

DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' N. 4733 DEL 28.2.2000

Oggetto: **REGOLE GENERALI PER L'UTILIZZO DELLA VERSIONE ITALIANA DELL'ICD-9-CM 1997 E PER LA CORRETTA SELEZIONE E CODIFICA DELLE INFORMAZIONI CLINICHE RILEVATE ATTRAVERSO LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA. MODIFICA DEL D.D.G. N. 64001 DEL 6.7.1998.**

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO l'art. 17 della L.R.n.16/96 che individua le competenze e i poteri dei Direttori Generali;

ATTESO che con D.G.R. n. VI/25920 del 10.3.1997, esecutiva, è stato affidato l'incarico di Direttore Generale della Direzione Generale Sanità al dott. Renato Botti;

VISTI gli artt. 2 comma 2 e 10 del D.lgs 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

RICHIAMATO inoltre il D.M. Sanità 15 aprile 1994 art. 4 comma 1;

VISTE le Linee Guida 1/95 per l'applicazione del D.M. Sanità 14 dicembre 1994, punto 6 (I controlli);

RICHIAMATO il D.P.R. del 23 luglio 1998 "Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1998/2000", Parte II, al punto in cui prevede "la definizione e attivazione di idonei e sistematici strumenti di controllo, da parte delle Regioni e delle Aziende Usl, del comportamento degli erogatori pubblici e privati, con particolare riguardo alla modificazione del *mix* di attività erogate, della selezione delle prestazioni, alla appropriatezza delle prestazioni rese e alla qualità dell'assistenza erogata";

RILEVATA la necessità di modificare il disciplinare tecnico allegato al D.D.G. n. 64001 del 6.7.1998, in considerazione dell'introduzione dal 1° gennaio 2000 della nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera ed in particolare dell'adozione della versione italiana dell'ICD-9-CM (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification 1997), come da

D.P.G.R. n. H/47640 del 24.11.1999 "Modifica della scheda regionale di dimissione ospedaliera prevista dall'art. 13 della L.R. 15 gennaio 1975, n. 5";

TENUTO CONTO delle indicazioni emerse da un apposito gruppo di lavoro della Conferenza Stato-Regioni,, verbalizzate e agli atti del Servizio Sistema Informativo e Controllo Qualità, riguardo all'utilizzo della versione italiana della ICD-9-CM 1997 ed alla codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera;

RITENUTO opportuno pertanto emanare le "Regole generali per l'utilizzo della versione italiana della ICD-9-CM 1997 e per la corretta selezione e codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera";

RILEVATA la necessità di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della D.G. Sanità;

DECRETA

1. **di stabilire**, con conseguente modifica del decreto n. 64001 del 6.7.1998, che, per le motivazioni indicate in premessa e che qui si intendono integralmente riportate, le modalità per l'utilizzo della versione italiana della ICD-9-CM 1997 e per la corretta selezione e codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche sono determinate nell'allegato disciplinare tecnico "Regole generali per l'utilizzo della versione italiana della ICD-9-CM 1997 e per la corretta selezione e codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. **di disporre** la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della D.G. Sanità.

IL DIRETTORE GENERALE
Renato Botti

Allegato

REGIONE LOMBARDIA

DIREZIONE GENERALE SANITA'

SERVIZIO SISTEMA INFORMATIVO E CONTROLLO QUALITA'

**REGOLE GENERALI PER L'UTILIZZO DELLA VERSIONE
ITALIANA DELLA ICD-9-CM 1997 E PER LA CORRETTA
SELEZIONE E CODIFICA DELLE INFORMAZIONI
CLINICHE RILEVATE ATTRAVERSO LA SCHEDA DI
DIMISSIONE OSPEDALIERA**

Gennaio 2000

PREMESSA

La **M**odificazione **C**linica della ICD-9 (ICD-9-**CM** o International Classification of Diseases - 9th revision- **C**linical **M**odification), è stata sviluppata negli Stati Uniti, a partire dagli anni ottanta, per conferire maggior specificità clinica alla Classificazione delle malattie, traumatismi e cause di morte (ICD-9) e per introdurre una classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, a quel tempo non disponibile. In tal modo il sistema di classificazione viene reso da un lato maggiormente adattabile alla codifica delle diagnosi di dimissione ospedaliera, soddisfacendo le esigenze classificatorie dei medici clinici, dall'altro più utilizzabile per la descrizione puntuale di ogni trattamento prestato durante il ricovero ospedaliero.

