 'APERTAMENTE'	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1997	1
2016	50	105	162418	CSM MONTECCHIO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1998	1
2016	50	105	162419	CSM LONIGO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1998	7
2016	50	105	162420	GAP VIA FIUME	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1998	7
2016	50	105	162423	GAP CASA DI GIOBBE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1999	2
2016	50	105	162435	CTRP IL GIRASOLE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2000	1
2016	50	105	162468	GAP MONTE PIETA'	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2002	4
2016	50	105	162478	GAP FEMMINILE VALDAGNO	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2005	1
2016	50	105	162483	GAP CASA MELODY	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2005	11
2016	50	105	162484	GAP CASA DADI	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2005	11
2016	50	105	162491	GAP MASCHILE VALDAGNO	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2006	1
2016	50	105	162497	GAP TORTUGA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2008	4
2016	50	105	162520	CENTRO DIURNO "LA LANTERNA" COOP. ST.PROG.	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	2012	1
2016	50	105	162521	CENTRO DIURNO "IL FARO" COOP. STUDIO PROGETTO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	2012	1
2016	50	105	162522	COMUNITA' ALLOGGIO "IL ROVETO" COOP. MAMRE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2012	1
2016	50	105	162527	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO "ARCOBALENO 2"	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2013	1

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 20/25

2016	50	105	162528	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO 'AURORA 2'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2013	1
2016	50	105	162537	CENTRO DIURNO LONIGO "PUNTO A CAPO"	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2015	7
2016	50	105	162538	CENTRO DIURNO ECO PAPA GIOVANNI MODULO B	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	2015	1
2016	50	106	200003	CENTRO PROV. DISTURBI COMPORTAMENTO ALIM. PESO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2003	7
2016	50	106	200022	GAP CONTRA' MURE CORPUS DOMINI	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2006	1
2016	50	106	200038	COMUNITA' ALLOGGIO ESTENSIVA HELIOS	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2009	5
2016	50	106	200060	COMUNITA' ALLOGGIO DI BASE GARDENIA 1	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2011	1
2016	50	106	200061	COMUNITA' ALLOGGIO DI BASE GARDENIA 2	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2011	1
2016	50	106	200067	LIBRA COMUNITA' IL BOSCO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2012	1
2016	50	106	200080	CTRP - SILESIA COOPERATIVA LINTE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	1
2016	50	106	200081	GAP - SILESIA COOPERATIVA LINTE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	1
2016	50	106	200083	GAP - PASSO DI RIVA COOPERATIVA IL BOSCO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	1
2016	50	106	200093	GAP - CORSO SS. FELICE E FORTUNATO 2	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2016	1
2016	50	106	200094	GAP - CORSO SS. FELICE E FORTUNATO 3	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2016	1
2016	50	106	200095	GAP - CORSO SS. FELICE E FORTUNATO 4	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2016	1
2016	50	106	200096	GAP - VIA DEI MILLE N.85	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2016	1
2016	50	106	200097	GAP - VIA DEI MILLE N. 87	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2016	1
2016	50	106	200098	CENTRO DIURNO - DAVIDE E GOLIA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2016	8
2016	50	106	200103	VILLA MARGHERITA CTRP 2	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2016	1
2016	50	106	200602	2[CENTRO DI SALUTE MENTALE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1998	1
2016	50	106	200603	DAY HOSPITAL TERRITORIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1998	11
2016	50	106	203701	COMUNITA' ALLOGGIO DI BASE CASA BIANCA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1984	12
2016	50	106	203702	LABORATORIO RIABILITATIVO CASA BIANCA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	2004	1
2016	50	106	204103	COMUNITA' ALLOGGIO ESTENSIVA EMMAUS	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1995	6
2016	50	106	204104	CTRP AURORA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1995	6
2016	50	106	204106	CENTRO DIURNO TERAPEUTICO RIABILITATIVO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1996	10

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 21/25

2016	50	106	204301	GAP VIALE TRENTO	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1992	10
2016	50	106	204401	CTRP LA VILLETTA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1995	9
2016	50	106	208001	CASA DI CURA VILLA MARGHERITA CTRP 1	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2016	1
2016	50	106	208023	CENTRO DIURNO IL GIRASOLE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1996	11
2016	50	106	208027	GAP - CORSO SS. FELICE E FORTUNATO 1	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1996	10
2016	50	106	208028	GAP - VIA DEI MILLE N. 71	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1995	9
2016	50	106	208301	CTRP LA FENICE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2000	5

Si sottolinea che in data 3 novembre 2016 con nota prot. 427039 inviata a tutte le Aziende Ulss (Direttori Generali/Commissari e Responsabili Controlli di Gestione) è stata evidenziata l'urgenza di attenersi strettamente a quanto previsto dal Decreto Ministero della Salute 5 dicembre 2006 per la rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 22/25

Afferenti all'AZIENDA ULSS n. 9 Scaligera

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Tipo struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Titolare della convenzione	Anno apertura	Mese apertura
2016	50	120	767032	CENTRO DIURNO DI V.LO TERESE - VERONA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	120	767039	C.T.R.P. 'LA CASA II'	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1998	1
2016	50	120	767040	C.T.R.P. 'LA CASA I'	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1998	1
2016	50	120	767041	C.T.R.P. 'VILLA GUARDINI I'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	1996	6
2016	50	120	767042	C.T.R.P. 'VILLA GUARDINI II'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	1996	6
2016	50	120	768016	COM. ALL. VIA PRELLE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2000	1
2016	50	120	768051	APPARTAMENTO 'IL CILIEGIO'	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2002	6
2016	50	120	768053	C.T.R.P. 'CASA RALDON'	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2002	1
2016	50	120	768057	COMUNITA' ALLOGGIO DI VIA TUNISI - VERONA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2003	5
2016	50	120	768064	CENTRO DIURNO 'LA FILANDA'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2004	1
2016	50	120	768065	CENTRO DIURNO 'L'ARCA'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2004	1
2016	50	120	768068	APPARTAMENTO DI VIA D'AZEGLIO - VERONA (GAMP)	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2004	1
2016	50	120	768069	APPARTAMENTO DI VIA PONTE BASAZENOCI - QUINTO (GAMP)	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2004	1
2016	50	120	768070	APPARTAMENTO DI VIA N. MAZZA - VERONA (GAMP)	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2004	1
2016	50	120	768072	APPARTAMENTO DI VIA PALAZZINA - VERONA (GAMP)	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2004	1
2016	50	120	768073	C.S.M. DI VICOLO TERESE - VERONA (1° SERVIZIO)	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	120	768081	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO (G.A.P.) - VIA MONTI LESSINI	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2006	11
2016	50	120	768082	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO (G.A.P.) - VIA FIUMI	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	3	2006	5
2016	50	120	768083	APPARTAMENTO DI VIA G.GALILEI - VERONA (GAMP)	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2006	12
2016	50	120	768084	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO (G.A.P.) - VIA SAN GIACOMO	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2006	12

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 23/25

2016	50	120	768089	APPARTAMENTO DI VIA CHIOCCO - VERONA (GAMP)	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2007	5
2016	50	120	768095	CENTRO DIURNO DI VIA TOTI - VERONA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2008	1
2016	50	120	768096	CENTRO DIURNO DI VIA BENGASI - VERONA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		2008	1
2016	50	120	768097	C.S.M. DI VIA BENGASI - VERONA (3° SERVIZIO)	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2008	1
2016	50	120	768098	C.S.M. DI COLOGNA VENETA (4° SERVIZIO)	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2007	1
2016	50	120	768099	C.T.R.P. 'IL CARDO' DI COLOGNA VENETA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2007	1
2016	50	120	768100	C.S.M. DI VIA E. TOTI - VERONA (2° SERVIZIO)	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		2008	2
2016	50	120	768103	COMUNITA' EDUCATIVA DIURNA PER MINORI "SAN BENEDETTO"	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2008	1
2016	50	120	768110	G.A.V. CASTAGNÈ	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2013	1
2016	50	120	768150	COMUNITA' DEI GIOVANI SOC. COOP. SOCIALE ONLUS	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2009	11
2016	50	120	768169	COMUNITA' EDUCATIVA PER MINORI "ALICE È NELLA CASA"	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2012	11
2016	50	120	768172	COMUNITA' EDUCATIVA PER MINORI DI PRONTA ACCOGLIENZA ISTITUTO DON CALABRIA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2012	9
2016	50	120	768173	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO "PANTA REI" (GAP)	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2013	1
2016	50	120	768174	COMUNITA' LA GENOVESA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2013	1
2016	50	120	768175	ISTITUTO SORELLE DELLA MISERICORDIA - CASA DI RIPOSO SACRO CUORE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2013	1
2016	50	120	768181	COMUNITA' EDUCATIVA DIURNA PER MINORI/ADOLESCENTI "PARSIFAL"	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2013	5
2016	50	120	768182	COMUNITA' EDUCATIVA PER MINORI INDIPENDENTI	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2013	5
2016	50	120	768185	CEOD 'MONTEVERDE'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2013	1
2016	50	120	768187	C.T.R.P. 'IL PESCO'	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2014	1

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 24/25

2016	50	120	768190	COMUNITA' ALLOGGIO ESTENSIVA 'LE ROSE'	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2014	1
2016	50	120	768191	COMUNITA' ALLOGGIO ESTENSIVA 'IL CEDRO'	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2014	1
2016	50	120	768197	COMUNITA' EDUCATIVA PER MINORI ADOLESCENTI SANTA GIULIANA	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2014	10
2016	50	120	768198	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO VIA CAPODISTRIA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2014	12
2016	50	120	768200	GAP SELF HELP VIA FRACASTORO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	5
2016	50	120	768201	GAP SELF HELP VIA CENTRO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	5
2016	50	120	768202	GAP SELF HELP VIA TRIESTE SAN BONIFACIO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	5
2016	50	120	768205	COMUNITA' ALLOGGIO "FUORI C'ENTRO" - MODULO ESTENSIVO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2016	1
2016	50	120	768206	COMUNITA' EDUCATIVA DIURNA PER MINORI ADOLESCENTI SANTA GIULIANA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	4	2015	11
2016	50	121	802013	CENTRO DIURNO DI BOVOLONE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1989	12
2016	50	121	802085	CENTRO DIURNO PSIC IL TULIPANO	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1997	6
2016	50	121	802086	CENTRO DIURNO IL GIRASOLE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1994	1
2016	50	121	803012	CENTRO DI SALUTE MENT. BOVOLONE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	121	803021	C.T.R.P. 'VILLA STELLINI' NOGARA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2003	5
2016	50	121	803032	CASA SAN GIUSEPPE RONCO ALL'ADIGE	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2012	9
2016	50	121	803035	R.E.M.S. DI NOGARA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2016	1
2016	50	121	803036	Comunità Alloggio G.A.V. di Oppeano	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2016	1
2016	50	122	842210	CENTRO DIURNO 'LE RONDINI' PONTON (S. AMBROGIO V.LLA)	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1997	1
2016	50	122	842211	CENTRO DIURNO IL MESTIERE DI VIVERE VILLA FRANCA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1997	1
2016	50	122	845007	CSM ISOLA DELLA SCALA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1988	1
2016	50	122	845203	VILLA SAN ROCCO	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1997	1
2016	50	122	845204	VILLA CHIARA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		1997	1

