DECRETO DEL SEGRETARIO GENERALE DELLA SEGRETERIA REGIONALE SANITA' E SOCIALE n. 32 del 19 dicembre 2005

Approvazione della versione aggiornata delle linee guida per la compilazione e della disciplina del flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera

[Sanità e igiene pubblica]

Il Segretario

Premesso che con l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 16 dicembre 2004, con atto rep. 2154, si è convenuto sull'adozione in tutte le Regioni e Province Autonome, a partire dal 1 gennaio 2006, della versione italiana 2002 della International Classification of Diseases 9th revision _ Clinical Modification (ICD9CM) ai fini della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e si sono stabilite le modalità per la gestione della fase transitoria di adozione della suddetta classificazione.

Considerato che in conseguenza di quanto sopra, con Deliberazione n. 1918 del 19.7.2005, la Giunta Regionale ha stabilito di adottare e di utilizzare, dalla medesima data del 1 gennaio 2006, la nuova versione della classificazione ICD9CM e la 19° versione del sistema di classificazione dei DRG (Diagnosis Related Groups), ai fini della classificazione e della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle Aziende Sanitarie pubbliche e private preaccreditate del Veneto

Preso atto che le modifiche apportate ai contenuti della scheda di dimissione ospedaliera nonché l'evoluzione del sistema di classificazione e codifica delle informazioni, hanno fatto emergere l'esigenza di aggiornare le linee guida di codifica già presenti nell'allegato alla DGR n. 4807 del 28.12.1999.

Vista la DGRV n. 3601 del 22 novembre 2005 che ha approvato di delegare il Segretario Regionale Sanità e Sociale alla emanazione della versione aggiornata delle Linee Guida di codifica della Scheda di dimissione ospedaliera e contestualmente della diffusione della nuova disciplina del Flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera

Vista la DGRV n. 4807 del 28 dicembre 1999 e la Circolare Regionale prot. n. 87/20560 del 18 gennaio 1999

Vista il DM del 27.10.2000 n. 380 riportante il 'Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati'.

decreta

- 1) di approvare la versione aggiornata della disciplina del flusso informativo (Allegato A) e delle linee guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (Allegato B), che formano entrambi parte integrante del presente decreto.
- 2) di dare atto che il presente provvedimento non comporta alcun onere a carico del bilancio regionale in corso.

Toniolo

ALLEGATO A

Aggiornamento disciplina del flusso informativo "scheda di dimissione ospedaliera"

Obiettivi.

A distanza di cinque anni dall'ultima revisione del flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (Circolare Regionale prot. n. 87/20560 del 18 gennaio 1999), si presenta la necessità di procedere ad un'ulteriore ridefinizione dei contenuti informativi della rilevazione, con l'obiettivo di recepire gli sviluppi che si profilano a livello nazionale, nel contempo riordinando in un unico testo gli interventi di disciplina e precisazione effettuati puntualmente nel periodo successivo all'entrata in vigore della Circolare.

L'intervento di ristrutturazione è volto da un lato ad attuare le indicazioni provenienti dal livello nazionale circa la gestione delle informazioni riguardanti il processo di prenotazione del ricovero (data di prenotazione e classe di priorità), e dall'altro ad introdurre nuove variabili di tipo clinico (indice ASA) o a specificare le modalità di rilevazione di attributi già presenti (grado di dipendenza assistenziale).

E' inoltre opportuno ridefinire i criteri di rilevazione dei dati anagrafici del paziente alla luce dell'introduzione della Tessera Sanitaria (art. 50 Legge n. 326/2003) e della Tessera Europea di Assicurazione Malattia, per consentire l'acquisizione a partire

dai dati SDO delle informazioni necessarie per le procedure di compensazione internazionale della mobilità.

Si ribadiscono inoltre le indicazioni sulla codifica delle unità operative (reparti) diffuse contestualmente all'intervento di riformulazione dell'anagrafica delle strutture di ricovero effettuata con l'introduzione del codice identificativo dell'Ospedale ad otto caratteri (nota prot. n. 61073/50.08.00 del 23 dicembre 2003).

In tal senso si sottolinea che, nell'ipotesi di trasferimento del paziente tra strutture pubbliche della stessa Azienda Ulss (ora trattata come trasferimento interno senza apertura di nuova SDO), la gestione corretta delle informazioni relative al percorso dell'utente durante l'episodio di ricovero richiede l'utilizzo rigoroso del codice di unità operativa univoco per Azienda, secondo quanto disciplinato in precedenza, poiché diversamente il dato rilevato risulterebbe non consistente.

Inoltre, per consentire la gestione completa delle variabili relative alle prestazioni effettuate, si è deciso di introdurre nella sezione riguardante gli interventi il codice della struttura di ricovero cui afferisce l'unità operativa di effettuazione della prestazione.

Allo scopo di consentire, in corso d'anno, la valutazione del grado di completezza dell'archivio costituito a livello regionale, soprattutto al fine della determinazione di indicatori trimestrali ricavati dalla base-dati in via di popolamento, viene infine istituito un flusso informativo di sintesi avente ad oggetto il numero delle dimissioni per istituto di ricovero, mese di dimissione, regime di ricovero ed Azienda Ulss di residenza.

Per quel che riguarda le scelte infrastrutturali di carattere generale, si ribadiscono le opzioni già adottate con il precedente intervento di ristrutturazione.

In particolare, resta fermo il principio dell'assorbimento nel flusso SDO della rilevazione dei dati di attività ospedaliera per la mobilità interregionale. Parimenti, è confermata la gestione delle informazioni in tracciati separati per i dati anagrafici e sanitari.

Alla disciplina è allegato anche il tracciato record per la gestione dei dati relativi al flusso A (attività di ricovero) nella mobilità intra-regionale ed interregionale, in sostituzione di quello contenuto nella Circolare prot. n. 751/20500 dell'8 marzo 1999 e successive modifiche ed integrazioni.

Contenuti.

I nuovi contenuti della Scheda di Dimissione Ospedaliera sono descritti dallo schema seguente:

Num.	Nome campo	Tipo	Lung.	MDS	MOB
1	ULSS-Azienda inviante	AN	3		M
2	Codice Istituto e sub istituto	AN	8	S	M
3	Numero della scheda	AN	8	S	M
4	Cognome	AN	30		M
5	Nome	AN	20		M
6	Codice fiscale	AN	16	S	M
7	Codice sanitario individuale	AN	20		M
8	Comune/stato estero di nascita	AN	6	S	
9	Data di nascita	DATA	8	S	M
10	Sesso	AN	1	S	M
11	Comune/stato estero di residenza	AN	6	S	M
12	Codice istituzione competente	AN	28		
13	Cittadinanza	AN	3	S	
14	Stato civile	AN	1	S	
15	Regione di residenza	AN	3	S	
16	ULSS di residenza	AN	3	S	M
17	Regime di ricovero	AN	1	S	M
18	Medico prescrittore	AN	16		M
19	Data di prenotazione	DATA	8	S	
20	Classe di priorità	AN	1	S	
21	Data di ricovero	DATA	8	S	M
22	Reparto di ammissione	AN	4		
23	Onere della degenza	AN	1	S	M
24	Provenienza del paziente	AN	1	S	
25	Tipo di ricovero	AN	1	S	M

26	Motivo del ricovero	AN	1		M
27	Motivo del ricovero in regime diurno	AN	1	S	M
28	Traumatismi o intossicazioni	AN	1	S	M
29	Grado di dipendenza assistenziale al ricovero	N	3		
30	Data 1° trasferimento	DATA	8		
31	Reparto di trasferimento	AN	4		
32	Data 2° trasferimento	DATA	8		
33	Reparto di trasferimento	AN	4		
34	Data 3° trasferimento	DATA	8		
35	Reparto di trasferimento	AN	4		
36	Data 4° trasferimento	DATA	8		
37	Reparto di trasferimento	AN	4		
38	Grado medio di dipendenza assistenziale durante il ricovero	N	3		
39	Numero giorni di permesso	N	2		
40	Numero giorni di presenza in ricovero diurno	N	3	S	M
41	Data di dimissione o morte	DATA	8	S	M
42	Reparto di dimissione	AN	4	S	M
43	Modalità di dimissione	AN	1	S	M
44	Riscontro autoptico	AN	1	S	M
45	Peso alla nascita	N	4	S	
46	Grado di dipendenza assist. alla dimissione	N	3		
47	Diagnosi principale alla dimissione	AN	5	S	M
48	Diagnosi secondaria 1	AN	5	S	M
49	Diagnosi secondaria 2	AN	5	S	M
50	Diagnosi secondaria 3	AN	5	S	M
51	Diagnosi secondaria 4	AN	5	S	
52	Diagnosi secondaria 5	AN	5	S	
53	Classe ASA	AN	1		
54	Data intervento principale o parto	DATA	8	S	M
55	Intervento chirurgico principale o parto	AN	4	S	M
56	Reparto intervento principale o parto	AN	4		
57	Codice Istituto e Sub-codice istituto _ intervento principale	AN	8		
58	Data altro intervento/procedura 1	DATA	8		
59	Altro intervento/procedura 1	AN	4	S	M
60	Reparto altro intervento/procedura 1	AN	4		
61	Codice Istituto e Sub-codice istituto _ intervento/procedura 1	AN	8		
62	Data altro intervento/procedura 2	DATA	8		
63	Altro intervento/procedura 2	AN	4	S	M
64	Reparto altro intervento/procedura 2	AN	4		
65	Codice Istituto e Sub-codice istituto _ intervento/procedura 2	AN	8		
66	Data altro intervento/procedura 3	DATA	8		
67	Altro intervento/procedura 3	AN	4	S	M
68	Reparto altro intervento/procedura 3	AN	4		
69	Codice Istituto e Sub-codice istituto _ intervento/procedura 3	AN	8		
70	Data altro intervento/procedura 4	DATA	8		
71	Altro intervento/procedura 4	AN	4	S	
72	Reparto altro intervento/procedura 4	AN	4		
73	Codice Istituto e Sub-codice istituto _ intervento/procedura 4	AN	8		
74	Data altro intervento/procedura 5	DATA	8		

75	Altro intervento/procedura 5	AN	4	S
76	Reparto altro intervento/procedura 5	AN	4	
77	Codice Istituto e Sub-codice istituto _ intervento/procedura 5	AN	8	
78	DRG	AN	3	M
79	Importo degenza	N	9	M

Modalità di compilazione e classificazioni.

La compilazione delle variabili sarà effettuata utilizzando le regole ed i codici seguenti:

1. ULSS-Azienda inviante.

Utilizzare il codice di cui al DM 17.7.1986, adottato nei "Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere" (flussi ministeriali).

Codice Istituto e sub istituto.

Va utilizzato il codice definito dal Ministero della Sanità _ Dipartimento della Programmazione _ per i "Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere". In particolare, si dovrà impiegare il codice a 8 caratteri di cui ai modelli HSP11 (dati anagrafici delle strutture di ricovero) e HSP11bis (dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero). I primi 3 caratteri indicheranno il codice regione (secondo il DM 17/9/1986), i successivi 3 costituiranno il progressivo attribuito in ambito regionale alla struttura di ricovero, i rimanenti 2 indicheranno, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis, il progressivo attribuito agli istituti facenti parte della stessa struttura di ricovero ("subcodice").

2. Numero della scheda.

Coincide con il numero identificativo della cartella clinica.

Il codice è articolato in 8 caratteri: i primi due identificano l'anno; i rimanenti sei forniscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno, univoca rispetto al codice istituto.

La numerazione deve essere unica, indipendentemente dal regime di ricovero.

3. Cognome.

Il campo va valorizzato per tutte le schede. Tranne nei casi coperti da anonimato ove dovrà essere posta la dicitura ANONIMO

4. Nome.

Il campo va valorizzato per tutte le schede. Tranne nei casi coperti da anonimato ove dovrà essere posta la dicitura ANONIMO

5. Codice fiscale.

Ai sensi della legge 421/91, il codice fiscale coincide con il codice sanitario che identifica i cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.

