RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 2057 Seduta del 28/07/2011

Presidente **ROBERTO FORMIGONI**

Assessori regionali

ANDREA GIBELLI *Vice Presidente*		GIULIO DE CAPITANI
DANIELE BELOTTI		ROMANO LA RUSSA
GIULIO BOSCAGLI		CARLO MACCARI
LUCIANO BRESCIANI		STEFANO MAULLU
MASSIMO BUSCEMI		MARCELLO RAIMONDI
RAFFAELE CATTANEO		MONICA RIZZI
ROMANO COLOZZI		GIOVANNI ROSSONI
ALESSANDRO COLUCCI		DOMENICO ZAMBETTI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Luciano Bresciani di concerto con Giulio Boscagli

Oggetto

DETERMINAZIONE IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2011 - III° PROVVEDIMENTO DI AGGIORNAMENTO IN AMBITO SANITARIO - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE BOSCAGLI)

I Dirigenti	Luca Merlino	Rosella Petrali
I Direttori Generali	Carlo Lucchina	Roberto Albonetti

L'atto si compone di 109 pagine

di cui 73 pagine di allegati

parte integrante

RICHIAMATA la DGR n. VI/42606 del 23 aprile 1999 "*Aggiornamento delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e relative tariffe*";

VISTO il D.M. n. 380 del 27 ottobre 2000 "*Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati con il Disciplinare tecnico: istruzioni per la compilazione e la codifica delle informazioni riportate nella SDO e per il corretto utilizzo dell'ICD9CM*";

RICHIAMATO il DDG Sanità n. 32731 del 18 dicembre 2000 "*Approvazione delle linee guida per la corretta applicazione del nomenclatore tariffario. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - d.g.r. n. VI/42606 del 23 aprile 1999*";

VISTO l'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002 "*Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella SDO (ICD9CM 2002)*", con l'intento di uniformare la codifica dei dati sanitari a livello nazionale, in modo da migliorarne l'utilizzo sia ai fini epidemiologici che amministrativi;

RICHIAMATA la DGR n. VII/13796 del 25 luglio 2003 "*Modifiche della classificazione, delle tariffe e della erogabilità a carico del servizio sanitario regionale di alcune prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, tra cui quelle indicate agli allegati 2B e 2C del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", ed aggiornamento delle linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche – revisione 2003*";

VISTO il D.M. del 21 novembre 2005 che prevede all'art. 3 che "*il sistema di classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e terapeutiche ed il sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere che vi fa riferimento, sono aggiornati con periodicità biennale a decorrere da 1 gennaio 2006*";

VISTO il D.M. del 12 settembre 2006 "*Ricognizione e 1° aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie*";

CONSIDERATA la Circolare del Ministero della Salute Prot. n. 34703 del 23 ottobre

2008 "*Ridefinizione e perfezionamento di alcuni aspetti del flusso delle SDO regolati dal D.M. 380/2000*";

VISTO il D.M. del 18 dicembre 2008 che prevede l'adozione, a decorrere dal 1 gennaio 2009, della versione italiana ICD9CM 2007, allineata alla versione 24 del sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere Diagnosis Related Groups (DRG) ed in particolare l'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella SDO e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere;

CONSIDERATO che è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti 64/CSR del 29 aprile 2010) l'aggiornamento delle Linee Guida di codifica delle informazioni cliniche della SDO nazionale;

RILEVATO che detto aggiornamento ha comportato l'implementazione di nuovi codici di diagnosi e di interventi/procedure, rendendo indifferibile un aggiornamento della linee guida regionali, che tenga conto dell'affinamento di descrizione della casistica ospedaliera;

RITENUTO pertanto di approvare il documento "*Aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche della SDO*", Allegato A, parte integrante della presente deliberazione, quali indicazioni per i produttori ospedalieri pubblici e privati da applicarsi dal 1° agosto 2011;

RITENUTO, altresì, di confermare i contenuti della DGR n. IX/10946 del 30.12.2009, avente ad oggetto "*Determinazioni in ordine alla promozione della prevenzione ortodontica e ulteriore razionalizzazione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali*", anche per i trattamenti che avranno inizio nel corso dell'anno 2011;

RICHIAMATE:

- la DGR n. VIII/10031 del 7 agosto 2009 "*Determinazioni in merito all'evoluzione del progetto CRS-SISS*";
- la DGR n. VIII/10804 del 16 dicembre 2009 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010*";

RICHIAMATA in particolare la DGR n. IX/621 del 13 ottobre 2010 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2010 – III*

Provvedimento" ed, in particolare, l'Allegato 1 "*Cheratocono e Cross Linking Corneale*";

RITENUTO, in considerazione del lavoro di monitoraggio svolto in relazione all'inserimento della prestazione di cross linking corneale nell'ambito della "macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale", nonché sulla base delle indicazioni fornite dai clinici, di modificare il citato Allegato 1 alla DGR n. IX/621/2010 nelle parti relative all'"*Appropriatezza dell'arruolamento*" e alle "*Controindicazioni*", come di seguito indicato:

- I criteri di "Appropriatezza dell'arruolamento" vengono sostituiti dai seguenti:
  - Età superiore a 8 anni;
  - 2 topografie sequenziali prima del trattamento, eseguite con lo stesso strumento, distanziate di almeno 2 mesi, con incremento di curvatura massima in mappa istantanea differenziale superiore ad 1 diottria;
  - Visus corretto, sia con lenti a tempiale che con lente a contatto, tollerata, non inferiore a 5 decimi;
  - Conta endoteliale superiore a 2.000 cell/mm^2
- Le "Controindicazioni" vengono integrate dalle seguenti:
  - Anestesia corneale;
  - Specificare "severe dry eye": alterazione della lubrificazione con Schirmer test <5 mm/5 min, BUT <5 sec, cheratite puntata ed epiteliopatia congiuntivale (Severity Level 3 o 4 del grading scheme delle International Dry Eye Guidelines 2008. Issue: April 2008. The Definition & Classification of Dry Eyes Disease – Guidelines from the 2007 International Dry Eye Workshop. By Michael A. Lemp, M.D. and Gary N. Foulks, M.D., F.A.C.S.);

RICHIAMATO l'Allegato 2 "*Elenco delle principali patologie ematologiche (con i relativi codici ICD9-CM) e le complicanze della chemioterapia e della patologia*" alla citata DGR n. IX/621 del 13 ottobre 2010;

RITENUTO, sulla base delle indicazioni fornite dagli ematologi della REL e per una maggior semplicità e chiarezza interpretativa, di modificare il citato Allegato 2 alla DGR n. IX/621 del 13 ottobre 2010, sostituendo tutte le specifiche patologie oncoematologiche ivi indicate ed identificate dai rispettivi codici, con tutti i codici del Cap. "*Tumori maligni del tessuto linfatico ed ematopoietico*" (codici dell'ICD9CM 2007 da 200.-- a 208.--), in modo da includere tutte le sottovarianti

istologiche o di sedi;

RICHIAMATA la DGR n. IX/937 del 1° dicembre 2010 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011*" ed, in particolare l'Allegato 11, nella parte relativa al nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni ambulatoriali;

CONSIDERATO che Regione Lombardia:

- ritiene utile definire dei percorsi diagnostici per rendere sempre più appropriata ed efficace la richiesta di prestazioni di medicina di laboratorio, evitando da una parte le richieste ridondanti che incrementano in modo inutile sia la spesa del SSR sia la partecipazione alla spesa da parte dei cittadini e dall'altra assicurando eventuali prestazioni aggiuntive nel caso in cui le indagini iniziali abbiano dato esiti che richiedono un immediato approfondimento diagnostico;
- ritiene necessario procedere a una sempre maggiore semplificazione delle procedure amministrative che i cittadini devono espletare per l'accesso alle prestazioni di laboratorio, garantendo al contempo:
  - la maggior tempestività possibile della completezza delle indagini e degli eventuali approfondimenti;
  - la disponibilità dei referti consultabili anche in via informatica sia dai medici richiedenti che dai singoli cittadini, tramite il circuito CRS-SISS;
  - il pagamento della partecipazione alla spesa, laddove dovuta, di tutte le prestazioni richieste prima della loro esecuzione;

DATO ATTO che è stato ritenuto prioritario dare indicazioni riguardo alle prestazioni di laboratorio di citogenetica riportate in Allegato B, parte integrante del presente provvedimento, per cui esiste una pluralità di modalità di prescrizione e di esecuzione delle prestazioni diagnostiche, con richieste di remunerazione molto diverse tra laboratorio e laboratorio;

RITENUTO pertanto di approvare in Allegato B, parte integrante del presente provvedimento, una modalità vincolante di gestione delle prestazioni della sottobranca di "citogenetica" in cui sono definite:

- le modalità per l'"accesso" dell'inizio dell'iter diagnostico ed il sospetto diagnostico ad esso correlabile o le situazioni cliniche a cui sono associabili;
- le combinazioni delle "prestazioni" del nomenclatore tariffario regionale che

sono ritenute sufficienti per produrre un referto appropriato e che sono riconosciute e remunerate agli erogatori;
- i professionisti abilitati a richiedere le varie prestazioni (medico di medicina generale, medico specialista, "genetista") e i casi in cui, prima di procedere alla richiesta di prestazioni analitiche, è necessaria la "consulenza genetica";

RITENUTO inoltre di esplicitare nel nomenclatore tariffario regionale la prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
IR	91.36.9	IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA su array (Array - CGH). Inclusa estrazione, amplificazione e rivelazione	1.013,00

già precedentemente erogata facendo riferimento alle prestazioni cod. 91.36.5 "*ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali*", e cod. 91.37.3 "*IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI; mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide*";

PRECISATO quindi che non si può prescrivere e rendicontare contemporaneamente la prestazione con codice 91.36.9 e quella con codice 91.36.5;

DATO ATTO che la letteratura scientifica ha ormai acclarato che per lo screening della funzionalità tiroidea è sufficiente il dosaggio del TSH per cui sono ormai disponibili solo metodi ad "elevata sensibilità" e che è necessario procedere ad ulteriori prestazioni Tiroxina libera (FT4) ed eventualmente Triiodotironina libera (FT3) solo nel caso in cui il risultato del TSH sia patologico o, al massimo, vicino ai valori limite;

PRECISATO che con il termine "riflesso" applicato alle prestazioni di seguito riportate si intende indicare alcune prestazioni iniziali che possono dare origine a successivi approfondimenti e che quindi non si tratta di introdurre nuove prestazioni ma di applicare una diversa modalità di prescrizione di prestazioni già indicate nel nomenclatore tariffario regionale;

RITENUTO che, nel caso di sospetto diagnostico di disfunzione tiroidea e nelle condizioni per cui è necessario accertare una corretta funzionalità tiroidea (ad esempio utilizzo di mezzi di contrasto):

- si esegue solo il dosaggio del TSH denominato TSH riflesso (TSH-R) e si procede secondo la procedura riportata in Allegato C, parte integrante del presente provvedimento;
- nel caso di TSH-R non compreso nei limiti stabiliti, il laboratorio procede automaticamente all'esecuzione delle analisi previste dal citato Allegato C (FT4 ed eventualmente FT3);
- che le ulteriori prestazioni che devono essere eseguite dagli erogatori non danno luogo a richieste di partecipazione alla spesa ulteriori per i cittadini;

RITENUTO pertanto di aggiornare il nomenclatore tariffario regionale inserendo la prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
IR	90.41.8	TIREOTROPINA RIFLESSA (TSH-R)TSH Incluso eventuale dosaggio di FT4 e FT3	13,50

pur mantenendo la prestazione Tireotropina (TSH) cod. 90.42.1;

PRECISATO che nel caso di pazienti con accertata patologia tiroidea le prescrizioni devono riportare i relativi codici di esenzione o in assenza devono riportare come quesito diagnostico "approfondimenti per patologia tiroidea" e che in questo caso il prescrittore può richiedere le prestazioni che ritiene necessarie (TSH, FT4, FT3 ecc.), che sono considerate normali prestazioni ambulatoriali;

PRECISATO inoltre che non si può prescrivere e rendicontare contemporaneamente la prestazione con codice 90.41.8 e quelle con codice 90.42.1 (TSH), 90.42.3 (FT4) o 90.43.3 (FT3);
DATO ATTO che, dall'analisi dei data base regionali, si è rilevato che frequentemente vengono richiesti contemporaneamente PSA totale e PSA libero e che la letteratura scientifica ritiene non significativo il dosaggio del PSA libero nel caso in cui il PSA totale abbia dato valori inferiori a 2 ng/mL o superiori a 10 ng/mL;

RITENUTO che:

- non si deve eseguire il PSA libero quando il PSA totale ha dato valori uguali o

inferiori a 2 ng/mL o uguali o superiori a 10 ng/mL;
- quando il valore del PSA totale è superiore a 2 ng/mL e inferiore a 10 ng/mL deve essere eseguito automaticamente il dosaggio del PSA libero che non dà luogo a richieste di partecipazione alla spesa ulteriori per i cittadini, così come riportato in Allegato D parte integrante del presente provvedimento;
- non può essere richiesto il solo dosaggio del PSA libero, prestazione che viene eliminata dal nomenclatore tariffario regionale;

RITENUTO quindi di aggiornare il nomenclatore tariffario regionale, modificando la descrizione della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	12,15

così come di seguito riportato:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) Incluso eventuale dosaggio della Frazione Libera	15,40

DATO ATTO che circa il 20% delle prestazioni di urinocoltura richieste per utenti ambulatoriali in Lombardia risultano positive e quindi richiedono l'esecuzione dell'antibiogramma e l'identificazione dei microorganismi isolati e che attualmente questo richiede, se dovuta dall'utente, un'integrazione della partecipazione alla spesa con ulteriore disagio per il cittadino e con aggravio della procedura amministrativa da parte degli erogatori;

PRECISATO che la procedura sopra richiamata rende di difficile attuazione la previsione secondo cui la Regione Lombardia intende rendere possibile l'acquisizione dei referti di laboratorio direttamente al cittadino tramite l'accesso ad Internet, a condizione che sia stata opportunamente saldata la partecipazione alla spesa, se dovuta;

RITENUTO di:
- procedere, in via sperimentale e limitatamente alle richieste di urinocoltura, alla modifica della descrizione della prestazione cod. 90.94.2 "*ESAME*

COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]" in modo che, in caso di urinocoltura positiva, preveda di eseguire l'antibiogramma e l'identificazione dei microrganismi isolati, così come riportato in Allegato E parte integrante del presente provvedimento, senza dover provvedere a emissione di un aggiornamento di partecipazione alla spesa;
- definire, nel citato Allegato E, indicazioni circa l'appropriatezza della richiesta dell'esame colturale delle urine;

RITENUTO, quindi, di aggiornare il nomenclatore tariffario regionale modificando la descrizione e la tariffa della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Incluso: conta batterica	9,85

così come sotto riportato:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Incluso: conta batterica. Incluso eventuale identificazione e antibiogramma	15,30

PRECISATO che, in base alle modifiche sopra riportate, non risultano più applicabili le previsioni relative ai test di identificazione e di sensibilità agli antibiotici (antibiogrammi) di cui al DDG Sanità n. 32731 del 18.12.2000, limitatamente all'esame colturale dell'urina cod. 90.94.2 e che, in caso di isolamento dalle urine di batteri uro patogeni, è obbligatorio eseguire l'identificazione e l'antibiogramma degli stipiti isolati;

RITENUTO di provvedere:
- a modificare, laddove possibile, le modalità di prescrizione informatizzata del sistema CRS-SISS in modo da renderlo compatibile con quanto previsto dal presente provvedimento;
- a introdurre nei controlli delle prestazioni ambulatoriali dei meccanismi

automatici che permettano alle ASL di individuare comportamenti sia degli erogatori che dei prescrittori non conformi a quanto previsto nel presente provvedimento;

ACQUISITO, nella seduta del 20.12.2010, il parere favorevole del Comitato Regionale per i Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL) in cui sono rappresentate le Società Scientifiche di Medicina di Laboratorio aderenti alla FISMeLab (Federazione Italiana delle Società di Medicina di Laboratorio);

DATO ATTO che le disposizioni relative alle modalità di prescrizione delle prestazioni di laboratorio di cui agli Allegati B, C, D, E:

- entrano in vigore dal 90° giorno dalla data di pubblicazione sul BURL;
- hanno carattere sperimentale e ne verranno valutati i risultati trascorso un anno dalla relativa entrata in vigore;

VISTA la LR n. 33 del 30 dicembre 2009 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*" di riordino e semplificazione della normativa sanitaria, ai punti d) ed f) dell'art. 17, con la quale vengono ridefiniti gli ambiti passibili di procedimento sanzionatorio come segue: "*da € 12.000 a € 120.000, se si tratta di strutture di ricovero e cura o di day hospital, per codifiche che non rappresentano in modo corretto le prestazioni erogate*" e "*da € 3.000 a € 30.000, se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per codifiche che non rappresentano in modo corretto le prestazioni erogate*";

RICHIAMATA la Circolare n. 37/SAN/2003 al punto 8, nella quale si definisce che per le "*codifiche non rappresentanti in modo corretto le prestazioni erogate si ritiene che sia necessario, al solo fine sanzionatorio, individuare un criterio finalizzato a discriminare l'errore casuale, "sul fatto", scusabile, dalla condotta indicativa di un'imperizia e di un'incuria nelle attività di codifica*" tramite l'introduzione di "*una soglia di significatività della corretta rappresentazione superata la quale può ragionevolmente ritenersi integrata la fattispecie illecita*", dimostrando che "*almeno il 5% delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) o delle prestazioni ambulatoriali, nel caso di controllo casuale, o il 5% dei casi riferibili alla stessa fattispecie di codifica controllata in modalità mirata, risultino non corretti*";

VISTO che la Circolare della Direzione Generale Sanità del 09 febbraio 2011 ad

oggetto "*Nota integrativa della Circolare n. 37/SAN ad oggetto L.R. n. 11 del 04 agosto 2003 – indirizzi per l'applicazione di sanzioni amministrative*" ha inteso precisare il concetto di "stessa fattispecie di codifica" ed evitare al contempo l'irrogazione di sanzioni a fronte di correzioni numericamente poco rilevanti, tramite l'introduzione della seguente metodologia di calcolo della sanzione amministrativa: *Numeratore* = n° cartelle modificate (esito B + E + F) con stesso DRG o stessa diagnosi o stessa procedura, *Denominatore* = n° cartelle controllate con stesso DRG o stessa diagnosi o stessa procedura, *Soglia* = ≥ 5% e > 5 cartelle modificate;

CONSIDERATO che i controlli svolti dai Nucleo Operativi di Controllo delle Asl sono orientati a garantire la correttezza della remunerazione delle prestazioni sanitarie effettuate dagli erogatori pubblici e privati accreditati per conto del SSR, tramite la verifica della congruenza della rendicontazione, nei termini sia della codifica che della classificazione delle prestazioni;

RITENUTO di modificare l'indicazione di cui al punto 8 della Circolare n. 37/SAN/2003 circa la soglia di significatività dell'errore sanzionabile e di eliminare il riferimento alla "stessa fattispecie di codifica" contenuto nello stesso punto 8, così come successivamente esplicitato dalla Circolare della Direzione Generale Sanità del 09.02.2011, definendo che l'oggetto della valutazione ai fini dell'irrogazione della sanzione amministrativa, non sia il numero delle cartelle modificate ma il loro valore economico, facendo sì quindi che la soglia del 5% di errore sia calcolata sull'entità della decurtazione economica realizzata come esito delle attività di controllo, secondo la seguente formula:

$$\frac{\text{decurtazione in Euro dei ricoveri dell'intero campione}}{\text{valorizzazione in Euro dei ricoveri dell'intero campione}} \geq 5\%$$

RICHIAMATA la Legge n. 689 del 24 novembre 1981, al capo I, sezione I, art. 14, nella quale relativamente alla tempistica del procedimento amministrativo sanzionatorio dispone che "*La violazione, quando è possibile, deve essere contestata immediatamente (…). Se non è avvenuta la contestazione immediata (…), gli estremi della violazione debbono essere notificati agli interessati residenti nel territorio della Repubblica entro il termine di novanta giorni e a quelli residenti all'estero entro il termine di trecentosessanta giorni dall'accertamento*";

VISTA la stessa Legge n. 689/1981, agli artt. n. 28 e 18 nei quali si forniscono le tempistiche relative all'eventuale irrogazione delle sanzioni amministrative e alla possibile produzione di scritti difensivi da parte dell'Ente cui è stato contestato l'illecito;

RITENUTO di precisare che, in tema di contestazione di illecito amministrativo e di irrogazione di sanzioni amministrative, le due predette azioni e le relative tempistiche di attuazione debbano essere tenute ben distinte nei termini seguenti:

- l'eventuale contestazione di illecito amministrativo deve essere contestuale alla redazione del verbale di accertamento o al massimo deve essere notificata entro 90 giorni dalla redazione del verbale ispettivo;
- l'eventuale notifica di irrogazione di sanzione amministrativa deve essere inviata entro un tempo massimo di 5 anni dalla redazione del verbale ispettivo;

CONSIDERATA l'intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, numero 131, tra il Governo, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010 – 2012, con particolare riferimento all'allegato B contenente l'elenco dei 108 DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria;

CONSIDERATE inoltre le:

- DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009: Definizione di requisiti minimi autorizzativi di una nuova macroattività denominata "Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale", ai fini della razionalizzazione della modalità di erogazione di alcune procedure chirurgiche e mediche di bassa complessità;
- DGR n. IX/1479 del 30.03.2011: Introduzione di una nuova macroattività denominata "Macroattività ambulatoriali complesse e ad alta integrazione di risorse", ai fini della razionalizzazione della modalità di erogazione di alcune prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario;

RITENUTO quindi, ad integrazione di quanto già stabilito dalla Giunta Regionale per recepire il sopracitato Patto per la salute 2010 – 2012, allegato B, di individuare per i DRG di cui all'Allegato F, parte integrante e sostanziale del presente

provvedimento, una nuova modalità di remunerazione a decorrere dai dimessi a far data dal 1° gennaio 2011;

STABILITO che la nuova modalità di remunerazione, di cui al già citato Allegato F, abbia l'obiettivo prioritario di disincentivare il ricorso al ricovero ordinario per acuti soprattutto per brevi durate di degenza, che rappresentano l'area a maggiore rischio di inappropriatezza causata dal ricorso al ricovero ordinario per effettuare delle attività di tipo prevalentemente diagnostico;

RICHIAMATO il Decreto Legge 6 luglio 2011 n. 98, avente per oggetto "*Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*" convertito nella legge 15 luglio 2011 n. 111, in particolare l'articolo 17 che individua tra gli ambiti di spesa sanitaria su cui intervenire anche la spesa farmaceutica e la spesa sostenuta direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale per l'acquisto di dispositivi medici e di prestazioni sanitarie presso gli erogatori accreditati, nonché la reintroduzione del pagamento di una quota fissa di 10 euro per ricetta non esente di specialistica ambulatoriale con la conseguente riduzione dei costi previsti a carico del SSR per le attività di specialistica ambulatoriale del 2011;

RICHIAMATA la DGR n. IX/2027 del 20 luglio 2011 avente per oggetto "*Determinazioni in ordine all'applicazione dell'art. 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111 in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria – (di concerto con l'Assessore Bresciani)";*
RITENUTO quindi che in conseguenza della applicazione combinata delle nuove tariffe di cui all'allegato F e delle politiche di razionalizzazione da mettersi in atto per adempiere alle disposizioni del sopra citato Decreto Legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito nella legge n. 111/2011:

- per l'intero esercizio 2011 le quote di contratto per le attività di ricovero e cura siano ridotte del 1%;
- per l'intero esercizio 2011 le quote di contratto per le attività di specialistica ambulatoriale – in questo caso si intende il 97% -, negoziate dalle ASL con i soggetti erogatori, siano ridotte del 4% per effetto della reintroduzione, dal 18 luglio 2011, del pagamento della predetta quota fissa per ricetta non esente;
- le predette riduzioni di contratto delle attività di specialistica ambulatoriale siano effettuate per i singoli erogatori anche considerando la diversa distribuzione negli stessi del numero delle ricette non esenti in funzione delle

classi di valore di cui alla sopra citata DGR n. IX/2027 del 20 luglio 2011 avente per oggetto "*Determinazioni in ordine all'applicazione dell'art. 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111 in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria – (di concerto con l'Assessore Bresciani)*";

- per l'esercizio 2011 il valore complessivo che potrà essere rimborsato ai soggetti erogatori accreditati ed a contratto con il SSR relativamente alle attività cosiddette extrabudget non potrà superare, per le attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, separatamente considerate, quanto complessivamente finanziato per l'esercizio 2010; in caso di superamento di questo limite massimo di rimborso saranno applicate, in modo uguale a tutti gli erogatori, delle regressioni tariffarie finalizzate ad ottenere il rispetto del predetto limite;
- a decorrere dai dimessi dal 1° luglio 2011 i pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva) saranno finanziati al valore concordato, per il 2011, a livello nazionale della tariffa unica convenzionale (TUC);

RICHIAMATO il testo coordinato della DGR n. IX/133 del 17.06.2010 "*Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2009", integrata dalla d.g.r. n. 9/271 del 14 luglio 2010*", in particolare i punti 23, 24 e 27 dell'allegato 1;

RITENUTO, anche in conseguenza delle necessità connesse alla attuazione del sopra citato Decreto Legge 6 luglio 2011 n. 98, avente per oggetto "*Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*", convertito nella legge n. 111/2011, di disporre che le funzioni previste ai punti 23, 24 e 27 della DGR n. IX/271 del 14 luglio 2010 siano attribuite sulla base della situazione rilevata sul registro regionale delle strutture sanitarie accreditate alla data del 30 giugno 2010;

RICHIAMATA la Legge 30 dicembre 2010, n. 240 "*Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario*", in particolare l'articolo 2;

RICHIAMATA inoltre la DGR n. IX/350 del 28.07.2010 ad oggetto "Attuazione dell'art. 25-bis "*Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura – poli universitari –" della*

L.R. 33/2009, così come modificato dalla L.R. 7/2010", in particolare l'allegato 1 in cui sono indicate le percentuali tariffarie di incremento che sono state applicate per l'esercizio 2010;

RITENUTO:

- di recepire, anche per le maggiorazioni tariffarie di cui al punto precedente, le necessità di razionalizzazione della spesa stabilite dal citato Decreto Legge 6 luglio 2011 n. 98;
- per le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto, convenzionate con le Facoltà Universitarie lombarde di Medicina e Chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, di modificare le percentuali di incremento tariffario come segue: da 25% a 24%, da 19% a 16%, da 13% a 10%, da 6% a 5%;
- per gli IRCCS di diritto pubblico e privato accreditati ed a contratto con il SSR, di modificare le percentuali di incremento tariffario come segue: da 19% a 18%, da 14% a 12% e da 7% a 6%;
- di prendere atto che le sopra definite modifiche alle percentuali di incremento tariffario portano, per l'attuazione della L.R. n. 7/2010, a determinare un fabbisogno finanziario fino ad un massimo di 240 milioni di euro per l'anno 2011;

RITENUTO inoltre, sempre per l'attuazione relativa al 2011 della L.R. n. 7/2010, di stabilire che i finanziamenti corrisposti alle strutture convenzionate con le diverse Facoltà di Medicina e Chirurgia della Regione Lombardia non possano, per ciascuna Facoltà, superare il peso percentuale che ciascuna di esse ha avuto nelle assegnazioni relative al 2010; in caso di superamento del predetto peso percentuale sul totale delle assegnazioni verrà applicata a carico delle strutture afferenti ad una medesima Facoltà una regressione tariffaria finalizzata ad ottenere il rispetto del predetto limite;

CONSIDERATO che agli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e alle strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto, convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di Medicina e Chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia è riconosciuta la maggiorazione tariffaria di cui alle norme suddette nel caso in cui dimostrino che i medici e dagli infermieri con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, con vincolo di subordinazione, di ciascuna struttura, nella sua interezza, risultano essere almeno il 70% del totale del

personale in servizio;

RITENUTO che tali strutture a partire dall'anno 2011 dovranno dimostrare, quale condizione indispensabile per la erogazione della maggiorazione tariffaria, il rispetto del parametro di cui al punto precedente attraverso la presentazione di apposita e specifica certificazione rilasciata dall'INPS attestante la tipologia del contratto di lavoro rispetto a tutte le posizioni aperte presso l'INPS;

CONSIDERATO l'accordo del 16 dicembre 2010, ai sensi dell'articolo 9 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano, le Provincie, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*";

RITENUTO, al fine di procedere ad una adeguata attuazione a livello regionale dei principi contenuti nel predetto accordo del 16 dicembre 2010 contenente "*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*", di attivare, con decreto della competente Direzione Generale Sanità, una funzione di coordinamento che preveda anche di coinvolgere le società scientifiche e professionali maggiormente implicate dal provvedimento stesso;

RICHIAMATA la DGR n. IX/937 del 1° dicembre 2010, allegato 13, indici di offerta – negoziazione, in cui si prevede che, tra altre prestazioni, non siano comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna già individuate con la DGR VII/19688 del 3 dicembre 2004;

RITENUTO che i ricoveri per solo impianto di protesi al seno in seguito ad asportazione per quadrantectomia o mastectomia di tumore maligno siano da considerarsi una naturale prosecuzione dell'iter diagnostico terapeutico del tumore al seno;

RITENUTO quindi che, per le dimissioni a far data dal 1° gennaio 2012, i ricoveri per

solo impianto di protesi al seno, codificati secondo le modalità previste dalla DGR n. VII/13796 del 25 luglio 2003, in seguito ad asportazione per quadrantectomia o mastectomia di tumore maligno siano da considerarsi tra le attività non comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;

RICHIAMATA la DGR n. IX/937 del 1 dicembre 2010, ed in particolare l'Allegato 8, che ha dato disposizioni per l'anno 2011 su farmaceutica territoriale e ospedaliera, assistenza protesica e integrativa;

RITENUTO di integrare e aggiornare i contenuti di cui all'allegato 8 della DGR n. IX/937 del 1° dicembre 2010, anche alla luce delle recenti disposizioni nazionali, in particolare:

- per la farmaceutica territoriale:
  - confermando che i risparmi rispetto all'obiettivo definito nei decreti di assegnazione 2011, derivanti dai recenti provvedimenti nazionali, sono da considerarsi obbligatoriamente come quota di risorse disponibile per le necessità complessive del sistema secondo quanto stabilito dalla Giunta Regionale dalla succitata delibera;
  - aggiornando l'obiettivo riferito alla percentuale di uso di farmaco equivalente, pesato e aggiornato con i dati gennaio-maggio 2011 di ogni ASL, con la definizione di nuove tre soglie come obiettivo vincolante (di cui alla tabella allegata) in termini di percentuale di spesa di farmaco a brevetto scaduto sul totale della spesa lorda, al fine di raggiungere entro il 31 dicembre 2011 l'obiettivo medio regionale del 37%:

Gennaio-Maggio 2011	Percentuale spesa x equiv. Gennaio-Maggio 2011	Obiettivo 2011 aggiornato
08 - ASL 08 - Milano	30,7%	35%
06 - ASL 06 - Lodi	31,2%	
13 - ASL 13 - Sondrio	31,9%	
10 - ASL 10 - MI2 - Melegnano	32,2%	37%
14 - ASL 14 - Varese	32,3%	
05 - ASL 05 - Lecco	32,6%	

03 - ASL 03 - Como	32,8%	
01 - ASL 01 - Bergamo	32,6%	
11 - ASL 11 - MI3 - Monza e Brianza	32,7%	
09 - ASL 09 - MI1 - Legnano	33,4%	
15 - ASL 15 - Valcamonica e Sebino	34,4%	
04 - ASL 04 - Cremona	34,7%	
02 - ASL 02 - Brescia	34,9%	39%
12 - ASL 12 - Pavia	35,2%	
07 - ASL 07 - Mantova	35,6%	
REGIONE	32,9%	37%

- per l'assistenza protesica e integrativa, confermando, come obiettivi prioritari per l'anno 2011 per le ASL, al fine di per promuovere interventi finalizzati a rendere appropriato il processo assistenziale che regolamenta l'assistenza protesica e l'assistenza integrativa:
  - l'attivazione di procedure pubbliche di acquisto, anche aggregate, per i dispositivi protesici di cui al D.M. n. 332/1999 garantendo la capillarità della distribuzione, il rispetto di standard di qualità e la disponibilità di una gamma di modelli idonea a soddisfare specifiche esigenze degli assistiti;
  - il monitoraggio dell'erogazione dei prodotti protesici e di assistenza integrativa, richiamando le ASL alla modalità organizzativa con prescrizione e consegna/erogazione di fabbisogni mensili per quanto riguarda gli ausili monouso nel rispetto dei quantitativi previsti dai piani terapeutici;

- per la farmaceutica ospedaliera, disponendo che :
  - all'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità di sistema e del rispetto del tetto complessivo del 2,4% previsto per la farmaceutica ospedaliera per quanto riguarda il File F, riferito ai cittadini lombardi (tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 e 14), considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2011 sono assegnate risorse pari all'importo sostenuto nell'anno

2010, con un incremento massimo di sistema fino al 7% su base dati omogenea, a cui dovrà essere sottratto l'importo della tipologia 15, di cui alle note di credito relative al risk - sharing con conseguente riduzione dei relativi costi sostenuti nell'anno di competenza;

- ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9 di cui alla legge n. 405/2001, la frequenza delle prescrizioni ed erogazione dei medicinali rendicontati in File F sono effettuate per la copertura di periodi di terapia non superiori a sessanta giorni, fatto salvo quanto disposto dalla circolare regionale prot. n. H1.2004.54025 del 22 ottobre 2004 per le terapie della Sclerosi Multipla, ai sensi della quale i Centri possono fornire quantitativi sufficienti alla copertura di un fabbisogno terapeutico di novanta giorni di terapia;
- alla luce del lavoro impostato con i professionisti volto a individuare il percorso appropriato per il trattamento dei pazienti affetti da HIV sulla base delle più recenti evidenze di costo/efficacia, la DG Sanità con specifico decreto dovrà definire, entro il 5 agosto 2011, il percorso regionale per il trattamento con terapia antiretrovirale dei pazienti affetti da HIV;

DATO ATTO che è attivo il sistema di monitoraggio e valutazione delle procedure, contratti, convenzioni e consumi della maggior parte dei beni e servizi nell'ambito dell'Osservatorio Gare e che tale sistema consente valutazioni comparative in ordine ai processi di acquisto delle aziende sanitarie;

DATO ATTO altresì che l'obiettivo di razionalizzazione della domanda di beni e servizi delle aziende sanitarie deve procedere dalla valorizzazione delle funzioni aziendali previste dalla normativa quali il RUP (responsabile unico del procedimento) e il DEC (direttore dell'esecuzione del contratto) e coinvolgere tutte le funzioni aziendali che determinano il fabbisogno di beni e servizi;

CONSIDERATO che, anche alla luce delle recenti disposizioni normative a livello nazionale, si rende necessario rimarcare l'esigenza di una razionalizzazione della domanda di beni e servizi in ambito sanitario, che si inserisca in un contesto di effettiva governance del sistema socio-economico lombardo;

RITENUTO di ribadire, per le Aziende sanitarie, l'obbligo in via prioritaria di adesione ai contratti/convenzioni attivati a livello regionale dalla Centrale Regionale

Acquisti e di stabilire che, nell'ottica di una migliore programmazione degli acquisti, le Aziende sanitarie non potranno attivare procedure di acquisto relative a prodotti già oggetto di contratti/convenzioni regionali attive o in corso di attivazione;

RITENUTO altresì, in attesa dei futuri interventi anche strutturali, che considerino anche la logistica quale leva fondamentale del processo di razionalizzazione dell'intero sistema, di stabilire che le Aziende sanitarie, per gli acquisti non contemplati nei contratti/convenzioni stipulate da Consip e da Centrale Regionale Acquisti, dovranno procedere in via prioritaria attraverso procedure in forma aggregata anche all'interno dei Consorzi attualmente già funzionanti;

VISTA la circolare n. 46/SAN del dicembre 2004 che ha posto le basi per un percorso attuativo di politiche di risk management in sanità e richiamata la DGR n. VIII/7289 del 19.05.2008 che ha formalizzato l'istituzione della funzione di Risk Management in tutte le aziende sanitarie lombarde e dal 2010 ha consentito l'introduzione della figura del Mediatore di conflitti quale elemento cardine per il rafforzamento del rapporto di fiducia fra cittadino e struttura;

RICHIAMATI gli obiettivi già delineati con la DGR n. IX/937/2010 di consolidamento degli strumenti e delle sinergie fra i diversi attori coinvolti nella gestione del rischio e della sicurezza del paziente, sviluppando le condizioni di miglioramento delle prestazioni clinico assistenziali attraverso la responsabilizzazione diretta di tutti gli operatori coinvolti;

CONSIDERATO che dall'analisi dei dati riferiti ai flussi informativi in essere si è registrata a livello regionale, in ambito di responsabilità civile derivante dall'erogazione di attività assistenziale e sanitaria, una crescente difficoltà nel trasferimento dei rischi al mercato assicurativo con correlati crescenti costi sia in termini di premi che di termini contrattuali con particolare riferimento alle franchigie;

RITENUTO opportuno e necessario, nell'ambito del percorso sviluppato, valorizzare le azioni di risk management sempre più mirate alla gestione e mitigazione dei rischi, attivando un progetto che contemporaneamente riesca a contenere la dinamica attuale dei costi assicurativi, proteggendo il bilancio delle aziende e del sistema sanitario e nel contempo responsabilizzando il personale e le direzioni

aziendali sui rischi e sui costi del contenzioso;

RITENUTO su questa direttrice, sulla base dei dati disponibili, identificare il giusto livello di trasferimento al mercato del rischio e quello da gestire in proprio, arrivando entro la fine dell'anno in corso ad attivare opportune iniziative anche con il supporto operativo della Centrale Regionale Acquisti;

RICHIAMATE:

- la DGR n. IX/937 del 1° dicembre 2010 "Determinazioni per i soggetti del sistema Regionale per l'anno 2011" ed, in particolare, l'Allegato 10 "Sanità penitenziaria" e l'Allegato 6 "Organizzazione,personale dipendente,medicina convenzionata territoriale, direzione strategica aziendale";
- la DGR n. IX/1151 del 29 dicembre 2010 "Determinazioni per i soggetti del Sistema Regionale di cui all'articolo 1 della L.R. 30/2006 per l'anno 2011";
- le DGR nn. IX/1283 e 1284 del 1° febbraio 2011 con le quali sono stati definiti gli obiettivi aziendali di interesse regionale dei Direttori Generali rispettivamente per le Aziende Sanitarie Locali e per le Aziende Ospedaliere e l'AREU;

RITENUTO che, per le Aziende Ospedaliere interessate al trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie relative alla sanità penitenziaria:

- l'adeguamento dei compensi degli infermieri, dei medici incaricati e dei medici SIAS passati in carico al SSN deve essere effettuato in relazione al solo personale in servizio a partire dal 1 gennaio 2011, data di applicazione delle disposizioni contenute nella DGR n. IX/937/2010;
- allo stesso personale devono essere corrisposti eventuali arretrati relativi unicamente all'annualità 2010;

CONSIDERATA la necessità di integrare le disposizioni di cui all'Allegato 6 della DGR n. IX/937/2010 stabilendo che:

- devono essere rispettati i contingenti di personale autorizzati nei Piani di assunzione anno 2011, riferiti al personale a tempo indeterminato approvati con Delibere di Giunta Regionale n. IX/1173 e n. IX/1174 del 24 maggio 2011; ulteriori assunzioni di personale a tempo indeterminato e determinato potranno essere effettuate unicamente in caso di rischio di interruzione di pubblico servizio, debitamente certificato e nel rispetto dell'equilibrio

economico complessivo aziendale;
- le assunzioni di personale con contratto a tempo determinato per l'anno 2011 effettuate nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali e per la sostituzione del personale assente a vario titolo non devono essere superiori ai contingenti ed ai relativi costi sostenuti per l'anno 2010;
- il finanziamento delle Risorse Aggiuntive Regionali anno 2011 per il personale dell'area del comparto, delle Dirigenze della sanità pubblica e per il personale convenzionato avverrà tramite il contributo pari all'80% del valore complessivo riconosciuto nei decreti di assegnazione del budget per l'anno 2011;

RITENUTO di integrare le disposizioni di cui all'Allegato C, punto 6 della DGR n. IX/1151 del 29 dicembre 2010, stabilendo che la spesa riferita ai contratti atipici ed incarichi di consulenza non potrà comunque superare quella sostenuta nell'anno 2010;

RITENUTO altresì di stabilire, anche per gli effetti di cui all'art. 21 della legge regionale n. 33/2009, che qualora dall'analisi dei dati gli erogatori pubblici prevedano di non garantire completamente il volume delle prestazioni previste dal contratto sottoscritto con le ASL, gli stessi dovranno conseguentemente provvedere ad idonee azioni tendenti al riequilibrio della produzione e obbligatoriamente alla razionalizzazione dei propri costi per un importo pari alla differenza tra la produzione prevista e l'importo del contratto; a tal fine la Direzione Generale Sanità trasmetterà a tutti gli erogatori pubblici i dati di produzione secondo le seguenti tempistiche:
- entro il 31 luglio 2011 i dati relativi al periodo 1 gennaio 2011 – 31 maggio 2011;
- entro il 30 settembre 2011 i dati relativi al periodo 1 gennaio 2011 – 31 luglio 2011;