ALLEGATO E alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 25/25

2016	50	122	845206	CSM DOMEGLIARA	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1		1997	1
2016	50	122	845207	DH TERRITORIALE EQUIPE NORD	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1		1988	1
2016	50	122	845227	CTRP CASA IN COLLINA VALEGGIO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2000	3
2016	50	122	845236	C.A. ES L'ALBERO DELLA VITA (EX RSA CAPRINO)	STRUTTURA RESIDENZIALE	1	2	4	1988	1
2016	50	122	845271	CTRP CLUB HOUSE SCILLA RIVOLI VERONESE	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2006	7
2016	50	122	845291	CTRP LA RISORGIVA	STRUTTURA RESIDENZIALE		1		2009	1
2016	50	122	845293	GIUBILEO 2000	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2009	12
2016	50	122	845297	COMUNITA' ALLOGGIO VERDEPRATO VALEGGIO	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2009	12
2016	50	122	845313	GAP "I GIRASOLI"	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2015	1
2016	50	122	845314	GAP "LE MARGHERITE"	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2015	1
2016	50	122	845315	GAP "IL BOSCO"	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2015	1
2016	50	122	845316	GAP "ANNA E ATTILIO BIGNAMI"	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	2015	1
2016	50	122	845318	GAP LA CORTE DEI MIRACOLI	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	4	2015	6

Si sottolinea che in data 3 novembre 2016 con nota prot. 427039 inviata a tutte le Aziende Ulss (Direttori Generali/Commissari e Responsabili Controlli di Gestione) è stata evidenziata l'urgenza di attenersi strettamente a quanto previsto dal Decreto Ministero della Salute 5 dicembre 2006 per la rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

**ALLEGATOF alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016**

pag. 1/11

Aulss	DGR	del	codice ministeriale	Assistenza specialistica ambulatoriale - strutture accreditate	sede operativa	città
1	2472	20/12/2013	1501	Fleming s.r.l.	Via Caffi, 132	BELLUNO
1	2481	20/12/2013	1401	Salus s.r.l.	Via Vaccari, 1	BELLUNO
1	616	29/04/2014		C.M.S. srl - Centro di medicina dello sport s.r.l.	Via Dendrofori, 4/6	BELLUNO
1	475	07/04/2015		Centro Medico Alpagò s.r.l.	Via dell'Industria, 8 loc Paludi	Pieve d'Alpago (BL)
7	1880	14/10/2014		Salus s.r.l.	Via E. Fermi, 1	Marostica (VI)
7	2466	20/12/2013	132257	Centro Medico Thienese s.r.l.	Via Monte Grappa, 6	THIENE (VI)
7	2471	20/12/2013	120202	Dott. Filosofo Mario s.r.l.	Via Chiesa, 58	Malo (VI)
7	2473	20/12/2013	130401	Laboratorio Analisi Chimico Cliniche Microbiologiche Dott. Piazzon s.r.l.	Via S. M. Maddalena, 44	THIENE (VI)
7	2765	30/12/2013	132258	Centro Medico Riabilitativo CMR s.r.l.	Via S.G. Bosco 24	SCHIO (VI)
8	2459	20/12/2013	160801	C.E.M.A.R. Centro Medico di Analisi e Riabilitazione s.r.l.	Via del Commercio, 2/4	TRISSINO (VI)
8	1909	23/12/2015	162525 162526	Ecodiagnostica srl	Via Trento, 5 Via Trento, 1	ARZIGNANO (VI)
8	2460	20/12/2013	202701	Cemes s.r.l.	Contra' Porta Santa Croce, 45/49	VICENZA
8	2468	20/12/2013	202001	C.M.S.R. Veneto Medica s.r.l.	Via Vicenza, 204	ALTAVILLA VICENTINA (VI)
8	2469	20/12/2013	202301 202401	Data Clinica s.r.l.	Via Artiglieri, 33 Via Menin, 7	Torri di Quartesolo (VI) Camisano Vicentino (VI)
8	2485	20/12/2013	201001	Studio Radiologico San Lazzaro s.r.l.	Viale dell'Industria, 67	VICENZA
8	2495	20/12/2013	201501	Studio dentistico Dr.ssa Calabretta Raffaella	Via dal Ponte 92/c	Marola Torri di Quartesolo (VI)

ALLEGATO F alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/11

8	2509	20/12/2013	202901	O.T.I. Medicafe Venezia s.r.l.	Via degli Avieri, 29	TORRI DI QUARTESOLO (VI)
8	2657	30/12/2013	201301	Centro odontoiatrico In ore salus s.a.s.	Viale Roma 16	VICENZA
8	2661	30/12/2013	201401	Studio ginecologico Ettore Busatta s.a.s.	Viale Camisano, 56	VICENZA
8	2662	30/12/2013	201602	Dott. Salvatore Londei	Via G.G. Trissino, 93	VICENZA
8	2664	30/12/2013	201601	Dr. Cassin Enrico	Via G.G. Trissino, 93	VICENZA
8	2699	29/12/2014	201402	SE.FA.MO. s.r.l.	Stradella dei Cappuccini, 49	VICENZA
8	2695	30/12/2013	202101	C.D.V. - Centro Diagnostico Veneto s.r.l.	Via Sette, 56	CALDOGNO (VI)
8	2706	30/12/2013	202201	C.T.R. s.n.c. di Gobbi Giovanna & C.	Via Vecchia Ferriera, 3	VICENZA
8	2752	30/12/2013	201201	Studio dentistico Dr. Giaretta Renzo srl	Via Canove, 4/a	S. MARIA DI CAMISANO VICENTINO (VI)
8	2711	29/12/2014	200900	Fondazione Malattie Rare "Mauro Baschiroto" B.I.R.D. onlus	Via B. Bizio, 1	COSTOZZA DI LONGARE (VI)
8	2708	29/12/2014	200079	Centro Archimede - Associazione Servizi Sociali e Sicurezza per Padova ASSP	Via Italia Unita, 1	TORRI DI QUARTESOLO (VI)
2	2766	30/12/2013	244060	Blue Medical Center s.r.l.	Via Nazionale 44	GODEGA DI SANT'URBANO (TV)
2	615	29/04/2014	244026	Istituto di medicina dello sport e dell'attività motoria s.r.l.	Via L. De Nadai, 4/13	VITTORIO VENETO (TV)
2	1685	15/09/2014	280911	Centro Medico di Fisioterapia s.r.l.	Viale Europa, 34	Castelfranco Veneto (TV)
2	2496	20/12/2013	280801	Dott.ssa Laura Medici	Via Francia, 35/A	CASTELFRANCO VENETO (TV)
2	2463	20/12/2013	280901	Centro Diagnostico Castellano s.r.l.	Piazza Europa Unita, 76	CASTELFRANCO VENETO (TV)
2	2461	20/12/2013	321601	Centro di Fisiokinesiterapia s.r.l.	Viale Brigata Marche, 2	TREVISIO

ALLEGATOF alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 3/11

2	2461	20/12/2013	323704	Centro di Fisiokinesiterapia s.r.l. Unimedica	Via Roma, 91/g	MOGLIANO VENETO (TV)
2	2474	20/12/2013	321501	Laboratorio Bios s.r.l. del Giuseppe Martorana	Viale Ninio Bixio, 21	TREVISIO
2	2092	30/12/2015		Codess Sanità s.r.l.	Via Vazzole, 5	VILLORBA (TV)
2	2698	30/12/2013	321301	Società Centro di Radiologia s.r.l.	Zenson di Piave 11	TREVISIO
2	2758	30/12/2013	321001	Studio della dr.ssa Grazia Biscaro	Via L. Pastro, 108	VILLORBA (TV)
2	2764	30/12/2013	323705	Salute e Cultura s.r.l.	via Borin, 48	TREVISIO
2	2697	29/12/2014	323701	Alberto Locarno s.r.l.	Via Sarajevo, 8/4	PONTE DI PIAVE
2	2697	29/12/2014	323703	Alberto Locarno s.r.l.	Via Ciro Menotti, 5	MOGLIANO VENETO (TV)
2	2697	29/12/2014	321701	Alberto Locarno s.r.l.	Piazza G. Matteotti, 9	TREVISIO
2	38	20/01/2015	321401	Studio Radiologico di Mogliano Veneto s.a.s. di Giampiero Quercia & c.	Via Don Bosco, 31/A	MOGLIANO VENETO (TV)
4	2461	20/12/2013	361401	Centro di Fisiokinesiterapia s.r.l.	Via Aquileia, 217	JESOLO LIDO (VE)
4	2494	20/12/2013	361001	Studio Cardiologico del Dr. Schio Gian Francesco e C. s.a.s.	Via Carozzani, 14	SAN DONA' DI PIAVE (VE)
4	2767	30/12/2013	363761	Centro Medico San Biagio s.r.l.	Viale del Commercio, 69-4	FOSSALTA DI PORTOGRUARO (VE)
4	1021	04/08/2015	361101	Poliambulatorio Caorlese s.r.l.	Via Strada Nuova, 24	Caorle (VE)
3	2446	20/12/2013	440501	Ambulatorio Medico Odontoiatrico Dr. Licata s.r.l.	Piazza Mercato, 43	MARGHERA - VENEZIA
3	2447	20/12/2013	441001	Antica Scuola dei Battuti	Via Spalti, 1	MESTRE – VENEZIA
3	2449	20/12/2013	401401	Istituto Sherman s.r.l.	San Marco, 5369/A	VENEZIA
3	2449	20/12/2013	441401	Istituto Sherman s.r.l.	Via G. Carrer, 233	MESTRE – VENEZIA
3	2449	20/12/2013	445376	Istituto Sherman s.r.l.	Via Volpato, 2/4	QUARTO D'ALTINO (VE)
3	2450	20/12/2013	441201	Essepienne S.p.A. Centro di Fisiocinesiterapia AntalgiK	Via Poerio, 16-18	MESTRE – VENEZIA
3	2452	20/12/2013	445422	Fondazione Banca degli Occhi del Veneto onlus	Via Paccagnella, 11	ZELARINO - VENEZIA