Il campo va valorizzato per tutte le schede di dimissione ospedaliera relative ai cittadini italiani e stranieri in possesso del Codice Fiscale certificato, tranne nei casi coperti da anonimato.

6. Codice sanitario individuale

Si modifica la lunghezza del campo a 20 caratteri. Potranno essere inseriti:

- il codice Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), di 16 caratteri per i cittadini non in regola con il permesso di soggiorno;
- il codice TEAM, per i cittadini appartenenti all'Unione Europea;
- il codice sanitario individuale di 9 caratteri per i residenti della Regione Veneto, in caso di indisponibilità del Codice Fiscale certificato.

7. Comune/stato estero di nascita.

Utilizzare il codice definito dall'ISTAT (i primi tre caratteri per il codice provincia, i rimanenti tre per il progressivo comune). Si raccomanda di non omettere la rilevazione dello "0" costituente il primo carattere del codice provincia. Ad esempio, per rilevare il dato relativo ad Affi (primo comune della lista alfabetica relativa alla provincia di Verona), codificare "023001".

Per i nati all'estero, codificare 999 sui primi tre caratteri, ed il codice stato estero sui rimanenti tre. Utilizzare il codice stati esteri definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.

Per i neonati il comune di residenza da compilare è quello della madre (salvo quanto previsto dalla L. 15/05/1997, n. 127).

8. Data di nascita.

Utilizzare il formato ggmmaaaa. Per i ricoveri relativi alla nascita la data da valorizzare deve essere quella relativa all'effettivo giorno di nascita.

Sesso.

Utilizzare i codici seguenti

- 1: maschio;
- 2: femmina.

9. Comune/stato estero di residenza.

Utilizzare il codice definito dall'ISTAT (i primi tre caratteri per il codice provincia, i rimanenti tre per il progressivo comune). Si raccomanda di non omettere la rilevazione dello "0" costituente il primo carattere del codice provincia. Ad esempio, per rilevare il dato relativo ad Affi (primo comune della lista alfabetica relativa alla provincia di Verona), codificare "023001".

Per i residenti all'estero, codificare 999 sui primi tre caratteri, ed il codice stato estero sui rimanenti tre. Utilizzare il codice stati esteri definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.

10. Codice istituzione competente

Inserire il codice dell'Istituzione Estera competente come riportato nella TEAM; nello specifico il campo è composto da due parti, separate obbligatoriamente da spazio, trattino e spazio (-): una parte è la "denominazione dell'istituzione", mentre l'altra è il "numero di identificazione dell'istituzione".

11. Cittadinanza.

Utilizzare i codici seguenti:

100 per i pazienti con cittadinanza italiana;

codice a tre caratteri definito dal Ministero dell'Interno, per i pazienti con cittadinanza estera.

12. Stato civile.

Utilizzare i codici seguenti:

1: celibe/nubile/stato libero;

2: coniugato/a;

3: separato/a;

4: divorziato/a;

5: vedovo/a;

6 non dichiarato.

13. Regione di residenza.

E' la Regione a cui appartiene il comune in cui il paziente risiede. Impiegare il codice a tre caratteri definito dal D.M. del Ministero della Sanità 17.9.1986 e successive modifiche, utilizzato anche per i "Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere". Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero, indicare il codice dello stato estero, secondo la classificazione del Ministero dell'Interno.

14. Azienda ULSS di residenza.

E' l'Azienda ULSS che comprende il comune in cui il paziente risiede. Va impiegato il codice a tre caratteri utilizzato per la rilevazione ministeriale "Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere".

Variabile da non compilare per i residenti all'estero.

15. Regime di ricovero.

Distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno.

Il codice da utilizzare è il seguente:

1: ricovero ordinario;

2: ricovero diurno.

16. Medico prescrittore.

Utilizzare il codice regionale dei medici di base o il codice fiscale del medico specialista.

17. Data prenotazione (per i ricoveri ordinari e diurni)

Utilizzare il formato ggmmaaaa.

Per data di prenotazione si deve intendere la data relativa al momento della conferma del riconoscimento del bisogno da parte dello specialista della Struttura che effettuerà il ricovero, e non già quello meramente organizzativo relativo al momento dell'attribuzione precisa di una data per il ricovero.

18. Classe di priorità (per i ricoveri ordinari e diurni)

Si riporta di seguito la classificazione nazionale delle classi di priorità, che utilizza i criteri definiti dall'Advisory Committee on Elective Surgery, per l'individuazione di priorità per i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione e per i

ricoveri medici per trattamenti radio/chemioterapici. I codici da utilizzare sono i seguenti:

A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi. In tale classe sono compresi gli interventi chirurgici per patologia oncologica e i ricoveri per trattamenti radio/chemioterapici;

B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

D: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

19. Data di ricovero.

Utilizzare il formato gmmaaaa.

Per i casi di ricovero diurno, si intende per data di ricovero la data di inizio del ciclo di trattamento.

20. Reparto di ammissione.

Utilizzare il codice a quattro caratteri definito dal modello HSP12 della rilevazione ministeriale. I primi due caratteri identificano la disciplina; i rimanenti due costituiscono il progressivo di reparto.

Per i casi di ricovero diurno, indicare il reparto di trattamento.

21. Onere della degenza.

Utilizzare i codici seguenti:

1: Ricovero a totale carico del SSN;

2: Ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);

3: Ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN;

4: Ricovero senza oneri per il SSN;

5: Ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);

6: Ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);

7: Ricovero, a carico del SSN, di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con il SSN;

8: Ricovero, a carico del SSN, di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;

A: Ricovero a carico del Ministero dell'Interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;

C: Ricovero a totale carico del SSN effettuato in attuazione di accordo interaziendale di Area Vasta;

9: Altro.

22. Provenienza del paziente.

Utilizzare i codici seguenti:

1: Paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico;

2: Paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico di base;

3: Ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura;

4: Paziente trasferito da istituto di cura pubblico;

5: Paziente trasferito da istituto di cura privato accreditato;

6: Paziente trasferito da istituto di cura privato non accreditato;

7: Paziente trasferito da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario, riabilitazione, lungodegenza) nello stesso istituto;

9 Altro.

Da non compilare nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita.

23. Tipo di ricovero in regime ordinario

Utilizzare i codici seguenti:

1: Ricovero programmato non urgente;

2: Ricovero urgente;

3: Ricovero per trattamento sanitario obbligatorio TSO;

4: Ricovero programmato con preospedalizzazione.

Da non compilare nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita.

24. Motivo del ricovero in regime ordinario

Utilizzare i codici seguenti:

1: Ricovero elettivo per intervento chirurgico;

2: Primo ricovero in ambito ospedaliero effettuato per la specifica diagnosi;

9: Altro (indicare i ricoveri successivi per la stessa diagnosi).

25. Motivo del ricovero in regime diurno.

Utilizzare i codici seguenti:

- 1: Ricovero diurno diagnostico (compreso follow up);
- 2: Ricovero diurno chirurgico (day surgery);
- 3: Ricovero diurno terapeutico;
- 4: Ricovero diurno riabilitativo.

Da compilare solo per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 della variabile "regime di ricovero").

26. Traumatismi o intossicazioni.

Utilizzare i codici 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 avvenuta;
- 9: Altro tipo di incidente o di intossicazione.

27. Grado di dipendenza assistenziale al ricovero. (esclusivamente per i ricoveri in regime ordinario)

Il grado di dipendenza assistenziale del paziente, rilevato al momento del ricovero va valorizzato a partire dal 1° gennaio 2006, secondo la "Scala di Barthel" riportata nell'Allegato B.

28. Data 1° trasferimento.

Formato ggmmaaaa.

29. Reparto di 1° trasferimento.

Vedi campo 22.

30. Data 2° trasferimento.

Formato ggmmaaaa.

31. Reparto di 2° trasferimento.

Vedi campo 22.

32. Data 3° trasferimento.

Formato ggmmaaaa.

33. Reparto di 3° trasferimento.

Vedi campo 22.

34. Data 4° trasferimento.

Formato ggmmaaaa.

35. Reparto di 4° trasferimento.

Vedi campo 22.

36. Grado di dipendenza assistenziale intermedio durante il ricovero. (esclusivamente per i ricoveri in regime ordinario)

Il grado intermedio di dipendenza assistenziale del paziente rilevato nel corso della degenza va valorizzato a partire 1° gennaio 2006, secondo la "Scala di Barthel" riportata nell'Allegato B.

37. Numero giorni di permesso.

Si precisa che una giornata di permesso è considerata tale quando la durata del permesso è almeno pari a dodici (12) ore.

38. Numero giorni di presenza in ricovero diurno (numero di accessi).

Da valorizzare solo per i ricoveri effettuati in regime di ricovero diurno (codice 2 della variabile "regime di ricovero"). Dà il numero di accessi dell'utente alla struttura di ricovero nell'ambito dello stesso ciclo di assistenza.

39. Data di dimissione o morte.

Formato ggmmaaaa.

Per le schede di ricovero diurno, indica la data di termine del ciclo (o la data dell'ultimo accesso nel caso in cui il paziente non si ripresenti agli appuntamenti prefissati).

40. Reparto di dimissione.

Vedi campo 22.

Per i casi di ricovero diurno, indicare il reparto di trattamento.

41. Modalità di dimissione (o di termine del ciclo di ricovero diurno).

Utilizzare i seguenti codici, validi sia per degenza ordinaria sia per il ricovero diurno:

- 1: Paziente deceduto;
- 2: Dimissione ordinaria al domicilio del paziente;
- 3: Dimissione ordinaria presso Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA);
- 4: Dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare;
- 5: Dimissione volontaria _ contro il parere medico - (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato);
- 6: Trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti;
- 7: Trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto;
- 8: Trasferimento ad un reparto di riabilitazione o lungodegenza dello stesso istituto o di altro istituto pubblico o privato di riabilitazione o lungodegenza;
- 9: Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata;

42. Riscontro autoptico.

Nel caso di decesso del paziente, segnala se è stata effettuata autopsia.

Utilizzare il codice seguente:

- 1: Se è stata eseguita autopsia;
- 2: Se non è stata eseguita autopsia.

43. Peso alla nascita.

Rilevare il peso in grammi.

L'informazione va rilevata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita.

44. Grado di dipendenza assistenziale alla dimissione. (esclusivamente per i ricoveri in regime ordinario)

Io grado di dipendenza assistenziale del paziente, rilevato al momento della dimissione va valorizzato a partire dal 1° gennaio 2006, secondo la "Scala di Barthel" riportata nell'Allegato B.

45. Diagnosi principale alla dimissione.

Codice ICD9CM, versione 2002, dal 1° gennaio 2006.

46. Diagnosi secondaria 1.

Codice ICD9CM, versione 2002, dal 1° gennaio 2006.

47. Diagnosi secondaria 2.

Codice ICD9CM, versione 2002, dal 1° gennaio 2006.

48. Diagnosi secondaria 3.

Codice ICD9CM, versione 2002, dal 1° gennaio 2006.

49. Diagnosi secondaria 4.

Codice ICD9CM, versione 2002, dal 1° gennaio 2006.

50. Diagnosi secondaria 5.

Codice ICD9CM, versione 2002, dal 1° gennaio 2006.

51. Classe ASA

La classe ASA (American Society of Anesthesiologists) individua l'indice di gravità del paziente e pertanto valuta il rischio anestesilogico. Tale campo andrà compilato solo nelle SDO relative ai ricoveri di tipo chirurgico in regime ordinario e diurno; i codici da utilizzare sono:

- 1: paziente sano;
- 2: paziente con lieve malattia sistemica;
- 3: paziente con grave malattia sistemica;
- 4: paziente con grave malattia sistemica che costituisce un costante pericolo per la vita;
- 5: paziente moribondo dove non vi è aspettativa di sopravvivenza senza l'intervento;
- 6: paziente dichiarato in morte cerebrale, i cui organi possono essere espantati.