Negli USA la ICD-9-CM viene aggiornata ogni anno, con l'aggiunta di definizioni e codici nuovi e la rimozione di definizioni e codici ritenuti obsoleti, al fine di ottenere la massima rispondenza degli elenchi di diagnosi, interventi e procedure alla pratica clinica.

In Italia, nel 1998, il Dipartimento della programmazione del Ministero della Sanità, ha predisposto, in collaborazione con un apposito gruppo di lavoro e con la revisione da parte delle Società medico-scientifiche, la versione italiana della ICD-9-CM 1997 (Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche - pubblicata dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato). La classificazione è in un unico volume, contiene oltre dodicimila codici finali di diagnosi ed oltre tremila codici finali di interventi e/o procedure. E' bene precisare che quando tale strumento di classificazione viene utilizzato per l'attribuzione, ad un episodio di ricovero, di un appropriato DRG, la versione del Grouper HCFA corrispondente è la 14.0.

Il presente disciplinare tecnico, in considerazione dell'introduzione dal 1 gennaio 2000 della nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) ed in particolare dell'adozione della suddetta classificazione (D.P.G.R. n. H/47640 del 24/11/1999), modifica l'Allegato al D.D.G. n. 64001 del 6/7/1998 e di conseguenza fornisce:

- indicazioni all'utilizzo del nuovo manuale ICD-9-CM 1997;
- regole generali per la corretta selezione e codifica delle diagnosi e degli interventi e/o procedure diagnostiche e terapeutiche.

Ulteriori edizioni saranno il risultato dell'attività dei Gruppi di lavoro appositamente istituiti, presso questo Servizio, dalla Direzione Generale Sanità, per affrontare problemi di codifica in aree specifiche e particolarmente critiche.

Si ricorda, infine, che il contributo di questo documento alla verifica ed al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni di ricovero (collegato anche alla funzione di controllo della qualità dei dati ospedalieri di pertinenza del Nucleo Operativo di Controllo, prevista dalle D.G.R. n.VI/29381 del 20/6/1997 e n.VI/34809 del 27/2/1998) è di fornire indicazioni di carattere generale, allo scopo di uniformare la descrizione del caso in esame: da esso quindi non deriva alcuna valutazione di appropriatezza del ricovero e/o del trattamento erogato.

1. INTRODUZIONE ALL'UTILIZZO DELLA VERSIONE ITALIANA DELLA ICD-9-CM 1997 (allineata al Grouper HCFA-DRGs Versione 14.0)

Le regole generali d'utilizzo della versione italiana della ICD-9-CM 1997 sono sostanzialmente uguali a quelle dell'ICD-9 e prevedono che, una volta identificato il problema di salute da codificare, la ricerca del codice inizi con la consultazione dell'Indice alfabetico e prosegua con la verifica della correttezza e della congruità del codice prescelto rispetto alla descrizione in chiaro, direttamente nell'Elenco sistematico, prestando particolare attenzione ad eventuali note e specificazioni.

La comprensione dei termini medici e la conoscenza del sistema di classificazione consentono di codificare qualsiasi formulazione diagnostica e/o interventistica. A volte, quando la terminologia medica utilizzata è diversa da quella contenuta nella ICD-9-CM, può risultare difficile trovare la formulazione diagnostica e/o interventistica nel manuale della classificazione, ciò nonostante non si può concludere che non esista nessun codice per quella determinata condizione, si tratta invece di ricercare i percorsi appropriati per identificarla, a partire dall'individuazione del codice della diagnosi principale.

Una formulazione diagnostica e/o interventistica è abitualmente composta da un termine principale e da uno o più modificatori, i quali forniscono al codificatore informazioni specifiche sulle diagnosi, le condizioni, i sintomi, gli interventi, le procedure ed altre circostanze attinenti l'episodio di ricovero.

Utilizzo integrato dell'Indice alfabetico e dell'Elenco sistematico

Al fine di identificare il codice corretto è necessario utilizzare sia l'Indice alfabetico che l'Elenco sistematico (che contiene le note relative alle voci da includere e/o da escludere); infatti l'utilizzo del solo Indice alfabetico o del solo Elenco sistematico determina errori nell'individuazione del codice ed insufficiente specificità nella selezione del codice stesso.