ALLEGATOF alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 4/11

3	2462	20/12/2013	441101	Centro di Medicina s.r.l.	Viale Ancona 5	MESTRE – VENEZIA
3	2475	20/12/2013	441701	Laboratorio Munari s.r.l.	Via A. Costa, 19/B	MESTRE – VENEZIA
3	2528	20/12/2013	441901	O.T.I. Service s.r.l.	Via delle Macchine, 51/3	MARGHERA - VENEZIA
3	2670	30/12/2013	440801	A.R.C. s.r.l.	Via A. da Mestre, 19	MESTRE – VENEZIA
4	2673	30/12/2013	445310	Istituto Sherman B s.r.l.	Via Treportina, 30	CAVALLINO - TREPORTI (VE)
3	2704	30/12/2013	401601	Centro Tomasini Ongaro s.a.s.	Viale S.M. Elisabetta, 2/F	LIDO DI VENEZIA (VE)
3	2712	30/12/2013	445353	Istituto Piave s.r.l.	Via Piave, 37	MESTRE – VENEZIA
3	2748	30/12/2013	440601	Dr.ssa Richieri Margherita	Via Roma, 93/c	QUARTO D'ALTINO (VE)
3	2763	30/12/2013	441501	Analisi Mediche Pavanello s.r.l.	Via Paolucci, 36	MARGHERA - VENEZIA
3	1342	28/07/2014	445433	Fisiosport Terraglio s.r.l.	Via A. Pennello, 5	MESTRE – VENEZIA
3	141	05/06/2015	441102	Fleming B s.r.l.	Viale Garibaldi, 50/C	MESTRE (VE)
3	2450	20/12/2013	481301	Essepiente S.p.A. Centro Antalgik	Via Cavin di Sala, 20	MIRANO (VE)
3	2450	20/12/2013	481401	Essepiente S.p.A San Benedetto	Via Venezia, 80	SCORZE' (VE)
3	2453	20/12/2013	481201	3C Centro Chimico Clinico s.r.l.	Via Roma, 230	SPINEA (VE)
3	2464	20/12/2013	481101	CEAM Centro esami analisi mediche di Guzzo Vincenzo & C. s.n.c.	Via Moglianese 44/d	SCORZE' (VE)
3	2478	20/12/2013	485007	Promozione Salute s.r.l.	Via Pozzuoli, 17/D	SPINEA (VE)
3	2479	20/12/2013	481001	Radiologia Diagnostica s.a.s. del Dr. P. Zabeo & C.	Via Guolo, 15 int. 19/A	DOLO (VE)
3	2483	20/12/2013	481601	Studio Fisioterapico Riviera s.r.l.	Piazza S.Nicolò, 11/2	MIRA (VE)
3	2506	20/12/2013	480601	Studio professionale di oculistica Linzi dr. Sergio	Via Roma, 225	SPINEA (VE)
3	2763	30/12/2013	481501	Analisi Mediche Pavanello s.r.l.	Via Garibaldi,52	DOLO (VE)
3	2677	20/12/2013	521401	Data Medica Padova s.p.a. DMP s.p.a.	Campo Marconi, 24	CHIOGGIA (VE)
3	2501	20/12/2013	521001	Studio odontoiatrico Dott. Lucio Vianello	Viale Verona, 3/A	CHIOGGIA (VE)
3	2503	20/12/2013	520701	Studio odontoiatrico Dott. Oselladore Roberto	Calle Fattorini, 271	CHIOGGIA (VE)

ALLEGATOF alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 5/11

3	2652	30/12/2013	521301	Veneta Clodiense - Mutua Pescatori Società Cooperativa	Rione S. Giacomo, 629	CHIOGGIA (VE)
3	2665	30/12/2013	520801	Dr. Gianfranco. Boscolo "Anzoletti"	Viale Venezia, 18/A	CHIOGGIA (VE)
3	2721	30/12/2013	521201	Poliambulatorio Vespucci s.r.l.	Viale A. Vespucci, 135/136	CHIOGGIA (VE)
3	2732	30/12/2013	521101	Studio San Giacomo s.a.s. di Baraldo Gigliola e C.	Via Saloni, 102	CHIOGGIA (VE)
6	2709	29/12/2014	563071	Ambulatorio odontoiatrico Io sorrido s.r.l.	Via G. Marconi, 12	Borgoricco (PD)
6	2671	30/12/2013	560701	dr. Francesco Simioni	Ca' Dai Pase 45/b	CITTADELLA (PD)
6	2716	30/12/2013	561303	PNG Service srl	via Primo Maggio 27	CITTADELLA (PD)
6	2726	30/12/2013	561301	Selab s.r.l.	Via G. Marconi, 30	PIOMBINO DESE (PD)
6	2729	30/12/2013	561202	Studio Dr. Costa srl	Via Col di Lana, 4	VIGONZA (PD)
6	2730	30/12/2013	560602	Studio Medico Odontoiatrico di Traverso Girolamo e Matteo snc	Via Trieste, 28	CITTADELLA (PD)
6	2753	30/12/2013	561001	Studio dermatologico del dr. Giovanni Rizza	Via Diaz 154	VIGONZA (PD)
6	2757	30/12/2013	560901	Studio di otorinolaringoiatria del dott. Stefano Parolini	Via Diaz 154	PERAROLO DI VIGONZA (PD)
6	2769	30/12/2013	561302	Chinesi s.r.l.	Via Borgo Padova 106/2	Camposampiero (PD)
6	2440	20/12/2013	600904	Poliambulatorio Arcella s.r.l.	Via T. Aspetti, 106	PADOVA
6	2441	20/12/2013	606401	Dott. Alberto Chiesa	Via T. Aspetti, 9	PADOVA
6	2442	20/12/2013	602201	Dott. Dario Festa	Via Tirana 8	PADOVA
6	2443	20/12/2013	603301	Dr. Federico Marmo	Via San Mauro, 34	MONTEGROTTO TERME (PD)
6	2445	20/12/2013	607501	Poliambulatorio Medico S. Giustina s.r.l.	Via A. Cavalletto, 1	PADOVA
6	2451	20/12/2013	608102	Fisiomed-RS25 s.r.l.	Via Felice Cavallotti, 61	PADOVA
6	2456	20/12/2013	611129	Ambulatorio san Massimo srl	Via S. Massimo, 19	PADOVA
6	2457	20/12/2013	611201	Artemisia Medica srl	Via Don Scapin n. 36	PONTE SAN NICOLO' (PD)

ALLEGATOF alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 6/11

6	2467	20/12/2013	609301	Centro Radiologico e Fisioterapico SS. Trinità di Quaranta Maria Giovanna & c. s.a.s.	Via T. Minio, 42/A	PADOVA
6	2470	20/12/2013	609401	Di Bello Studi Radiologici s.r.l.	Via Roma, 4	RUBANO (PD)
6	2480	20/12/2013	608602	Radiologia Specialistica Prof. Stelio Vio s.a.s.	Via Belludi, 3	PADOVA
6	2482	20/12/2013	607301	Static Centro Chiroterapeutico di Padova s.r.l.	Via Pellizzo, 3	PADOVA
6	2498	20/12/2013	611236	Ecomedica s.r.l.	Via S. Biagio, 8	PADOVA
6	2499	20/12/2013	611235	Poliambulatorio Elysium srl	Via S. G. Barbarivo 9	ALBIGNASEGO (PD)
6	2500	20/12/2013	603201	Studio oculistico Dott. Fabrizio Filippi	Piazza De Gasperi, 32/b	PADOVA
6	2507	20/12/2013	606101	Studio specialistico odontoiatrico Dott. Mauro Selvatico	Via S. Salvatore, 37	PADOVA
6	2527	20/12/2013	610501	ATIP Associazione Tecnici Iperbarici del Club Sommozzatori di Padova	Via A. Cornaro, 1	PADOVA
6	2641	30/12/2013	611149	Dr.ssa Bordin dr.ssa Anna srl	Via Marconi, 79	PONTE SAN NICOLO' (PD)
6	2642	30/12/2013	609101	Euganea Medica s.r.l.	Via C. Colombo, 13	ALBIGNASEGO (PD)
6	2643	30/12/2013	608801	Laboratorio Pennelli s.r.l.	Via S. Biagio, 74	PADOVA
6	2644	30/12/2013	611133	Lunardon Dermo-Dental Laser di Lunardon Lorenzo & C. sas	Via Gattamelata, 2	PADOVA
6	2645	30/12/2013	607401	Optimedica s.r.l.	Via Marco Polo, 3	PADOVA
6	2646	30/12/2013	609501	Radiologia Clinica s.r.l.	Via Cadorna, 19	PADOVA
6	2648	30/12/2013	606201	Studio dentistico dott. Squillace Francesco	Via Gattamelata, 39/bis	PADOVA
6	2649	30/12/2013	611204	Studio dr. Scek Nur Negiat s.r.l.	Via Padova, 61/A	SELVAZZANO DENTRO (PD)
6	2653	30/12/2013	611199	Centro Dentale Eremitani srl	Via G Gozzi, 2/G	PADOVA
6	2654	30/12/2013	601200	Centro Dentale Padova srl	Via T. Aspetti, 105/A	PADOVA
6	2658	30/12/2013	601402	Dott. Baraldo Benito	Via s. G. Barbarigo, 41	PADOVA

ALLEGATOF alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 7/11

6	2659	30/12/2013	602803	Dott. Bruno Canciani	Piazza Conciapelli, 20	PADOVA
6	2660	30/12/2013	602202	Dott. Diego Micochero	Corso del Popolo, 21	PADOVA
6	2664	30/12/2013	603002	Dr. Cassin Enrico	Piazza Conciapelli, 20 c/o Centro Medico Valentini	PADOVA
6	2666	30/12/2013	611152	Laboratorio Biotests s.r.l.	Via Crociata, 3	PIOVE DI SACCO (PD)
6	2672	30/12/2013	610101	Istituto Diagnostico Antoniano S.p.A.	Via Cavazzana, 39 2/4	PADOVA
6	2674	30/12/2013	611203	Clinika srl	via Sorio, 12	PADOVA
6	2676	30/12/2013	611148	C.S.S. di Emilia De Simone e C. s.a.s.	Via Verdi, 3	ABANO TERME (PD)
6	2677	30/12/2013	607201	Gruppo Data Medica Padova spa DMP	Via Zanchi, 89	PADOVA
6	2678	30/12/2013	600901	Dr.ssa Alessandra De Rossi	Piazza Conciapelli, 20	PADOVA
6	2679	30/12/2013	602901	Dr.ssa Francesca Bortolan	Via Manzoni, 84	PADOVA
6	2680	30/12/2013	602802	Dr.ssa Oriana Predebon	Piazza Conciapelli, 20	PADOVA
6	2683	30/12/2013	610201	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - sez. Padova onlus	Via Giorgione, 26	ALBIGNASEGO (PD)
6	2684	30/12/2013	611100	Poliodontomedica Milano s.r.l.	Corso Milano, 32	PADOVA
6	2685	30/12/2013	611185	Centro Dentale Conselvano srl	Via Conselvana, 107	MASERA' (PD)
6	2686	30/12/2013	607601	Fisioterapia Medica Studi e Ricerche s.r.l.	Via Cavallotti, 15	PADOVA
6	2687	30/12/2013	608301	Laboratorio di Analisi Citotest s.r.l.	Via della Provvidenza, 202	SARMEOLA di RUBANO (PD)
6	2689	30/12/2013	611153	Uni X Medica s.r.l.	Piazza Dossetti, 1	PIOVE DI SACCO (PD)
6	2694	30/12/2013	611107	Arcella Analisi Mediche Biolab s.r.l.	Via dei Colli 202	PADOVA
6	2697	30/12/2013	608401	Centro Biomedico Termale s.r.l.	Via A. Volta, 51	ABANO TERME (PD)
6	2703	30/12/2013	605802	Centro Medico Valentini s.r.l.	Piazza Conciapelli, 20	PADOVA
6	2705	30/12/2013	611186	Clinica ortopedica MDG s.r.l.	Via Magenta, 15	PADOVA
6	2707	30/12/2013	611187	Dermatologia Leopoldo Belluco di Leopoldo Belluco & C. sas	Via T. Aspetti, 106	PADOVA
6	2713	30/12/2013	601201	Istituto Soncin s.a.s.	Via dei Soncin, 34	PADOVA
6	2718	30/12/2013	611202	Poliambulatorio Medico san Francesco s.r.l.	Via S. Francesco, 32	LIMENA (PD)