RITENUTO, infine, di stabilire per gli interventi di edilizia sanitaria che:
- i Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche sono chiamati al rispetto rigoroso dei tempi di realizzazione nonché delle voci che costituiscono il Quadro Tecnico Economico del progetto approvato, in particolare per quanto attiene alla garanzia della necessaria copertura economica per arredi, attrezzature ed apparecchiature tecnologiche;
- l'eventuale differente allocazione di risorse rispetto al Quadro Tecnico

Economico di progetto approvato che comporti la diminuzione di tali voci a favore di quelle relative a maggiori opere e/o spese tecniche è rinviata alla responsabilità del Direttore Generale e le ulteriori risorse che si rendessero necessarie per il completamento del parco tecnologico e di arredi e attrezzature sono a totale carico dell'Azienda;

RITENUTO di stabilire che, fermo restando il puntuale rispetto della programmazione regionale contenuta nel PRS e PSSR nonché delle disposizioni dettate dalla Giunta regionale riguardo alle regole di gestione del sistema sanitario regionale, l'avvio di nuovi servizi, la modifica organizzativa di servizi esistenti, il ricorso a forme di finanziamento alternative (ad esempio project financing), nonché l'acquisizione di alte tecnologie innovative dovranno essere preventivamente approvate dalla Direzione Generale Sanità e che la mancata preventiva approvazione rappresenta presupposto ai fini dell'attuazione di quanto contenuto nell'art. 21 della legge regionale n. 33/2009;

CONSIDERATE le verifiche effettuate sulle disponibilità complessive di sistema e le disposizioni di razionalizzazione della spesa per il personale della Pubblica Amministrazione previste dalla legge n. 122/2010;

PRECISATO che il presente atto non modifica l'equilibrio economico – finanziario del SSR per l'esercizio 2011 e che la copertura finanziaria è garantita dalle risorse complessivamente stanziate per finanziare il servizio sanitario regionale dalla DGR n. IX/937 del 1° dicembre 2010;

STABILITO che le disposizioni del presente atto, dove non diversamente specificato, decorrono a partire dal 1° agosto 2011;

RITENUTO di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia (BURL) e sul sito web della Direzione Generale Sanità;

VISTI:

- il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" e successive modifiche ed integrazioni;
- il DPCM. 29 novembre 2001 "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*";
- la LR 30 dicembre 2009 n. 33 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di*

sanità";

DELIBERA

1. Di approvare il documento "*Aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche della SDO*", Allegato A, parte integrante della presente deliberazione, quali indicazioni per i produttori ospedalieri pubblici e privati da applicarsi dal 1° agosto 2011;

2. Di confermare le previsioni in ordine alla promozione della prevenzione ortodontica di cui alla DGR n. VIII/10946 del 30.12.2009 anche per i trattamenti che avranno inizio nel corso dell'anno 2011;

3. Di modificare l'Allegato 1 alla DGR n. IX/621/2010 nelle parti relative all'"*Appropriatezza dell'arruolamento*" e alle "*Controindicazioni*", come di seguito indicato:
   - I criteri di "*Appropriatezza dell'arruolamento*" vengono sostituiti dai seguenti:
     - Età superiore a 8 anni;
     - 2 topografie sequenziali prima del trattamento, eseguite con lo stesso strumento, distanziate di almeno 2 mesi, con incremento di curvatura massima in mappa istantanea differenziale superiore ad 1 diottria;
     - Visus corretto, sia con lenti a tempiale che con lente a contatto, tollerata, non inferiore a 5 decimi;
     - Conta endoteliale superiore a 2.000 cell/mm^2.
   - Le "Controindicazioni" vengono integrate dalle seguenti:
     - Anestesia corneale;
     - Specificare "severe dry eye": alterazione della lubrificazione con Schirmer test <5 mm/5 min, BUT <5 sec, cheratite puntata ed epiteliopatia congiuntivale (Severity Level 3 o 4 del grading scheme delle International Dry Eye Guidelines 2008. Issue: April 2008. The Definition & Classification of Dry Eyes Disease – Guidelines from the 2007 International Dry Eye Workshop. By Michael A. Lemp, M.D. and Gary N. Foulks, M.D., F.A.C.S.);

4. Di modificare l'Allegato 2 alla DGR n. IX/621 del 13 ottobre 2010, sostituendo tutte le specifiche patologie oncoematologiche ivi indicate ed identificate dai rispettivi codici, con tutti i codici del Cap. "*Tumori maligni del tessuto linfatico*

ed ematopoietico" (codici dell'ICD9CM 2007 da 200.-- a 208.--), in modo da includere tutte le sottovarianti istologiche o di sedi;

5. Di approvare in Allegato B, parte integrante del presente provvedimento, una modalità vincolante di gestione delle prestazioni della sottobranca di "citogenetica" in cui sono definite:
   - le modalità per "l'accesso" dell'inizio dell'iter diagnostico ed il sospetto diagnostico ad esso correlabile o le situazioni cliniche a cui sono associabili;
   - le combinazioni delle "prestazioni" del nomenclatore tariffario regionale che sono ritenute sufficienti per produrre un referto appropriato e che sono riconosciute e remunerate agli erogatori;
   - i professionisti abilitati a richiedere le varie prestazioni (medico di medicina generale, medico specialista, "genetista") e i casi in cui, prima di procedere alla richiesta di prestazioni analitiche, è necessaria la "consulenza genetica";

6. Di esplicitare nel nomenclatore tariffario regionale la prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
IR	91.36.9	IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA su array (Array - CGH). Inclusa estrazione, amplificazione e rivelazione	1.013,00

già precedentemente erogata facendo riferimento alle prestazioni cod. 91.36.5 "*ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali*", e cod. 91.37.3 "*IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI; mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide*", precisando che non si può prescrivere e rendicontare contemporaneamente la prestazione con codice 91.36.9 e quelle con codice 91.36.5;

7. Di stabilire che, nel caso di sospetto diagnostico di disfunzione tiroidea e nelle condizioni per cui è necessario accertare una corretta funzionalità tiroidea (ad esempio utilizzo di mezzi di contrasto):
   - si esegue solo il dosaggio del TSH denominato TSH riflesso (TSH-R) e si procede secondo la procedura riportata in Allegato C, parte integrante del presente provvedimento;

- nel caso di TSH-R non compreso nei limiti stabiliti, il laboratorio procede automaticamente all'esecuzione delle analisi previste dal citato Allegato C (FT4 ed eventualmente FT3);
- che le ulteriori prestazioni che devono essere eseguite dagli erogatori non danno luogo a richieste di partecipazione alla spesa ulteriori per i cittadini;

8. Di aggiornare il nomenclatore tariffario regionale inserendo la prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
IR	90.41.8	TIREOTROPINA RIFLESSA (TSH-R)TSH Incluso eventuale dosaggio di FT4 e FT3	13,50

pur mantenendo la prestazione Tireotropina (TSH) cod. 90.42.1;

9. Di precisare, con riferimento a quanto indicato nei punti sub 7) e 8) che:
   - con il termine "riflesso" applicato alle prestazioni innanzi riportate si intende indicare alcune prestazioni iniziali che possono dare origine a successivi approfondimenti e che quindi non si tratta di introdurre nuove prestazioni, ma di applicare una diversa modalità di prescrizione di prestazioni già indicate nel nomenclatore tariffario regionale;
   - nel caso di pazienti con accertata patologia tiroidea le prescrizioni devono riportare i relativi codici di esenzione o in assenza devono riportare come quesito diagnostico "approfondimenti per patologia tiroidea" e che in questo caso il prescrittore può richiedere le prestazioni che ritiene necessarie (TSH, FT4, FT3 ecc.), che sono considerate normali prestazioni ambulatoriali;
   - che non si può prescrivere e rendicontare contemporaneamente la prestazione con codice 90.41.8 e quelle con codice 90.42.1 (TSH), 90.42.3 (FT4) o 90.43.3 (FT3);

10. Di stabilire, sulla base delle indicazioni che si evincono dalla letteratura scientifica, che:
    - non si deve eseguire il PSA libero quando il PSA totale ha dato valori uguali o inferiori a 2 ng/mL o uguali o superiori a 10 ng/mL;
    - quando il valore del PSA totale è superiore a 2 ng/mL e inferiore a 10 ng/mL deve essere eseguito automaticamente il dosaggio del PSA libero che non dà luogo a richieste di partecipazione alla spesa ulteriori per i cittadini, così come riportato in Allegato D parte integrante del presente provvedimento;

- non può essere richiesto il solo dosaggio del PSA libero, prestazione che viene eliminato dal nomenclatore tariffario regionale;

11. Di aggiornare il nomenclatore tariffario regionale, modificando la descrizione della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	12,15

così come di seguito riportato:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) Incluso eventuale dosaggio della Frazione Libera	15,40

12. Di procedere, in via sperimentale e limitatamente alle richieste di urinocoltura, alla modifica della descrizione della prestazione cod. 90.94.2 "*ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]*" in modo che, in caso di urinocoltura positiva, permetta di eseguire l'antibiogramma e l'identificazione dei microrganismi isolati, così come riportato in Allegato E, parte integrante del presente provvedimento, senza dover provvedere a emissione di un aggiornamento di partecipazione alla spesa e di definire, nel citato Allegato E, indicazioni circa l'appropriatezza della richiesta dell'esame colturale delle urine;

13. Di aggiornare, in via sperimentale, il nomenclatore tariffario regionale modificando la descrizione e la tariffa della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Incluso: conta batterica	9,85

così come di seguito riportato:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro

M	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Incluso: conta batterica. Incluso eventuale identificazione e antibiogramma	15,30

14. Di precisare che non risultano più applicabili le previsioni relative ai test di identificazione e di sensibilità agli antibiotici (antibiogrammi) di cui al DDG Sanità n. 32731 del 18.12.2000, limitatamente all'esame colturale dell'urina cod. 90.94.2 e che in caso di isolamento dalle urine di batteri uropatogeni è obbligatorio eseguire l'identificazione e l'antibiogramma degli stipiti isolati;

15. Di modificare, laddove possibile, le modalità di prescrizione informatizzata del sistema CRS-SISS in modo da renderlo compatibile con quanto previsto nel presente provvedimento;

16. Di introdurre nei controlli delle prestazioni ambulatoriali delle ASL dei meccanismi automatici che permettano di individuare comportamenti degli erogatori e dei prescrittori non conformi a quanto previsto nel presente provvedimento;

17. Di stabilire che le disposizioni relative ai punti 5 e da 7 a 16:
    - entrano in vigore dal 90° giorno dalla data di pubblicazione sul BURL;
    - hanno carattere sperimentale e ne verranno valutati i risultati trascorso un anno dalla relativa entrata in vigore;

18. Di modificare l'indicazione di cui al punto 8 della Circolare n. 37/SAN/2003 circa la soglia di significatività dell'errore sanzionabile e di eliminare il riferimento alla "stessa fattispecie di codifica" contenuto nello stesso punto 8, così come successivamente esplicitato dalla Circolare della Direzione Generale Sanità del 09.02.2011, definendo che l'oggetto della valutazione ai fini dell'irrogazione della sanzione amministrativa, non sia il numero delle cartelle modificate ma il loro valore economico, facendo sì quindi che la soglia del 5% di errore sia calcolata sull'entità della decurtazione economica realizzata come esito delle attività di controllo, secondo la seguente formula:

$$\frac{\text{decurtazione in Euro dei ricoveri dell'intero campione}}{} \geq 5\%$$

valorizzazione in Euro dei ricoveri dell'intero campione

19. Di precisare che, in tema di contestazione di illecito amministrativo e di irrogazione di sanzioni amministrative, le due predette azioni e le relative tempistiche di attuazione debbano essere tenute ben distinte nei termini seguenti:
    - l'eventuale contestazione di illecito amministrativo deve essere contestuale alla redazione del verbale di accertamento o al massimo deve essere notificata entro 90 giorni dalla redazione del verbale ispettivo;
    - l'eventuale notifica di irrogazione di sanzione amministrativa deve essere inviata entro un tempo massimo di 5 anni dalla redazione del verbale ispettivo;

20. Di recepire l'allegato B del Patto per la salute 2010 – 2012, individuando per i DRG di cui all'Allegato F, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, una nuova modalità di remunerazione a decorrere dai dimessi a far data dal 1° gennaio 2011;

21. Di stabilire che la nuova modalità di remunerazione, di cui al già citato Allegato F, abbia l'obiettivo prioritario di disincentivare il ricorso al ricovero ordinario per acuti soprattutto per brevi durate di degenza, che rappresentano l'area a maggiore rischio di inappropriatezza causata dal ricorso al ricovero ordinario per effettuare delle attività di tipo prevalentemente diagnostico;

22. Di stabilire, al fine di procedere ad una adeguata attuazione a livello regionale dei principi contenuti nell'accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 contenente "*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*", di attivare, con decreto della competente Direzione Generale Sanità, una funzione di coordinamento che preveda anche di coinvolgere le società scientifiche e professionali maggiormente implicate dal provvedimento stesso;

23. Di stabilire che, per le dimissioni a far data dal 1° gennaio 2012, i ricoveri per solo impianto di protesi al seno, codificati secondo le modalità previste dalla DGR n. VII/13796 del 25 luglio 2003, in seguito ad asportazione per quadrantectomia o mastectomia di tumore maligno al seno siano da

considerarsi tra le attività non comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;

24. Di stabilire che:
- per l'intero esercizio 2011 le quote di contratto per le attività di ricovero e cura siano ridotte del 1%;
- per l'intero esercizio 2011 le quote di contratto per le attività di specialistica ambulatoriale – in questo caso si intende il 97% -, negoziate dalle ASL con i soggetti erogatori, siano ridotte del 4% per effetto della reintroduzione, dal 18 luglio 2011, del pagamento della predetta quota fissa per ricetta non esente;
- le predette riduzioni di contratto delle attività di specialistica ambulatoriale siano effettuate per i singoli erogatori anche considerando la diversa distribuzione negli stessi del numero delle ricette non esenti in funzione delle classi di valore di cui alla sopra citata DGR n. IX/2027 del 20 luglio 2011 avene per oggetto "*Determinazioni in ordine all'applicazione dell'art. 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111 in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria – (di concerto con l'Assessore Bresciani)*";
- per l'esercizio 2011 il valore complessivo che potrà essere rimborsato ai soggetti erogatori accreditati ed a contratto con il SSR relativamente alle attività cosiddette extrabudget non potrà superare, per le attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, separatamente considerate, quanto complessivamente finanziato per l'esercizio 2010. In caso di superamento di questo limite massimo di rimborso saranno applicate, in modo uguale a tutti gli erogatori, delle regressioni tariffarie finalizzate ad ottenere il rispetto del predetto limite;
- a decorrere dai dimessi dal 1° luglio 2011 i pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva) saranno finanziati al valore concordato, per il 2011, a livello nazionale della tariffa unica convenzionale (TUC);

25. Di stabilire:
- di recepire, anche per le maggiorazioni tariffarie di cui alla Legge Regionale n. 7/2010, le necessità di razionalizzazione della spesa stabilite dal citato Decreto Legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito nella legge n. 111/2011;
- che per le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto, convenzionate con le Facoltà Universitarie lombarde di Medicina

e Chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia di modificare le percentuali di incremento tariffario come segue: da 25% a 24%, da 19% a 16%, da 13% a 10%, da 6% a 5%;

- che per gli IRCCS di diritto pubblico e privato accreditati ed a contratto con il SSR, di modificare le percentuali di incremento tariffario come segue: da 19% a 18%, da 14% a 12% e da 7% a 6%;
- che le sopra definite modifiche alle percentuali di incremento tariffario portano, per l'attuazione della L.R. n. 7/2010, a determinare il fabbisogno finanziario per l'anno 2011 fino ad un massimo di 240 milioni di euro;
- che per il 2011 i finanziamenti corrisposti alle strutture convenzionate con le diverse Facoltà di Medicina e Chirurgia della Regione Lombardia non possano, per ciascuna Facoltà, superare il peso percentuale che ciascuna di esse ha avuto nelle assegnazioni relative al 2010. In caso di superamento del predetto peso percentuale sul totale delle assegnazioni verrà applicata a carico delle strutture afferenti ad una medesima facoltà una regressione tariffaria finalizzata ad ottenere il rispetto del predetto limite;
- che agli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e alle strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto, convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di Medicina e Chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia è riconosciuta la maggiorazione tariffaria di cui alle norme suddette nel caso in cui dimostrino che i medici e dagli infermieri con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, con vincolo di subordinazione, di ciascuna struttura, nella sua interezza , risultano essere almeno il 70% del totale del personale in servizio;
- che tali strutture a partire dall'anno 2011 dovranno dimostrare, quale condizione indispensabile per la erogazione della maggiorazione tariffaria, il rispetto del parametro di cui al punto precedente attraverso la presentazione di apposita e specifica certificazione rilasciata dall'INPS attestante la tipologia del contratto di lavoro rispetto a tutte le posizioni aperte presso l'INPS;

26. Di stabilire inoltre che, per l'esercizio 2011, le funzioni non tariffabili previste ai punti 23, 24 e 27 della DGR n. IX/271 del 14 luglio 2010 siano attribuite sulla base della situazione rilevata sul registro regionale delle strutture sanitarie accreditate alla data del 30 giugno 2010;

27. Di integrare e aggiornare i contenuti di cui all'allegato 8 della DGR n. IX/937 del

1° dicembre 2010, anche alla luce delle recenti disposizioni nazionali, in particolare:

- per la farmaceutica territoriale:
  - confermando che i risparmi rispetto all'obiettivo definito nei decreti di assegnazione 2011, derivanti dai recenti provvedimenti nazionali, sono da considerarsi obbligatoriamente come quota di risorse disponibile per le necessità complessive del sistema secondo quanto stabilito dalla Giunta Regionale dalla succitata delibera;
  - aggiornando l'obiettivo riferito alla percentuale di uso di farmaco equivalente, pesato e aggiornato con i dati gennaio-maggio 2011 di ogni ASL, con la definizione di nuove tre soglie come obiettivo vincolante (di cui alla tabella allegata) in termini di percentuale di spesa di farmaco a brevetto scaduto sul totale della spesa lorda, al fine di raggiungere entro il 31 dicembre 2011 l'obiettivo medio regionale del 37%:

Gennaio-Maggio 2011	Percentuale spesa x equiv. Gennaio-Maggio 2011	Obiettivo 2011 aggiornato
08 - ASL 08 - Milano	30,7%	35%
06 - ASL 06 - Lodi	31,2%	
13 - ASL 13 - Sondrio	31,9%	
10 - ASL 10 - MI2 - Melegnano	32,2%	37%
14 - ASL 14 - Varese	32,3%	
05 - ASL 05 - Lecco	32,6%	
03 - ASL 03 - Como	32,8%	
01 - ASL 01 - Bergamo	32,6%	
11 - ASL 11 - MI3 - Monza e Brianza	32,7%	
09 - ASL 09 - MI1 - Legnano	33,4%	
15 - ASL 15 - Valcamonica e Sebino	34,4%	39%
04 - ASL 04 - Cremona	34,7%	
02 - ASL 02 - Brescia	34,9%	
12 - ASL 12 - Pavia	35,2%	
07 - ASL 07 - Mantova	35,6%	
REGIONE	32,9%	37%

- per l'assistenza protesica e integrativa, confermando, come obiettivi prioritari per l'anno 2011 per le ASL, al fine di per promuovere interventi finalizzati a rendere appropriato il processo assistenziale che regolamenta l'assistenza protesica e l'assistenza integrativa:
    - l'attivazione di procedure pubbliche di acquisto, anche aggregate, per i dispositivi protesici di cui al D.M. n. 332/1999 garantendo la capillarità della distribuzione, il rispetto di standard di qualità e la disponibilità di una gamma di modelli idonea a soddisfare specifiche esigenze degli assistiti;
    - il monitoraggio dell'erogazione dei prodotti protesici e di assistenza integrativa, richiamando le ASL alla modalità organizzativa con prescrizione e consegna/erogazione di fabbisogni mensili per quanto riguarda gli ausili monouso nel rispetto dei quantitativi previsti dai piani terapeutici;