52. Data intervento principale o parto.

Utilizzare il formato ggmmaaaa.

53. Intervento chirurgico principale o parto.

Codice ICD9CM, versione 2002, dal 1° gennaio 2006.

54. Reparto intervento principale o parto.
Vedi campo 22.
55. Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento principale
Vedi campi 2.
56. Data altro intervento/procedura 1.
Utilizzare il formato gmmaaaaa.
57. Altro intervento/procedura 1.
Codice ICD9CM, versione 2002, dal 1° gennaio 2006.
58. Reparto altro intervento/procedura 1.
Vedi campo 22.
59. Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento/procedura 1
Vedi campo 2
60. Data altro intervento/procedura 2.
Utilizzare il formato gmmaaaaa.
61. Altro intervento/procedura 2.
Codice ICD9CM, versione 2002, dal 1° gennaio 2006.
62. Reparto altro intervento/procedura 2.
Vedi campo 22.
63. Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento/procedura 2
Vedi campo 2
64. Data altro intervento/procedura 3.
Utilizzare il formato gmmaaaaa.
65. Altro intervento/procedura 3.
Codice ICD9CM, versione 2002, dal 1° gennaio 2006.
66. Reparto altro intervento/procedura 3.
Vedi campo 22.
67. Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento/procedura 3
Vedi campo 2
68. Data altro intervento/procedura 4.
Utilizzare il formato gmmaaaaa.
69. Altro intervento/procedura 4.
Codice ICD9CM, versione 2002, dal 1° gennaio 2006.
70. Reparto altro intervento/procedura 4.
Vedi campo 22.
71. Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento/procedura 4
Vedi campo 2
72. Data altro intervento/procedura 5.
Utilizzare il formato gmmaaaaa.
73. Altro intervento/procedura 5.
Codice ICD9CM, versione 2002, dal 1° gennaio 2006.
74. Reparto altro intervento/procedura 5.
Vedi campo 22.

75. Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento/procedura 5

Vedi campo 2

76. DRG.

Impiegare il codice HCFA 19 dal 1° gennaio 2006.

Secondo quanto prescritto dalla normativa del flusso "mobilità interregionale" (modello A), per i codici compresi tra 1 e 99, utilizzare il seguente formato: 001, 002, ..., 099.

77. Importo degenza

Utilizzare il tariffario regionale.

Regole generali di utilizzazione dei campi.

I campi alfanumerici (a lunghezza variabile) vanno allineati a sinistra e completati con caratteri "spazio". Analogamente, se non valorizzati, essi devono contenere caratteri "spazio". Fanno eccezione il campo DRG, per il quale si rimanda alle indicazioni di cui al paragrafo 3 (punto 78).

I campi numerici vanno allineati a destra e completati con caratteri "zero". Analogamente, se non valorizzati, essi devono contenere caratteri "zero".

I campi data, se non utilizzati, devono contenere caratteri "spazio".

Tracciati record.

Per fondamentali esigenze di tutela della riservatezza, i dati anagrafici e di tipo sensibile verranno trasmessi mediante file distinti, accomunati dalla chiave identificativa costituita dal codice istituto e dal numero della scheda.

In particolare, i due tipi record avranno i contenuti seguenti:

Archivio dei dati anagrafici:

Posiz.	Nome campo	Tipo	Lung.
1	ULSS-Azienda inviante	AN	3
4	Codice Istituto e sub istituto	AN	8
12	Numero della scheda	AN	8
20	Cognome	AN	30
50	Nome	AN	20
70	Codice fiscale	AN	16
86	Codice sanitario individuale	AN	20
106	Comune/stato estero di nascita	AN	6
112	Data di nascita	DATA	8
120	Sesso	AN	1
121	Comune/stato estero di residenza	AN	6
127	Codice istituzione competente	AN	28
155	Cittadinanza	AN	3
158	Stato civile	AN	1
159	Regione di residenza	AN	3
162	ULSS di residenza	AN	3

Archivio dei dati sensibili:

Posiz.	Nome campo	Tipo	Lung.
1	ULSS-Azienda inviante	AN	3
4	Codice Istituto e sub istituto	AN	8
12	Numero della scheda	AN	8
20	Regime di ricovero	AN	1
21	Medico prescrittore	AN	16
37	Data di prenotazione	DATA	8

45	Classe di priorità	AN	1
46	Data di ricovero	DATA	8
54	Reparto di ammissione	AN	4
58	Onere della degenza	AN	1
59	Provenienza del paziente	AN	1
60	Tipo di ricovero	AN	1
61	Motivo del ricovero	AN	1
62	Motivo del ricovero in regime diurno	AN	1
63	Traumatismi o intossicazioni	AN	1
64	Grado di dipendenza assist. al ricovero	N	3
67	Data 1° trasferimento	DATA	8
75	Reparto di trasferimento	AN	4
79	Data 2° trasferimento	DATA	8
87	Reparto di trasferimento	AN	4
91	Data 3° trasferimento	DATA	8
99	Reparto di trasferimento	AN	4
103	Data 4° trasferimento	DATA	8
111	Reparto di trasferimento	AN	4
115	Grado medio di dipendenza assist. durante la degenza	N	3
118	Numero giorni di permesso	N	2
120	Numero giorni di presenza in ricovero diurno	N	3
123	Data di dimissione o morte	DATA	8
131	Reparto di dimissione	AN	4
135	Modalità di dimissione	AN	1
136	Riscontro autoptico	AN	1
137	Peso alla nascita	N	4
141	Grado di dipendenza assist. alla dimissione	N	3
144	Diagnosi principale alla dimissione	AN	5
149	Diagnosi secondaria 1	AN	5
154	Diagnosi secondaria 2	AN	5
159	Diagnosi secondaria 3	AN	5
164	Diagnosi secondaria 4	AN	5
169	Diagnosi secondaria 5	AN	5
174	Classe ASA	AN	1
175	Data intervento principale o parto	DATA	8
183	Intervento chirurgico principale o parto	AN	4
187	Reparto intervento principale o parto	AN	4
191	Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento principale	AN	8
199	Data altro intervento/procedura 1	DATA	8
207	Altro intervento/procedura 1	AN	4
211	Reparto altro intervento/procedura 1	AN	4
215	Codice istituto e sub-codice istituto intervento/procedura 1	AN	8
223	Data altro intervento/procedura 2	DATA	8
231	Altro intervento/procedura 2	AN	4
235	Reparto altro intervento/procedura 2	AN	4
239	Codice istituto e sub-codice istituto intervento/procedura 2	AN	8
247	Data altro intervento/procedura 3	DATA	8
255	Altro intervento/procedura 3	AN	4
259	Reparto altro intervento/procedura 3	AN	4

263	Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento/procedura 3	AN	8
271	Data altro intervento/procedura 4	DATA	8
279	Altro intervento/procedura 4	AN	4
283	Reparto altro intervento/procedura 4	AN	4
287	Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento/procedura 4	AN	8
295	Data altro intervento/procedura 5	DATA	8
303	Altro intervento/procedura 5	AN	4
307	Reparto altro intervento/procedura/procedura 5	AN	4
311	Codice istituto e sub-codice istituto _intervento/procedura 5	AN	8
319	DRG	AN	3
322	Importo degenza tariffario regionale	N	9

Flusso di sintesi relativo al numero di dimissioni per istituto di ricovero, regime di ricovero, Azienda Ulss di residenza e mese di dimissione.

Le finalità di monitoraggio e valutazione dei fenomeni sanitari richiedono la disponibilità di dati sempre più tempestivi.

Tra le informazioni di maggior importanza sono comprese le Schede di Dimissione Ospedaliera, per le quali è attualmente prevista una modalità di aggiornamento ed invio alla Regione con cadenza trimestrale. Anche in considerazione delle attività di controllo collegate ai flussi di mobilità, tale procedura vede posizionarsi nel mese di maggio la validazione definitiva dell'intero archivio regionale relativo all'annualità precedente.

Sebbene tale scadenza possa considerarsi soddisfacente rispetto alle esigenze di analisi e valutazione approfondita del fenomeno, data anche la complessità del flusso informativo, tuttavia essa non appare congruente rispetto ad altre necessità per cui è richiesta la determinazione di valutazioni intermedie, anche mediante la produzione di indicatori trimestrali.

Vista l'evidente opportunità di utilizzare comunque i dati analitici che pervengono in corso d'anno, è necessario pertanto disporre di un'informazione rapida e di sintesi che permetta di valutare la completezza del flusso strutturato, ed eventualmente, nel caso di invio di dati ancora parziali, di "pesare" opportunamente gli indicatori che se ne ricavano.

Tale informazione è costituita dal numero dei dimessi per istituto di ricovero, mese di dimissione, regime di ricovero ed Azienda Ulss di residenza, che è producibile immediatamente, anche nelle more della completa definizione del dato clinico, ed è ricavabile dalle applicazioni di gestione amministrativa dei ricoveri (ADT).

I dati dovranno pervenire con cadenza trimestrale, contestualmente all'invio delle SDO, secondo quanto riportato nelle specifiche tecniche indicate nel seguito.

Utilizzando tale flusso, sarà possibile per la Regione, da un lato verificare il grado di copertura assicurata dalle schede pervenute, dall'altro effettuare opportune ponderazioni in modo da giungere comunque alla determinazione degli indicatori necessari per le attività di valutazione.

Tracciato record:

Num.	Nome campo	Tipo	Lung.	Posizione
1	Anno	AN	4	1-4
2	Mese di dimissione	AN	2	5-6
3	ULSS-Azienda inviante	AN	6	7-12
4	Codice Istituto e sub istituto	AN	8	13-20
5	Regime di ricovero	AN	1	21-21
6	Codice Regione di residenza *	AN	3	22-24
7	Codice Ulss di residenza*	AN	3	25-27
8	Numero dimissioni	N	6	28-33

* Codificare la Regione e l'Ulss di residenza per i residenti nel Veneto; per i non residenti nel Veneto indicare per entrambe le variabili "999" .

Specifiche tecniche di invio.

L'invio dei dati avverrà con cadenza trimestrale, tramite la EXTRANET regionale (link FLUSSI-REGIONE AZIENDE), secondo le modalità seguenti:

- entro il 30 aprile, trasmissione dei dati relativi al primo trimestre;
- entro il 31 luglio, trasmissione dei dati relativi al primo semestre;

- entro il 31 ottobre, trasmissione dei dati relativi ai primi 3 trimestri;
- entro il 31 gennaio, trasmissione dell'intero archivio annuale;
- entro il 31 marzo, trasmissione dei dati definitivi dell'anno precedente (escluso il flusso di sintesi).

Nella produzione degli archivi si dovranno adottare le seguenti regole di nomenclatura dei file:

· file contenente l'archivio dei dati anagrafici: IIIAATA.ZIP (dove per III si intende il progressivo del codice ministeriale degli istituti di ricovero; per AA l'anno di riferimento; per T il trimestre; per A _ costante _ archivio dei dati anagrafici). Esempio: 056064A.ZIP (file dei dati anagrafici dell'istituto 050056, 4° invio _ trasmissione dell'intero archivio annuale _ dell'anno 2006).

· file contenente l'archivio dei dati sensibili: IIIAATS.ZIP (dove per III si intende il progressivo del codice ministeriale degli istituti di ricovero; per AA l'anno di riferimento; per T il trimestre; per S _ costante _ archivio dei dati personali). Esempio: 056064S.ZIP (file dei dati sensibili dell'istituto 050056, 4° invio _ trasmissione dell'intero archivio annuale _ dell'anno 2006).

· file contenente l'archivio della rilevazione di sintesi (unico per Azienda inviante): DUUUAAT.txt (dove D sta per "Flusso rapido numero dimessi", UUU per codice Azienda; AA per anno di riferimento; T per trimestre).