ALLEGATOF alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 8/11

6	2722	30/12/2013	611147	Polistudio Chiara S.r.l.	Via Torino, 8	SELVAZZANO DENTRO (PD)
6	2725	30/12/2013	611205	San Luca s.r.l.	Via Martiri della Libertà, 4	PADOVA
6	2727	30/12/2013	605001	Studio dentistico Dr. Sandro Venuleo e dr.ssa Caterina Venuleo s.r.l.	Passaggio Corner Piscopia, 10	PADOVA
6	2728	30/12/2013	609801	Studio di Radiologia Diagnostica s.r.l.	Via dei Colli 202	PADOVA
6	2731	30/12/2013	607901	Studio Medico Serena s.r.l.	Via G. F. D'Acquapendente, 4/A	PADOVA
6	2749	30/12/2013	604201	Studio del dr. Francesco Fabro	Via Ugo Foscolo, 10	PADOVA
6	2750	30/12/2013	604601	Studio dentistico Dott. Adriano Mincato	Via Palermo, 21	PADOVA
6	2757	30/12/2013	605801	Studio di otorinolaringoiatria del dott. Stefano Parolini	Piazza Conciapelli, 20 c/o Centro Medico Valentini	PADOVA
6	2759	30/12/2013	603001	Studio oculistico dr.ssa Raffaella Corradini	Via dell'Ippodromo, 62/B Via Scrovegni 10	PADOVA
6	2760	30/12/2013	603901	Studio odontoiatrico Dott. Angelo Cavallo	Via Gramsci, 84	CADONEGHE (PD)
6	2761	30/12/2013	603801	Studio odontoiatrico Dott. Michele Benelle	Via Piovese, 176	PADOVA
6	2762	30/12/2013	603501	Studio professionale Dr. Fabrizio Ricci	Via Primo Maggio, 19	ABANO TERME (PD)
6	2763	30/12/2013	601802	Analisi Mediche Pavanello s.r.l. già Cardiologia Clinica s.n.c.	Via Bravi, 51	PADOVA
6	2763	30/12/2013	607102	Analisi Mediche Pavanello s.r.l.	Via Alfieri, 13	PADOVA
6	2763	30/12/2013	610701	Analisi Mediche Pavanello s.r.l.	Via Barbarigo, 9/b	ALBIGNASEGO (PD)
6	2763	30/12/2013	611146	Analisi Mediche Pavanello s.r.l.	Via Scrovegni 10	PADOVA

ALLEGATOF alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 9/11

6	2710	30/12/2013	604902	Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione srl Centro Fisioterapico Padovano	Via A. Gramsci 9	CADONEGHE (PD)
6	2710	30/12/2013	611112	Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione srl Centro Medico Fisioguizza	Via Santa Maria Assunta, 31	PADOVA
6	2711	30/12/2013	607103	Imed srl Centro Radiologico Guizza	Via Alfieri, 13	PADOVA
6	2663	30/12/2013	611232	Amb. Oculistico Guizza della IMED s.r.l. già Silvio Ferrante	Via Alfieri, 13	PADOVA
6	2711	30/12/2013	610601	Imed srl Poliambulatorio Guizza	Via Alfieri, 19	PADOVA
6	2711	30/12/2013	607101	Imed srl Poliambulatorio Padova Medica	Via Alfieri, 13	PADOVA
6	2710	30/12/2013	609601	Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione srl Radiologia Scrovegni	Via A. Gramsci 9	CADONEGHE (PD)
6	2724	30/12/2013		RDI Rete Diagnostica Italiana s.r.l.	Via del Santo, 147	LIMENA (PD)
6	617	29/04/2014	601602	Medica s.r.l.	Via Bosco Papadopoli, 4/1	PADOVA
6	1685	15/09/2014	607801	Centro Medico di Fisioterapia s.r.l	Via degli Scrovegni, 2/A	PADOVA
6	1685	15/09/2014	611150	Centro Medico di Fisioterapia s.r.l.	Via dei Colli, 202	PADOVA
6	2710	29/12/2014	611233	Research & Innovation s.r.l.	Corso Stati Uniti, 4/f	PADOVA
6	201	24/02/2015	610955	Opera della Provvidenza sant'Antonio	via della Provvidenza,68	RUBANO (PD)
6	2444	20/12/2013	640801	Dr. Giovanni Gasparetto	Via Nazionale, 154	STANGHELLA (PD)
6	2465	20/12/2013	642070	Centro Fisioterapico Ortore s.r.l.	Viale Fiume, 87	ESTE (PD)
6	2693	30/12/2013	641201	Antares s.r.l.	Via I. Alessi, 40	ESTE (PD)

ALLEGATO F alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 10/11

6	2707	30/12/2013	640701	Dermatologia Leopoldo Belluco di Leopoldo Belluco & C. s.a.s.	Via Trento Trieste, 10	MONSELICE (PD)
6	2733	30/12/2013	641401	Terme di Battaglia s.r.l.	Via F. Petrarca, 11	BATTAGLIA TERME (PD)
6	2755	30/12/2013	640901	Studio Dott. Enzo Scibetta	Via Mascagni, 6	CONSELVE (PD)
6	2768	30/12/2013	641501	Iniziativa Medica S.p.A.	Via Rialto, 14	MONSELICE (PD)
6	DDR 161	25/06/2015	641301	Emolab s.a.s. di Emolab s.r.l.	Piazzetta San Francesco, 3/4	CONSELVE (PD)
5	2502	20/12/2013	681601	Studio odontoiatrico Dott. Roberto Caldiron	Via Malipiero, 1/C	ROVIGO
5	2504	20/12/2013	681501	Studio odontoiatrico Dott. Chiorboli Tito	Via Sacro Cuore, 7	ROVIGO
5	2669	30/12/2013	681801	Centro Attività Motorie s.r.l.	Via E. Fuà Fusinato, 33/B	ROVIGO
5	282	10/03/2015	681702	Centro Medico Polesano s.r.l.	Via O. Scavazza, 1769/C	GIACCIANO CON BARUCHELLA (RO)
5	2702	30/12/2013	681701	Centro Medico s.r.l.	Viale della Pace, 81/A	ROVIGO
5	283	10/03/2015	681401	Rovigo Medica spa	via Luigi Einaudi 80/82	ROVIGO
9	2455	20/12/2013	762301	Ambulatorio Medico Dentistico Dr. Righi Alberto s.r.l.	Viale Repubblica, 49	VERONA
9	2640	30/12/2013	763701	Analisi Cliniche Gallieno s.r.l.	Via G.C. Abba, 12/A	VERONA
9	2647	30/12/2013	763301	Static Centro Chiroterapeutico di Verona s.r.l.	Via Albere, 21	VERONA
9	2650	30/12/2013	762801	Studio odontoiatrico dott.Gatti Renato	Via Redipuglia, 16/18	VERONA
9	2651	30/12/2013	762701	Studio odontoiatrico dott.ssa Barca Loredana (3)	Via Capodistria, 2	VERONA
9	2655	30/12/2013	763501	Centro Diagnostico Exacta s.r.l.	Vicolo Chiodo, 8	VERONA
9	2667	30/12/2013	764201	Laboratorio Analisi San Martino s.n.c.	Via Genova, 2/C	SAN MARTINO BUON ALBERGO (VR)
9	2681	30/12/2013	768154	Centro Fisioterapico san Camillo della	Via G. Trezza, 15	VERONA

ALLEGATOF alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 11/11

				Fondazione Opera San Camillo		
9	2682	30/12/2013	763901	Laboratorio Analisi Cliniche San Marco s.r.l.	Via dei Mille, 7/b	VERONA
9	2688	30/12/2013	768107	Tecnomed Verona s.r.l.	Via Seghe San Tomaso, 17	VERONA
9	2691	30/12/2013	763801	Analisi Cliniche Borgo Milano s.r.l.	Via G. Spaziani, 37	VERONA
9	2692	30/12/2013	763401	Analisi Mediche Dr. Cazzarolli s.a.s.di Cazzarolli dr. Giovanni	Stradone S. Fermo, 23	VERONA
9	2696	30/12/2013	763601	Centro A. Fleming s.r.l.	Via A. Doria, 16/A	VERONA
9	2699	30/12/2013	765102	Centro Medico Cangrande srl	Via Puglie 24	VERONA
9	2714	30/12/2013	764101	Laboratorio Analisi A. Sabin s.r.l.	Via Colonnello Fincato, 32	VERONA
9	2719	30/12/2013	768193	Poliambulatorio Odontoiatrico e Protesico s.n.c. Dr. Antonino Patti dott.ssa Diana Geraci e dr. Diego Geraci	Via Madonnina, 1/B	SAN GIOVANNI LUPATOTO (VR)
9	2723	30/12/2013	764401	Prof. A. Squassabia Radiologia e Terapia Fisica sas di Squassabia Prof. Antonio & C.	Via Interrato Acquamorta, 50	VERONA
9	2754	30/12/2013	761901	Studio di fisiochinesi terapia Dott. Biancardi Gianfranco	Via Colonnello Fasoli, 1	VERONA
9	2756	30/12/2013	762601	Studio Dott. Giovanni Bevilacqua	Via Piave, 72	RIZZA DI CASTEL D'AZZANO (VR)
9	1178	08/07/2014	768196	Istituto Fortunata Gresner	Via A. Provolo, 18	VERONA
9	614	29/04/2010	768165	Istituto di medicina dello sport	Quirico Filopanti, 3	VERONA
9	351	25/03/2014	801201	Synlab Veneto s.r.l.	Via M. K. Ghandi, 3/A	CEREA (VR)
9	2508	20/12/2013	842214	Istituto Iperbarico S.p.A.	Via Francia, 35	VILLAFRANCA (VR)
9	2715	30/12/2013	841901	Laboratorio Villafranca s.n.c.	Via A. Messedaglia, 101	VILLAFRANCA (VR)
9	2751	30/12/2013	845275	Studio dentistico Dott. Massimo Pinelli	Corso Garibaldi, 10	VIGASIO (VR)



ALLEGATOG alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 1/2

PIANI DI ZONA, REGISTRO UNICO DELLA RESIDENZIALITA' IN AREA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E IN AREA DISABILITA', IMPEGNATIVE DI CURA DOMICILIARE

Piani di Zona

Preso atto che con DGR n. 1841 del 9 dicembre 2015 è stata prorogata la validità dei Piani di zona dei Servizi Sociali e Socio-sanitari 2011/2015 fino al 31 dicembre 2016.