- per la farmaceutica ospedaliera, disponendo che:
    - all'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità di sistema e del rispetto del tetto complessivo del 2,4% previsto per la farmaceutica ospedaliera per quanto riguarda il File F, riferito ai cittadini lombardi (tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 e 14), considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2011 sono assegnate risorse pari all'importo sostenuto nell'anno 2010, con un incremento massimo di sistema fino al 7% su base dati omogenea, a cui dovrà essere sottratto l'importo della tipologia 15, di cui alle note di credito relative al risk - sharing con conseguente riduzione dei relativi costi sostenuti nell'anno di competenza;
    - ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9 di cui alla legge n. 405/2001, la frequenza delle prescrizioni ed erogazione dei medicinali rendicontati in File F sono effettuate per la copertura di periodi di terapia non superiori a sessanta giorni, fatto salvo quanto disposto dalla circolare regionale prot. n. H1.2004.54025 del 22 ottobre 2004 per le terapie della Sclerosi Multipla, ai sensi della quale i Centri possono fornire quantitativi sufficienti alla copertura di un fabbisogno terapeutico di novanta giorni di terapia;
    - alla luce del lavoro impostato con i professionisti volto a individuare il percorso appropriato per il trattamento dei pazienti affetti da HIV sulla

base delle più recenti evidenze di costo/efficacia, la DG Sanità con specifico decreto dovrà definire, entro luglio 2011, il percorso regionale per il trattamento con terapia antiretrovirale dei pazienti affetti da HIV;

28. Di ribadire, per le Aziende sanitarie, l'obbligo in via prioritaria di adesione ai contratti/convenzioni attivati a livello regionale dalla Centrale Regionale Acquisti e di stabilire che, nell'ottica di una migliore programmazione degli acquisti, le Aziende sanitarie non potranno attivare procedure di acquisto relative a prodotti già oggetto di contratti/convenzioni regionali attive o in corso di attivazione;

29. Di stabilire che le Aziende sanitarie, per gli acquisti non contemplati nei contratti/convenzioni stipulate da Consip e/o da Centrale Regionale Acquisti, dovranno procedere in via prioritaria attraverso procedure in forma aggregata anche all'interno dei Consorzi attualmente già funzionanti;

30. Di attivare un progetto che riesca a contenere la dinamica attuale dei costi assicurativi proteggendo il bilancio delle aziende e del sistema sanitario e nel contempo responsabilizzando il personale e le direzioni aziendali sui rischi e sui costi del contenzioso;

31. Di fornire specifici indirizzi alle Aziende sanitarie al fine di identificare il giusto livello di trasferimento al mercato del rischio e quello da gestire in proprio, arrivando entro la fine dell'anno in corso ad attivare opportune iniziative anche con il supporto operativo della Centrale Regionale Acquisti;

32. Di stabilire per le Aziende Ospedaliere interessate al trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie relative alla sanità penitenziaria che:
    - l'adeguamento dei compensi degli infermieri, dei medici incaricati e dei medici SIAS passati in carico al SSN deve essere effettuato in relazione al solo personale in servizio a partire dal 1° gennaio 2011, data di applicazione delle disposizioni contenute nella DGR n. IX/937/2010;
    - allo stesso personale devono essere corrisposti eventuali arretrati relativi unicamente all'annualità 2010;

33. Di integrare le disposizioni di cui all'Allegato 6 della DGR n. IX/937/2010 stabilendo che:

- devono essere rispettati i contingenti di personale autorizzati nei Piani di assunzione anno 2011, riferiti al personale a tempo indeterminato approvati con Delibere di Giunta Regionale n. IX/1173 e n. IX/1174 del 24 maggio 2011; ulteriori assunzioni di personale a tempo indeterminato e determinato potranno essere effettuate unicamente in caso di rischio di interruzione di pubblico servizio, debitamente certificato e nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo aziendale;
- le assunzioni di personale con contratto a tempo determinato per l'anno 2011 effettuate nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali e per la sostituzione del personale assente a vario titolo non dovranno essere superiori ai contingenti ed ai relativi costi sostenuti per l'anno 2010;
- il finanziamento delle Risorse Aggiuntive Regionali anno 2011 per il personale dell'area del comparto, delle Dirigenze della sanità pubblica e per il personale convenzionato avverrà tramite il contributo pari all'80% del valore complessivo riconosciuto nei decreti di assegnazione del budget per l'anno 2011;

34. Di integrare le disposizioni di cui all'Allegato C, punto 6 della DGR n. IX/1151 del 29 dicembre 2010, stabilendo che la spesa riferita ai contratti atipici ed incarichi di consulenza non potrà comunque superare quella sostenuta nell'anno 2010;

35. Di stabilire, anche per gli effetti di cui all'art. 21 della legge regionale n. 33/2009, che qualora dall'analisi dei dati gli erogatori pubblici prevedano di non garantire completamente il volume delle prestazioni previste dal contratto sottoscritto con le ASL, gli stessi dovranno conseguentemente provvedere ad idonee azioni tendenti al riequilibrio della produzione e obbligatoriamente alla razionalizzazione dei propri costi per un importo pari alla differenza tra la produzione prevista e l'importo del contratto; a tal fine la Direzione Generale Sanità trasmetterà a tutti gli erogatori pubblici i dati di produzione secondo le seguenti tempistiche:
    - entro il 31 luglio 2011 i dati relativi al periodo 1 gennaio 2011 – 31 maggio 2011;
    - entro il 30 settembre 2011 i dati relativi al periodo 1 gennaio 2011 – 31 luglio 2011;

36. Di stabilire per gli interventi di edilizia sanitaria che:

- i Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche sono chiamati al rispetto rigoroso dei tempi di realizzazione nonché delle voci che costituiscono il Quadro Tecnico Economico in particolare per quanto attiene alla garanzia della necessaria copertura economica per arredi, attrezzature ed apparecchiature tecnologiche;
- l'eventuale differente allocazione di risorse rispetto al Quadro Tecnico Economico di progetto che comporti la diminuzione di tali voci a favore di quelle relative ad opere e/o spese tecniche è rinviata alla responsabilità del Direttore Generale e le ulteriori risorse che si rendessero necessarie per il completamento del parco tecnologico e di arredi e attrezzature sono a totale carico dell'Azienda;

37. Di stabilire che, fermo restando il puntuale rispetto della programmazione regionale contenuta nel PRS e PSSR nonché delle disposizioni dettate dalla Giunta regionale riguardo alle regole di gestione del sistema sanitario regionale, l'avvio di nuovi servizi, la modifica organizzativa di servizi esistenti, il ricorso a forme di finanziamento alternative (ad esempio project financing), nonché l'acquisizione di alte tecnologie innovative dovranno essere preventivamente approvate dalla Direzione Generale Sanità e che la mancata preventiva approvazione rappresenta presupposto ai fini dell'attuazione di quanto contenuto nell'art. 21 della legge regionale n. 33/2009;

38. Di precisare che la copertura finanziaria di questo provvedimento è garantita dalle risorse complessivamente stanziate per finanziare il servizio sanitario regionale dalla DGR n. IX/937 del 1° dicembre 2010;

39. Di stabilire che le disposizioni del presente atto, dove non diversamente specificato, decorrono a partire dal 1° agosto 2011;

40. Di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia (BURL) e sul sito web della Direzione Generale Sanità.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

Allegato A alla DGR n.

AGGIORNAMENTO DELLE LINEE GUIDA PER LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI CLINICHE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

Revisione 2011

Luca Merlino, Rosella Ghioldi, Ugo Calanca, Daniela Nicolosi -
DG Sanità - UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatezza e Controllo

Marina Formigaro - AO Ospedale Niguarda Ca' Granda - S.C. Qualità e sicurezza clinica

Ornella Leoncini - IRCCS Istituto Clinico Humanitas – Direzione Sanitaria

INDICE

PRESENTAZIONE 5

REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI 7

SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE 8
SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE 9

REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE 11

SELEZIONE E CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE 12

Capitolo I - Malattie infettive e parassitarie (001-139) 14

Infezione da HIV (042) 14
Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico 15
Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata 16

Capitolo II - Tumori (140-239) 17

Regole generali per la selezione e codifica della diagnosi principale 17
Interventi/procedure 18
☐ Ricovero per ablazione percutanea di tumori 18
☐ Ricovero per embolizzazione/chemioembolizzazione di tumore 18
☐ Metodica "stop flow" 18
☐ Ricovero per brachiterapia o terapie radiometab. per neoplasie maligne 18
☐ Ricovero per cicli di immunoterapia 19
☐ Terapia fotodinamica cutanea (in attività di DH) 19
☐ Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali 19
☐ Inserzione/rimozione di "port a cath" 21

Capitolo III - Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240-279) 22

Diabete mellito (250) 22
Trattamento chirurgico dell'obesità 24
Trattamento degli esiti della chirurgia bariatrica 25
Endocardite di Libman-Sacks 25
Malattia di Sjögren (710.2) 25
Encefalomiopatie mitocondriali 25

Capitolo V – Disturbi mentali (290-319) 27

Demenze 27

Capitolo VI – Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (320-389) 28

Disturbi del sonno (327) 28
Dolore (338) 28
Impianto/sostituzione/rimozione di Neurostimolatore 28
Impianto/rimozione di Neurostimolatore Spinale a scopo antalgico 28
Impianto di Neurostimolatore Intracranico 29
Impianto di Neurostimolatore Urologico/Vescicale 29
Epilessie (345) 29
Impianto di Neurostimolatore Vagale 29
Interventi/procedure 30
☐ Angioplastica percutana ed inserz. di stent sui vasi cerebrali e precerebrali 30
☐ Trattamento di Malformazione ArteroVenosa (MAV) spinale congenita 30
☐ Trattamento chirurgico per iperidrosi 30
☐ Interv. oculistici di innesto di limbus e di innesto di membrana amniotica 30

Capitolo VII - Malattie del sistema circolatorio (390-459) 31

Ipertensione arteriosa 31
Cardiopatia ipertensiva (402) 31
Nefropatia ipertensiva cronica (403) 31
Cardionefropatia ipertensiva cronica (404) 31
Malattie ischemiche del cuore (410-414) 32
Malattie cerebrovascolari 33
Interventi/procedure 33
☐ Angioplastica percutanea e inserzione di stent 33
☐ Embolizzazione di emangioma 34
☐ Chiusura percutanea dell'auricola sinistra 34
☐ Complicazioni post-chirurgiche 34
☐ Rimozione del filtro cavale 34
☐ Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore 34
☐ Legatura endoscopica di vene perforanti incontinenti in sede sottofasciale 35

Capitolo VIII - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519) 36

Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO) 36
Insufficienza respiratoria e polmonare (518) 36

Capitolo IX - Malattie dell'apparato digerente (520-579) 40

Epatite cronica, cirrosi e complicanze 40
Esofagite con emorragia e varici esofagee 40
Codifica di alcune forme di displasia di organi digerenti 40
Complicazioni infettive o meccaniche di stomie 40
Interventi/procedure 40
☐ Intervento di TIPS per shunt venoso intraaddominale per via percutanea 40
☐ Tecniche per l'intervento di emorroidectomia e/o prolassectomia 41

Capitolo X - Malattie del sistema genitourinario (580-629) 42

Malattia renale cronica (585) 42
Interventi/procedure 42
☐ Fimosi 42
☐ Intervento per la correzione del varicocele 42
☐ Interventi per alcune situazioni cliniche di nefrologia 43

Capitolo XI – Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677) 44

Capitolo XIII - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739) 45

Interventi/procedure 45
☐ Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio 45
☐ Inserimento di sostituto osteocondrale di articolazione 45
☐ Posizionamento di spaziatore interspinoso 45
☐ Vertebroplastica 45
☐ Cifoplastica 45
☐ Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine 46
☐ Interventi per ernia discale 46
☐ Interventi sulla spalla in artroscopia 46

Capitolo XIV - Malformazioni congenite (740-759) 47

Capitolo XV – Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779) e codifica del neonato sano 48

Infezioni neonatali (771) 48
Codifica del neonato sano 48

Capitolo XVI – Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (780-799) 50

Capitolo XVII - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999) 51

Traumatismi cranici 51
SIRS da processi non infettivi (995.93, 995.94) 52
Complicazioni di cure mediche e chirurgiche (996-999) 52
Complicazioni di trapianto di rene 52

Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V) 53

PRESENTAZIONE

La Circolare del Ministero della Salute (Prot. n. 34703 del 23/10/2008) ha ridefinito e perfezionato alcuni aspetti del flusso delle SDO regolati dal DM n. 380/2000. Con il DM del 18/12/2008 è stato introdotto a livello nazionale, l'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni ciniche della SDO e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere; in particolare vengono fornite informazioni per l'adozione a livello nazionale della Classificazione Internazionale delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi chirurgici e delle Procedure diagnostiche e terapeutiche (Versione italiana 2007 della ICD-9-CM americana, allineata alla Versione 24.0 del DRG-Grouper).
A tale proposito questa Direzione Generale in aprile-maggio 2009 ha organizzato incontri di preparazione rivolti agli specifici operatori di ogni struttura ed ente sanitario, al fine di illustrare le modifiche (integrazioni/revisioni) più rilevanti della nuova Classificazione, con particolare riferimento ai codici di diagnosi e di procedure ed ai conseguenti cambiamenti intervenuti nel numero e nel contenuto dei DRG.

La Regione Lombardia inoltre ha partecipato ai lavori del Gruppo di Lavoro ministeriale costituitosi per aggiornare i sistemi di classificazione (ICD-9-CM e DRG), in continuità con il Progetto Mattoni "Evoluzione del sistema DRG nazionale", responsabile di più linee di attività, fra cui la traduzione dell'ICD-9-CM 2007 americana e la redazione delle nuove Linee Guida nazionali, approvate nella Conferenza Stato-Regioni (rep. Atti 64/CSR del 29 aprile 2010).

Le principali novità introdotte nel passaggio dall'ICD-9-CM 2002 all'ICD-9-CM 2007 sono:
- introduzione del nuovo Cap. 0 "Procedure ed interventi non classificati altrove", con codici da 00.0 a 00.93 utili a descrivere nuove tecnologie terapeutiche, di radiologia e cardiologia interventistica (es. PTCA, inserzione percutanea di stent), e di chirurgia ortopedica (es. revisione protesi) su anca o ginocchio;
- introduzione dell'Elenco sistematico della sezione supplementare costituita dai codici E "Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codici E800-E999)". L'utilizzo di tali codici, non ancora disciplinato a livello nazionale e regionale, potrà essere di aiuto per lo studio degli aspetti socio-epidemiologici e sanitari e per un'analisi più dettagliata degli incidenti stradali, domestici e delle attività lavorative, avvelenamenti da farmaci, etc.;
- le discipline maggiormente interessate dalle modifiche sono: **Cardiochirurgia** (sostituzione valvolare cardiaca con tecnica trans-apicale), **Chirurgia Generale** (gastroplastica verticale laparoscopica, rimozione laparoscopica di banding gastrico), **Malattie Infettive** (sepsi, sindrome da risposta infiammatoria sistemica), **Oncologia** (ablazione percutanea di neoplasie), **Ortopedia** (inserzione di protesi di disco intervertebrale, vertebroplastica, cifoplastica, inserzione e rimozione di spaziatore interspinoso), **Terapia del Dolore** (dolore acuto, cronico, neoplastico e post-operatorio, codifica più specifica per l'impianto di neuro stimolatore spinale).

In queste Linee Guida sono state eliminate alcune modalità di codifica indicate in Linee Guida precedenti oppure in altre normative regionali, in quanto ormai di uso comune e consolidato, oppure perché superate dal nuovo sistema di

classificazione, ed altre che, pur riferendosi a prestazioni eseguibili in un percorso di ricovero, per loro natura e classificazione sono proprie dell'attività ambulatoriale, ove sono state trasferite. Quest'ultimo criterio risponde anche all'esigenza di utilizzare in modo corretto le risorse disponibili.

Si ribadisce in questa sede l'indicazione fornita con le regole per l'esercizio 2009 (DGR n. VIII/8501/2008), circa l'utilizzo della posizione relativa alla **sesta diagnosi** (già prevista nella SDO), la quale dal 1° gennaio 2009 ha acquisito una valenza esclusivamente conoscitivo/epidemiologica, in quanto utile solo ad "*indicare diagnosi e/o quadri clinici, che pur non potendo costituire delle "complicanze" dal punto di vista della attribuzione corretta del DRG possono rappresentare delle importanti informazioni di tipo epidemiologico*".
Inoltre, l'indicazione circa l'utilizzo della sesta diagnosi, resasi necessaria a seguito dell'approvazione della DGR n. VIII/7612 dell'11/07/2008 (con la quale si è stabilito che alcune diagnosi e/o condizioni cliniche non devono essere codificate sulla SDO in quanto le stesse, su indicazione del gruppo di lavoro di chirurghi operanti in Strutture della Rete Oncologica Lombarda (ROL) ed afferenti alla Società Lombarda di Chirurgia, non sono da ritenersi corrispondenti ai criteri definiti con il DDG Sanità n. 4733/2000), **verrà estesa, a partire dal 1° gennaio 2012,** anche alla posizione relativa al **sesto intervento/procedura**: essa infatti, anche in questo caso, dovrà essere utilizzata solo ad indicare procedure/interventi, che pur non potendo costituire un elemento determinante dal punto di vista della attribuzione corretta del DRG, rappresentano delle importanti informazioni di tipo epidemiologico (es. accesso artroscopico per interventi sulla spalla).

Nella stesura di questo documento si è provveduto ad analizzare in modo organico ogni Capitolo della Classificazione, ribadendo e/o sviluppando alcune regole già in uso ed individuando le situazioni più critiche o controverse. Oltre a recepire le indicazioni scaturite dalle diverse attività del GdL nazionale, si è tenuto conto delle osservazioni dei clinici e degli operatori sanitari delle strutture di ricovero e cura lombarde, di quanto rilevato attraverso lo strumento di "Interpello" e delle osservazioni pervenute dalle "attività di controllo" delle ASL, al fine di condividere esperienze e metodi in ordine ai percorsi di miglioramento della qualità di compilazione delle informazioni cliniche della SDO, ma anche di valutazioni di appropriatezza, riferite all'ottimizzazione dell'efficienza erogativa.

REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI

Codici combinati
Un codice utilizzato per classificare simultaneamente due diagnosi *oppure* una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata *oppure* una diagnosi insieme ad una complicazione associata è definito "codice combinato". I codici combinati sono riportati come sotto-voci nell'indice alfabetico e come note di inclusione nell'elenco sistematico.

Si deve utilizzare il codice combinato quando esso identifica pienamente tutte le condizioni riportate o quando l'indice alfabetico lo richiede esplicitamente. Se il codice combinato descrive tutti gli elementi riportati nella formulazione diagnostica, non devono essere utilizzati ulteriori codici. Quando il codice combinato non è in grado di descrivere tutte le manifestazioni o complicazioni riportate nella formulazione diagnostica, può essere utilizzato insieme al codice combinato un codice aggiuntivo.

Codifica multipla
Quando una formulazione diagnostica non può essere rappresentata da un unico codice, è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero alla utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi.
Il ricorso alla codifica multipla è sollecitato dalle indicazioni "Utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo", "codificare per primo", che possono essere riportate all'inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria.

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

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

Postumi
Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata. Non vi è un limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato. Il postumo può essere relativamente precoce come negli accidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso dei traumatismi. Per codificare i postumi sono necessari due codici, uno relativo alla condizione residua o alla natura del postumo; l'altro relativo alla causa del postumo. Il codice relativo alla **natura** del postumo deve essere riportato per primo; il codice relativo alla **causa** del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

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

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

SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

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

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.

Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, 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. Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

I codici contenuti in parentesi quadra nell'indice alfabetico non devono essere utilizzati come diagnosi principale.

Condizioni acute e croniche

Quando la stessa condizione è descritta sia come acuta (o subacuta) sia come cronica e nell'indice alfabetico sono riportati specifici codici per ciascuna di tali forme devono essere riportati entrambi codificando come diagnosi principale la forma acuta (o subacuta), se risponde ai criteri di selezione della diagnosi principale.

Osservazione e valutazione di condizioni sospette

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

Trattamento non eseguito

Quando un ricovero è stato programmato esclusivamente per eseguire un trattamento specifico, generalmente di tipo chirurgico, e questo non viene effettuato per circostanze impreviste, ad esempio per decisione del paziente o per sopraggiunte controindicazioni, va riportato come diagnosi principale il codice V64.-- *Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti* e come diagnosi secondaria la condizione clinica che avrebbe determinato il trattamento.

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

Ustioni multiple
Quando le ustioni sono identificate come diagnosi principale ed esse sono multiple, riportare per primo il codice che descrive l'ustione di maggiore gravità.

Traumi multipli
Quando traumi multipli sono identificati come diagnosi principale, riportare per primo il codice che descrive il trauma di maggiore gravità.