Per i file SDO (parte anagrafica e sensibile) si dovrà procedere alla compressione dei dati con produzione di archivi distinti.

I file andranno depositati _ all'interno di ogni sito di Azienda ULSS/Ospedaliera _ nella cartella SDODIR, creata direttamente al di sotto della directory radice.

Tracciato record del flusso A (attività ospedaliera) della mobilità intraregionale.

Archivio dei dati anagrafici:

Posiz.	Nome campo	Tipo	Lung.
1	ULSS-Azienda inviante	AN	3
4	Codice Istituto e sub istituto	AN	8
12	Numero della scheda	AN	8
20	Cognome	AN	30
50	Nome	AN	20
70	Codice fiscale	AN	16
86	Codice sanitario individuale	AN	20
106	Comune/stato estero di nascita	AN	6
112	Data di nascita	DATA	8
120	Sesso	AN	1
121	Comune/stato estero di residenza	AN	6
127	Codice istituzione competente	AN	28
155	Cittadinanza	AN	3
158	Stato civile	AN	1
159	Regione di residenza	AN	3
162	ULSS di residenza	AN	3
165	Posizione contabile	AN	1
166	Regione inviante	AN	3

Archivio dei dati sensibili:

Posiz.	Nome campo	Tipo	Lung.
1	ULSS-Azienda inviante	AN	3
4	Codice Istituto e sub istituto	AN	8
12	Numero della scheda	AN	8
20	Regime di ricovero	AN	1
21	Medico prescrittore	AN	16
37	Data di prenotazione	DATA	8
45	Classe di priorità	AN	1
46	Data di ricovero	DATA	8
54	Reparto di ammissione	AN	4

58	Onere della degenza	AN	1
59	Provenienza del paziente	AN	1
60	Tipo di ricovero	AN	1
61	Motivo del ricovero	AN	1
62	Motivo del ricovero in regime diurno	AN	1
63	Traumatismi o intossicazioni	AN	1
64	Grado di dipendenza assist. al ricovero	N	3
67	Data 1° trasferimento	DATA	8
75	Reparto di trasferimento	AN	4
79	Data 2° trasferimento	DATA	8
87	Reparto di trasferimento	AN	4
91	Data 3° trasferimento	DATA	8
99	Reparto di trasferimento	AN	4
103	Data 4° trasferimento	DATA	8
111	Reparto di trasferimento	AN	4
115	Grado medio di dipendenza assist. Durante la degenza	N	3
118	Numero giorni di permesso	N	2
120	Numero giorni di presenza in ricovero diurno	N	3
123	Data di dimissione o morte	DATA	8
131	Reparto di dimissione	AN	4
135	Modalità di dimissione	AN	1
136	Riscontro autoptico	AN	1
137	Peso alla nascita	N	4
141	Grado di dipendenza assist. alla dimissione	N	3
144	Diagnosi principale alla dimissione	AN	5
149	Diagnosi secondaria 1	AN	5
154	Diagnosi secondaria 2	AN	5
159	Diagnosi secondaria 3	AN	5
164	Diagnosi secondaria 4	AN	5
169	Diagnosi secondaria 5	AN	5
174	Classe ASA	AN	2
175	Data intervento principale o parto	DATA	8
183	Intervento chirurgico principale o parto	AN	4
187	Reparto intervento principale o parto	AN	4
191	Codice istituto e sub-codice istituto _ mod HSP11bis	AN	8
199	Data altro intervento/procedura 1	DATA	8
207	Altro intervento/procedura 1	AN	4
211	Reparto altro intervento/procedura 1	AN	4
215	Codice istituto e sub-codice istituto intervento/procedura 1	AN	8
223	Data altro intervento/procedura 2	DATA	8
231	Altro intervento/procedura 2	AN	4
235	Reparto altro intervento/procedura 2	AN	4
239	Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento/procedura 2	AN	8
247	Data altro intervento/procedura 3	DATA	8
255	Altro intervento/procedura 3	AN	4
259	Reparto altro intervento/procedura 3	AN	4
263	Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento/procedura 3	AN	8
271	Data altro intervento/procedura 4	DATA	8
279	Altro intervento/procedura 4	AN	4

283	Reparto altro intervento/procedura 4	AN	4
287	Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento/procedura 4	AN	8
295	Data altro intervento/procedura 5	DATA	8
303	Altro intervento/procedura 5	AN	4
307	Reparto altro intervento/procedura/procedura 5	AN	4
311	Codice istituto e sub-codice istituto _ intervento/procedura 5	AN	8
319	DRG	AN	3
322	Importo degenza tariffario regionale	N	9
331	Posizione contabile	AN	1
332	Err01	AN	1
333	Err02	AN	1
334	Err03	AN	1
335	Err04	AN	1
336	Err05	AN	1
337	Err06	AN	1
338	Err07	AN	1
339	Err08	AN	1
340	Err09	AN	1
341	Err10	AN	1
342	Ripetizione	AN	6
348	Regione iniziale di addebito	AN	3
351	Regione inviante	AN	3

Allegato B

LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA DEI RICOVERI ORDINARI

AGGIORNAMENTO 2006

Introduzione

In occasione del passaggio alla nuova versione dell'D9-CM del 2002, e quindi alla 19^a versione del grouper HCFA, si ritiene necessario aggiornare le linee guida che costituivano l'allegato tecnico alla DGRV n. 4807 del 28 Dicembre 1999.

Tale esigenza deriva sia dalla presenza di codici di diagnosi e di procedure di nuova introduzione rispetto alla versione del 1997, sia dalla necessità di ottemperare alla DRGV n. 4090 del 30 Dicembre 2003, emanata quindi successivamente alle precedenti linee guida e che norma i controlli sull'attività di ricovero delle strutture pubbliche e private.

A COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

A) Informazioni da rilevare al momento dell'accettazione del paziente:

- regime di ricovero (ordinario/diurno);
- denominazione dell'ospedale;
- cognome e nome;
- codice fiscale;
- codice sanitario individuale;
- data di nascita;
- sesso;
- comune di residenza;
- cittadinanza;
- stato civile;
- regione di residenza;
- Azienda ULSS di residenza;
- data di ricovero/data di apertura del ricovero diurno;
- unità operativa di ammissione;

- onere della degenza;
- provenienza del paziente;
- tipo di ricovero;
- motivo del ricovero;
- motivo del ricovero in regime diurno;
- traumatismi o intossicazioni;
- grado di dipendenza assistenziale all'entrata (sec. Scala di Barthel);
- data di prenotazione;
- classe di priorità;
- Classe ASA;

B) Informazioni da rilevare nel corso della degenza:

- trasferimenti interni;
- trasferimenti fra UU.OO. della stessa ULSS;
- grado di dipendenza assistenziale intermedio (sec. Scala di Barthel);

C) Informazioni da rilevare al momento della dimissione:

- numero di giornate di permesso;
- numero di giornate di presenza in ricovero diurno (numero di accessi);
- data di dimissione o morte o termine di fine ciclo del ricovero diurno;
- unità operativa di dimissione;
- modalità di dimissione o termine di fine ciclo del ricovero diurno;
- riscontro autoptico;
- peso alla nascita (per i neonati);
- grado di dipendenza assistenziale alla dimissione (sec. Scala di Barthel);
- diagnosi principale alla dimissione;
- diagnosi secondarie;
- intervento chirurgico o parto;
- altri interventi o procedure.

A) Informazioni da rilevare al momento dell'accettazione del paziente.

Per la maggior parte delle informazioni di natura amministrativo-anagrafica, che devono essere rilevate al momento del ricovero, si fa riferimento all'allegata nota, destinata ai responsabili dei flussi informativi.

Si ritiene di fornire ulteriori chiarimenti esclusivamente per le voci sotto riportate:

a) Codice fiscale.

Ai sensi della legge 421/91, il codice fiscale coincide con il codice sanitario che identifica i cittadini iscritti al SSN.

Il campo va valorizzato per tutte le schede di dimissione ospedaliere relative ai cittadini italiani e stranieri in possesso del Codice Fiscale certificato, tranne nei casi coperti da anonimato.

b) Codice sanitario individuale.

Si rammenta che tale codice è stato modificato con l'introduzione della tessera TEAM per cui in tale campo potranno essere inseriti:

- il codice Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), per i cittadini non in regola con il permesso di soggiorno;
- il codice TEAM, per i cittadini appartenenti all'Unione Europea;
- il codice sanitario individuale per i residenti della Regione Veneto, in caso di indisponibilità del Codice Fiscale certificato.

c) Grado di dipendenza assistenziale (esclusivamente per i ricoveri in regime ordinario)

Per la valutazione del grado di dipendenza assistenziale si utilizzerà la Scala di Barthel. Questa scala considera, con un punteggio da 0 a 100, dieci attività di base della vita quotidiana (vedi allegato).

Sebbene il setting di valutazione migliore sia l'ambiente ove il paziente vive, la maneggevolezza dello strumento lo rende utilizzabile anche in ambito ospedaliero come indicatore affidabile della competenza globale del paziente.

La valutazione andrà eseguita al momento dell'ingresso nell'U.O. di accoglimento, nel corso della degenza e al momento della dimissione, con le seguenti specifiche:

- la valutazione intermedia, nel caso di ricoveri medici, andrà eseguita il 4° giorno di ricovero, che corrisponde al valore centrale della degenza media ponderata regionale per i ricoveri medici; nel caso invece dei ricoveri chirurgici, andrà eseguita nella giornata post-operatoria;
- nei ricoveri sia medici che chirurgici con durata della degenza 0-3 giorni, la valutazione intermedia coinciderà con la valutazione all'ingresso;
- per le SDO dei pazienti deceduti, la valutazione al momento della dimissione avrà sempre punteggio = 0;
- per le SDO dei pazienti autodimessi o trasferiti ad altro Istituto per acuti, la valutazione al momento della dimissione

coinciderà con l'ultima valutazione effettuata;

I campi relativi al grado di dipendenza assistenziale andranno compilati per tutti i pazienti di età superiore a 14 anni dimessi dalle UU. OO. per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza, ad eccezione delle UU. OO. di Psichiatria e dei neonati sani (DRG 391).

d) Data di prenotazione (per i ricoveri in regime ordinario e diurno)

La data di prenotazione deve essere registrata fra le informazioni di accettazione che vanno a confluire sulla scheda di dimissione ospedaliera, quale campo obbligatorio a livello regionale per i ricoveri programmati. Per data di prenotazione si deve intendere la data relativa al momento della conferma del riconoscimento del bisogno da parte dello specialista della Struttura che effettuerà il ricovero, e non già quello meramente organizzativo relativo al momento dell'attribuzione precisa di una data per il ricovero.

Con questa informazione sarà possibile valutare il numero di pazienti in lista, utilizzando il dato di produzione: infatti la moltiplicazione del numero di pazienti trattati in media al giorno con l'attesa media in giorni può permettere di stimare il numero di pazienti in lista, nel caso in cui il volume di produzione non risulti particolarmente variabile.

e) Classe di priorità (per i ricoveri in regime ordinario e diurno)

Si riporta di seguito la classificazione nazionale delle classi di priorità, che utilizza i criteri definiti dall'Advisory Committee on Elective Surgery, per l'individuazione di priorità per i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione e per i ricoveri medici per trattamenti radio/chemioterapici:

· CLASSE A : ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi. In tale classe sono compresi gli interventi chirurgici per patologia oncologica e i ricoveri per trattamenti radio/chemioterapici

· CLASSE B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

· CLASSE C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

· CLASSE D: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità.

Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

f) Classe ASA (per i ricoveri in regime ordinario e diurno)

la classe ASA (American Society of Anesthesiologists) individua l'indice di gravità del paziente e pertanto valuta il rischio anestesilogico.