Considerata l'intervenuta adozione della L.R. n. 19 del 25 ottobre 2016, che ha previsto l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende Ulss a decorrere dal 1° gennaio 2017, nelle more dell'adozione dei conseguenti atti di riorganizzazione e di programmazione aziendale, si rende opportuno e necessario prorogare al 31.12.2018 gli effetti della DGR 1841 del 19 dicembre 2015, fermo restando per i Comitati dei Sindaci di Distretto di cui all'art. 26, comma 4 della L.R. n. 19/2016 l'obbligo della ripianificazione annuale da approvare e trasmettere alla Conferenza dei sindaci di cui all'art. 26 c. 2 della L.R. n. 19/2016 che provvederà alla armonizzazione ed all'invio alla Regione, Direzione Servizi Sociali entro il 31 luglio di ogni anno.

La relazione valutativa del Piano di Zona riferita all'anno 2016 è approvata dal Comitato dei sindaci di distretto e trasmessa alla Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Ulss per l'armonizzazione e per l'invio alla Regione, Direzione Servizi Sociali entro il 30.11.2017.

La relazione valutativa in questa fase di riorganizzazione e programmazione territoriale rappresenta lo strumento di informazione e condivisione della pianificazione attuata nei diversi territori e quindi la base necessaria per l'armonizzazione della programmazione nel nuovo contesto individuato dalla L.R. n. 19/2016. In tale ambito dovranno altresì essere reconsiderati i previsti regolamenti integrativi aziendali e altre disposizioni vigenti alla data del 31.12.2016 in materia di Non autosufficienza, Anziani e Disabili.

Registro Unico della Residenzialità in area Anziani non autosufficienti e in area Disabilità

Con riferimento all'assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone anziane non autosufficienti le impegnative vengono attribuite, gestite e monitorate attraverso le graduatorie del Registro Unico della Residenzialità istituito e regolamentato presso ciascuna Azienda ULSS secondo le specifiche definite a livello regionale con DGR 13/12/2002 n. 3632 e s.m.i., in cui il principio di libera scelta del cittadino rispetto al centro servizi accreditato, come definito dalla DGR 464/2007 e s.m.i., rappresenta il criterio guida nell'allocazione delle medesime impegnative. Analogamente, con riferimento all'assistenza residenziale e semiresidenziale per le persone con disabilità, come disciplinata dalla DGR 13/06/2006 n. 1859 (Allegato A, paragrafo F.3) sono stati predisposti, a livello aziendale, attraverso il Piano Locale della Disabilità, i regolamenti per l'accesso ai servizi.

Nella prospettiva delle nuove Aziende ULSS, i predetti regolamenti dovranno essere reconsiderati al fine di pervenire all'approvazione di un regolamento unico aziendale; le nuove aziende dovranno altresì provvedere con i necessari interventi volti ad uniformare le relative procedure informatiche e gli atti negoziali con le strutture.

Nelle more di tali adempimenti e nel rispetto della libera scelta del cittadino, le nuove Aziende ULSS, con riferimento agli ambiti territoriali relativi ai distretti di cui all'art. 26 della L.R. 25/10/2016, n. 19, che si ricorda corrispondono agli ambiti delle attuali Aziende ULSS, continueranno ad applicare i regolamenti e le altre disposizioni in materia per essi vigenti alla data del 31/12/2016.

Impegnative di cura domiciliare

ALLEGATOG alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/2

Con riferimento all'assistenza domiciliare in ambito socio-sanitario la Regione del Veneto è intervenuta, con DGR 30/7/2013, n. 1338, istituendo l'impegnativa di cura domiciliare (ICD). Nella gestione delle graduatorie per l'attribuzione delle ICD le Aziende ULSS si avvalgono di un supporto informatico unico a definito a livello regionale in modalità *web*. Nella prospettiva delle nuove Aziende ULSS, saranno uniformati, secondo successive disposizioni della Giunta regionale, gli eventuali criteri integrativi per la selezione dei beneficiari, e l'erogazione delle impegnative.

Nelle more di tale adempimento, le nuove Aziende ULSS, con riferimento agli ambiti territoriali relativi ai distretti di cui all'art. 26 della L.R. 25/10/2016, n. 19, continueranno ad applicare i criteri per essi vigenti alla data del 31/12/2016.

**ALLEGATOH alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016**

pag. 1/1

**VERIFICHE IN ORDINE AI REQUISITI PREVISTI DALLA L.R. 16/8/2002 N. 22 IN MATERIA DI
AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

Premesso che il comma 2 dell'art. 11 della L.R. 16/08/2002 n. 22 stabilisce che l'accertamento del possesso e verifica del mantenimento dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio sono effettuate dall'autorità competente al rilascio dell'autorizzazione stessa, che, a tal fine si avvale delle proprie strutture tecniche o dell'azienda unità locale socio sanitaria (ULSS) competente per territorio o di apposita struttura tecnica dell'Agenzia Regionale socio-sanitaria istituita con legge regionale 29 novembre 2001, n. 32.

Premesso che in attuazione di quanto previsto dalla L.R. 3 dicembre 2012, n. 46 di soppressione dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS), è stata adottata la DGR 5 luglio 2013 n. 1145 in base alla quale, tra altro, sono state assegnate alle Aziende Ulss le fasi di accertamento del possesso e verifica del mantenimento dei requisiti previste nell'ambito dei procedimenti attuativi della L.R. 16 agosto 2002, n. 22 valevoli al fine dell'accREDITamento delle seguenti strutture che erogano:

- prestazioni sanitarie in regime di ricovero ospedaliero;
- prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale;
- prestazioni sanitarie in regime residenziale extraospedaliero con caratteristiche di temporaneità (hospice, ospedali di comunità, unità di riabilitazione territoriale);
- prestazioni socio-sanitarie in regime residenziale extraospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno di carattere estensivo od intensivo per il tramite di Unità di Offerta per persone anziane non autosufficienti, per persone con disabilità, dipendenti da sostanze di abuso, stati vegetativi permanenti, alta protezione alzheimer, minori(Comunità educativa-riabilitativa per minori e adolescenti), consultori familiari privati;
- servizi territoriali ed ospedalieri della Salute Mentale;
- trasporto con ambulanza e trasporto e soccorso con ambulanza.

Considerato che con DGR n. 2694 del 29 dicembre 2014 la predetta delega di funzioni alle Aziende Ulss è stata prorogata fino al 31 dicembre 2016 e che a norma dell'art. 2, comma 1, lett. g), n. 7, della recente L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 *"la gestione di attività tecnico-specialistiche per il sistema e per gli enti del servizio Sanitario Regionale quali...l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio sanitarie"* è stata nuovamente delegata all'istituendo ente di governance della sanità veneta denominato "Azienda Zero", si ritiene opportuno, nelle more della fase di implementazione dell'operatività della medesima Azienda Zero, mantenere in capo alle Aziende Ulss le funzioni individuate dalla DGR n. 1145/2013 e s.m. e i. fino all'espletamento della riorganizzazione delle funzioni disposta dalla L.R. n.19/2016.

In virtù della ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS di cui all'art.14 della legge 19/2016 e ai sensi dell'art.15 della stessa, la Giunta Regionale provvede ad una riorganizzazione strutturale e funzionale dei servizi sanitarie e sociosanitari della Regione Veneto.

In attesa, quindi, della definizione del nuovo modello di sanità veneta secondo i fini previsti dall'art.15 della L. R. n. 22/2002 si sospende l'accREDITamento di nuovi soggetti a tutto il 2017. Altresì la Giunta può autorizzare il trasferimento di sede degli erogatori privati accREDITati per la specialistica ambulatoriale, da una Azienda Ulss ad un'altra, previa acquisizione del parere dei Direttori Generale delle Aziende Sanitarie interessate e del parere della C.R.I.T.E., senza oneri aggiuntivi di budget e nell'ambito della medesima branca specialistica, in zone carenti al fine di favorire una migliore fruibilità da parte dei cittadini.

**ALLEGATOI alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016**

pag. 1/2

GESTIONE SINISTRI E RISCHIO CLINICO

La raccolta dei dati ad oggi disponibili ha consentito l'analisi dei diversi fattori che caratterizzano gli eventi avversi / sinistri in tutta l'area regionale, evidenziando il raggiungimento degli obiettivi individuati con la DGRV 573/2011 relativi alla omogeneizzazione delle procedure di gestione dei sinistri, contestualmente al progressivo abbandono delle prassi di esternalizzazione del servizio (*loss adjuster*) e al potenziamento delle risorse interne, mediante formazione e tutoraggio, peraltro ancora in corso nelle diverse aree.

Si è rilevato il perfezionarsi della metodica di gestione diretta dei sinistri, dall'istruttoria alla liquidazione del danno, con una maggiore consapevolezza da parte delle aziende delle criticità delle strutture, evincibili dall'analisi degli eventi e dei percorsi assistenziali; oltre a ciò, dall'applicazione del modello è esitato un più completo controllo dei costi connessi alla liquidazione dei sinistri e al costo rischi e oneri a bilancio.

Inoltre, la trattazione multidisciplinare degli eventi/ sinistri, attraverso l'analisi congiunta da parte di professionalità giuridiche, medico legale e di rischio clinico, ha permesso di conoscere e valorizzare, da un punto di vista procedurale ed economico, ogni circostanza di rischio organizzativo oltre che clinico, fornendo, in tal senso, un ulteriore supporto tecnico agli uffici legali e assicurativi.

Al fine di agevolare detta uniformità procedurale, lo scambio documentale protetto, nonché il monitoraggio delle attività connesse, gli uffici regionali preposti hanno provveduto alla reingegnerizzazione del gestionale informatico di gestione rischio clinico GRC, attualmente rinominato gestione sinistri e rischio clinico (GSRC), la cui ultima versione è stata rilasciata nell'aprile u.s.