Neoplasie
Per la selezione della diagnosi principale, nelle diverse tipologie di ricovero dei pazienti oncologici, si rimanda alle regole riportate nella sezione relativa al Capitolo II - Tumori (categorie ICD-9-CM 140-239).

Avvelenamenti e intossicazioni
Nel codificare l'avvelenamento o la reazione ad uso non corretto di farmaci (esempio: errore nel dosaggio, nella via di somministrazione, nella selezione del farmaco), il codice relativo all'avvelenamento deve essere riportato in diagnosi principale, seguito dal codice relativo alla manifestazione.

Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici e malfunzionamento di dispositivi
Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, o a problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale. Se la complicazione è classificata con i codici ICD-9-CM compresi fra le categorie 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo in diagnosi secondaria per specificarne la natura.

Complicazioni della gravidanza
Quando una paziente è ricoverata a causa di una condizione che complica la gravidanza *oppure* consegue a quest'ultima, il codice relativo alla complicazione ostetrica deve essere selezionato come diagnosi principale. Può essere utilizzato un codice aggiuntivo per conferire maggiore specificità.

SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE

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

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate. 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 del 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 qui riportati di identificazione delle diagnosi secondarie, devono essere selezionate e codificate quelle che a giudizio del medico che ha formulato la diagnosi possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.
Tra le 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 ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate. I codici ICD-9-CM relativi all'anamnesi (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero.

Condizioni associate alla malattia principale
Le condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale non devono essere riportate e codificate come diagnosi secondarie.
Nel caso, invece, in cui siano presenti condizioni che non sono ordinariamente associate alla diagnosi principale, queste devono essere riportate e codificate solo se influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero.

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

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

Codici combinati
Alcuni codici consentono di classificare simultaneamente due interventi, identificando completamente una prestazione. In tali casi, non devono essere utilizzati ulteriori codici. Ad esempio il codice ICD-9-CM di procedura 72.31 identifica in modo appropriato l'intervento di "Parto con forcipe alto, con episiotomia".

Codifica multipla
La completa descrizione di un intervento può comportare l'utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi. L'espressione "codificare anche", indica la necessità di utilizzare un codice aggiuntivo per identificare le diverse componenti di un intervento, sempre che nel caso concreto esse siano state effettivamente presenti.

Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari
L'esecuzione di più interventi nel corso dello stesso atto operatorio può richiedere la codifica separata, qualora non sia previsto un codice combinato. Esistono codici che segnalano l'esecuzione di un intervento aggiuntivo che avvenga nel corso di un altro. Ad esempio: ovariectomia monolaterale e appendicectomia (cod. 65.39 + cod. 47.19).
L'espressione "codificare anche" viene utilizzata nel manuale anche per segnalare l'utilizzo di procedure o di strumentazioni complementari o di supporto ad un intervento.

Codifica di interventi bilaterali
Alcuni codici consentono una distinzione tra interventi monolaterali e bilaterali. Quando tale possibilità non esista, è possibile utilizzare due volte lo stesso codice di intervento per descrivere l'intervento bilaterale. Tale regola deve essere seguita solo nei casi in cui la completa descrizione dell'intervento abbia rilevanza per la complessità del processo di cura o l'incremento nel consumo delle risorse, mentre non è appropriata per i casi di procedure minori (ad esempio: escissioni di lesioni cutanee).

Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento
In molti casi i codici di procedura individuano specifici approcci per un intervento chirurgico e consentono di distinguere gli interventi a cielo aperto da quelli effettuati per via endoscopica o per via laparoscopica.
Nel caso non esista un codice che individui specificamente l'approccio endoscopico o quello laparoscopico, si ricorre alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo).

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

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero.
Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:
1. in presenza di più interventi chirurgici, 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 (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, etc.);
2. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
3. quando nella cartella clinica vengano indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:

- **interventi chirurgici a cielo aperto**;
- **interventi per via endoscopica e/o laparoscopica**;
- **procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche**;
- **procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nei capitoli 0-15** (codici da 00.- a 86.-);
- **altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel capitolo 16.– Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche** (codici da 87.- a 99.-).

Questo capitolo comprende alcune procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):
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 roentgengrafia cardiaca con contrasto negativo
92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi
92.30 radiochirurgia stereotassica S.A.I.
92.31 radiochirurgia fotonica a sorgente singola
92.32 radiochirurgia fotonica multi-sorgente
92.33 radiochirurgia particolata
92.39 radiochirurgia stereotassica N.I.A.
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
95.04 esame dell'occhio in anestesia
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
99.10 iniezione o infusione di agente trombolitico

Biopsie
Il prelievo e l'analisi di materiale istologico prelevato nel corso di un intervento chirurgico non richiede la codifica aggiuntiva di biopsia.
La codifica di biopsia è invece necessaria, come codice aggiuntivo, nei casi in cui nel corso di un intervento, sia effettuata una biopsia il cui risultato si attende per poter definire il tipo e l'estensione dell'intervento in corso.
Sono parimenti da codificare le biopsie effettuate nel corso di un intervento su organi diversi da quello cui è rivolto l'intervento principale.

Biopsie chiuse
È possibile in molti casi utilizzare un codice combinato per descrivere sia la biopsia sia l'approccio utilizzato. In alcune situazioni, tuttavia, nelle quali non si dispone di un codice combinato si osservano le seguenti regole:
- quando si tratti di una biopsia endoscopica, è necessario riportare sia il codice dell'endoscopia, come procedura principale, sia quello della biopsia, come procedura associata;
- quando si tratti di una biopsia effettuata mediante "brush" o mediante aspirazione, è necessario utilizzare il codice della corrispondente biopsia chiusa.

Anche per le agobiopsie eseguite (su organi diversi da quelli operati) nel corso di interventi chirurgici a cielo aperto, il codice da utilizzare è quello della biopsia chiusa.

CAPITOLO I - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (001-139)

Infezione da HIV (042)

Nella Classificazione ICD-9-CM l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana viene descritta con un unico codice 042 che comprende:

- sindrome da immunodeficienza acquisita;
- AIDS;
- sindrome tipo-AIDS;
- complesso collegato all'AIDS;
- ARC;
- infezione da HIV, sintomatica.

Il codice 042 deve essere utilizzato in diagnosi principale, con codici aggiuntivi per indicare tutte le manifestazioni cliniche, a meno che il ricovero avvenga per una patologia del tutto non correlata ad HIV (es. trauma).

- Lo stato di sieropositività asintomatico va descritto con il codice V08.

- Nel caso di pazienti con infezione da HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio, in diagnosi principale occorre utilizzare il cod. 647.6- e in diagnosi secondaria il cod. 042 per la paziente con HIV sintomatico, o il cod. V08 per la paziente sieropositiva asintomatica.

- Per pazienti con test sierologico anormale per HIV, senza diagnosi di infezione da HIV, occorre utilizzare i seguenti codici:

  V08 Stato infettivo asintomatico da HIV
  (paziente con test HIV positivo, ma senza sintomi, complicazioni correlate, né storia di patologia HIV correlate)

  795.71 Evidenze sierologiche non specifiche per HIV
  (questo codice va assegnato solo quando il risultato di un test è definitivo come non specifico; i reperti negativi non devono essere codificati)

  Spesso i neonati da madri HIV-positive sono essi stessi positivi e tale condizione, falso positivo, potrebbe persistere per circa 18 mesi dalla nascita, senza che il neonato sia stato infettato; anche in tal caso si dovrà assegnare il cod. 795.71, come diagnosi principale, seguito dal cod. V01.7, fino a quando il medico non documenti la reale infezione.

  Test HIV con risultato negativo:
  V72.6 Esame di laboratorio solo per test HIV
  V65.44 Consigli su HIV

- I trattamenti per lipodistrofia localizzata in pazienti con HIV asintomatico sono di seguito delineati.

  Trattamento ricostruttivo del volto con:
  Lipofilling secondo la tecnica di Coleman -

Dia. Princ.	cod. 701.8	Altre affezioni ipotrofiche e atrofiche specificate della cute
Dia. Sec.	cod. V08	Stato infettivo asintomatico da HIV
Int. Princ.	cod. 86.81	Riparazione di difetti del viso

Filler riassorbibili -

Dia. Princ.	cod. 701.8	Altre affezioni ipotrofiche e atrofiche specificate della cute
Dia. Sec.	cod. V08	Stato infettivo asintomatico da HIV
Int. Princ.	cod. 86.02	Iniezione o tatuaggio di lesioni o difetti della cute

Lipoaspirazione o lipectomia:

Dia. Princ.	cod. 701.8	Altre affezioni ipotrofiche e atrofiche specificate della cute
Dia. Sec.	cod. V08	Stato infettivo asintomatico da HIV
Int. Princ.	cod. 86.83	Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico

I termini "setticemia" e "sepsi" non sono sinonimi. A tal fine si precisa quanto segue:

- **Setticemia (038)**
  Patologia sistemica dovuta alla presenza nel sangue di microrganismi patogeni o tossine.
  Le setticemie sostenute da microrganismi (es. virus o criptococco) per i quali non sono previsti codici specifici, devono essere rappresentate dal codice 038.8 *Altre forme di setticemia*.

- **SIRS, sepsi, sepsi severa (995.9)**
  SIRS (sindrome da risposta infiammatoria sistemica): risposta sistemica dovuta a infezione, trauma/ustione o altro danno (es. neoplasia o pancreatite), caratterizzata da febbre, tachicardia, tachipnea e leucocitosi.
  Sepsi: SIRS dovuta a infezione.
  Sepsi severa: sepsi associata a insufficienza acuta d'organo.

  Codificare prima la patologia di base, es. infezione (038.-, 112.5, etc.) o trauma, seguita dalla sottocategoria 995.9-.
  La codifica della sepsi severa richiede l'uso di codici aggiuntivi per descrivere l'insufficienza acuta d'organo.
  Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il cod. 995.92.
  Quando SIRS, sepsi o sepsi severa sono associate a infezione localizzata, es. polmonite o cellulite, questa deve essere codificata con codici aggiuntivi.

- **Sepsi del neonato (771.81)**
  Il codice 771.81, *setticemia (sepsi) del neonato*, deve essere accompagnato dal codice aggiuntivo 041.- per identificare il microrganismo. Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi (995.91 o 995.92).

- **Shock settico (785.52)**
  Il codice 785.52 deve essere impiegato come codice aggiuntivo in caso di sepsi severa.

Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041 batteriche e 079 da virus e Chlamydiae)
Sono diagnosi aggiuntive che possono essere utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile (es. Prostatite acuta da streptococco A: cod. 601.0 + cod. 041.01).
I codici di queste categorie possono essere assegnati come diagnosi principale solo quando la natura o il sito di infezione non sono specificati.

CAPITOLO II - TUMORI (140-239)

Regole generali per la selezione e codifica della diagnosi principale

- Quando il ricovero è **finalizzato a trattare una neoplasia maligna**, quest'ultima deve essere selezionata come diagnosi principale salvo che il ricovero sia finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia (cod. V58.0) o la chemioterapia/immunoterapia (cod. V58.1-); in tali casi la neoplasia maligna deve essere codificata come diagnosi secondaria e la diagnosi principale deve essere codificata con i codici V58.0 o V58.1-.

- Quando un paziente è ricoverato per **eseguire prevalentemente la radioterapia o la chemioterapia** e nel corso del ricovero si sviluppano delle complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale diagnosi principale la radioterapia (cod. V58.0) o la chemioterapia/immunoterapia (cod. V58.1-).

- 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, se presente (anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia) *oppure* il cod. V10.-- *Anamnesi personale di tumore maligno in assenza di neoplasia*.

- Qualunque **estensione per contiguità o a distanza** deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa; quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia pregressa deve essere segnalata utilizzando il cod. V10.--.

- Quando un paziente è ricoverato a causa di **una neoplasia primitiva metastatizzata** e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale anche se la forma primitiva fosse ancora presente; se invece il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma secondaria, la diagnosi principale deve esser codificata con i codici V58.0 o V58.1-.

- Quando un paziente viene sottoposto ad **accertamenti diagnostici che non conducono alla diagnosi di tumore**, deve essere utilizzato in diagnosi principale, in assenza di segni o sintomi specificati, il cod. V71.1 *Osservazione per sospetto di tumore maligno*. Qualora il paziente fosse stato in passato portatore di tumore, occorre utilizzare in diagnosi secondaria il codice specifico di *Anamnesi personale di tumore maligno*.

- Quando un paziente **con anamnesi di tumore** viene ricoverato e sottoposto ad un intervento/procedura diagnostica, per una sospetta progressione della malattia, deve essere selezionato (in caso di esame istologico negativo), come diagnosi principale il cod V10.--.

- Il ricovero finalizzato al **trattamento per il controllo del dolore** in paziente neoplastico, deve riportare come diagnosi principale il codice *338.3 Dolore correlato a neoplasia (acuto)(cronico).*

- Quando un paziente viene ricoverato per **cachessia neoplastica**, dovuta a neoplasia maligna primitiva o secondaria, occorre segnalare in diagnosi principale il cod. 799.4 *Cachessia* ed in diagnosi secondaria i codici relativi al capitolo Tumori (140-239).
  La presente modalità di codifica, pur in contrasto con le indicazioni del Manuale ICD-9-CM 2007, è raccomandata per omogeneità di classificazione e consumo di risorse.

- Il codice V66.7 deve essere utilizzato come diagnosi principale per **ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative**, utilizzando la diagnosi di tumore come secondaria.

Interventi/procedure

- **Ricovero per ablazione percutanea di tumori**
  Il trattamento di ablazione percutanea di tumori con radiofrequenza, microonde, crioterapia, alcolizzazione, laser, etc. è identificato con specifici codici:
  - cod. 32.24 Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
  - cod. 50.24 Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatici
  - cod. 55.33 Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali

- **Ricovero per embolizzazione/chemioembolizzazione di tumore**
  I trattamenti di embolizzazione sono identificati dalla seguente combinazione di codici (ad es. per neoplasia del fegato):
  - cod. 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze
  - cod. 38.91 Cateterismo arterioso

  I trattamenti di chemioembolizzazione sono identificati dalla seguente combinazione di codici:
  - cod. 99.25 Iniezione o infusione di sostanza chemioterapica per tumore
  - cod. 38.91 Cateterismo arterioso

- **Metodica "stop flow"**
  È una metodica utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico che prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale e l'attivazione della circolazione extracorporea; indicare le seguenti procedure: cod. 38.08 *Incisione di arterie dell'arto inferiore* + 38.91 *Cateterismo arterioso* + 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove* + 39.97 *Altra perfusione*.

- **Ricovero per brachiterapia o terapie radiometaboliche per neoplasie maligne**
  La seguente modalità di codifica, pur in contrasto con le indicazioni del Manuale ICD-9-CM 2007, è raccomandata per omogeneità di classificazione rispetto ai ricoveri per radioterapia:

Dia. Princ.	cod. V58.0	Radioterapia
Dia. Sec.	neoplasia maligna	

procedura, a seconda del trattamento effettuato:

- cod. 92.27 Impianto di elementi radioattivi
- cod. 92.28 Iniezione di radioisotopi (SOLO con microsfere con Ytrio-90 per epatocarcinoma)
- cod. 92.29 Altre procedure radioterapeutiche (compreso iniezione di altri radioisotopi)

- **Ricovero per cicli di immunoterapia**

Dia. Princ.	cod. V58.12	Immunoterapia antineoplastica
Procedura	cod. 99.28	Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici

- **Terapia fotodinamica cutanea (in attività di DH)**

Per i soli trattamenti di carcinomi basocellulari, morbo di Bowen, con lesioni di dimensione superiore a 2 cm^2 al viso o 6 cm^2 al tronco ed arti, oppure di cheratosi attiniche che raggiungano un'area complessiva di 6 cm^2 al viso o 18 cm^2 al tronco ed arti, in considerazione del costo del farmaco foto sensibilizzante utilizzato, è consentito segnalare sulla SDO:

Dia. Princ.	Cod. V58.11	Chemioterapia antineoplastica
Dia. Sec.	Cod. 232.-	Carcinoma in situ della cute
Procedura	Cod. 86.28	Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione
Procedura	Cod. 99.83	Altra fototerapia

- **Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali**
  - Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è descritto dallo stesso gruppo di codici, da 41.00 a 41.09.
  - Il codice 41.00 *Trapianto di midollo osseo NAS* non dovrebbe essere utilizzato in quanto poco specifico.
  - Si richiamano le regole già evidenziate dal manuale ICD-9-CM per i trapianti allogenici, soprattutto la necessità di differenziare le forme con purcing (codici 41.02 e 41.08), da quelle senza purcing (codici 41.03 e 41.05).
  - L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto è codificata con il cod. 41.91 (sia per autotrapianto che per allotrapianto).
  - Il prelievo di cellule staminali è codificato con il cod. 99.79 sia per autotrapianto che per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi).

In relazione ai Gruppi di trattamento, determinati con la DGR n. VII/941 del 03.08.2000, e in seguito richiamati, si ribadisce che **le relative tariffe sono in tutti i casi comprensive della fase di prelievo**, sia che esso sia effettuato da donatore sia che si tratti di un prelievo autologo (da non esporre a rimborso). In entrambi i casi, quindi, non è previsto un rimborso specifico dei DRG corrispondenti agli episodi di ricovero relativi alla suddetta fase.

Prelievo da donatore:

Dia. Princ.	cod. V59.3	Donatori di midollo osseo
Int. Princ.	cod. 41.91	Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto
oppure		
Dia. Princ.	V59.02	Donatori di sangue, cellule staminali
Int. Princ.	cod. 99.79	Altre aferesi terapeutiche

Prelievo autologo:

Dia. Princ.	cod. patologia	Donatori di midollo osseo
Int. Princ.	cod. 41.91	Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto
oppure		
Int. Princ.	cod. 99.79	Altre aferesi terapeutiche

Gruppi di trattamento:

Gruppo "A"	Chemioterapia intensificata con supporto di cellule staminali periferiche autologhe
cod. 41.04	Trapianto autologo di cellule staminali ematop. senza depurazione
oppure	
cod. 41.07	Trapianto autologo di cellule staminali con depurazione
Gruppo "B"	Trapianto di cellule staminali autologhe dopo condizionamento mieloablativo
cod. 41.01	Trapianto di midollo osseo autologo senza depurazione
oppure	
cod. 41.04	Trapianto autologo di cellule staminali ematop. senza depurazione
oppure	
cod. 41.07	Trapianto autologo di cellule staminali con depurazione
oppure	
cod. 41.09	Trapianto autologo di midollo osseo con depurazione
Gruppo "C"	Trapianto di cellule staminali allogeniche HLA identiche, da consanguineo compatibile
cod. 41.02	Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione
oppure	
cod. 41.03	Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione
oppure	
cod. 41.05	Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. senza depurazione
oppure	
cod. 41.08	Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. con depurazione
Gruppo "D"	Trapianto di cellule staminali allogeniche da consanguineo non identico Trapianto di cellule staminali allogeniche da non consanguineo
cod. 41.02	Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione
oppure	
cod. 41.03	Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione
oppure	
cod. 41.05	Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. senza depurazione
oppure	
cod. 41.08	Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. con depurazione - Trapianto di cell. stam. da cordone ombelicale
cod. 41.06	Trapianto di cellule staminali da sangue prelevato da vasi del cordone ombelicale

- **Inserzione/rimozione di "port a cath"**

Dia. Princ.	cod. V58.81	Collocazione e sistemazione di catetere vascolare
Proc. impianto	cod. 86.07	Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
Proc. rimozione	cod. 86.05	Incisione con rimozione dispositivo da cute o tessuto sottocutaneo

CAPITOLO III - MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI (240-279)

Diabete mellito (250)

- Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza (descritte nel capitolo 11, che devono essere codificate utilizzando i codici 648.0- *Diabete mellito complicante la gravidanza parto o puerperio*, o 648.8- *Alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza parto o puerperio*):
  - per diabete senza menzione di complicanze deve essere utilizzato il cod. 250.0
  - complicazioni metaboliche acute
    cod. 250.1- Diabete con chetoacidosi
    cod. 250.2- Diabete con iperosmolarità
    cod. 250.3- Diabete con altri tipi di coma
  - complicazioni croniche o a lungo termine
    cod. 250.4- Diabete con complicanze renali
    cod. 250.5- Diabete con complicanze oculari
    cod. 250.6- Diabete con complicanze neurologiche
    cod. 250.7- Diabete con complicanze circolatorie periferiche
    cod. 250.8- Diabete con altre complicanze specificate
  - per diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il cod. 250.9-

- Il quinto carattere del codice identifica il tipo di diabete e se è controllato o scompensato:
  0 tipo II o non specificato, non definito se scompensato
  1 tipo I (diabete giovanile), non definito se scompensato
  2 tipo II o non specificato, scompensato
  3 tipo I (diabete giovanile), scompensato

  Il diabete è definito scompensato solo se il medico lo ha diagnosticato e riportato esplicitamente come tale nella documentazione clinica.