Tale campo andrà compilato solo nelle SDO relative ai ricoveri di tipo chirurgico e i codici sono i seguenti:

1: paziente sano;

2: paziente con lieve malattia sistemica;

3: paziente con grave malattia sistemica;

4: paziente con grave malattia sistemica che costituisce un costante pericolo per la vita;

5: paziente moribondo dove non vi è aspettativa di sopravvivenza senza l'intervento;

6: paziente dichiarato in morte cerebrale, i cui organi possono essere espantati.

B) Informazioni da rilevare nel corso della degenza.

a) Trasferimenti fra UU.OO. della stessa ULSS

Si rammenta che con nota della Direzione dei Servizi Sanitari Prot. N. 61073/50.08.00 del 23 Dicembre 2003, con decorrenza 1 Gennaio 2004, sono stati unificati i codici dei Presidi ospedalieri appartenenti alla stessa ULSS; pertanto i passaggi fra UU.OO. per acuti di diversi Presidi devono essere considerati alla stregua dei trasferimenti interni e non più dimissioni con contestuale apertura di una nuova cartella clinica.

b) Trasferimenti fra UU.OO. della stessa Struttura

Per quanto sia sempre più frequente il trasferimento dei pazienti nell'ambito di uno stesso ricovero fra più reparti a causa della sempre maggiore differenziazione/frammentazione specialistica dei profili di diagnosi la scheda nosologica deve essere compilata dall'UU.OO. che esegue la dimissione.

Premesso però che nell'ambito dello stesso ricovero la cartella clinica e quindi anche la scheda nosologica "seguono il paziente", per ovviare alla possibile perdita di informazione che può crearsi nei passaggi da un reparto all'altro, si deve attivare un sistema per la rilevazione della diagnosi di trasferimento e di eventuali procedure effettuate presso l'UU.OO. che trasferisce, diagnosi intesa come la patologia maggiormente trattata nell'UU.OO. inviante e non come la causa del trasferimento stesso. Pertanto, nel caso di trasferimenti, l'UU.OO. che dimette deve indicare anche diagnosi e procedure che non sono proprie.

Si ricorda comunque che il trasferimento da UU. OO. per acuti a UU. OO. Di riabilitazione e lungodegenza dà luogo alla chiusura e contestuale apertura di nuova scheda nosologica.

C) Informazioni da rilevare al momento della dimissione.

Si danno ulteriori indicazioni limitatamente a:

a) Modalità di dimissione.

Questa è una variabile rilevante ai fini del sistema di classificazione dei DRGs. Una diversa modalità di dimissione può infatti in taluni casi modificare il DRG.

La logica del sistema di classificazione presuppone infatti che a parità di diagnosi di dimissione la complessità del caso trattato e quindi il consumo di risorse sia diverso in relazione alla modalità di dimissione.

Le possibilità previste nella scheda di dimissione sono le seguenti:

- decesso del paziente;
- dimissione ordinaria al domicilio del paziente;
- dimissione ordinaria presso una RSA;
- dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare;
- dimissione volontaria (contro il volere dei medici);
- trasferimento ad altro ospedale per acuti,
- trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto,
- trasferimento ad istituto di riabilitazione (o di lungodegenza); (*)
- dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.

(*) questa modalità di dimissione va utilizzata anche nel caso di trasferimento presso un reparto di lungodegenza, per similitudine con la tipologia di remunerazione a giornata di degenza.

Va pertanto prestata particolare attenzione alla esatta individuazione della modalità di dimissione.

b) Diagnosi principale alla dimissione e diagnosi secondarie

Codice ICD9-CM, versione 2002, dal 1 Gennaio 2006.

c) Intervento chirurgico principale e altri interventi/procedure

Codice ICD9-CM, versione 2002, dal 1 Gennaio 2006.

REGOLE GENERALI RELATIVE ALL'USO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM

1. Utilizzo integrato dell'indice alfabetico e dell'elenco sistematico

È indispensabile utilizzare sia l'indice alfabetico che l'elenco sistematico al fine di individuare il codice corretto. L'utilizzo del solo indice alfabetico determina quasi certamente errori nell'individuazione dei codici ed insufficiente specificità nella selezione del codice, rendendo difficile l'attribuzione dei DRG.

2. Specificità della codifica

I codici relativi alle diagnosi ed alle procedure devono essere utilizzati al massimo livello di specificità: - assegnare un codice a 3 caratteri solo se non vi sono codici a 4 caratteri nell'ambito della stessa categoria; - assegnare un codice a 4 caratteri solo se non vi sono codici a 5 caratteri nell'ambito della stessa classificazione; - assegnare un codice a 5 caratteri tutte le volte in cui ciò sia possibile

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

3. Codici relativi ad altre condizioni e a condizioni non specificate

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

4. Codici combinati

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

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

Si deve utilizzare il codice combinato quando esso identifica pienamente tutte le condizioni riportate o quando l'indice alfabetico lo richiede esplicitamente. Se il codice combinato descrive tutti gli elementi riportati nella formulazione diagnostica, non devono essere utilizzati ulteriori codici.

5. Segni, sintomi e condizioni morbose mal definite

1) quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 della Classificazione internazionale delle malattie _ modificazione clinica (versione italiana della versione 2002 dell'ICD9-CM).

2) quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, in presenza di una patologia nota, il segno o sintomo deve essere selezionato come diagnosi principale.

6. Postumi

Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo sia 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 verificarsi dopo mesi o anni (come nei traumi). Per codificare i postumi sono necessari due codici: uno relativo alla condizione residua, l'altro relativo alla causa del postumo. Il codice relativo alla condizione residua del postumo va codificato per primo; quello relativo alla causa va riportato come

diagnosi secondaria, a meno che la nuova versione dell'ICD9-CM del 2002 non preveda la possibilità di codificare con un solo codice sia la natura che la causa, come nel caso dei postumi degli accidenti cerebro-vascolari, dove la categoria 438 (postumi delle malattie cerebro-vascolari) presenta ora una quarta o quinta cifra che ne identificano le sequele .

Ad esempio per l'afasia da pregresso accidente cerebro-vascolare si utilizzerà il solo codice 43811, mentre nel caso di crisi epilettica in postumi di ascesso intracranico, la diagnosi principale sarà l'epilessia (345.0) e in diagnosi secondaria andrà riportato il postumo di ascesso intracranico (326).

7. Condizione "imminente"

Le condizioni descritte al momento della dimissione come "minaccia di " o "imminente" devono essere codificate secondo il seguente sistema:

- individuare nell'indice alfabetico se la condizione primitiva ha una sottovoce relativa al termine "imminente" o "minaccia di"; verificare anche il termine principale "minaccia di " e "imminente".

Esempio: paziente gravida, dimessa dopo ricovero per minaccia di aborto. Codice diagnosi: 64003 "minaccia di aborto, condizione o complicazione antepartum".

SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE, E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE

La diagnosi principale di dimissione

Costituisce la condizione morbosa principale trattata o presa in esame durante il ricovero, ovvero la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/o terapeutici.

Nel caso delle patologie che, proprio a causa della loro natura, possono richiedere più ricoveri, la codifica della diagnosi principale rappresenta un problema di non facile soluzione.

In linea generale si pone l'indicazione di codificare in diagnosi principale la patologia di base nei seguenti casi:

- ricovero diagnostico;
- ricovero esitato in decesso a causa della patologia stessa;
- ricovero per la ristadiazione della malattia con esecuzione di esami strumentali invasivi;
- ricovero con intervento chirurgico.

Nei rimanenti casi va codificata in diagnosi principale la complicanza correlata alla malattia nota.

La diagnosi principale di dimissione e le diagnosi secondarie devono essere codificate secondo la Classificazione delle Malattie, dei traumatismi, degli Interventi Chirurgici e delle Procedure Diagnostiche e Terapeutiche, Versione Italiana della International Classification of Diseases-9", revision - Clinical Modification) (ICD-9 CM) - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 2002.

Le diagnosi secondarie di dimissione

· Per diagnosi secondarie si intendono quelle condizioni morbose che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano nel corso dello stesso e influenzano il trattamento ricevuto e la durata della degenza.

· Le diagnosi correlate a precedenti ricoveri e che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.

· Pertanto, diversamente da quanto riportato nel testo, non si deve considerare la nota:"codificare per prima la malattia di base" (es: varici esofagee in cirrosi epatica -> codice diagnosi 4260).

Nel caso di ricovero per parto deve essere obbligatoriamente segnalato l'esito, secondo i codici riportati nella categoria V27.0, fra le diagnosi secondarie.

Condizioni acute e croniche

Quando la stessa condizione è descritta sia come acuta (o subacuta) che come cronica, e nell'indice alfabetico sono riportati specifici codici, devono essere riportati entrambi i codici, utilizzando in diagnosi principale quello della condizione acuta ed in diagnosi secondaria quello della forma cronica. Esempio: Acutizzazione di pancreatite cronica Codifica: Pancreatite acuta 577.0 Pancreatite cronica 577.1

Osservazione e valutazione di situazioni sospette

Vanno utilizzati in diagnosi principale i codici compresi fra V71.0 e V71.9 qualora il ricovero sia finalizzato a trattare una situazione anomala che, in assenza di segni o sintomi, richieda una specifica valutazione. Esempio: Osservazione :in paziente coinvolto in un incidente stradale. Tutti gli esami negativi Codifica: Osservazione successiva ad altro incidente V71.4

Trattamento non eseguito

La situazione che, al termine del ricovero, è risultata essere il motivo del ricovero deve essere codificata come diagnosi principale anche se il previsto trattamento non è stato praticato per circostanze impreviste. In questo caso va segnalato, fra le diagnosi secondarie, va riportato il codice V.64.0. Esempio: Ricovero per eseguire intervento di ernioplastica dx. Intervento non eseguito. Codifica:

Ernia inguinale senza menzione di ostruzione o gangrena, monolaterale 550.90

Procedura non eseguita per altre ragioni V64.3

CAPITOLO I

MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (OO1-139)

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo

Si precisa che occorre riportare nella compilazione dei campi corrispondenti alle diagnosi anche gli zeri presenti prima della cifra significativa, ad esempio la febbre tifoide ha il codice 002.

Tutte le epatiti virali sono raggruppate in un'unica categoria (070), con la distinzione a livello di quarta cifra fra epatite A ed epatite B. Non sono previsti codici specifici per altri tipi di epatite (ad esempio epatite non A non B, epatite C, ecc.) che devono essere codificate tra "altre epatiti specificate"; (070.4 - 070.5) a seconda della presenza o meno di coma epatico). La quinta cifra per alcune sotto-categorie identifica la presenza o meno di epatite Delta (es: 070.30-070.33).

Per le malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio, deve essere utilizzata la categoria 647, a meno che tale patologia abbia danneggiato il feto. In questo caso deve essere utilizzato un codice della categoria 655.0_-655.9_

Nel caso di setticemia, devono essere utilizzati i codici della categoria 038. Se l'evidenza clinica depone per una setticemia, pur in presenza di emocoltura negativa, la diagnosi principale sarà di setticemia.

Per lo shock settico va utilizzato il codice 785.59.

I postumi delle malattie infettive e parassitarie sono raggruppate nelle tre categorie 137, 138 e 139.

CAPITOLO II

TUMORI (140-239)

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo

Questo settore suddivide i tumori in:

TUMORI MALIGNI : sono codificati da: 140.0 a 208.9.

Le categorie 196.-199. si utilizzano per codificare le patologie neoplastiche secondarie e l'infiltrazione di organi adiacenti.

TUMORI BENIGNI: sono codificati da 220 a 229.9.

CARCINOMI IN SITU: sono codificati da 230 a 234.9.

TUMORI A COMPORTAMENTO INCERTO E NATURA NON SPECIFICATA (235.- 239.9): da utilizzare solamente nei casi in cui non si sia in possesso di una diagnosi istologica.

Nella sezione dei tumori maligni primitivi (da 140 a 195) la quarta cifra indica la parte anatomica dell'organo interessato dal tumore (es.: tumore maligno dello stomaco 151, con sede ai cardias: 151.0).