Specificità della codifica

I codici relativi alle diagnosi ed agli interventi e/o procedure, devono essere utilizzati al più elevato livello di specificità clinica:

per la codifica delle diagnosi

- assegnare un codice a 3 caratteri, alcuni dei quali molto specifici e non ulteriormente suddivisibili, solo se non esistono codici a 4 caratteri nell'ambito della stessa categoria
- assegnare un codice a 4 caratteri, di cui il 4° fornisce ulteriore specificità od informazione relativamente ad eziologia, localizzazione o manifestazione clinica, solo se non esistono codici a 5 caratteri nell'ambito della stessa sottocategoria
- assegnare un codice a 5 caratteri tutte le volte in cui ciò sia possibile

per la codifica degli interventi e/o procedure

- assegnare un codice a 3 caratteri (2+1), in alcuni casi sufficienti per designare interventi ben definiti che non necessitano di ulteriori specificazioni, solo se non esistono codici a 4 caratteri (2+2)
- assegnare un codice a 4 caratteri (2+2), dei quali i primi due identificano generalmente un organo od una sua parte, mentre i due caratteri successivi specificano la sede e/o il tipo di intervento, tutte le volte in cui ciò sia possibile.

Codici relativi ad altre condizioni ed a condizioni non specificate

- l'abbreviazione **NIA** (Non Indicato Altrove) raggruppa tutte quelle condizioni, appartenenti ad una determinata categoria, per le quali la Classificazione ICD-9-CM non fornisce un codice più specifico ed esprime quindi una insufficienza del sistema di classificazione
- l'abbreviazione **SAI** (Senza Altre Indicazioni) identifica tutte quelle condizioni per le quali non si possiedono le informazioni necessarie per codificare un termine in una categoria più specifica, e di conseguenza esprime una insufficiente definizione della diagnosi o dell'intervento.

I codici corrispondenti alle voci seguite dalle suddette abbreviazioni devono essere utilizzati solo quando la formulazione diagnostica e/o interventistica e l'eventuale revisione della documentazione clinica, non forniscono informazioni sufficienti per consentire l'utilizzo di un codice più specifico.

Comunque i codici relativi alle diagnosi ed agli interventi e/o procedure devono essere utilizzati al più elevato livello possibile di specificità clinica.

Codici combinati

Viene così definito quell'unico codice utilizzato per descrivere contemporaneamente due diagnosi, oppure una diagnosi assieme ad una manifestazione secondaria associata, oppure una diagnosi assieme ad una complicazione associata.

I codici combinati sono riportati come sotto-voci nell'Indice alfabetico e come note nell'Elenco sistematico.

Occorre utilizzare il codice combinato quando esso identifica pienamente tutte le condizioni riportate o quando l'Indice alfabetico lo richieda esplicitamente. Se il codice combinato descrive esaurientemente tutte le condizioni riportate nella formulazione diagnostica, non devono essere utilizzati ulteriori codici; quando, invece, il codice combinato non è sufficiente a descrivere tutte le manifestazioni o complicazioni riportate nella formulazione diagnostica, può essere utilizzato un codice aggiuntivo.

Codifica multipla

per la codifica delle diagnosi

- quando una formulazione diagnostica non può essere rappresentata da un unico codice, è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero all'utilizzazione di più di un codice per descrivere tutte le condizioni segnalate.
Il ricorso alla codifica multipla è talora sollecitato dall'indicazione presente nell'Elenco sistematico "utilizzare un codice aggiuntivo", la quale può essere riportata all'inizio di un capitolo o di un sottocapitolo oppure di una particolare categoria
- l'espressione "codificare per prima la malattia di base" indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, sia quello relativo alla manifestazione conseguente; quest'ultimo codice, riportato in parentesi [] nell'Indice alfabetico, non può essere utilizzato come diagnosi principale (cioè in qualche modo chiarisce il significato degli obsoleti codd. * e †).