Inoltre, l'aggiudicazione del servizio di copertura assicurativa dei danni catastrofali per RCT, con efficacia dal 1.1.2016 al 31.12.2018, ai è affiancato alla gestione diretta dei sinistri di valore entro i 500.000,00 euro da parte delle aziende. A tal proposito, per gli effetti della legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 in ordine alle fusioni per incorporazione delle Aziende sanitarie, si propone di prendere atto del pagamento del premio assicurativo, da parte delle neo costituite aziende, entro i termini contrattualmente previsti e per le quote di premio che saranno comunicate.

Pertanto, attesi gli esiti positivi emersi dai dati raccolti e sopra esposti, si propone di prendere atto della conclusione al 31.12.2016 della fase sperimentale del modello regionale di gestione dei sinistri e del rischio clinico, estesa a tutte le Aziende SSR, aggregate in 5 aree territoriali, con la DGRV 567/2015 e di confermare l'applicazione del precitato modello gestionale, le relative modalità operative, nonché l'affidamento ai 5 uffici sinistri provinciali e sovra provinciali, con l'intervento delle risorse medico legali e delle risorse dedicate alla gestione del rischio clinico, entrambe poste a supporto degli uffici legali nella trattazione dei sinistri e, soprattutto, per la prevenzione degli eventi e il contenimento del contenzioso.

Si propone, altresì, di incaricare l'U.O. Risorse strumentali di Area di proseguire nell'attività di coordinamento, supporto e monitoraggio delle attività aziendali di gestione sinistri e rischio clinico,

ALLEGATOI alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/2

e che tali attività siano da intendersi assegnate e implementate secondo gli adottandi atti in applicazione della Legge regionale n. 19 del 25.10.2016.

**ALLEGATOL alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016**

pag. 1/4

ATTIVITA' INERENTI L'ASSISTENZA FARMACEUTICA, INTEGRATIVA E PROTESICA E LA SPERIMENTAZIONE

Per effetto della intervenuta riforma del sistema sanitario regionale, efficace dal 1 gennaio del 2017, vengono ridisegnate responsabilità e funzioni svolte in ottemperanza di specifiche norme statali/convenzioni nazionali oggi attribuite alle attuali Aziende USSL e che dovranno essere pertanto poste in capo alle nuove 9 AUSSL. Ciò premesso e tenuto conto di quanto sotto riportato, ciascuna Azienda ULSS valuterà gli atti da assumere al fine di riorganizzare a partire dal 1 aprile 2017 le attività in essere rispetto ai nuovi ambiti territoriali. Sono in ogni caso fatte salve eventuali successive determinazioni di attribuzione di dette competenze all'Ente di Governance ("Azienda Zero").

Nelle more della riorganizzazione delle attività, al fine di garantirne in ogni caso la continuità, vengono prorogate fino al 31 marzo 2017 le funzioni di tutti gli organismi già in essere nonché dei referenti inerenti la materia e che per comodità di seguito si riportano.

Elenco delle attività

- 1) Visite ispettive/ attività di controllo
 - Farmacie (T.U.L.S.S. Regio decreto n. 1265/1934 – L.R. 78/1980)
 - Parafarmacie (art. 5 D.L. n. 223/2006 convertito con modificazioni dalla L. n. 248/2006 – DGR n. 1482/2013)
 - Magazzini all'ingrosso (D.Lgs n. 219/2006 e s.m.i. – DGR n. 2010/1993 – DDR n. 17/2016)
- 2) Procedure inerenti le funzioni di cui all'art. 14, L.R. n. 78/1980;
- 3) Vendita *on line* medicinali ad uso umano non soggetti a prescrizione medica (D.Lgs n. 219/2006 - DGR n. 57/2016);
- 4) DPC. Distribuzione da parte delle farmacie convenzionate dei farmaci di cui al prontuario della distribuzione diretta (P.H.T.) per conto delle Aziende ULSS (DPC) (DGR n. 739/2016).
In particolare per quanto riguarda il magazzino centralizzato DPC, le Aziende ULSS n. 4 Veneto Orientale e n. 7 Pedemontana si avvarranno rispettivamente dei magazzini dell'Azienda ULLS n. 3 Serenissima e n. 8 Berica.
- 5) Assistenza Integrativa Regionale – AIR. Applicazione della disciplina regionale in materia di Celiachia (L. n. 123/2006 e successivi decreti ministeriali attuativi - DDR n. 62/2011 – DGR n. 2712/2014 -). Per quanto riguarda i codici anonimi riferiti al paziente, il numero identificativo della AULSS rimane, nelle more della attivazione del progetto di dematerializzazione dei buoni, quello delle attuali Aziende Sanitarie ; Malattie metaboliche e insufficienza renale (DGR n. 2638/2013 – DGR n. 773/2014); Diabete (DGR n. 1067/2013 e s.m.i. e relativi provvedimenti attuativi)
- 6) Recupero/riutilizzo farmaci. Applicazione della disciplina regionale (L.R. n. 23/2011 – DGR n. 2311/2014);

ALLEGATOL alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/4

- 7) Farmacovigilanza. Applicazione della disciplina nazionale e regionale, ivi inclusa la nomina di un referente unico aziendale per la farmacovigilanza per Azienda ULSS (D.Lgs n. 219/2006 e s.m.i.; DM 30.4.2015);
- 8) Vigilanza sui dispositivi medici. Applicazione della disciplina regionale in materia di dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro (DGR n. 1409/2011), ivi inclusa la nomina del referente aziendale per la dispositivo vigilanza;
- 9) Commissione Tecnica Aziendale dei dispositivi medici (CTA – DM). Applicazione della disciplina regionale in materia (DGR n. 2700 del 29.12.2014) che prevede una CTA-DM per AULSS, fermo restando la possibilità di costituzione di una CTA-DM sovraziendale;
- 10) Commissione Terapeutica Aziendale farmaci (CTA). Applicazione della disciplina regionale in materia di DGR n. 952/2013), che prevede una CTA per AULSS, fermo restando la possibilità di costituzione di una CTA sovraziendale;
- 11) Sperimentazione clinica. Applicazione della disciplina regionale in materia di sperimentazione clinica (DGR n. 1066/2013- DGR n. 925/2015) che prevede l'istituzione di un NRC per Azienda ULSS;
- 12) Registri AIFA e recupero dei rimborsi: Con riferimento alle credenziali di accesso dei clinici/farmacisti ai registri AIFA, spetta al Direttore Sanitario della nuova AULSS comunicare alla Regione la richiesta di abilitazione. Viene posta in capo ad ogni UOC di Farmacia ospedaliera la responsabilità connessa al monitoraggio, sollecito chiusura schede e recupero dei rimborsi dovuti per i farmaci soggetti ad accordi negoziali (DGR n. 476/2011).
- 13) Registri di prescrizione regionali con riferimento alle credenziali di accesso dei clinici/farmacisti ai sistemi di prescrizione informatizzata regionale. Spetta al Direttore Sanitario della nuova AULSS comunicare alla Regione la richiesta di abilitazione, nelle more della gestione autonoma aziendale, informatizzata attraverso il portale CINECA;
- 14) Impiego di medicinali per indicazioni diverse da quelle autorizzate. Applicazione della disciplina regionale in materia di impiego di medicinali, nell'ambito del SSN, per indicazioni diverse da quelle autorizzate (DGR n. 685/2014). Viene posta in capo ad ogni UOC di Farmacia ospedaliera la responsabilità connessa al corretto funzionamento delle procedure connesse alla valutazione, autorizzazione e rendicontazione delle richieste di farmaci per utilizzo *off-label*, ivi compresa l'erogazione in situazioni di emergenza;
- 15) Nutrizione artificiale. Viene posta in capo alle nuove USSL la responsabilità della applicazione delle linee guida regionali di cui alla DGR n. 2634/1999;
- 16) Certificazione della qualità dei dati relativi ai flussi della spesa farmaceutica e ai dispositivi medici NSIS. Sono confermati gli attuali referenti (DDG Area Sanità e Sociale n.57/2016) dei predetti flussi nonché del flusso per l'assistenza protesica (Flusso AP) . Viene altresì confermato il Referente in materia di assistenza protesica.

ALLEGATOL alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 3/4

17) Assistenza protesica: applicazione della disciplina regionale inerente gli Erogatori di dispositivi medici in ambito di assistenza protesica compresi nell'elenco 1 DM 332/99 (DDR n. 1/2016; DDR n. 7/2017).

Alla luce delle indicazioni sopra riportate ciascuna Azienda ULSS valuterà gli atti da assumere al fine di riorganizzare le attività in essere rispetto ai nuovi ambiti territoriali, assicurando alle stesse la necessaria continuità.

Si precisa, a tal fine e in termini generali, che le attività in essere correlate ad adempimenti svolti dalle AULSS specificamente in applicazione di provvedimenti amministrativi regionali, quali nomine referenti/costituzione commissioni (CTA farmaci e CTA-DM)-NCR- etc., dovranno essere ridefinite entro il 31.3.2017.

Per quanto attiene, in particolare:

- il punto 1 – commissione ispettiva ex art. 16, LR n. 78/1980- si invitano le AULSS ad adottare l'atto aziendale di adeguamento alla LR n. 19/2016 quanto prima e comunque entro il medesimo termine del 31.3.2017;
- il punto 5 (DPC), si ribadisce il termine di cui al punto 3 del dispositivo di cui alla DGR n. 739/2016 che già stabiliva la centralizzazione delle procedure *“previste dalle vigenti Linee di indirizzo regionali in materia di DPC, ivi inclusa l'individuazione del Distributore Intermedio Capofila cui fare riferimento, a procedere su base provinciale in tal senso entro 6 mesi dall'entrata in vigore del nuovo Accordo”*, ovvero a decorrere dal 22.7.2016.

Limiti di costo per l'anno 2017

Al fine di rispettare i nuovi tetti fissati a livello nazionale per la spesa farmaceutica convenzionata e per la spesa farmaceutica per acquisti diretti, nonché il tetto per l'acquisto dei dispositivi medici, e garantire nel contempo la programmazione regionale nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo, con successivo Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale verranno determinati i limiti di costo per l'anno 2017 per le Aziende Sanitarie/Istituti del SSR sulla base dei seguenti criteri generali:

Assistenza farmaceutica convenzionata: consumi registrati nel 2016, risparmi ottenibili attraverso un maggior ricorso ai farmaci a brevetto scaduto, raggiungimento di obiettivi di appropriatezza prescrittiva da assegnarsi con provvedimento successivo, riferimento alle migliori performance registrate nel 2016.

Assistenza farmaceutica per acquisti diretti: risparmi ottenibili attraverso un maggior ricorso ai farmaci biosimilari e a brevetto scaduto, previsione di incrementi di spesa conseguenti alla introduzione di nuovi farmaci ad alto costo, riferimento alle migliori performance (costo medio per dimesso registrate per cluster omogenei di ospedali; costo medio per assistito della erogazione diretta e per conto); distribuzione sul territorio dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci ad alto costo.