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 (es: micosi fungoide, linfonodi intraaddominali: 202.13) mentre per le categorie 203-208 la quinta cifra identifica se si tratta di malattia in remissione o meno.

La codifica delle forme neoplastiche risulta spesso problematica, per cui si ritiene opportuno definire i seguenti criteri per la selezione della neoplasia come diagnosi principale:

- nel caso la diagnosi di neoplasia venga posta per la prima volta nel corso del ricovero;
- nel caso del ricovero con l'intervento chirurgico specifico per il trattamento della neoplasia;
- nel caso in cui il ricovero sia finalizzato alla stadiazione o alla ristadiazione della neoplasia, con la necessità di eseguire procedure diagnostiche invasive strettamente correlate alla patologia, erogabili, per la loro intrinseca complessità, solo in regime di ricovero;
- nel caso del ricovero esitato in decesso;

Qualunque estensione per contiguità o a distanza deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria.

Nel caso in cui il tumore maligno primitivo, precedentemente curato, dia luogo a localizzazione secondaria, questa dovrà essere codificata in prima diagnosi e andrà riportato in diagnosi secondaria la pregressa neoplasia, utilizzando un codice della categoria V 10.

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento della localizzazione secondaria, anche in presenza della neoplasia primitiva, andrà codificata in diagnosi principale la metastasi.

Per quanto riguarda alcune situazioni di incertezza, si forniscono le seguenti indicazioni:

- Quando non viene specificato se un tumore maligno è primitivo o secondario, si presume che sia di origine primitiva (per la codifica quindi si usano i codici che descrivono il tumore primitivo), tranne quando il tumore è localizzato ai linfonodi o al fegato, poiché le neoplasie maligne dei linfonodi sono da considerarsi tumori secondari a meno che la documentazione diagnostica non specifichi che siano primitivi, mentre per i tumori maligni del fegato invece, qualora non sia possibile determinarne la natura primitiva o secondaria, sarà usato il codice 155.2 "tumore maligno del fegato non specificato se primitivo o secondario".
- La diagnosi di tumore della mammella ha due distinti codici a seconda del sesso del paziente (I74._ donna; 175._ uomo). E' prevista la quarta cifra che specifica il quadrante d'insorgenza del tumore.
- Quando coesistono due o più tumori primitivi si codificano tutti utilizzando i codici dei tumori primitivi, classificando come

principale la neoplasia che ha assorbito la maggior quota assistenziale.

· Se il paziente viene ricoverato per sospetto di tumore maligno e le indagini effettuate non consentono di giungere ad una diagnosi, si utilizzerà il codice V71.1 "osservazione per sospetto di tumore maligno".

· Se il ricovero è finalizzato esclusivamente al trattamento (ad esempio: emotrasfusione) di una complicanza della neoplasia, come diagnosi principale deve essere indicata la complicanza stessa (anemia).

· Se il motivo del ricovero è l'esecuzione di un ciclo di radioterapia, si deve codificare in diagnosi principale V58.O "sessione di radioterapia" e la neoplasia primitiva o secondaria oggetto del trattamento in diagnosi secondaria. Tale codice non va utilizzato se il trattamento prevede l'infissione di elementi radioattivi o la radioterapia stereotassica; in tali casi deve essere indicata come diagnosi principale la neoplasia oggetto del trattamento e fra le procedure l'infissione o la radioterapia stereotassica.

· Quando il paziente viene ricoverato per eseguire un ciclo di chemioterapia si deve codificare in diagnosi principale il codice V58.1 "chemioterapia di mantenimento" e la neoplasia in diagnosi secondaria. Nel caso la chemioterapia non venga eseguita per problemi clinici in paziente già ricoverato, utilizzare il codice V67.2 "visita di controllo dopo chemioterapia". E' importante ricordare che anche la chemioterapia differita genera ugualmente il DRG 410 (chemioterapia) e pertanto è necessario porre attenzione ad utilizzare tale codice in diagnosi principale.

Quando il ricovero ordinario è finalizzato al follow-up del paziente oncologico, si possono verificare le seguenti condizioni:

follow-up negativo per ripresa di malattia. In tal caso si utilizzano i codici della categoria V10.

follow-up positivo per recidiva locale. In tal caso si codifica in diagnosi principale la recidiva e in diagnosi secondaria la pregressa neoplasia con i codici della categoria V10.

follow-up positivo per metastasi senza recidiva locale della neoplasia

In tal caso si codifica in diagnosi principale la metastasi e in diagnosi secondaria la pregressa neoplasia con i codici della categoria V10.

CAPITOLO III

MALATTIE DELLE ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari (240 - 279)

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo

I disturbi endocrini e metabolici del feto e del neonato devono venire codificati con i codici della categoria 775.

In presenza di disturbi endocrini dovuti a patologia neoplastica, valgono le regole specificate nel capitolo II.

Diabete: È indispensabile usare sempre il codice a 5 cifre. La quarta cifra identifica la complicanza; Esempio: Diabete con chetoacidosi 250.1_ Diabete con iperosmolarità 250.2_ Diabete con complicanze renali 250.4_ mentre la quinta cifra indica il tipo di diabete (insulino o non-insulino dipendente) e la presenza o meno di scompenso metabolico.

In presenza di coma diabetico sia ipoglicemico che iperglicemico, utilizzare il codice 250.2_, sempre utilizzando la quinta cifra per identificare il tipo di diabete, mentre per il coma iperosmolare utilizzare il codice 250.3_ (sempre con la quinta cifra).

In presenza di crisi ipoglicemica in diabetico, utilizzare il codice 250.8_ mentre se l'ipoglicemia non è diabetica utilizzare i codici 251.0 (coma ipoglicemico) o 251.2 (ipoglicemia non specificata).

In caso di diabete gestazionale si usa il codice 648.8_, utilizzando la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata prima del parto, durante il parto o dopo il parto.

In caso di gravidanza in diabetica, va utilizzato il codice 648.0_, utilizzando anche in questo caso la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata prima del parto, durante il parto o dopo il parto.

Nel caso di ridotta tolleranza ai carboidrati identificata durante la curva da carico di glucosio, usare il codice 790.2 (Curva da carico di glucosio alterata).

Il codice 279.3, deficit immunitario non specificato, va utilizzato per codificare il deficit immunitario iatrogeno, come nel caso dei pazienti sottoposti a chemioterapia o radioterapia.

Il codice di diagnosi 275.4 (disordini del metabolismo del calcio) con la versione 2002 presenta una quinta cifra per diversificare l'ipocalcemia e l'ipercalcemia.

CAPITOLO IV

MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI (280 -289)

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo

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.

Vengono di seguito riportati i gruppi da utilizzare per alcune patologie più frequenti:

MALATTIA EMOLITICA DEL NEONATO (MEN) 773_

TALASSEMIA IN TUTTE LE SUE FORME 282.4

ANEMIA COMPLICATA LA GRAVIDANZA, PARTO E IL PUERPERIO 648.2_

ADENOPATIA, INGROSSAMENTO DEI LINFONODI S.A.I. 785.6

LINFOADENITE ACUTA 683 (usare codice aggiuntivo per identificare il microorganismo responsabile)

SINDROME MIELODISPLASTICA 238.7

MIELOFIBROSI o MIELOSCLEROSI 289.8
ANEMIA REFRATTARIA 285.0
ALTERAZIONI EMORRAGICHE
DA ANTICOAGULANTI CIRCOLANTI 286.5

CAPITOLO V

DISTURBI PSICHICI (290- 319)

Questo settore raggruppa le psicosi, i disturbi nevrotici e della personalità, altri disturbi psichici non psicotici e il ritardo mentale. L'utilizzo di tali codici pertanto deve avvenire con particolare cautela, date anche le implicazioni medico-legali correlate.

Per alcune specifiche situazioni, si danno le seguenti indicazioni:

- In caso di alcool-dipendenza o di farmaco-dipendenza, utilizzare rispettivamente le categorie 303 e 304.
- In caso di intossicazione acuta da alcool o farmaci senza dipendenza utilizzare la categoria 305.
- E' importante ricordare di segnalare fra le procedure l'eventuale riabilitazione da alcool/farmaci, l'eventuale disintossicazione o la riabilitazione e disintossicazione combinate.

CAPITOLO VI

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI (320-389)

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo

Vanno utilizzati codici diversi per diversificare le convulsioni, che sono una manifestazione di patologia (ad es. la febbre), dall'epilessia.

Epilessia 345._

Convulsioni:

nell'adulto 780.3_

nel neonato 779.0

Le patologie "neurite" e "sciatica" sono invece inserite nel settore XIII (vedi malattie del sistema del tessuto osteomuscolare e del tessuto connettivo).

E' necessario distinguere nella codifica l'emigrania (346_), la cefalea (784.0) e la cefalea tensiva (307.81).

- I codici dell'emiplegia (342._) e delle altre sindromi paralitiche (344._) vanno usati raramente per la codifica della diagnosi principale, se non per le emiplegie o le sindromi paralitiche di antica o di lunga durata, ma di origine non specificata. In caso di ricovero per emiplegia da accidente cerebro-vascolare, come diagnosi principale deve sempre venire codificato l'accidente cerebro-vascolare e non l'emiplegia. Esistono codici diversi a seconda che si tratti di un accidente emorragico (430,431,432._) o ischemico (433._,434._). Per queste ultime due categorie, è stata introdotta la quinta cifra che specifica la presenza o meno di infarto cerebrale. Se non si conosce la natura della vasculopatia acuta, si potrà ricorrere al codice 436, che andrà comunque utilizzato il meno possibile.
- In caso di postumi stabilizzati di accidenti cerebro-vascolari, utilizzare la categoria 438, ricordando che, nella versione 2002, è stata introdotta una quarta e una quinta cifra per diversificarne le sequele.
- nel caso di paralisi cerebrali infantili possono invece essere utilizzati in diagnosi principale i codici della categoria 343._

CAPITOLO VII

MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390 _ 459)

Le malattie del circolo polmonare sono raggruppate in un'unica sezione (415 - 417).

Porre attenzione all'edema polmonare acuto che quando è cardiogeno va codificato con la categoria 428._ (insufficienza cardiaca), quando invece è di origine prettamente polmonare il codice è 518.4 (edema polmonare acuto non specificato).

In presenza di ipertensione che si manifesti durante la gravidanza, il parto o il puerperio, usare la categoria 642.

In presenza di attacco ischemico transitorio (T.I.A.) utilizzare il codice 435._, se però è presente una eziologia stenotica documentata è necessario codificare in prima diagnosi la stenosi 433._ ed in seconda diagnosi il T.I.A.

In caso di angina, utilizzare il codice 413._, mentre in presenza di angina instabile e pre-infartuale utilizzare il codice 411.1

L'infarto miocardio acuto viene codificato con la categoria 410, dove la quinta cifra permette di identificare:

0: episodio di assistenza non specificato;

1: episodio iniziale di assistenza, indipendentemente dai trasferimenti che il paziente può aver subito nel corso del ricovero;

2: episodio successivo di assistenza, nel caso di ulteriore ricovero per osservazione o trattamenti per un IMA avvenuto entro le otto settimane precedenti.

L'infarto pregresso senza sintomi attuali va codificato con 412; l'ischemia cardiaca cronica o una qualunque condizione classificabile come 410 che presenta sintomi oltre le otto settimane dalla data dell'infarto va codificata con 414.8.

In caso di aterosclerosi (categoria 440) la quarta cifra identifica la sede e la malattia se a carico delle arterie native o di innesti vascolari, la quinta cifra invece specifica la gravità della patologia.

In caso di vasculopatia aterosclerotica degli arti inferiori per la quale si renda necessaria la collocazione di un neurostimolatore spinale, la sintomatologia algica andrà codificata in diagnosi principale, per evitare l'attribuzione al DRG 468.