Nell'ICD-9-CM è stata eliminata la distinzione fra la classificazione su base anatomica (codd. *) e quella su base eziologica (codd. †) presente per alcune

voci nell'ICD-9, creando, a volte, voci a cinque caratteri per quelle categorie che descrivono la malattia dal punto di vista eziologico (codd. †).

per la codifica degli interventi

- l'espressione "codificare anche eventuale...." suggerisce di segnalare ogni fase di un intervento eseguito in un unico momento operatorio, oppure l'utilizzo di ulteriori procedure od attrezzature, oppure particolari interventi con più codici per la loro corretta descrizione
- l'espressione "codice da omettere" sta ad indicare procedure operative in corso di intervento, oppure un approccio chirurgico usuale, oppure una procedura contemporanea ad un intervento maggiore, di conseguenza ,nei casi suddetti, non va riportato il codice.

2. LA SELEZIONE E LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI

2.1 La diagnosi principale

La selezione della diagnosi principale alla dimissione rappresenta l'operazione più delicata da compiere, se si considera l'impatto di questa scelta, sulla classificazione dei pazienti secondo il sistema DRG.

La diagnosi principale di dimissione è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche.

Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata, quale principale, quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

Solo quando nel corso del ricovero non si è giunti alla formulazione di una diagnosi precisa oppure viene trattato esclusivamente uno specifico segno o sintomo, devono essere selezionati, per la codifica della diagnosi principale, i codici relativi al Capitolo 16 (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti, codd. 780-799).

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 identificando come diagnosi principale la forma acuta (o subacuta), se ovviamente risponde ai criteri di selezione della diagnosi principale:

Es. "pancreatite cronica con riesacerbazione improvvisa"
 cod. 577.0 pancreatite acuta (diagnosi principale)
 cod. 577.1 pancreatite cronica (diagnosi secondaria).

Osservazione e valutazione di condizioni sospette

I codici V71.0-V71.9 devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale quando si sospetta una condizione anomala la quale, in assenza di segni o sintomi, richieda una specifica valutazione ed al termine del ricovero risulti essere non confermata:

- Es. “osservazione di paziente a seguito di incidente automobilistico, sospetto trauma cranico, accertamenti negativi”
cod. V71.4 osservazione a seguito di incidente stradale”.

Trattamento non eseguito

La condizione che al termine del ricovero risulta essere il motivo dello stesso, deve essere selezionata come diagnosi principale (in quanto responsabile della necessità di indagini diagnostiche), anche quando il relativo trattamento non è stato praticato per circostanze impreviste (in questi casi fra le diagnosi secondarie deve essere riportato il cod. V64.- Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti):

- Es. “il paziente accusa colica addominale, viene fatta diagnosi di calcolosi della colecisti senza menzione di colecistite e di ostruzione, ma l'intervento chirurgico non viene eseguito per decisione del paziente stesso”
cod. 574.20 calcolosi della colecisti senza menzione di colecistite e di ostruzione
cod. V64.1 intervento chirurgico non eseguito per decisione del paziente.

Quando, invece, un ricovero è stato programmato per eseguire un particolare trattamento e questo non viene eseguito per circostanze impreviste, va riportato come diagnosi principale il cod. V64.- e come diagnosi secondaria la condizione che avrebbe determinato il trattamento:

- Es. “ricovero programmato per emorroidectomia, il paziente viene ricoverato per effettuare l'intervento, che però viene cancellato per problemi di sala operatoria”
cod. V64.3 procedura non eseguita per altre ragioni
cod. 455.6 emorroidi SAI.

Effetto tardivo (postumo)

Un postumo è un effetto, prodotto da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo sia terminata (non c'è un limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo possa essere utilizzato). Il postumo può essere relativamente precoce, come negli accidenti cerebrovascolari, o può verificarsi dopo mesi o anni, come nel caso dei traumatismi.

In queste circostanze è bene utilizzare due codici: uno relativo alla condizione residua o alla natura del postumo (come diagnosi principale), l'altro relativo alla causa dell'effetto tardivo (come diagnosi secondaria):

- Es. “fibrosi polmonare da postumo radiazioni”
cod. 508.1 manifestazione polmonare cronica da radiazioni
cod. 909.2 effetto tardivo di radiazioni (diagnosi secondaria).

Postumo di una patologia cerebrovascolare: diversamente da altri postumi, i deficit neurologici, come l'emiplegia e l'afasia dovuti ad eventi cerebrovascolari, qualche volta sono transitori e quindi spesso al momento della dimissione non sono più presenti, di conseguenza tali effetti residui vanno codificati in aggiunta alla patologia cerebrovascolare che è da considerarsi la diagnosi principale.