Dispositivi medici: verranno utilizzati i medesimi criteri definiti nel 2016 e si terrà conto di intervenute modifiche nella programmazione regionale.

Assistenza integrativa: oltre che i criteri generali già utilizzati per il 2016 si terrà conto di intervenute variazioni concernenti le quantità massime erogabili e i prezzi di rimborso dei dispositivi per autocontrollo glicemico, nonché eventuali modifiche che interverranno nei nuovi LEA.

Assistenza protesica: oltre che il riferimento alle migliori performance registrate nel 2016 si terrà conto di eventuali modifiche che interverranno nei nuovi LEA.

Farmaci per l'epatite C: il limite di costo verrà assegnato alle Aziende Sanitarie coerentemente con la programmazione regionale dei trattamenti e dei costi delle terapie al netto degli importi relativi ai pay-back.

ALLEGATOL alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 4/4

File F: anche per l'anno 2017 si stabilisce di assegnare un tetto di spesa relativo al file F intra-regionale, che sarà definito nel medesimo Decreto del Direttore Generale.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura**ALLEGATOM alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016**

pag. 1/4

Hospice			
<i>Azienda Ulss dal 1.1.2017</i>	<i>Azienda Ulss al 31.12.2016</i>	<i>Hospice</i>	<i>Sede operativa struttura</i>
1 Dolomitica	1 Belluno	Casa tua due	Belluno
	2 Feltre	Le Vette	Feltre
2 Marca Trevigina	7 Pieve di Soligo	Casa Antica Fonte	Vittorio Veneto
	9 Treviso	Casa dei Gelsi	Treviso
3 Serenissima	12 Venezia	Centro Nazareth	Venezia -Zelarino
		Fatebenefratelli	Venezia
		Policlinico San Marco	Venezia-Mestre
4 Veneto Orientale	10 Veneto Orientale	G. Francescon	Portogruaro
		Centro Iris	S. Donà di Piave
5 Polesana	18 Rovigo	Casa del Vento Rosa	Lendinara
6 Euganea	15 Alta Padovana	Il Melograno	Camposampiero
		Casa del Carmine	Cittadella
	16 Padova	Paolo VI	Padova
		Casa S.Chiera	Padova
	17 Este	Hospice	Montagnana
7 Pedemontana	3 Bassano	Casa Gerosa	Bassano
	4 Alto Vicentino	Centro Residenziale Guido Negri	Thiene
8 Berica	6 Vicenza	Hospice	Vicenza
9 Scaligera	20 Verona	Hospice	Marzana- Verona
		Hospice	Cologna Veneta

ALLEGATOM alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/4

Ospedali di Comunità-ODC e Unità Riabilitative Territoriali-URT attivi al 31.12.16 con iter di accreditamento ex lr. n. 22/02 in itinere o concluso			
<i>Azienda Ulss dal 1.1.2017</i>	<i>Azienda Ulss al 31.12.2016</i>	<i>Tipologia struttura</i>	<i>Sede operativa struttura</i>
1 Dolomiti	1 Belluno	ODC	Auronzo di Cadore
		ODC	Agordo
	2 Feltre	ODC	Alano di Piave
2 Marca Trevigiana	8 Asolo	URT	Valdobbiadene
3 Serenissima	12 Venezia	ODC (ex DGR 2481/04)	Venezia - Lido
		ODC (ex DGR 2481/04)	Venezia - Zelarino
		URT (ODC ex DGR 2481/04)	Venezia
4 Veneto Orientale	10 Veneto Orientale	URT	Jesolo
5 Polesana	18 Rovigo	ODC	Trecenta
6 Euganea	15 Alta Padovana	URT (attivi come Sapa)	Piazzola sul Brenta
		URT (attivi come Sapa)	Camposampiero
	17 Este	ODC	Conselve
		ODC	Montagnana
	16 Padova	URT (naiss)	Padova
		ODC (ex DGR 2481/04)	Padova
7 Pedemontana	3 Bassano	ODC	Marostica
	4 Alto Vicentino	URT	Malo
8 Berica	5 Ovest Vicentino	ODC	Valdagno
		ODC	Montecchio Maggiore
	6 Vicenza	ODC/URT (naiss)	Vicenza
		ODC/URT (naiss)	Sandrigio
9 Scaligera	20 Verona	ODC	Tregnago
		ODC (ex DGR 2481/04)	Caprino Veronese
		ODC (ex DGR 2481/04)	Valeggio sul Mincio

ALLEGATOM alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 3/4

Comunità Alloggio per malati di Aids			
<i>Azienda Ulss dal 1.1.2017</i>	<i>Azienda Ulss al 31.12.2016</i>	<i>Comunità Alloggio per malati di Aids</i>	<i>Sede operativa struttura</i>
2 Marca Trevigiana	9 Treviso	Comunità Alloggio per malati di Aids "La Tenda"	Treviso
3 Serenissima	12 Venezia	Comunità Alloggio per malati di Aids "Casa Amelia"	Venezia - Marghera
		Comunità Alloggio Aids Il Gabbiano	Venezia - Pellestrina
6 Euganea	16 Padova	Comunità Alloggio per malati di Aids "Casa Santa Chiara"	Padova
8 Berica	6 Vicenza	Comunità Alloggio per malati di Aids	Vicenza
9 Scaligera	20 Verona	Comunità Alloggio per malati di Aids	Verona

ALLEGATOM alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 4/4

Centri e Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali - ex art. 26 legge 833/78			
<i>Azienda Ulss dal 1.1.2017</i>	<i>Azienda Ulss al 31.12.2016</i>	<i>Erogatori ex art. 26 legge 833/78</i>	<i>Sede operativa struttura</i>
1 Dolomitica	1 Belluno	Centro per la cura e riabilitazione dell'asma infantile Istituto Pio XII	Misurina BL
2 Marca Trevigiana	7 Pieve di Soligo	Associazione La Nostra Famiglia	Conegliano
		Associazione La Nostra Famiglia	Pieve di Soligo
	9 Treviso	Associazione La Nostra Famiglia	Treviso
		Associazione La Nostra Famiglia	Oderzo
		Codess Sanita srl	Treviso
4 Veneto Orientale	10 Veneto Orientale	Associazione La Nostra Famiglia	San Donà di Piave
6 Euganea	16 Padova	Associazione La Nostra Famiglia	Padova
		AIMS	Villaguarda di Rubano PD
		Fondazione F.Milcovich (ex UILDM Padova)	Padova
7 Pedemontana	3 Bassano	AIMS	Rosa' VI
8 Berica	6 Vicenza	Associazione La Nostra Famiglia	Vicenza
		Villa Maria	Monticello Conte Otto VI
		Centro Archimede	Torri di Quartesolo VI
9 Scaligera	20 Verona	Centro Polifunzionale Don G. Calabria	Verona
		Fondazione Speranza (ex UILDM Verona)	Verona
		Associazione Genitori Bambini Down AGDB	Verona
		Fondazione Più di un Sogno	Verona

**ALLEGATON alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016**

pag. 1/4

NUOVI CODICI OSPEDALI

AZIENDA ULSS DI AFFERENZA (COD)	PROPOSTA DENOMINAZIONE ISTITUTO X HSP11 (PRODUCONO RICOVERI)	PROPOSTA DENOMINAZIONE SUB ISTITUTO X HSP 11BIS	h
AZIENDA ULSS N. 1 DOLOMITI (501)	OSPEDALI di BELLUNO (050501)	OSPEDALE DI AGORDO (050501-02) OSPEDALE DI BELLUNO (050501-01) OSPEDALE DI PIEVE DI CADORE (050501-03) OSPEDALE DI FELTRE (050501-04) OSPEDALE DI LAMON (050501-05)	5
AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA (502)	OSPEDALI AREA TREVISO NORD (050502)	OSPEDALE DI CONEGLIANO (050502-04) OSPEDALE DI VITTORIO VENETO (050502-05) OSPEDALE DI MOTTA DI LIVENZA (050502-03) OSPEDALE DI ODERZO (050502-02) OSPEDALE DI TREVISO (050502-01) OSPEDALE DI CASTELFRANCO (050502-06) OSPEDALE DI MONTEBELLUNA (050502-07)	7
AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA (503)	OSPEDALI di MESTRE (050503)	OSPEDALE DI CHIOGGIA (050503-06) OSPEDALE DI DOLO (050503-03) OSPEDALE DI MIRANO (050503-04) OSPEDALE DI NOALE (050503-05) OSPEDALE DI VENEZIA (050503-02) OSPEDALE DI MESTRE (050503-01)	6
AZIENDA ULSS N. 4 VENETO ORIENTALE (504)	OSPEDALI di SAN DONA' (050504)	OSPEDALE DI JESOLO (050504-03) OSPEDALE DI PORTOGRUARO (050504-01) OSPEDALE DI SAN DONÀ (050504-02)	3
AZIENDA ULSS N. 5 POLESANA (505)	OSPEDALI di ROVIGO (050505)	OSPEDALE DI ADRIA (050505-03) OSPEDALE DI ROVIGO (050505-01) OSPEDALE DI TRECENTA (050505-02)	3

ALLEGATON alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/4

AZIENDA ULSS N. 6 EUGANEA (506)	OSPEDALI di CITTADELLA(050506)	OSPEDALE DI S. ANTONIO (050506-03)	7
		OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO (050506-04)	
		OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO (050506-02)	
		OSPEDALE DI CITTADELLA (050506-01)	
		OSPEDALE DI SCHIAVONIA (050506-05)	
		OSPEDALE DI MONTAGNANA (050506-06)	
		OSPEDALE DI CONSELVE (050506-07)	
AZIENDA ULSS N. 7 PEDEMONTANA (507)	OSPEDALI di BASSANO (050507)	OSPEDALE DI SANTORSO (050507-03)	3
		OSPEDALE DI ASIAGO (050507-02)	
		OSPEDALE DI BASSANO (050507-01)	
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA (508)	OSPEDALI di VICENZA (050508)	OSPEDALE DI NOVENTA (050508-02)	6
		OSPEDALE DI VICENZA (050508-01)	
		OSPEDALE DI ARZIGNANO (050508-03)	
		OSPEDALE DI LONIGO (050508-04)	
		OSPEDALE DI MONTECCHIO (050508-05)	
		OSPEDALE DI VALDAGNO (050508-06)	
AZIENDA ULSS N. 9 SCALIGERA (509)	OSPEDALI di LEGNAGO (050509)	OSPEDALE DI BUSSOLENGO(050509-06)	7
		OSPEDALE DI MALCESINE (050509-07)	
		OSPEDALE DI VILLAFRANCA (050509-05)	
		OSPEDALE DI BOVOLONE (050509-02)	
		OSPEDALE DI LEGNAGO (050509-01)	
		OSPEDALE DI MARZANA (050509-04)	
		OSPEDALE DI SAN BONIFACIO (050509-03)	
IRCSS IOV (952)	IOV (050952)	IOV PADOVA (050952-01)	2
		IOV CASTELFRANCO (050952-02)	
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA (901)	AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA(050901-00)	AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA (050901-00)	1
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA (912)	OSPEDALI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA (050912)	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA BORGO ROMA (050912-02)	2
		AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA BORGO TRENTO (050912-01)	
TOTALE VENETO	9		52