- Nel caso di diabete con complicazioni a lungo termine o croniche devono essere indicati, oltre al codice specifico del diabete complicato, anche i codici relativi a ciascuna manifestazione. Nei ricoveri chirurgici, <u>in tutti i casi di complicanze a lungo termine o croniche</u> (vascolari, neurologiche o miste) deve essere indicato il codice di diagnosi principale 250.70 *Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche*, unitamente ad un codice aggiuntivo (es. ulcera, gangrena ecc.) per identificare la complicazione presente, così come previsto dall'ICD-9-CM.
  Nei casi complicati esclusivamente da <u>deformità ossee</u>, che necessitino quindi di un rimodellamento, sarà invece selezionato in diagnosi principale il codice 250.80 *Diabete tipo II o non specificato, non definito se scompensato, con altre complicazioni specificate*, insieme alla diagnosi secondaria relativa alle deformità (cod. 731.8 *Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove*) e al codice di procedura del rimodellamento osseo (es. 77.68 *Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso*). Si riporta di seguito una Tabella riassuntiva, precisando che *<u>la seguente modalità di codifica, pur parzialmente in contrasto con le indicazioni del Manuale ICD-9-CM 2007, è raccomandata per omogeneità di classificazione e consumo di risorse</u>*:

Diagnosi principale	Diagnosi secondaria	Procedura
250.70 *Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche*	443.81 *Angiopatia diabetica periferica* e/o 707.10 *Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata*	*****86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infez. o ustione*
250.70 *Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche*	443.81 *Angiopatia diabetica periferica* e/o 707.10 *Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata*	84.11 *Amputazione di dita del piede*
250.70 *Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche*	443.81 *Angiopatia diabetica periferica* e/o 707.10 *Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata*	84.12 *Amputazione a livello del piede*
250.70 *Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche*	443.81 *Angiopatia diabetica periferica* e/o 707.10 *Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata*	39.50 *Angioplastica transluminale percutanea (PTA) di vaso non coronarico*
250.80 *Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con altre compl. specificate*	713.8 *Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove*	77.68 *Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso*

***** l'attribuzione del codice 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*, identifica una procedura chirurgica complessa che deve essere eseguita in Sala Operatoria. Le procedure medicate e di toelette chirurgica che invece vengono eseguito al letto del paziente, devono essere codificate con il codice 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione*.

Il diabete mellito complicante la gravidanza, parto e puerperio, è identificato dal cod. 648.0- seguito da un codice della Categoria 250, ad identificare il tipo di diabete riscontrato.
Il diabete gestionale (in quanto non vero diabete mellito, che regredisce nel periodo post-partum) è identificato dal cod. 648.8-.
I neonati di madri diabetiche spesso sono affetti da ipoglicemia transitoria (cod. 775.0) o da iperglicemia transitoria (cod. 775.1); tuttavia questi codici possono essere utilizzati *solo* quando le alterazioni del neonato sono determinate dalla patologia materna.

Diabete latente		cod. 790.2
Diabete indotto da somministrazione di steroidi		cod. 251.8
	seguito da	cod. 909.5
Coma diabetico da incidente terapeutico da insulina		cod. 962.3
	seguito da	cod. 259.3-

In caso di paziente diabetico affetto da cataratta, è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica (cod. 366.41), rispetto a quella della cataratta senile in paziente diabetico (cod. 366.1-). In quest'ultimo caso, l'individuazione della corretta sequenza dei codici di diagnosi segue le regole generali: la diagnosi principale può essere costituita sia dal diabete mellito (250.0-) sia dalla cataratta senile (366.1-). Ad esempio, nel caso di ricovero di paziente diabetico per asportazione della cataratta senile, la corretta sequenza di codici di diagnosi è la seguente: 366.1- + 250.0-.

Malfunzionamento di pompa di insulina
In caso di sottodosaggio o sovradosaggio di insulina per malfunzionamento della pompa, riportare in diagnosi principale il codice 996.57 *Complicazioni meccaniche dovute alla pompa di insulina*, seguito dai codici che descrivono il quadro clinico.

Trattamento chirurgico dell'obesità
Può essere descritto con codici diversi a seconda del tipo di intervento. Si riportano di seguito le indicazioni per la descrizione di tali casi (sempre di obesità grave con cod. 278.01 in diagnosi principale), precisando che la scelta di alcuni codici di procedura apparentemente inadeguati e/o insufficientemente descrittivi, nasce dall'assenza in ICD-9-CM di codici specifici per alcune tecniche attualmente in uso, eseguite tutte per via laparoscopica:

- Intervento di **diversione biliopancreatica (BPD)**
  cod. 43.7 Gastrectomia parziale con anastomosi del digiuno
  cod. 45.91 Anastomosi intestinale tenue-tenue
  cod. 51.23 Colecistectomia laparoscopica
- Intervento di **gastroplastica verticale**
  cod. 44.68 Gastroplastica laparoscopica
  codificare anche eventuale sincrona
  cod. 44.38 Gastroenterostomia laparoscopica

- Intervento di **bypass gastrico**
  cod. 44.38 Gastroenterostomia laparoscopica
- Interventi di **banding gastrico** (reversibile)
  cod. 44.95 Procedura laparoscopica di restrizione gastrica
- Inserzione **endoscopica di pallone bariatrico intragastrico**
  cod. 44.93 Inserzione di bolla gastrica (palloncino)

Rimozione di adiposità localizzate (addome pendulo con adiposità) non altrimenti correggibili:

Dia. Princ.	cod. 278.1	Adiposità localizzata
Int. Princ.	cod. 86.83	Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

In questo caso la relativa documentazione clinica deve necessariamente riportare tutti gli elementi (clinici ed anatomopatologici) utili alla corretta individuazione della suddetta condizione e alla sua differenziazione dall'addome pendulo da lassità cutanea (da cui si distingue in termini nosologici e di impegno assistenziale richiesto).

Trattamento degli esiti della chirurgia bariatrica
Gli interventi di chirurgia plastica di rimodellamento successivi a chirurgia bariatrica, prevedono l'utilizzo in diagnosi principale del codice V51 *Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica*.
Ad es., nel caso del trattamento dell'addome pendulo da lassità cutanea in esiti di chirurgia bariatrica o di importanti dimagrimenti, andrà utilizzata la seguente codifica:

Dia. Princ.	cod. V51	Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica
Int. Princ.	cod. 86.83	Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

Endocardite di Libman-Sacks
Solo nel caso in cui un paziente con endocardite di Libman-Sacks venga sottoposto a sostituzione valvolare, è necessario indicare (*eccezione alla regola di codifica multipla della ICD-9-CM*) come:

Dia. Princ.	cod. 424.91	Endocardite
Dia. Sec.	cod. 710.0	Malattia di Libman-Sacks
Int./Proc.	cod. 35.22	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
Int./Proc.	cod. 39.61	Circolazione extracorporea

Malattia di Sjögren (710.2)
L'episodio di ricovero per indagini su tale patologia, quando associata a disturbi delle ghiandole salivari, deve essere così descritto:

Dia. Princ.	cod. 527.7	Disturbi della secrezione salivare
Dia. Sec.	cod. 710.2	Malattia di Sjögren
Int./Proc.	cod. 26.11	se con ago-biopsia
	cod. 26.12	se con biopsia a cielo aperto

Encefalomiopatie mitocondriali
A seguito della valutazione dell'impatto delle indicazioni di codifica della malattia mitocondriale fornite con la DGR n. VII/2418/2000, in caso di esecuzione di specifiche procedure diagnostiche, come ad es. la biopsia muscolare, si modificano le suddette indicazioni (*eccezione alla regola di codifica multipla della ICD-9-CM*) come di seguito riportato:

Dia. Princ.	cod. 331.7	Degenerazione cerebrale in malattie classificate altrove
Dia. Sec.	cod. 277.8-	Altri disordini specificati del metabolismo
Int./Proc.	cod. 83.21	Biopsia dei tessuti molli

CAPITOLO V – DISTURBI MENTALI (290-319)

Demenze

- La demenza dovuta a malattia di Alzheimer si codifica, secondo le indicazioni riportate nel manuale, ponendo come principale la malattia di base (cod. 331.0) e come diagnosi secondaria la demenza (cod. 294.1).

- La demenza da infarti multipli (multinfartuale) si codifica, secondo le indicazioni del manuale, ponendo come diagnosi principale la demenza stessa (cod. 290.4) e utilizzando come codice aggiuntivo quello delle *Altre e mal definite vasculopatie cerebrali* (cod. 437.-).

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

Disturbi del sonno (327)

Nella versione 2007 dell'ICD-9-CM, è stata introdotta la nuova categoria 327 *Disturbi organici del sonno*. I codici della sottocategoria 780.5- devono essere utilizzati solo per descrivere i disturbi del sonno di natura non organica (segno/sintomo).
La **Sindrome dell'apnea notturna** è descritta dal codice 327.23 *Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)*.

Dolore (338)

I codici di questa categoria possono essere utilizzati come diagnosi principale quando il trattamento del dolore sia il motivo principale/esclusivo del ricovero o nel caso in cui non sia stata individuata una diagnosi relativa alla patologia di base.
Ad es., in caso di **inserzione di pompa per terapia antalgica**:

Dia. Princ.	cod. 338.--	Dolore non classificato altrove
Procedura	cod. 86.06	Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile

In caso di **neurostimolazione radicolare e gangliare con radiofrequenza pulsata (PFR)**:

Dia. Princ.	cod. 338.--	Dolore non classificato altrove
Procedura	cod. 04.99	Altri interventi su nervi cranici e periferici

Impianto/sostituzione/rimozione di Neurostimolatore

Nei ricoveri per impianto di neurostimolatore occorre riportare in diagnosi principale la patologia specifica; nei ricoveri per sostituzione o rimozione del dispositivo, utilizzare come diagnosi principale il cod. V53.02 (collocazione e sistemazione di neuropacemaker).

Impianto/rimozione di Neurostimolatore Spinale a scopo antalgico

In caso di dolore da ischemia cardiaca o angina pectoris, *oppure* di sintomatologia algica da ischemia periferica in pazienti non più responsivi a trattamenti farmacologici o non rivascolarizzabili con metodiche endoluminali o chirurgiche *oppure* di dolore cronico lombare o di tipo neuropatico, codificare sempre:

Fase Test

Dia. Princ.	cod. 338.--	Dolore non classificato altrove
Int./Proc.	cod. 03.93	Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neuro stimolatore spinale

Impianto definitivo del solo generatore

Dia. Princ.	cod. V53.02	Collocazione e sistemazione di Neuropacemaker (cervello) (sist.nervoso periferico) (midollo spinale)
Int./Proc.	cod. 86.94-86.98	Inserzione o sostituzione del generatore di impulsi del neurostimolatore

La rendicontazione delle due fasi suddette ricomprende anche l'eventuale rimozione del neurostimolatore spinale (generatore e/o elettrodo),

Dia. Princ.	cod. V53.02	Collocazione e sistemazione di Neuropacemaker (cervello) (sist. nervoso periferico) (midollo spinale)
Int./Proc.	cod. 03.94	Rimozione di elettrodo/i del Neurostimolatore spinale
Int./Proc.	cod. 86.05	Incisione con rimozione di dispositivo dalla cute e tessuto sottocutaneo

di conseguenza la SDO riferita a tale ricovero dovrà essere contrassegnata come "non finanziabile".

Impianto di Neurostimolatore Intracranico

Dia. Princ.	cod. 332.-	Morbo di Parkinson
Int./Proc.	cod. 02.93	Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico
e/o	cod. 86.94-86.98	Inserzione o sostituzione del generatore di impulsi del neurostimolatore

Impianto di Neurostimolatore Urologico/Vescicale

Dia. Princ.	cod. 788.2-	Ritenzione urinaria
oppure	cod. 788.3-	Incontinenza urinaria
oppure	cod. 788.4-	Pollachiuria e poliuria
Int./Proc.	cod. 03.93	Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neuro stimolatore spinale
e/o	cod. 86.94-86.98	Inserzione o sostituzione del generatore di impulsi del neurostimolatore

Epilessie (345)

I codici .4, .5 e .7 riguardano l'epilessia parziale; i codici .0 e .1 l'epilessia generalizzata; i codici .2 e .3 lo stato di male; il codice .6 gli spasmi infantili; i codici .8 e .9 identificano rispettivamente altre forme di epilessia e l'epilessia non specificata.

Per i codici 345.0, 345.1, 345.4-345.9 il quinto carattere identifica la resistenza alla terapia:

0 - senza menzione di epilessia non trattabile;
1 - con epilessia non trattabile.

Si utilizza il codice 780.39 per classificare l'episodio convulsivo isolato, al di fuori della malattia epilettica.

Impianto di Neurostimolatore Vagale

Dia. Princ.	cod. 345.--	Epilessia e crisi ricorrenti
Int./Proc.	cod. 04.92	Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore di nervi periferici
e/o	cod. 86.94-86.98	Inserzione o sostituzione del generatore di impulsi del neurostimolatore

Interventi/procedure

- **Angioplastica percutanea ed inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali**
  I codici da 00.61 a 00.65 identificano le procedure di angioplastica o aterectomia o inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali. Occorre sempre specificare anche il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40 – 00.44) e il numero di stent inseriti (codici 00.45 – 00.48).

- **Trattamento di Malformazione ArteroVenosa (MAV) spinale congenita**
  I ricoveri per trattamento di MAV spinale **con embolizzazione** devono essere identificati con:

Dia. Princ.	cod. 747.82	Anomalie dei vasi spinali
Int./Proc.	cod. 39.79	Altra riparazione endovascolare di altri vasi

  I ricoveri per trattamento di MAV spinale **per asportazione** sono individuati dal codice di intervento 38.60 *Asportazione MAV vasi spinali*.

  I ricoveri per trattamento di Malformazioni vascolari venose e/o linfatiche **con scleroembolizzazione** devono essere così descritti:

Dia. Princ.	cod. 747.6.-	Altre anomalie del sist. vasc. periferico
Int./Proc.	cod. 39.92	Iniezione i.v. di sostanze sclerosanti

- **Trattamento chirurgico per iperidrosi**

Dia. Princ.	cod. 337.0	Neuropatia periferica del S.N.A.
Dia. Sec.	cod. 780.8	Iperidrosi
oppure	cod. 750.2.-	Iperidrosi focale
Int./Proc.	cod. 05.2.-	Simpatectomia

- **Interventi oculistici di innesto di limbus e di innesto di membrana amniotica**
  I codici di procedura raccomandati per descrivere il trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore sono: 11.61 per l'autotrapianto e 11.62 per il trapianto da altro donatore.
  In presenza di un innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale il codice di procedura raccomandato è 11.62.

CAPITOLO VII - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390-459)

Le malattie relative al sistema circolatorio sono descritte nel capitolo VII (categorie 390-459) ad eccezione di quelle riferite a condizioni ostetriche, descritte nel capitolo XI, e a patologie congenite, descritte nel capitolo XIV.
Il capitolo VII comprende situazioni complesse, spesso intercorrelate. Pertanto, ai fini della corretta codifica è di particolare importanza porre attenzione a tutte le note presenti nell'indice alfabetico e nell'elenco sistematico.

Ipertensione arteriosa

- è opportuno consultare nell'indice alfabetico delle diagnosi la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, i tre codici relativi alla forma maligna, benigna o non specificata;
- ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che causa l'ipertensione;
- dove l'ipertensione sia associata ad altre patologie, devono essere indicati sia il codice della patologia, sia quello relativo all'ipertensione; la sequenza dei codici segue le regole generali per la selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie;
- l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo XI).

Cardiopatia ipertensiva (402)
Comprende con codici combinati sia condizioni in cui l'ipertensione è causa diretta della cardiopatia, sia condizioni in cui essa vi è implicata. Se la diagnosi clinica menziona sia l'ipertensione sia la malattia cardiaca ma non indica una relazione causale tra loro, si devono assegnare codici separati. Ad esempio:

- malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione: cod. 402.91;
- malattia cardiaca ipertensiva con insufficienza cardiaca congestizia: cod. 402.91;
- malattia cardiaca congestizia con ipertensione: cod. 428.0 + 401.9.

Nefropatia ipertensiva cronica (403)
Descrive le situazioni cliniche in cui sono presenti sia ipertensione che nefropatia cronica (condizioni classificabili alle categorie 585-587). L'ICD-9-CM presuppone una relazione causa/effetto tra loro e classifica la malattia renale cronica con ipertensione come nefropatia ipertensiva cronica.
Il quinto carattere della categoria raggruppa in due classi gli stadi della malattia renale:

0 - stadi I-IV o stadio non specificato;
1 - stadio V o terminale.

Come diagnosi secondaria deve essere codificata la malattia renale cronica (cod. 585.-) per identificare lo stadio della malattia.

Cardionefropatia ipertensiva cronica (404)
Comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva, sia la nefropatia ipertensiva cronica.
Il quinto carattere della categoria identifica:

0 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato;
1 - con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato;

2 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale;
3 - con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale.

Nelle diagnosi secondarie codificare il tipo di insufficienza cardiaca (cod. 428.-), ove presente, e la malattia renale cronica (cod. 585.-) per identificarne lo stadio.

Malattie ischemiche del cuore (410-414)
Il capitolo delle Malattie ischemiche del cuore comprende le categorie 410 (infarto miocardico acuto), 411 (altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica), 412 (infarto miocardico pregresso), 413 (angina pectoris), 414 (altre forme di cardiopatia ischemica cronica).

- **Infarto miocardico acuto, IMA (410)**
  Le sottocategorie da 410.0 a 410.6 e 410.8 identificano i casi di IMA con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI). La sottocategoria 410.7, infarto subendocardico, identifica i casi di IMA con sottoslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e di infarto non transmurale.

  Se un NSTEMI evolve in STEMI, codificare come STEMI; nel caso in cui uno STEMI evolva in NSTEMI, a seguito di terapia trombolitica, codificare come STEMI.

  La nota riportata nell'elenco sistematico del manuale precisa il carattere numerico che deve essere utilizzato come quinta cifra per identificare se si tratta di episodio iniziale di assistenza (1) o successivo per lo stesso infarto (2), ovvero di episodio di assistenza non specificato (0).
  Nella definizione di episodio iniziale di assistenza (quinto carattere 1) sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti verso altro istituto per acuti come pure i ricoveri di pazienti provenienti da altro istituto per acuti; sono invece esclusi i casi in cui vi sia stata interruzione dell'assistenza per acuti (ad esempio, per dimissione ordinaria al domicilio o per trasferimento in istituti non per acuti); in tali casi, si utilizza, invece, il quinto carattere 2.
  La quinta cifra 0 (episodio di cura non specificato) non dovrebbe essere mai utilizzata in quanto la documentazione clinica deve sempre contenere le informazioni necessarie per la descrizione precisa del caso.

  Ove il successivo ricovero avvenga oltre le otto settimane dall'infarto non deve essere utilizzata la categoria 410._ ma il codice 414.8 *Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica*.
  Se nel corso del ricovero l'infarto evolve verso complicanze quali aritmie, fibrillazione, shock, è opportuno che queste ultime siano codificate tra le diagnosi secondarie con codici aggiuntivi.
  Se nel corso del ricovero per infarto si verifica un secondo infarto in una sede differente, entrambe le diagnosi devono essere codificate, ciascuna secondo la propria sede, utilizzando come quinto carattere .1.

- **Infarto miocardico pregresso asintomatico (412)**
  Il codice 412 non deve essere utilizzato in caso di malattia ischemica attuale (nel qual caso si utilizza il codice 414.8). Il codice 412 deve essere assegnato esclusivamente come diagnosi secondaria nei casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del pregresso infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale.

Malattie cerebrovascolari
Le malattie cerebrovascolari acute sono codificate con le categorie comprese tra 430 e 437; i postumi delle stesse malattie sono codificate con la categoria 438.--. Ciascun componente di una diagnosi relativa ad una malattia cerebrovascolare deve essere codificato singolarmente (codifica multipla) a meno che l'indice alfabetico o l'elenco sistematico non indichino diversamente:
ad esempio, nel caso di arteriosclerosi cerebrovascolare con emorragia subaracnoidea dovuta a rottura di un aneurisma sacculare, occorre indicare cod. 430 + cod. 437.0.

Per le categorie 433 e 434 è previsto l'utilizzo di un quinto carattere che indica la presenza di infarto cerebrale:
0 - senza menzione di infarto cerebrale;
1 - con infarto cerebrale.
La presenza di infarto cerebrale deve essere documentata in cartella e non riportata in via presuntiva (vale comunque il criterio clinico).