Nel caso in cui invece il paziente venga ricoverato, in un reparto di riabilitazione, per trattare i postumi dell'episodio cerebrovascolare, occorre codificare lo specifico deficit

neurologico (es. afasia, disfagia e/o emiplegia), come diagnosi principale, seguito dal cod. 438.

Ustioni multiple e traumi multipli

Quando le ustioni multiple od i traumi multipli sono identificati come diagnosi principale, occorre riportare per primo il codice che descrive l'ustione od il trauma di maggior gravità.

Neoplasie

Quando il trattamento durante il ricovero è rivolto alla patologia tumorale, occorre indicare la neoplasia maligna come diagnosi principale, salvo nel caso in cui il ricovero sia finalizzato ad una sessione di radioterapia (cod. V58.0) o di chemioterapia (cod. V58.1): in tal caso la neoplasia maligna verrà codificata come diagnosi secondaria.

Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente la radioterapia o la chemioterapia e nel corso del ricovero si sviluppano delle complicazioni, quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale diagnosi principale la sessione di radioterapia o di chemioterapia.

Quando il ricovero comporta la rimozione chirurgica di una neoplasia maligna, primitiva o secondaria seguita da chemioterapia o radioterapia, deve essere selezionata quale diagnosi principale la neoplasia maligna.

Quando il ricovero è finalizzato a determinare la stadiazione della neoplasia, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia stessa, anche se nel corso dello medesimo episodio di ricovero vengono eseguite la chemioterapia o la radioterapia.

Qualunque estensione per contiguità od a distanza deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa; quando la neoplasia maligna è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale e la neoplasia pregressa dovrà essere segnalata con i codd. V10.-.

Quando un paziente è ricoverato a causa di una neoplasia metastatizzata ed il trattamento è rivolto soltanto alla sede secondaria, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia secondaria, anche se la forma primitiva fosse ancora presente; se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la sessione di chemioterapia o di radioterapia della forma secondaria, la diagnosi principale dovrà essere indicata con i relativi codd. V58.1 o V58.0.

Avvelenamenti ed intossicazioni

Nell'indicare l'avvelenamento o la reazione ad uso improprio di farmaci (per errore nel dosaggio, nella via di somministrazione, nella selezione del farmaco), il codice relativo all'avvelenamento deve essere riportato per primo come diagnosi principale, seguito da quello relativo alla manifestazione:

Es.	cod. 964.2	avvelenamento da anticoagulanti (diagnosi principale)
	cod. 599.7	ematuria (codice della manifestazione).

Complicazioni di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici

Quando il ricovero è caratterizzato da una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, e le prestazioni erogate sono rivolte a risolvere tale complicazione, quest'ultima dovrà essere selezionata come diagnosi principale; se la complicazione è classificata con i codici compresi fra 996-999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo per specificare la natura della complicazione.

Complicazioni della gravidanza

Quando una paziente è trattata per una condizione che complica la gravidanza oppure consegue a quest'ultima, il codice relativo alla complicazione ostetrica deve essere selezionato come diagnosi principale ed individuato nello specifico Capitolo 11.

2.2 Le altre diagnosi (patologie concomitanti o complicità della mal. principale)

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero (patologie concomitanti) o che si sviluppano in seguito (complicità) e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate ad un ricovero precedente che non hanno influenzato l'episodio di ricovero in oggetto, non devono essere codificate.

Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione, diversa dalla diagnosi principale, che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di:

trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

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

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

Tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero.

Condizioni pregresse

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti episodi di ricovero, che non abbiano influenza sul ricovero attuale, non devono essere riportate e codificate; i codici anamnestici (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso di quello stesso episodio di ricovero.

3. LA SELEZIONE E LA CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

3.1 L'intervento chirurgico principale

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero.

In presenza di più interventi e/o procedure chirurgiche, selezionare e codificare, come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse, in termini di uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc..

Da ciò ne deriva che non necessariamente l'intervento chirurgico principale è il primo eseguito in ordine di tempo.

Si ricorda che tutti i parti, anche se non operativi, devono essere riportati e specificamente codificati nel campo relativo all'intervento chirurgico principale.