Per il posizionamento del pace-maker si danno le seguenti indicazioni:

- in caso di ricovero per posizionamento di pace-maker, in diagnosi principale andrà codificato il disturbo del ritmo (427._) e/o di conduzione (426J e tra gli interventi/procedure l'inserzione dei pace-maker (378._) e l'inserzione dell'elettrocattetero (377._).
- in caso di ricovero per controllo di pace-maker o esaurimento della batteria, utilizzare in diagnosi principale il codice V53.3 e fra le procedure la sostituzione del pace-maker (378._).
- in caso di paziente portatore di pace-maker, utilizzare il codice V45.0.

Nel ricovero con esecuzione di angioplastica coronarica (PTCA) si ricorda che devono venire codificate sia la PTCA (codice 360._) che l'eventuale posizionamento dello stent (codice 3606).

Nel ricovero per riparazione endovascolare di aneurisma, si utilizzerà la categoria di nuova introduzione 397; per la riparazione endovascolare di aneurisma dell'aorta addominale si userà il codice 3971, per le riparazioni degli altri aneurismi il codice 3979. In caso di trombosi di fistola arterovenosa utilizzare il codice 996.73 (complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti per dialisi renale)

Con la versione 2002 è stato eliminato il DRG 112 (interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea), sono stati modificati i DRG 115 e 116 relativi agli impianti di pace maker, e gli impianti di defibrillatori vengono ora attribuiti ai nuovi DRG 514 e 515 (impianto di defibrillatore con /senza cateterismo cardiaco)

I DRG 106 e 107, relativi ai "by-pass coronarici con/senza cateterismo cardiaco", cambiano ora la logica di attribuzione a seconda che, oltre al by-pass coronarico, venga eseguita la PTCA (il DRG 106 diventa "by-pass coronarico con PTCA") o il cateterismo (il DRG 107 diventa "by-pass coronarico con cateterismo cardiaco"). Se al by-pass coronarico non è associata né la PTCA né il cateterismo, si forma il DRG 109.

Alcuni codici della categoria V si utilizzano per descrivere ricoveri effettuati per valutare il follow-up del paziente: ad esempio nel caso di controlli dopo trapianto del cuore (V42.1), trapianto di valvola cardiaca (V42.2) o controllo dopo impianti di protesi valvolare (V43.3).

CAPITOLO VIII

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (460 - 519)

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo

La broncopneumopatia cronica ostruttiva va codificata utilizzando il codice 491.2_ (bronchite cronica ostruttiva).

Con la versione 2002 dell'ICD9-CM l'insufficienza respiratoria acuta viene codificata con il codice 518.81, la cronica con il codice 51883, la acuta su cronica con il codice 51884.

Per quanto riguarda l'edema polmonare acuto, se con menzione di cardiopatia va codificato come insufficienza cardiaca (428._), altrimenti usare il codice 518.4

In caso di sintomi respiratori secondari ad inalazione di fumi e vapori chimici, utilizzare i codici della categoria 506; nel caso, invece, di avvelenamento con sintomi respiratori, va posto in prima diagnosi l'avvelenamento, con la specificazione del tipo di sostanza che ha determinato il problema respiratorio (codici dei gruppi da 960 a 979), usando un codice aggiuntivo per specificare gli effetti respiratori dell'avvelenamento.

La sindrome dell'apnea del sonno va codificata con i codici a cinque cifre della sotto-categoria 780.5 (disturbi del sonno)

La dispnea e le anomalie respiratorie non altrimenti specificate, si codificano con il codice 786.0_

CAPITOLO IX

MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE (520 _579)

Per gran parte delle malattie del settore IX va utilizzata la quinta cifra, per cui la codifica richiede particolare attenzione.

Per la codifica delle ulcere gastriche e duodenale è necessario utilizzare la quarta cifra, che descrive la complicazione (emorragia, perforazione ...) e la quinta cifra che descrive la presenza o meno di ostruzione.

Anche per la classificazione delle ernie si utilizza un codice a 5 cifre, dove la quarta indica la complicazione e la quinta la mono o bilateralità e la ricorrenza.

In caso di colica epatica, se vi è la presenza di calcoli biliari, il codice appropriato è quello della categoria 574 (colelitiasi), altrimenti codificare con il codice della categoria 789 (dolore addominale) con la quinta cifra che indica la sede anatomica.

In presenza di occlusione intestinale è necessario codificare in prima diagnosi la causa d'origine (volvolo, infarto intestinale, etc.), utilizzando i codici della categoria 560. Quando si è invece in presenza di una sub-occlusione o di un fecaloma che si risolve senza intervento chirurgico si utilizza il codice 560.39 (intasamento fecale).

Nel caso di emorragia digestiva va codificata la causa dell'emorragia (es. ulcera duodenale sanguinante senza ostruzione 532.00). Solo nel caso in cui la causa non sia nota codificare la manifestazione clinica di ematemesi (578.0) o melena (578.1) o emorragia del tratto gastrointestinale non specificata (578.9).

Nel caso di esofagite emorragica utilizzare il codice 530.82, nel caso di gastrite erosiva emorragica, utilizzare il codice 535.01.

Il reflusso gastroesofageo va codificato con il codice 530.81, se è presente una esofagite da reflusso, utilizzare il codice 530.11.

Nel ricovero per rimozione chirurgica del catetere peritoneale per suo malfunzionamento (codice procedura 5492) la codifica della diagnosi si avvarrà di un codice di nuova introduzione (99656).

Con la versione 2002 dell'ICD9-CM compaiono due DRG di nuova introduzione: il DRG 512 (trapianto combinato di pancreas e rene) e il DRG 513 (trapianto di pancreas). Poiché le motivazioni cliniche che portano al trapianto sia combinato di pancreas e rene che isolato di pancreas prevedono che il paziente sia affetto da malattia diabetica con insufficienza renale cronica (I.R.C.), per giungere alla corretta attribuzione di questi DRG si raccomanda di codificare sia il diabete (categoria 250) che

I.R.C. (codice diagnosi: 585) e fra gli interventi andranno codificati il trapianto di pancreas (codice procedura 5280) e, se eseguito, il trapianto di rene (codice procedura 5569)

CAPITOLO X

MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO (580-629)

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo

L'Insufficienza Renale va codificata come diagnosi principale solo se a tale patologia è stata riservata la maggior quota assistenziale.

Se un paziente ricoverato per altro motivo presenta una condizione di insufficienza renale che richiede un trattamento (per esempio dialisi) o che comunque comporta un aggravio assistenziale che determina pertanto un prolungamento della degenza, l'insufficienza renale deve essere indicata fra le diagnosi concomitanti utilizzando i codici specifici di Insufficienza Renale Acuta (codici della categoria 584) o Insufficienza Renale Cronica (codici della categoria 585), da evitare il codice corrispondente a Insufficienza Renale non specificata (586).

Per la codifica della glomerulonefrite acuta (codici della categoria 580) e della sindrome nefrosica (codici della categoria 581) la quarta cifra ne indica la descrizione istologica. Quando questa non è conosciuta si usa in quarta cifra .9 che corrisponde a "istologia non specificata".

La colica renale senza menzione di calcoli si codifica 788.0. Se viene segnalata la presenza di calcoli, il codice appropriato per la diagnosi principale è però 592._ (calcolosi del rene e dell'uretere) e la colica renale viene codificata tra le diagnosi secondarie.

Nella versione 2002 è stata aggiunta la quarta cifra alla codifica dell'ipertrofia prostatica (codice 600._) per darne maggiore specificità.

In caso di patologia vescicale per la quale si renda necessaria la collocazione di un neurostimolatore spinale, in prima diagnosi andrà codificata la patologia algica vescicale, per evitare l'attribuzione al DRG 468.

CAPITOLO XI

COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA DEL PARTO E DEL PUERPERIO (630 - 676)

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo

Tutte le patologie che necessitano di ricovero in corso di gravidanza, vanno codificate utilizzando i codice dal 630 al 676.

In caso di aborto:

per tutti i tipi di aborto, compresa l'I.V.G., utilizzare i codici delle categorie 634._ - 638_ utilizzando la quarta cifra che indica la presenza o meno di complicazione avvenuta nel corso del ricovero in cui si è verificato l'aborto e la quinta cifra che identifica se l'aborto è stato completo/incompleto.

Quando invece la complicazione si manifesta successivamente alla dimissione, e diventa causa di un ricovero successivo, utilizzare la categoria 639_ "complicazioni successive all'aborto e a gravidanza ectopica e molare".

· In caso di minaccia di aborto, utilizzare il codice 640.0_ se prima della 22° settimana di gestazione; in caso di minaccia di parto prematuro utilizzare il codice 644.0_ se fra la 22° e la 37° settimana di gestazione, oppure il codice 644.1_ se dopo la 37° settimana. La quinta cifra sarà solo indicativa di eventuali condizioni morbose dell'antepartum.

· Il parto eutocico si codifica con il codice 650. Ai fini della classificazione è considerato eutocico anche il parto indotto, senza/con episiotomia, vaginale, senza intervento manuale feto, con nascita di neonato singolo e vitale. Tale codice deve essere usato singolarmente e mai insieme ad altri codici delle categorie 630-676.

· Per le categorie 640-648 (complicanze correlate alla gravidanza) e per le categorie 651-676 (parto e altre indicazioni per ricovero in gravidanza, travaglio e parto) è stata aggiunta la quinta cifra per connotare l'attuale episodio di ricovero rispetto a quello in cui avviene il parto.

0 episodio di cura non specificato;

1 parto, con o senza menzione della condizione antepartum;

2 parto, con menzione della condizione postpartum;

3 condizione o complicazione antepartum, senza parto in questo ricovero;

4 condizione o complicazione postpartum, senza parto in questo ricovero;

· in caso di parto cesareo bisogna porre particolare attenzione alla codifica, distinguendo se l'indicazione al cesareo sia preesistente al travaglio (652-659) o insorga durante questo (660-669). Il codice 669.7_ "parto cesareo senza menzione dell'indicazione" deve essere usato il meno possibile dal momento che manca la segnalazione clinica dell'indicazione.

Nel caso il ricovero sia esitato in parto, è obbligatorio precisare nello spazio della scheda "patologie concomitanti o complicanze" l'esito del parto (vedi codici V27._).

Per periodo postpartum si intende il periodo immediatamente seguente al parto e prosegue per sei settimane. Le complicanze del postpartum che si presentano nel corso dello stesso ricovero del parto, devono avere come quinta cifra "2"; se conducono ad un ricovero successivo a quello in cui è avvenuto il parto, la quinta cifra sarà "4".

Per la codifica del neonato sano, vedi Settore XV.

CAPITOLO XII

MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (680 - 709)

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo

Le manifestazioni cutanee dovute ad avvelenamento da sostanze esterne o medicinali vanno codificate utilizzando il capitolo XVII Traumatismi e Avvelenamenti (categorie 960-979) in prima diagnosi e riportando in seconda diagnosi il codice delle categorie 680-709 nel caso di effetti nocivi di dose eccessiva o sostanza non appropriata, somministrata o presa per errore. Nel caso invece di effetti nocivi di sostanza appropriata correttamente somministrata, andrà posta in prima diagnosi la manifestazione cutanea (categorie 692-693).

Si ricorda la codifica di alcune forme particolari di dermatiti:

dermatite da farmaci assunti per via orale/parenterale 693.0

dermatite da farmaci per uso topico 692.3

dermatite da alimenti ingeriti 693.1

dermatite da contatto con alimenti 692.5

dermatite da radiazioni solari 692.72

dermatite da radiazioni (eccetto solari) 692.82

CAPITOLO XIII

MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO

(710 - 739)

Le categorie 711. e 712 includono le artropatie associate ad infezione.

La maggior parte dei codici compresi nelle categorie 711-712 richiedono anche un codice aggiuntivo (con relativa diagnosi descritta) per identificare il microorganismo infettante

Tutte le artrosi della colonna sono riportate con il termine di spondilosi e codificate con il codice 721._

Tutte le manifestazioni algiche da ernia discale sono da codificare nella categoria 722._ (disturbi dei dischi intervertebrali).