Il codice 436 *Vasculopatie cerebrali acute mal definite*, deve essere utilizzato come diagnosi principale solo nei casi in cui non vi siano ulteriori e più specifiche informazioni.

- **Ictus cerebrale ischemico**
  I codici da utilizzare sono i seguenti: 434.01, 434.11 e 434.91, ponendo attenzione all'appropriato utilizzo del codice 434.91 che va riservato ai casi in cui il medico non abbia specificato la natura trombotica o embolica dell'ictus ischemico.

- **Ischemia cerebrale transitoria**
  Per codificare correttamente tale diagnosi, si deve utilizzare la categoria 435 evitando l'improprio utilizzo di codici relativi ad altre condizioni cliniche (ad esempio: amnesia globale transitoria, cod. 437.7).

- **Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali**
  I codici di questa categoria possono essere utilizzati per individuare, tra l'altro, alcune condizioni cliniche relativamente frequenti quali la "Encefalopatia multi-infartuale" (cod. 437.1) o lo "Stato lacunare" (cod. 437.8).

<u>Interventi/procedure</u>

- **Angioplastica percutanea e inserzione di stent**
  - **Vasi coronarici**
    L'angioplastica coronarica si codifica con il codice 00.66 seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40 – 00.44). L'eventuale inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (medicato cod. 36.07, non medicato cod. 36.06), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00.45 – 00.48).

  - **Vasi cerebrali o precerebrali**
    I codici da 00.61 a 00.65 identificano le procedure di angioplastica o aterectomia o inserzione di stent. Occorre sempre specificare anche il

numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40 – 00.44) e il numero di stent inseriti (codici 00.45 – 00.48).

- **Altri vasi**
  L'angioplastica di altri vasi si codifica con il codice 39.50 seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40 - 00.44). L'eventuale inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (medicato cod. 00.55, non medicato cod. 39.90), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00.45 - 00.48).

- **Riparazione endovascolare di vasi**
  La categoria 39.7 prevede voci specifiche per procedure endovascolari sui vasi del capo e del collo (codici 39.72 e 39.74), sull'aorta addominale e toracica (codici 39.71 e 39.73) e su altri vasi (cod. 39.79).

- **Embolizzazione di emangioma arterioso**
  I ricoveri per trattamento di emangiomi dei vasi arteriosi con embolizzazione sono identificati da:

Dia. Princ.	cod. 228.09	Emangioma di altre sedi
Int./Proc.	cod. 39.79	Altra riparazione endovascolare di altri vasi

- **Chiusura percutanea dell'auricola sinistra**

Dia. Princ.	cod. 427.31	Fibrillazione atriale
Int./Proc.	cod. 37.90	Inserzione dispositivo in appendice atriale sx

- **Complicazioni post-chirurgiche**
  - **Deiescenza della ferita sternale con risutura**:

Dia. Princ.	cod. 998.31	Rottura ferita chirurgica interna
Int./Proc.	cod. 78.51	Fissazione interna di sterno
oppure	cod. 77.61	Asportazione locale di lesione o tessuto dello sterno
e	cod. 83.82	Innesto di muscoli o fasce

  - **Infezione di sternotomia con toilette chirurgica**:

Dia. Princ.	cod. 998.59	Altra infezione postoperatoria
Int./Proc.	cod. 77.61	Asportazione locale di lesione (per il trattamento di ferita sternale)
e	cod. 83.82	Innesto di muscoli o fasce (per i lembi muscolari e per l'avanzamento dei tessuti molli)

  - **Persistenza di fistola postoperatoria del mediastino**:

Dia. Princ.	cod. 998.31	Rottura ferita chirurgica interna
Int./Proc.	cod. 34.73	Chiusura di fistola del torace

- **Rimozione del filtro cavale**

Dia. Princ.	cod. V53.99	Collocazione/sistemazione di altro dispositivo
Int./Proc.	cod. 97.89	Rimozione di altro dispositivo terapeutico

- **Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore**
  Indicare entrambi i seguenti codici intervento:

38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
38.69 Altra asportazione di vene dell'arto inferiore (nel caso venga eseguita anche l'asportazione di vene adiacenti)

- **Legatura endoscopica di vene perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)**
  Indicare i seguenti codici intervento:
  38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
  83.09 Altra incisione di tessuti molli

CAPITOLO VIII - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (460-519)

Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)
È codificata con i codici 491.2- *Bronchite cronico-ostruttiva* e 492.- *Enfisema*. La compresenza di bronchite cronica ed enfisema deve essere codificata con 491.2-; la compresenza di asma e BPCO con 493.2-.
La bronchite acuta in BPCO deve essere codificata con 491.22.
La presenza di insufficienza respiratoria acuta (518.81) o cronica (518.83) deve essere codificata, quando rigorosamente definita e documentata.

Insufficienza respiratoria e polmonare (518)
L'insufficienza respiratoria deve essere codificata con il codice 518.8_ che comprende le forme acuta, acuta e cronica (acuta su cronica) e cronica.

Il codice 518.82 va riservato a particolari forme di insufficienza polmonare, quali ad esempio il distress respiratorio nei soggetti adulti, qualora esse non siano dovute a cause classificate altrove.

Quando la causa della insufficienza polmonare è costituita da shock, traumi o interventi chirurgici, è assegnato il codice 518.5.

Facendo propri i criteri elaborati dal gruppo AIPO-SIMeR, si forniscono le seguenti indicazioni.
Codificare la condizione di insufficienza respiratoria in diagnosi principale con il codice 518.81 secondo i seguenti criteri:

- sulla base delle alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO_2, $PaCO_2$, pH e bicarbonato);
- devono essere indicati in cartella clinica e codificati gli interventi terapeutici effettuati, con particolare attenzione all'utilizzo dei codici che segnalano le terapie ventilatorie/ossigenoterapia;
- in diagnosi secondaria dovranno essere indicate le patologie che hanno determinato l'insufficienza respiratoria e/o le patologie concomitanti.

Se non sono presenti le condizioni sopracitate, il codice 518.81 va posto in diagnosi secondaria.

I valori emogasanalitici arteriosi soglia caratterizzanti la condizione di insufficienza respiratoria, in respiro spontaneo in aria ambiente, che giustificano l'utilizzo del codice 518.81 in diagnosi principale sono:

Ipossiemia arteriosa: PaO_2<60 mmHg (8kPa x 7,5) in associazione con almeno uno dei seguenti parametri indicati:

- **Ipercapnia arteriosa: $PaCO_2$>45 mmHg (6kPa x 7,5);**
- **Acidosi Respiratoria: pH<=7.35 (che equivale ad una $[H^+]$>=45 nmol/l) o normale;**
- **Bicarbonato: $HCO3^-$ normali o elevati (> di 26 mEq).**

L'ipossiemia pura isolata non è condizione sufficiente a giustificare l'utilizzo del codice 518.81 in diagnosi principale, a meno che non si protragga per almeno 48 ore e sia documentata attraverso i criteri per l'appropriato utilizzo del codice 93.96 *Ossigenoterapia*.

Nel caso di insufficienza respiratoria ipercapnica con pH<=7.35, cioè acidosi respiratoria scompensata, è raccomandato il monitoraggio strumentale continuo del paziente (SaO2, FC, tracciato ECG, eventuale PA non invasiva) e può rendersi necessario l'inizio di un trattamento ventilatorio meccanico.

Criteri per l'appropriato utilizzo dei codici di riferimento per la terapia ventilatoria

Codici ICD-9-CM	**TERAPIA RESPIRATORIA**	**INDICAZIONI**
Gruppo dei codici 93.9_	**Non invasiva**	**Indicazioni**
93.90	Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)	PaO_2<60 mmHg, $PaCO_2/FiO_2$<200 (edema polmonare, polmoniti gravi, etc.) disturbi respiratori associali a patologie del sonno, anche in fase diagnostica
93.90	Respirazione a pressione positiva a due livelli (BiLevel)	$PaCO_2$>45 mmHg pH<=7,35
93.91	Respirazione a pressione positiva intermittente	$PaCO_2$>45 mmHg pH<=7,35
93.96	Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)	Ipossiemia isolata (PaO_2<60 mmHg) che necessita di ossigenoterapia continua per almeno 48 ore con controllo emogasanalitico (PaO_2, $PaCO_2$ e pH) giornaliero e monitoraggio continuo con SaO_2 per almeno 48 ore
93.99	Altre procedure respiratorie (polmone d'acciaio)	$PaCO_2$>45 mmHg pH<=7,35
Gruppo dei codici 96.7_	**Invasiva**	**Indicazioni**
96.70	Altra ventilazione meccanica continua	Non utilizzare il codice 96.70 in quanto non specifica la durata
96.71	Per meno di 96 ore consecutive	PaO_2<40 mmHg e/o PaO_2/FiO_2 <200 pH<= 7,35 e $PaCO_2$ >60 mmHg Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva
96.72	Per 96 ore consecutive o più	PaO_2<40 mmHg e/o PaO_2/FiO_2 <200 pH<= 7,35 e $PaCO_2$ >60 mmHg Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva

Interventi/procedure

- **L'ecoendoscopia di bronchi/polmoni**, in corso di fibrobroncoscopia [EBUS] è identificata dal cod. 33.22.

- Le procedure, per via endoscopica, di inserzione, sostituzione o rimozione di dispositivo terapeutico o sostanze nei bronchi o nei polmoni sono individuate dal quarto carattere del codice 33.7.

- L'inserzione di stent tracheale è identificata dal cod. 96.05.

- **L'ablazione per via percutanea** di lesione o tessuto del polmone è identificata dal cod. 32.24.

- Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di **embolizzazione endovascolare delle arterie bronchiali** occorre riportare:

Dia. Princ.	cod. 459.0	Emorragia, non specificata (rottura di vasi sanguigni SAI, emorragia spontanea NIA)
Int./Proc.	cod. 39.79	Altra riparazione endovascolare di altri vasi

- **La resezione meccanica laser assistita, in broncoscopia rigida, per stenosi tracheo-bronchiale di varia eziologia (neoplasica e non)** ed effettuata alle seguenti condizioni operative:

  1. l'attrezzatura necessaria deve comprendere set completo di broncoscopia rigida (vari diametri), ottiche con pinze coassiali, sondini per aspirazione rigidi, set di posizionamento protesi siliconiche e broncofibroscopi;
  2. assortimento di protesi siliconiche e metalliche delle diverse misure necessarie
  3. apparecchiatura LASER a diodi o ND-YAG, doppio aspiratore;
  4. la metodica deve essere praticata esclusivamente in anestesia generale sotto controllo continuo di un anestesista esperto nella metodica, con l'assistenza di personale infermieristico addestrato;
  5. la metodica si pratica in una sala endoscopica attrezzata o in una sala operatoria con monitoraggio continuo di saturazione ossiemoglobinica, traccia ECG e, possibilmente della pressione arteriosa con sonda intraarteriosa;
  6. devono essere utilizzate o comunque disponibili apparecchiature per la ventilazione come Poncho per ventilazione a pressione negativa, Jet Ventilation, ventilatore meccanico da sala operatoria; devono inoltre essere a disposizione tubo corrugato, ambu, ossigeno per ventilazione manuale;
  7. deve essere a disposizione carrello con tutto il necessario per la gestione delle urgenze oltre al defibrillatore;
  8. la broncoscopia rigida operativa può essere effettuata solo in presidi ospedalieri che siano dotati di Sala di Rianimazione e di UO Chirurgiche in grado di gestire le eventuali complicanze (sanguinamenti, pneumotoraci, insufficienza respiratoria, compromissioni cardiovascolari, etc.);
  9. ogni operatore che esegue broncoscopie operative deve effettuare almeno 10 procedure all'anno nel suo Centro;

  deve essere segnalata come segue:

nel caso di interventi sui bronchi

Dia.Princ.	cod. 519.1-	Altre malattie della trachea e dei bronchi, non classificate altrove, *oppure* tumore (secondo la definizione di Diagnosi Principale) *ed eventuali complicanze*
Int./Proc.	cod. 32.01	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto bronchiale
	cod. 33.29	Altre procedure diagnostiche sul polmone
	cod. 96.05	Altra intubazione del tratto respiratorio (per eventuale inserzione di stent)

nel caso di interventi sulla trachea

Dia.Princ.	cod. 519.1-	Altre malattie della trachea e dei bronchi, non classificate altrove, *oppure* tumore (secondo la definizione di Diagnosi Principale) *ed eventuali complicanze*
Int./Proc.	cod. 31.5	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
	cod. 96.05	Altra intubazione del tratto respiratorio (per eventuale inserzione di stent)

CAPITOLO IX - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE (520-579)

Epatite cronica, cirrosi e complicanze
Si ponga attenzione al fatto che la classificazione ICD-9-CM consente di distinguere le epatiti croniche di origine virale (codici categoria 070.-) rispetto alle altre forme di epatite cronica (codici categoria 571).
Nella categoria 571 sono inoltre comprese le diverse forme di cirrosi, tra cui quella post-epatitica (cod. 571.5).

Esofagite con emorragia e varici esofagee
L'emorragia esofagea deve essere codificata con il codice 530.82 salvo che sia causata da varici esofagee. Le varici esofagee sono codificata come malattie del sistema circolatorio (capitolo VII).
Esempi:
- varici esofagee con sanguinamento: cod. 456.0;
- varici esofagee senza menzione di sanguinamento: cod. 456.1.

Se le varici esofagee sono associate a cirrosi del fegato o ad ipertensione portale è necessario codificare entrambe le patologie (codifica multipla).
Esempi:
- sanguinamento da varici esofagee con cirrosi epatica: cod. 571.- + 456.20;
- sanguinamento da varici esofagee in ipertensione portale: cod.572.3 + 456.20.

I codici della categoria 456 *Varici di altre sedi* possono essere usati come diagnosi principale nei casi in cui non sia presente cirrosi epatica o ipertensione portale.

Codifica di alcune forme di displasia di organi digerenti
Per alcune situazioni cliniche relativamente frequenti di displasia epiteliale di grado grave o severo, istologicamente accertata, si ricorre all'uso dei codici della categoria 230 (carcinomi in situ degli organi digerenti).
Esempi a tale riguardo sono costituiti dalla displasia grave/severa su polipi-adenomatosi dell'apparato digerente o su ulcera gastrica o quando associata a rettocolite ulcerosa o a morbo di Crohn.

Complicazioni infettive o meccaniche di stomie
Sono specificamente individuate le complicazioni da:
- gastrostomia cod. 536.4-;
- colostomia ed enterotomia cod. 569.6-.

Interventi/procedure

- **L'ablazione per via percutanea** di lesione o tessuto del fegato è identificata dal codice 50.24.

- **Intervento di TIPS per shunt venoso intraaddominale per via percutanea**
  Indicare i codici di procedura:
  39.1 Anastomosi arteria cava e polmonare
  +
  38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

- **Tecniche per l'intervento di emorroidectomia e/o prolassectomia**
  Per segnalare l'intervento di emorroidectomia e/o prolassectomia eseguito secondo la **tecnica "di Longo"**, utilizzare il codice di procedura 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi*.

  Per la correzione della sindrome da ostruita defecazione con **metodica STARR** (Stapled Trans-Anal Rectal Resection), selezionare i seguenti codici:

  – *nel maschio*

Dia. Princ.	cod. 564.02	Stipsi da disfunzione del retto
Dia. Sec.	cod. 569.1	Prolasso rettale
Int./Proc.	cod. 48.76	Altra proctopessi

  – *nella femmina*

Dia. Princ.	cod. 564.02	Stipsi da disfunzione del retto
Dia. Sec.	cod. 618.00	Prolasso delle pareti vaginali, non specificato
oppure	cod. 618.04	Rettocele
Int./Proc.	cod. 70.52	Riparazione di rettocele

  Il trattamento con la tecnica STARR, da riservare ai soli casi di diagnosi di stipsi da disfunzione del retto (cod. 564.02) e/o prolasso rettale (cod. 569.1) e/o prolasso genitale (cod. 618.--), richiede necessariamente la presenza in cartella clinica dei seguenti elementi diagnostici indispensabili:

  1. inquadramento clinico della stipsi rettale da defecazione ostruita:
     - anamnesi dei sintomi;
     - esame proctologico con esplorazione rettale e proctoscopia;
  2. riscontro clinico supportato da:
     - defecografia;
     - colonscopia o clisma opaco (sempre) dopo i 50 anni per la prevenzione del cancro colo-rettale e dopo i 40 anni in caso di familiarità positiva.

  Ai fini della conferma della validità dei codici di procedura sopraindicati, è indispensabile l'esame istologico dei pezzi resecati, il quale deve confermare la presenza di fibre muscolari della parete rettale.

CAPITOLO X - MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO (580-629)

Malattia renale cronica (585)

- La malattia renale cronica viene classificata sulla base dello stadio di gravità (stadi I-V). Gli stadi da II a IV corrispondono, rispettivamente, a malattia renale cronica di grado lieve, moderato e severo.
  Il codice 585.6 identifica la malattia in stadio terminale.

- I pazienti sottoposti a trapianto di rene potrebbero ancora manifestare qualche grado di disfunzione renale, perché il rene trapiantato potrebbe non aver ancora pienamente ripristinato la funzionalità renale. La sola presenza di malattia renale cronica non costituisce quindi una complicazione del trapianto. In questi casi occorre codificare con il cod. 585.-, seguito dal cod. V42.0 che identifica lo status di trapianto renale.

- In merito all'**utilizzo dei codici ICD-9-CM 584.-** ***Insufficienza renale acuta*** **e 585** ***Insufficienza renale cronica*** tra le diagnosi secondarie, si ricordano le disposizioni introdotte con le Regole per l'esercizio 2011, DGR n. IX/937/2010 ("*le attività di emodialisi effettuate nel corso del ricovero (…), a decorrere dai pazienti dimessi dal 1º gennaio 2011, (…) quando effettuate nel corso di ricoveri ordinari (acuti e riabilitativi) con degenza maggiore di 4 giorni, possano essere rendicontate, (…) con il debito informativo delle prestazioni ambulatoriali di cui alla circolare 28 SAN utilizzando il codice 39.95.A*") e si ribadisce quanto segue:
  - la condizione di insufficienza renale non sempre prolunga la degenza in modo significativo;
  - la condizione di insufficienza renale va segnalata quando comporta delle modifiche significative del quadro clinico nel suo complesso incidendo sul decorso del ricovero con un impatto ben maggiore di quello che possono avere le sole prestazioni aggiuntive di emodialisi.

Interventi/procedure

- **L'ablazione per via percutanea** di lesione o tessuto del rene è identificata dal cod. 55.33.

- **Fimosi**
  L'intervento chirurgico di correzione di fimosi, circoncisione, deve essere codificato con il codice 64.0 evitando l'utilizzo improprio del codice 64.93 *Liberazione di sinechie peniene*. Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere codificate con il codice 64.91.

- **Intervento per la correzione del varicocele**
  L'intervento tradizionale di correzione di varicocele (cod. 456.4) mediante legatura dei vasi spermatici è identificato dal codice 63.1 *Asportazione di varicocele*.
  Tecniche innovative, eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda, sono identificate dall'uso combinato dei seguenti codici: 63.1 *Asportazione di varicocele* + 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche*; la via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione del codice di procedura 88.67 *Flebografia con m.d.c. di altre sedi specificate*.

L'intervento rivolto alla risoluzione di **varicocele pelvico** (in donne), deve essere identificato dal cod. 456.5 *Varici pelviche*, in diagnosi principale e dal cod. 71.9 *Altri interventi su apparato genitale femminile*, di intervento.

- **Interventi per alcune situazioni cliniche di nefrologia**
  I ricoveri per le seguenti procedure (con o senza trattamento di dialisi renale) devono essere così codificati:

Shunt arterovenoso con cannula intervasale	cod. 39.93
Creazione di FAV (periferica) e inserzione protesi vascolare	cod. 39.27
Inserzione dispositivo per accesso vascolare totalmente impiantabile	cod. 86.07
Preparazione di vena per incannulamento	cod. 38.94
Inserzione catetere venoso	cod. 38.95

L'episodio di ricovero per trombosi arterovenosa (causata da protesi, impianti o innesti per dialisi renale) di paziente in stato di dialisi, deve essere così rappresentato:

Dia. Princ.	cod. 996.73	Complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale
Int./Proc.	cod. 39.42	Revisione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale
oppure	cod. 39.43	Rimozione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale

CAPITOLO XI – COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO (630-677)

- L'**assistenza al parto**, anche a quelli non operativi, deve essere riportata e specificamente codificata nel campo relativo all'intervento chirurgico principale.