3.2 Gli altri interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche

Quando nella cartella clinica vengono indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei campi previsti dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la SDO, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:

- gli interventi chirurgici a cielo aperto
seguono
- gli interventi per via endoscopica e/o laparoscopica
seguono
- le successive procedure, previste nella "Miscellanea", che determinano l'attribuzione del caso a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG) chirurgici o medici:

87.53 colangiografia intraoperatoria

88.52 angiocardiografia del cuore destro

88.53 angiocardiografia del cuore sinistro

88.54 angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro

88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo

88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio

88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica

88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo

92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi

92.3 Radiochirurgia stereotassica

95.04 esame dell'occhio in anestesia

94.61 riabilitazione da alcool

94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool

94.64 riabilitazione da farmaci

94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci

94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci

94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci

96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica

seguono

- le procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica)
seguono
- le procedure diagnostiche in senso stretto, con o senza biopsia, presenti nelle sezioni relative ai singoli organi o apparati (codd. da 01.- a 86.-) (es. gastroscopia)
seguono
- le procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nella "Miscellanea" (codd. da 87.- a 99.-), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, NMR, litotripsia, radioterapia, ecc.).

Più interventi associati

Esistono codici che indicano più interventi associati, per consentire la descrizione dell'iter operatorio in modo esauriente con un unico codice:

Es. cod. 72.39 parto con applicazione alta di forcipe
 cod. 73.6 episiotomia con relativa episiorrafia

se, però, l'applicazione alta di forcipe è associata ad episiotomia, i due interventi devono essere codificati con il singolo cod. 72.31.

Nel caso in cui non sia presente un'unica voce che esprima la descrizione di più atti chirurgici, occorre riportare i codici relativi ad ogni singolo atto:

Es. "appendicectomia in corso di ovariectomia"
 cod. 65.31 ovariectomia monolaterale
 cod. 47.19 appendicectomia in corso di altro intervento.

Approccio chirurgico all'intervento

Esistono codici che descrivono l'approccio chirurgico all'intervento ed è quindi necessario porre attenzione nella scelta del codice alla distinzione fra intervento a cielo aperto, oppure per via endoscopica oppure per via laparoscopica:

Es. cod. 51.22 colecistectomia
 cod. 51.23 colecistectomia per via laparoscopica
 cod. 51.88 rimozione endoscopica di calcoli dal tratto biliare
 cod. 98.52 litotripsia extracorporea della colecisti e/o del dotto biliare.

Nel caso in cui non sia presente il codice che descriva l'intervento con approccio endoscopico o laparoscopico, è necessario riportare sia il codice dell'intervento che quello dell'endoscopia o della laparoscopia:

Es. "meniscectomia mediante artroscopia"
 cod. 80.6 (come intervento principale)
 cod. 80.26 (come altro intervento).

Tecniche diverse di esecuzione del medesimo intervento

- Es. per "l'interruzione volontaria di gravidanza" occorre distinguere tra
cod. 69.01 dilatazione e raschiamento per IVG e
cod. 69.51 raschiamento dell'utero mediante aspirazione per IVG.

Intervento monolaterale e bilaterale

Se non è prevista la distinzione fra atto monolaterale e bilaterale, occorre riportare due volte il codice dell'intervento monolaterale, nel caso in cui l'intervento sia stato eseguito su entrambi i lati (per interventi chirurgici o procedure diagnostiche o terapeutiche di minor importanza, eseguite bilateralmente, il secondo codice può essere omesso):

- Es. "liberazione bilaterale del tunnel carpale" in un'unica seduta operatoria
cod. 04.43 liberazione del tunnel carpale (destro)
cod. 04.43 liberazione del tunnel carpale (sinistro).

Biopsie

E' necessario fare attenzione alla distinzione fra biopsie endoscopiche e non, soprattutto per quanto riguarda le biopsie eseguite in corso di intervento chirurgico.

Non devono essere codificate le biopsie che avvengono nel corso della seduta operatoria sull'organo oggetto dell'intervento, vanno invece segnalate le biopsie che non riguardano l'organo aggredito, scegliendo il codice che specifica l'approccio a cielo aperto.

Esistono poi *interventi che necessitano di più codici per la loro corretta descrizione*, come ne deriva dalla lettura della Classificazione, nelle voci evidenziate con la dicitura *Codificare anche...*:

- Es. "impianto di pacemaker definitivo"
cod. 37.7- inserzione iniziale di elettrodo e
cod. 37.8- inserzione di pacemaker.