ALLEGATON alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 3/4

Ulss di afferenza delle strutture private accreditate e non accreditate	PROPOSTA DENOMINAZIONE ISTITUTO X HSP11 (PRODUCONO RICOVERI)		DENOMINAZIONE SINTETICA
Azienda Ulss 1 - Dolomiti (501)	ISTITUTO CODIVILLA PUTTI (05005900)		CODIVILLA PUTTI
Azienda Ulss 2 – Marca Trevigiana (502)	CASA DI CURA GIOVANNI XXIII (05008100)		GIOVANNI XXIII
	CASA DI CURA PARK VILLA NAPOLEON (05008000)		V. NAPOLEON
	IRCSS MEDEA (050140)	IRCSS MEDEA CONEGLIANO (05014001)	IRCSS MEDEA CONEGLIANO
		IRCSS MEDEA PIEVE DI SOLIGO (05014002)	IRCSS MEDEA PIEVE DI SOLIGO
	OSPEDALE CLASSIFICATO SAN CAMILLO(05007900)		S. CAMILLO
Azienda Ulss 3 - Serenissima (503)	CASA DI CURA POLICLINICO SAN MARCO(05009900)		S. MARCO
	IRCCS SAN CAMILLO (05095100)		IRCSS S. CAMILLO
	OSPEDALE CLASSIFICATO SAN RAFFAELE ARCANGELO (05009700)		FATEBENEFRATELLI
	OSPEDALE CLASSIFICATO VILLA SALUS (05009800)		V. SALUS
Azienda Ulss 4 – Veneto Orientale (504)	CASA DI CURA SILENO E ANNA RIZZOLA (05010000)		RIZZOLA
Azienda Ulss 5 Polesana (505)	CASA DI CURA MADONNA DELLA SALUTE (05013200)		MADONNA DELLA SALUTE
	CASA DI CURA SANTA MARIA MADDALENA (05013100)		S. M. MADDALENA
	CASA DI CURA CITTÀ DI ROVIGO (05013000)		CITTA' DI ROVIGO
Azienda Ulss 6 Euganea (506)	CASA DI CURA ABANO TERME (05012300)		ABANO TERME
	CASA DI CURA DIAZ (05012000)		DIAZ
	CASA DI CURA PARCO DEI TIGLI (05012400)		PARCO DEI TIGLI
	CASA DI CURA TRIESTE (05012200)		TRIESTE
	CASA DI CURA PRIVATA VILLA MARIA (05012100)		V. MARIA
Azienda Ulss 8 Berica (508)	CASA DI CURA ERE TENIA (05004600)		ERETENIA
	CASA DI CURA VILLA BERICA (05004600)		V. BERICA
	CASA DI CURA VILLA MARGHERITA (05004700)		V. MARGHERITA

ALLEGATON alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 4/4

Azienda Ulss 9 Scaligera (509)	CASA DI CURA CENTRO RIABILITATIVO VERONESE (05001900)	CENTRO RIABILITATIVO VERONESE
	CASA DI CURA PEDERZOLI (05002200)	PEDERZOLI
	CASA DI CURA SAN FRANCESCO (05002300)	S. FRANCESCO
	CASA DI CURA VILLA GARDA (05002100)	V. GARDA
	CASA DI CURA VILLA SANTA CHIARA (05002500)	V. S. CHIARA
	OSPEDALE CLASSIFICATO SACRO CUORE DON CALABRIA (05001700)	SACRO CUORE DON CALABRIA
	OSPEDALE CLASSIFICATO VILLA SANTA GIULIANA (05001800)	V. S. GIULIANA
	28	29

**ALLEGATO alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016**

pag. 1/2

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI DELL'ATTIVITÀ SANITARIA NELLA REGIONE DEL VENETO

Ai sensi dell' art. 8-octies del D. Lgs n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i., la Regione esercita una attività di *monitoraggio e vigilanza* sul sistema di controllo *dell'appropriatezza* delle prestazioni sanitarie prodotte da tutte le Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Strutture Private accreditate e Erogatori equiparati presenti nella Regione del Veneto, oltre che su quelle erogate in *mobilità extra regionale*. Tale attività viene svolta per il tramite degli organismi preposti al sistema dei controlli dell'attività sanitaria previsti dalla D.G.R. n. 3444 del 30 dicembre 2010, che ha definito l'assetto organizzativo e la metodologia dei controlli dei ricoveri ospedalieri e della specialistica ambulatoriale.

La predetta D.G.R. n. 3444 del 30 dicembre 2010 prevede che i controlli siano distinti in Controlli Interni e Controlli Esterni e attribuisce la responsabilità della loro effettuazione al Direttore Generale dell'Azienda ULSS, Azienda Ospedaliera, IRCCS o al Legale Rappresentante della Struttura Privata accreditata, dell'Erogatore equiparato.

L'articolazione del sistema dei controlli è prevista su più livelli: un livello addetto al controllo, affidato ai Nuclei Aziendali di Controllo (di seguito denominati per brevità "NAC") e due livelli preposti a supervisione e vigilanza: uno di ambito provinciale affidato ai Nuclei Provinciali di Controllo (di seguito denominati per brevità "NPC") e uno di carattere regionale assegnato al Nucleo Regionale di Controllo (di seguito denominato per brevità "NRC").

La predetta Deliberazione auspica inoltre che - a livello provinciale - le Aziende ULSS costituiscano un Nucleo Interaziendale di Controllo (di seguito denominato per brevità "NIC") a cui affidare il compito di effettuare i controlli *esterni*. Pertanto, *nel caso sia istituito il NIC*, i NAC hanno esclusivamente il compito di effettuare i controlli *interni*.

La profonda riorganizzazione prevista dalla Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS." - in riferimento alla riorganizzazione del numero (da 21 a 9) e delle funzioni delle Aziende Sanitarie Territoriali, nonché in merito alla riorganizzazione/centralizzazione di alcune funzioni - suggerisce una opportuna semplificazione dei percorsi organizzativi nell'ambito dei controlli sanitari.

Nel confermare quanto disposto dalla DGR n. 3444 del 30 dicembre 2010, si ritiene necessario modificare l'articolazione del sistema dei controlli organizzandolo su due livelli: un livello addetto al controllo, sia interno sia esterno, affidato al NAC dell'ULSS "incorporante" con la soppressione dei NAC delle ULSS "incorporate" e la soppressione dell'eventuale NIC; un secondo livello di supervisione e vigilanza affidato al NRC che assorbe le funzioni del NPC che viene soppresso.

Le funzioni/competenze del NRC, risultanti dalle operazioni su indicate e ottenibili con l'ausilio del supporto amministrativo di una Segreteria dedicata, sono le seguenti:

- predisporre e/o aggiornare, di norma annualmente, le direttive operative sull'attività di controllo e sulla valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, in accordo con gli indirizzi della politica sanitaria regionale e in linea con l'evoluzione scientifica e tecnologica;
- certificare la congruenza e adeguatezza dei Piani annuali dei controlli *interni* e dei Piani annuali dei controlli *esterni* ricevuti dalle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Strutture Private accreditate e Erogatori equiparati;
- analizzare gli esiti dei controlli *interni* effettuati dai NAC delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere,

ALLEGATO alla Dgr n. 2174 del 23 dicembre 2016

pag. 2/2

IRCCS, Strutture Private accreditate e Erogatori equiparati;

- analizzare gli esiti dei controlli *esterni* effettuati dai NAC delle Aziende ULSS;
- dirimere le eventuali contestazioni emerse durante l'attività dei controlli *esterni*, e concluderne l'esame in tempo utile per la redazione del bilancio d'esercizio, fermo restando il rispetto degli obblighi di salvaguardia dell'erario, esprimendo un giudizio insindacabile, fatte salve le palesi difformità di codifica rispetto alle specifiche direttive regionali;
- acquisire ulteriori informazioni rispetto a situazioni particolari che emergono dall'analisi dei dati contenuti nell'archivio regionale delle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche, private accreditate e erogatori equiparati, dalle segnalazioni del "Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente", nonché da considerazioni autonome da parte del NRC stesso;
- effettuare analisi comparative sui risultati dei controlli delle singole Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Strutture Private accreditate e Erogatori equiparati.

E' ritenuto inoltre di prioritaria importanza richiamare il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (di seguito denominato per brevità "PNA"), di cui alla Delibera della Autorità Nazionale AntiCorruzione (ANAC) n. 831 del 3 agosto 2016 "Determinazione di approvazione definitiva di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016". Il PNA evidenzia come il D.lgs. n. 97 del 25 maggio 2016 abbia introdotto una importante modifica, intervenendo sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa contenute nel D.lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, e prevedendo l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste. In relazione al rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, con induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in attività libero professionale a seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale, tutte le misure richiamate nel PNA, le quali già costituiscono condizioni imprescindibili di buona amministrazione e di efficienza organizzativa, si rivelano efficaci per la *gestione trasparente delle liste di prenotazione* e per il *governo dei tempi di attesa* (con conseguenti effetti diretti sulla percezione della qualità del servizio da parte dei cittadini e sull'efficacia degli interventi sanitari).

In questo scenario, si ritiene che i Responsabili della effettuazione dell'attività di controllo, oltre a quanto già disposto dalla D.G.R. n. 3444 del 30 dicembre 2010, certifichino al Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente - nei tempi e nelle modalità descritte in un successivo documento prodotto dal Coordinamento stesso - del buon funzionamento di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'Allegato A alla D.G.R. n. 863 del 21 giugno 2011, con particolare riferimento al monitoraggio della messa in atto di tutte le misure recentemente richiamate dal PNA: informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione delle aziende sanitarie; separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale; unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP) su base regionale o almeno provinciale, facilmente accessibile (es. call center, sportelli aziendali, rete delle farmacie, ecc.) con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene la prima visita e i follow up successivi.

Si ritiene infine che le funzioni del Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente, descritte nella D.G.R. n. 3444 del 30 dicembre 2010 e nella D.G.R. n. 539 del 26 aprile 2016, ad esclusione di quella prevista per le funzioni di supporto amministrativo del NRC, siano confermate in attesa della attivazione dell'Azienda Zero e eventuali provvedimenti successivi.

Il presente aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione del Veneto deve essere attuato dal 1.1.2017 in tutte le Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Strutture Private accreditate e Erogatori equiparati presenti in Regione del Veneto.