La sindrome da allettamento senza ulteriori complicanze va codificata con 728.2 (decadimento muscolare e atrofia da inattività).

In caso di frattura patologica si utilizzerà il codice 733.1._

Le fratture da traumatismi sono codificate nel capitolo XVII traumatismi e Avvelenamenti.

Con la versione 2002 compaiono nuovi codici di procedure per la rifusione della colonna vertebrale (categoria 813)

Si ricorda che con la versione 2002 dell'ICD9-CM si modificano i DRG relativi agli interventi di artrodesi, che prima afferivano ai DRG 214 e 215, ora eliminati e sostituiti dai nuovi DRG di artrodesi vertebrale cervicale (DRG 319 e 320) di artrodesi vertebrale (DRG 496, DRG 497 e DRG498) e interventi sul dorso esclusa l'artrodesi (DRG 499 e 500)

Similmente i DRG 221 e 222, relativi agli interventi sul ginocchio, sono stati eliminati e sostituiti dai DRG 501, 502 e 503, ove l'attribuzione allo specifico DRG è determinata dalla presenza di infezione in diagnosi principale.

CAPITOLO XIV

MALFORMAZIONI CONGENITE (740 _ 759)

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo

Questo capitolo non presenta particolari problemi di codifica.

I codici di questo settore possono essere utilizzati per pazienti di ogni età purché la patologia sia specificata come congenita (o, in più rari casi, non possa che essere congenita).

CAPITOLO XV

ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (760 _ 779)

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo

Si ricorda che i codici presenti in questo capitolo possono essere utilizzati nel ricovero in cui sia avvenuta la nascita o nei rientri in Ospedale fino ai 28 giorni di vita del neonato.

Per i neonati de! nido, la diagnosi principale va codificata utilizzando i codici della categoria V30_V39,_, per la quale è prevista la quarta cifra per indicare se la nascita è avvenuta nel corso del ricovero in oggetto e una ulteriore quinta cifra per indicare se la nascita è avvenuta con parto cesareo o meno.

Il settore ha una successione logica nella struttura che prevede:

Cause materne di morbilità e mortalità perinatale (760._-763._).

queste categorie contengono codici da utilizzare solo se la patologia materna ha avuto ripercussione clinica sul feto o neonato. Il semplice fatto che la madre presenti una patologia nel corso della gravidanza o del parto non giustifica l'uso routinario di questi codici.

Ritardo di crescita fetale (764-765)

Questi codici non devono essere utilizzati solo sulla base del peso alla nascita o sulla stima dell'età gestazionale, ma necessitano, per il loro uso, che al neonato siano prestate particolari attenzioni sul controllo della maturità.

Nell'IDC-9 CM nella categoria 764 (ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale) e nella categoria 765._ (prematùrità/immaturità) è stata introdotta la quinta cifra per specificare il peso in grammi alla nascita

Condizioni, segni o sintomi che si risolvono senza alcun trattamento non devono essere codificati.

CAPITOLO XVI

SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (780 - 799)

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo

Queste condizioni possono essere utilizzate come diagnosi principale di dimissione in assenza di qualsiasi altra indicazione diagnostica più precisa, o quando un paziente, con patologia nota e già trattata, rientri per una complicanza legata alla patologia di base.

CAPITOLO XVII

TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI (800 - 999)

Per gran parte delle malattie del settore XVII va utilizzata la quinta cifra, per cui la codifica richiede particolare attenzione.

Il capitolo riguardante le fratture codifica esclusivamente le fratture da traumatismi. Esse sono distinte sia a seconda della localizzazione, sia del tipo (esposta o chiusa), che delle complicanze. Ciascuna sede di frattura deve essere codificata separatamente quando possibile.

Le fratture patologiche sono da codificare come descritto nel settore XIII.

La consolidazione viziosa e la mancata consolidazione di frattura sono codificate, rispettivamente, come 733.80 e 733.81.

In presenza di frattura:

· nel primo ricovero si deve codificare la sede della frattura e le eventuali prestazioni chirurgiche;

· nei ricoveri successivi:

o nel caso di controllo del gesso, (Rx, ecc). va codificato col codice V54.9 (altri non specificati trattamenti ortopedici);

o se il ricovero è dovuto al cambio o alla rimozione del gesso, filo di Kirschner, fissatore esterno utilizzare il codice V54.8 (altri trattamenti ortopedici);

o nel caso di ricovero per rimozione dei mezzi di sintesi interna si codifica V54.0 (trattamento per rimozione mezzi di sintesi) specificando con il codice dell'intervento il tipo di chirurgia eseguita;

o se il ricovero è motivato dall'esecuzione di fisiokinesiterapia va utilizzato il codice V57.1 che descrive il trattamento;

o gli esiti stabilizzati di frattura si codificano con i codici della categoria 905 (postumi di traumatismo).

Il trauma cranico non commotivo si codifica con i codici della categoria 850, utilizzando la 4^a cifra per descrivere la durata della perdita di coscienza; quello commotivo con i codici della categoria 854.

Se è invece presente un trauma intracranico con frattura cranica, si utilizzeranno i codici della serie 800.,801_803_804._ Le sottocategorie relative identificano la presenza o meno del traumatismo intracranico.

Per il politraumatismo non esiste un codice specifico per cui si devono codificare separatamente i singoli traumi nell'ordine del peso assistenziale (ad es. nel caso di frattura di femore sottoposta a osteosintesi in trauma cranico commotivo: in diagnosi principale andrà riportata la frattura di femore e in diagnosi secondaria il trauma cranico)

Le complicanze di cure mediche e chirurgiche (categorie 996-999.), (ad esempio complicanze infettive 996.6, complicanze meccaniche 996.4), prevedono un ampio repertorio delle più frequenti complicanze o conseguenze di taluni peculiari procedure diagnostiche o terapeutiche, con particolare dettaglio sulle complicanze degli interventi chirurgici (998) (es: emorragia o ematoma complicante un intervento 998.11 0 988.12).

Le punture d'insetto vanno codificate con il codice 989.5 (veleno di origine animale). Tale codice comprende anche lo shock anafilattico.

L'ipertermia maligna presenta un codice di nuova introduzione (99586)

I codici da 940. a 949. comprendono le ustioni, specificando le sottocategorie in base alla gravità (I, II, III grado). La quinta cifra indica la sede dell'ustione.

Se sono presenti contemporaneamente ustioni di grado diverso in una parte specifica del corpo dovrà essere codificata quella di maggior gravità (es. ustioni di I° e I° alla caviglia: 945.2, codice che descrive l'ustione di II°). Nel caso di ustione molto estese, per le quali non sia possibile codificare separatamente le varie sedi, codificare il grado di superficie corporea interessata (categoria 948).

Con la versione 2002 dell'ICD9-CM sono stati eliminati i DRG dal 456 al 460 e il DRG 472, relativi alle ustione estese/non estese, con/senza sbrigliamento di ferite, con/senza trapianto di pelle.

Tali DRG sono stati sostituiti dai DRG di nuova introduzione da 504 a 511, relativi alle ustioni a tutto spessore/non estese, con/senza trapianto di pelle, con/senza traumi rilevanti.

Si ricorda che tutte le procedure erogate nel corso del ricovero del paziente ustionato devono venire codificate per portare all'attribuzione del corretto DRG, in particolare si ricorda di codificare tutti i trapianti, gli innesti di cute e le escarectomie.

CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI (CODICI V).

Per tale capitolo non vi sono variazioni di rilievo.

Il settore è molto ampio e può essere utilizzato parzialmente. I codici V sono utilizzati in tre situazioni particolari:

1. in diagnosi principale, quando un paziente che presenta un problema clinico che influenza il suo stato di salute, senza rappresentare una malattia, riceve cure mediche per consolidare un trattamento, curare stati residui, prevenire recidive (es: paziente che si ricovera per eseguire radioterapia, chemioterapia);

2. possono descrivere situazioni cliniche che influenzano lo stato di salute del paziente, senza rappresentare una malattia (es: anamnesi di allergia). In tal caso i codici V non vanno riportati in diagnosi principale, ma in diagnosi secondaria solo se

esercitano un'effettiva influenza sul trattamento erogato al paziente nel corso del ricovero;

3. possono descrivere circostanze diverse da problemi clinici o dal ricovero per l'erogazione di determinate procedure, ma possono influenzare usualmente l'andamento del ricovero (es: l'esito del parto).

I codici di questo settore sono solitamente generici e per questo da usare il meno possibile nella descrizione della diagnosi principale. In questo senso al loro posto è solitamente preferibile usare i codici reperibili negli altri settori, i quali descrivono in modo più opportuno la diagnosi principale di dimissione.

I codici V possono essere utilizzati in diagnosi principale nelle seguenti situazioni oltre a quelle già menzionate nei precedenti capitoli:

- ricovero per intervento di ricostruzione che richiede l'intervento di chirurgia plastica su lesioni cicatriziali o su cicatrici chirurgiche: in diagnosi principale si usa il codice V51;
- ricovero per posizionamento di protesi: in diagnosi principale si usa il codice V52._ e l'intervento di posizionamento protesi come intervento principale. Ciò è possibile solo se il posizionamento di protesi è conseguente ad intervento chirurgico demolitivo;
- ricovero per collocazione e sistemazione di dispositivo cardiaco (es: esaurimento del generatore): in diagnosi principale si utilizzerà un codice della categoria V53;
- ricovero per chiusura di stomia: in diagnosi principale si usa il codice V55._, e l'intervento di chiusura della stomia come intervento principale;
- il codice V4589 può essere utilizzato per indicare i ricoveri successivi negli stati post-chirurgici;
- nei rientri dopo trasferimento presso altro Presidio Ospedaliero dotato di alte specialità per l'esecuzione di interventi o procedure, se il ricovero è finalizzato al semplice controllo del post-operatorio, la diagnosi principale non sarà più la patologia già trattata altrove, ma sarà codificata con il codice V5849 (altro trattamento ulteriore post-operatorio);
- ricovero per intervento che viene rinviato: in prima diagnosi utilizzare il codice della patologia per la quale il paziente si era ricoverato e in seconda diagnosi un codice della categoria V64;
- ricovero per sospetta condizione morbosa che al termine del ricovero non risulti confermata: in diagnosi principale si utilizzerà un codice della categoria V71;
- ricovero per sospetta malattia del neonato: utilizzare un codice della categoria V29.

SCALA DI BARTHEL

ALIMENTAZIONE

0 = incapace;

5 = necessita di assistenza, ad esempio per tagliare il cibo;

10 = indipendente;

FARE IL BAGNO

0 = dipendente;

5 = indipendente;

IGIENE PERSONALE

0 = necessita di aiuto;

5 = si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio);

VESTIRSI

0 = dipendente;

5 = necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole;

10 = indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni;

CONTROLLO DEL RETTO

0 = incontinente;

5 = occasionali incidenti o necessità di aiuto;

10 = continente;

CONTROLLO DELLA VESCICA

0 = incontinente;

5 = occasionali incidenti o necessità di aiuto;

10 = continente;

TRASFERIMENTI IN BAGNO

0 = dipendente;

5 = necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare la carta igienica;

10 = indipendente con l'uso del bagno o della padella;

TRASFERIMENTI SEDIA/LETTO

0 = incapace, no equilibrio da seduto;

5 = in grado di sedersi, ma necessita della massima assistenza per trasferirsi;

10 = minima assistenza e supervisione;

15 = indipendente;

DEAMBULAZIONE

0 = immobile;

5 = indipendente con la carrozzina per > 45 m;

10 = necessita di aiuto di una persona per > 45 m;

15 = indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello;

SALIRE LE SCALE

0 = incapace;

5 = necessità di aiuto o supervisione;

10 = indipendente, può usare ausili;

TOTALE (0 _ 100)