- Per i casi in cui la paziente partorisce fuori dalla struttura ospedaliera e necessita di ricovero per trattamenti successivi al parto, senza complicazioni, in diagnosi principale utilizzare il codice **V24.0 Cure ed esami postpartum subito dopo il parto**; se invece sono presenti complicazioni, occorre far riferimento ai codici specifici presenti in questo capitolo.

- Il parto con **anestesia epidurale** viene descritto riportando nelle procedure il cod. 03.91 *Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia*.

- L'**interruzione volontaria di gravidanza** (entro i primi 90 gg.) per assunzione farmacologica (RU486) è identificata con:

Dia.	cod. 635.--	Aborto indotto legalmente
Int./Proc.	cod. 99.24	Iniezione di altri ormoni
e	cod. 96.49	Altra instillazione genitourinaria (*nel caso la seconda somministrazione avvenga per via vaginale*)

- Per **altre condizioni morbose in atto della madre classificate altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio** (anemia, diabete, psicosi, malattie cardiovascolari congenite, etc.), occorre far riferimento ai codici della categoria 648.

CAPITOLO XIII - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO (710-739)

Molte delle categorie del sistema muscoloscheletrico richiedono l'utilizzo della codifica a 5 caratteri. Il quinto carattere dei codici indica la sede coinvolta:
0 – sede non specificata
1 – spalla
2 – gomito
3 – polso
4 – mano
5 – anca
6 – ginocchio
7 – ossa della caviglia e del piede
8 – altre sedi specificate
9 – sedi multiple

Fratture patologiche
Coerentemente alle regole generali di selezione della diagnosi principale, il codice della frattura patologica (cod. 733.1-) deve essere utilizzato in diagnosi principale solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica. Data la natura poco specifica del codice si deve associare ad esso il codice relativo alla patologia di base (ad esempio neoplasia, osteoporosi, etc.) se conforme ai criteri di selezione delle diagnosi secondarie.

Interventi/procedure

- **Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio**
  La revisione di protesi di anca o di ginocchio, prevede l'utilizzo di codici specifici per identificare le diverse componenti:
  - per la revisione di protesi di anca;
  - per la revisione di protesi del ginocchio.

  Si sconsiglia l'utilizzo dei codici 81.53 e 81.55 relativi alla revisione, rispettivamente, di protesi dell'anca e del ginocchio non altrimenti specificata.

- **Inserimento (o impianto, trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione**
  Per i ricoveri che prevedono interventi di ricostruzione articolare in cui venga utilizzato un sostituto osteoarticolare biologico di ampie dimensioni utilizzare il codice di procedura 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio* nella accezione di unicompartimentale (emiarticolare); i codici 81.80 e 81.81 *Sostituzione totale* e *parziale di spalla*; il codice 81.56 *Sostituzione di caviglia*.

- **Posizionamento di spaziatore interspinoso**
  La procedura è descritta dal cod. 84.58 *Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso*, e non più dal cod. 81.08.

- **Vertebroplastica**
  La procedura è identificata dal cod. 81.65.

- **Cifoplastica**
  La procedura è identificata dal cod. 81.66.

- **Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine**
  Per il ricovero in cui si effettua il prelievo di cartilagine, indicare i seguenti codici di procedura: 80.9- *Altra asportazione dell'articolazione* + 80.26 *Artroscopia*.
  Per il successivo ricovero, in cui si effettua l'autotrapianto, indicare i seguenti codici di procedura: 81.4- *Altra riparazione di articolazioni degli arti inferiori* + 80.26 *Artroscopia*.

- **Interventi per ernia discale**
  L'utilizzo dei codici 80.51 e 80.59 è indicato esclusivamente per gli approcci chirurgici, sia classici che mini-invasivi. In caso di iniezione locale di sostanze terapeutiche, senza intervento cruento, deve essere utilizzato il cod. 80.52.

- **Interventi sulla spalla in artroscopia**
  - **Lesione della cuffia dei rotatori**

Dia. Princ.	cod. 727.61	Rottura traumatica completa della cuffia dei rotatori
oppure	cod. 840.4	Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori
Int./Proc.	cod. 83.63	Riparazione della cuffia dei rotatori
	cod. 80.21	Artroscopia della spalla

  - **Lussazione recidivante della spalla**

Dia. Princ.	cod. 718.31	Lussazione recidivante della spalla
Int./Proc.	cod. 81.82	Riparazione di lussazione ricorrente della spalla
	cod. 80.21	Artroscopia della spalla

  - **Tendinopatie e sindromi analoghe**

Dia. Princ.	cod. 726.0	Capsulite adesiva scapolo-omerale
Int./Proc.	cod. 80.41	Incisione capsula articolare, legamenti e cartilagine della spalla
	cod. 80.21	Artroscopia della spalla

    I codici di procedura su indicati ricomprendono anche l'eventuale riparazione articolare (es. acromionplastica), come regolarizzazione della superficie acromiale, la quale non deve essere quindi codificata.

CAPITOLO XIV - MALFORMAZIONI CONGENITE (740-759)

Le malformazioni congenite sono classificate nel capitolo XIV (740-759) della ICD-9-CM. Altre condizioni di origine perinatale, comprese alcune condizioni specificate come congenite, sono descritte nel capitolo XV (760-779), che include anche i traumi ostetrici classificati con la categoria 767.

La distinzione tra condizioni congenite ed acquisite è indicata nell'indice alfabetico attraverso l'utilizzo di modificatori. Alcune condizioni sono congenite per definizione, altre sono sempre considerate acquisite; per altre non vi è alcuna distinzione.

Le malformazioni congenite sono classificate sulla base del sistema o dell'apparato coinvolto; alcune sono classificate con codici specifici, altre sono raggruppate nell'ambito di un termine generico. Nei casi in cui non sia previsto un codice specifico, dovrebbero essere indicati eventuali ulteriori codici aggiuntivi per le manifestazioni.

L'età del paziente non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo XIV; le patologie descritte in tale capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età. Alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita. Inoltre, molte condizioni non possono essere risolte, permanendo per tutta la vita del paziente.
La malformazione rilevata alla nascita viene indicata come diagnosi principale nella SDO del neonato se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza. Le diagnosi secondarie debbono essere segnalate sulla SDO solo quando esse siano significative, cioè influenzino il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.
Si sconsiglia di utilizzare i codici 758.9 e 759.9 in diagnosi principale; questi codici possono essere utilizzati tra le diagnosi secondarie per completare la descrizione del caso, riportando invece come diagnosi principale la malformazione più rilevante.

CAPITOLO XV – ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (760-779) E CODIFICA DEL NEONATO SANO

Le malattie classificate nel capitolo 15 hanno origine nel periodo perinatale (intrauterino e nei 28 giorni successivi alla nascita), ma possono manifestarsi anche in epoche successive.

I codici delle categorie 760-763 (cause materne di morbosità e mortalità perinatale) possono essere utilizzati come diagnosi secondarie sulla SDO del neonato (e solo su di essa) esclusivamente quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato.
Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia determinare un'influenza sul trattamento del neonato.
Quando la condizione della madre ha provocato in un neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle categorie 760-763; ad esempio, se il diabete materno ha provocato un'ipoglicemia nel neonato, quest'ultima viene codificata con il cod. 775.0.

I codici 768.0 *Morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio o in un momento non specificato*, 768.1 *Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio* e 779.6 *Interruzione della gravidanza (riferita al feto)*, non devono essere utilizzati, in quanto riferiti al feto per il quale non deve essere compilata la scheda di dimissione.

Infezioni neonatali (771)

- **Sepsi del neonato (771.81)**
  Il codice 771.81 Setticemia (sepsi) del neonato, deve essere accompagnato dal codice aggiuntivo 041.- per identificare il microrganismo. Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi (995.91 o 995.92).

- Nel caso di manifestazioni a lungo termine delle **infezioni connatali** identificate con i codici 771.0, 771.1, 771.2 e 760.2 si sconsiglia di utilizzare questi codici in diagnosi principale, riportando invece come diagnosi principale la manifestazione clinica più rilevante. Gli stessi codici possono essere utilizzati, per completare la descrizione del caso, tra le diagnosi secondarie.

Codifica del neonato sano
I codici da V30 a V39 riportati come diagnosi principale, devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale nella SDO del neonato sano ospitato nel nido; non devono essere riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre.
Si sconsiglia l'utilizzo dei codici V33, V37 e V39 in quanto non specifici.

Il codice V35 *Altro parto multiplo (tre o più) tutti nati morti*, non deve essere utilizzato, in quanto riferito al feto per il quale non deve essere compilata la scheda di dimissione.

Coerentemente con le regole generali di codifica, l'individuazione di condizioni cliniche sulla SDO del neonato deve avvenire solo quando queste siano significative; non devono essere codificate le condizioni non rilevanti o segni o

sintomi che si risolvono senza specifico trattamento (ad esempio ittero fisiologico neonatale).

L'esecuzione di vaccinazioni o di screening sui neonati sani (ad esempio screening tiroideo o per la fenilchetonuria) non comporta l'assegnazione di ulteriori codici oltre a quelli delle categorie V30-V39, né come diagnosi principale né tra le diagnosi secondarie; si tratta, infatti, di prestazioni facenti parte costitutiva dell'assistenza al neonato.
Il neonato sano non ospitato per l'episodio della nascita ma presente in ospedale a causa di un ricovero della madre non richiede la compilazione della SDO; le eventuali annotazioni che lo riguardano possono essere documentate nella cartella clinica della madre.

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

I codici compresi in questo capitolo possono essere utilizzati in diagnosi principale quando non c'è un'indicazione diagnostica più precisa o quando la manifestazione clinica si identifica con il sintomo stesso (es. convulsioni febbrili).

CAPITOLO XVII - TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI (800-999)

Traumatismi cranici

- Particolare attenzione va posta al corretto utilizzo dei codici che identificano i traumatismi cranici evitandone l'uso per i casi clinici in cui i traumatismi esterni non si accompagnano a sintomi o segni di interessamento cerebrale.

- Le fratture sono classificate secondo la sede nelle categorie 800-804. Il quarto carattere del codice indica se la frattura è aperta o chiusa, se è associata a trauma intracranico ed il tipo del trauma intracranico. Fa eccezione la categoria 802 per la quale il quarto ed il quinto carattere identificano la sede della frattura.

- I traumi intracranici non associati a frattura sono classificati con le categorie 850-854; il quarto carattere del codice indica il tipo di trauma e l'eventuale associazione con una ferita aperta.

- Per le categorie 800, 801, 803, 804 e 851-854 il quinto carattere del codice indica l'eventuale perdita di coscienza, la durata di tale perdita e se vi è il ritorno al preesistente stato di coscienza:
  0 - stato di coscienza non specificato;
  1 - senza perdita di coscienza;
  2 - con perdita di coscienza di durata <1 h;
  3 - con perdita di coscienza di durata compresa tra 1 e 24 h;
  4 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24 h e recupero dello stato di coscienza preesistente;
  5 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24 h senza recupero dello stato di coscienza preesistente (paziente incosciente che muore prima di riacquistare la coscienza);
  6 - con perdita di coscienza di durata non specificata;
  9 - con stato commotivo non specificato.

- Per la categoria 850 *Concussione*, l'informazione relativa allo stato di coscienza è riportata con diverse modalità nella quarta cifra.
  Nel solo caso di *breve* perdita di coscienza, occorre specificarne la durata con la quinta cifra (850.1-).
  La sindrome post-commotiva (cod. 310.2) include una grande varietà di sintomi (mal di testa, vertigini, fatica, difficoltà di concentrazione, depressione, ansietà, apatia, palpitazioni cardiache), che talora durano poche settimane. Normalmente il codice 310.2 non viene assegnato in relazione al ricovero iniziale per il trattamento della concussione. Nei casi in cui il paziente viene trattato per sindrome post-commotiva entro 24-48 ore dall'evento traumatico, ove la concussione sia ancora presente si dovrà codificare la concussione stessa (cod. 850.-) e non la sindrome post-commotiva.
- Nei casi in cui il trauma cranico sia ulteriormente descritto come lacerazione cerebrale o contusione cerebrale (cod. 851.8-) o quando sia associato ad emorragia subdurale, subaracnoidea o ad altra emorragia intracranica o ad altra specifica condizione classificabile nelle categorie 851-854, non deve essere assegnato il codice della concussione.

- I **traumatismi esterni o superficiali** della faccia e del cuoio capelluto devono essere codificati secondo specifici codici, ad esempio quelli appartenenti alle categorie 910, 920, etc..

SIRS da processi non infettivi (995.93, 995.94)
La sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) può svilupparsi in conseguenza di alcuni processi non infettivi come traumi, tumori maligni o pancreatiti. In questi casi occorre codificare per prima la patologia di base, seguita dal cod. 995.93, in caso di SIRS senza disfunzione acuta di organo, o 995.94 se SIRS con disfunzione acuta di organo.

Complicazioni di cure mediche e chirurgiche (996-999)
Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, o di problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale. Se la complicazione è classificata con i codici compresi fra 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo per specificarne la natura.

Complicazioni di trapianto di rene
Il codice 996.81 deve essere utilizzato per le complicazioni di trapianto di rene come "failure" o rigetto. Il codice non deve essere assegnato ai casi di malattia renale cronica nel post trapianto se non è documentata una stretta relazione con il trapianto.

CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO ALLE STRUTTURE SANITARIE (CODICI V)

Utilizzo dei codici V

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

- Possono essere utilizzati come diagnosi principale nei seguenti casi:
  - paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura (come, ad esempio, chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico); in questi casi, può essere indicata come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse;
  - pazienti ricoverati come donatori;
  - persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche, o consulenza;
  - per indicare lo stato o l'osservazione di neonato.

  Possono essere utilizzati come diagnosi secondaria per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del paziente, ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma.

Ricerca dei codici V

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

Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi

Per il ricovero di pazienti per trattamenti specifici in relazione a cure pregresse si devono utilizzare come diagnosi principale i codici appartenenti alle categorie V51-V58. Tali codici non devono essere utilizzati nel caso di trattamento di un problema attuale acuto. A tale regola fanno eccezione i ricoveri per dialisi (V56.-), chemioterapia (V58.1) e radioterapia (V58.0). Nel caso in cui il ricovero sia stato effettuato selettivamente per eseguire sia la chemioterapia che la radioterapia, entrambi i codici V devono essere riportati individuando la diagnosi principale secondo le regole generali di selezione della diagnosi principale.

Codici che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente

- Le categorie V10-V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti; i codici di tali categorie devono essere riportati, tra le diagnosi secondarie, solo quando tale condizione ha rivestito qualche significato nel corso dell'episodio di cura attuale. A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno.

  Ad esempio, il codice V10.- può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie, etc. Se nel

corso del ricovero si evidenzia una recidiva, riportare in diagnosi principale il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.

- Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi (codici V42 e V43).
  Questi codici possono essere utilizzati in diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza o per il follow up del paziente.
- I codici V che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente non devono essere utilizzati nel caso in cui il codice della diagnosi già indichi la presenza dello stato del paziente (es. nel caso di *Complicazioni di trapianto di rene* - cod. 996.81, il codice V42.0 *Rene sostituito da trapianto*, non deve essere indicato).

Nati vivi sani secondo il tipo di nascita (V30/V39)
Quando viene compilata una SDO di nato vivo sano, relativa all'episodio di assistenza per la nascita, occorre sempre compilare il campo della diagnosi principale con uno dei codici delle categorie da V30.- a V39.-.

Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (V52 e V53)
I codici V52.- e V53.- devono essere utilizzati in diagnosi principale per descrivere i ricoveri finalizzati a posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di attività programmate da tener distinte rispetto ai malfunzionamenti che vanno invece codificati con le categorie 996 e 997.
Un ricovero per solo impianto di protesi della mammella deve essere identificato dal codice V52.4 in diagnosi principale.

Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54)
L'uso di tale codice è consentito in diagnosi principale per specifiche ed appropriate esigenze di ricovero, ad esempio per la rimozione di placche o di viti; in tali casi non deve essere indicata la patologia di base.

Trattamento di pazienti in dialisi (V56)
Con il codice V56.- è possibile descrivere le diverse procedure relative ai trattamenti dialitici e alla loro valutazione funzionale.

Donatori di organi o tessuti (V59.1–V59.9)
Questi codici possono essere utilizzati, in diagnosi principale, solo quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi. Gli interventi eseguiti dovranno essere segnalati mediante i codici ICD-9-CM negli spazi della SDO riservati agli interventi chirurgici.

Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti (V64)
Tipici casi in cui si ricorre ai codici di questa categoria in diagnosi principale sono i ricoveri per interventi chirurgici programmati, che però non vengono eseguiti per sopraggiunte controindicazioni (cod. V64.1) o per decisione del paziente (cod. V64.2) o per altre ragioni (cod. V64.3).
Nel caso in cui il trattamento non è eseguito per l'insorgenza di altra patologia quest'ultima va riportata come diagnosi principale se trattata nel ricovero.

Rientra in questa categoria anche la segnalazione dei casi chirurgici iniziati per via laparoscopica e convertiti in interventi a cielo aperto (cod. V64.4-).

Quesito diagnostico	Analisi	Materiale	Metodo	Prestazione	Cod.	N.	Costo	Sub totale	Totale	Note
Vedi nota	Cariotipo	Sangue periferico	Vedi prestazione	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	91.34.5	1	108,81	108,81	**235,17**	Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. fenotipo riconducibile ad una sindrome cromosomica nota; 2. genitori e consanguinei di soggetti con anomalie cromosomiche; 3. soggetti con difetti congeniti e/o ritardo mentale; 4. soggetti con ritardo di accrescimento; 5. nati morti e nati vivi deceduti in epoca neonatale, in particolare se presentano quadri dismorfici/malformativi; 6. genitori di soggetti malformati o con sospetta sindrome cromosomica, deceduti senza diagnosi; 7. coppie con poliabortività (due o più aborti spontanei) o infertili; 8. maschi infertili; 9. femmine con amenorrea primaria, secondaria o menopausa precoce; 10. soggetti con genitali ambigui; 11. coppie con diagnosi di anomalia cromosomica sul feto; 12. femmine con patologia recessiva legata al cromosoma X.
				CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE; 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	91.31.2	1	126,36	126,36		
Vedi nota	Cariotipo	Sangue periferico	Vedi prestazione	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	91.34.5	1	108,81	108,81	**265,25**	Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. soggetti con difetti congeniti e/o ritardo mentale; 2. soggetti con ritardo di accrescimento; 3. nati morti e nati vivi deceduti in epoca neonatale, in particolare se presentano quadri dismorfici/malformativi; 4. genitori di soggetti malformati o con sospetta sindrome cromosomica e deceduti senza diagnosi; 5. coppie con poliabortività (due o più aborti spontanei) o infertili; 6. soggetti con sospetto clinico di sindrome genomica da microdelezione/microduplicazione.
				CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE; 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	91.30.4	1	156,44	156,44		
Specifica indicazione dello specialista	Studio del mosaicismo cromosomico	Sangue periferico	Vedi prestazione	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	91.34.5	1	108,81	108,81	**261,75**	
				ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	91.28.4	1	152,94	152,94		
Specifica indicazione dello specialista	Studio del mosaicismo cromosomico	Fibroblasti	Vedi prestazione	COLTURA DI FIBROBLASTI	91.34.1	1	161,46	161,46	**314,40**	
				ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	91.28.4	1	152,94	152,94		

Quesito diagnostico	Analisi	Materiale	Metodo	Prestazione	Cod.	N.	Costo	Sub totale	Totale	Note
Vedi nota	Analisi citogenetica per patologia da fragilità cromosomica	Sangue periferico	Vedi prestazione	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	91.34.5	1	108,81	108,81	**285,31**	Si considera appropriata alla richiesta di questa analisi citogenetica la seguente indicazione clinica: 1. soggetti con sospetto clinico di sindrome da instabilità cromosomica.
				ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA; Con agente clastogenico "in vitro"	91.28.1	1	176,50	176,5		
Specifica indicazione dello specialista	Cariotipo	Fibroblasti	Vedi prestazione	COLTURA DI FIBROBLASTI	91.34.1	1	161,46	161,46	**287,82**	
				CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.); 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	91.30.5	1	126,36	126,36		
Vedi nota	Cariotipo	Liquido amniotico	Vedi prestazione	COLTURA DI AMNIOCITI	91.33.4	1	120,85	120,85	**283,83**	L'indagine citogenetica prenatale è indicata nelle gravidanze che presentano un aumento del rischio di anomalie cromosomiche nel feto rispetto alla popolazione generale. Si considerano appropriate alla richiesta di un'analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. età materna ≥ 35 anni alla nascita; 2. precedente figlio affetto da una anomalia cromosomica; 3. genitore portatore di una anomalia cromosomica strutturale bilanciata; 4. genitore portatore di un marcatore cromosomico sovrannumerario; 5. genitore con mosaicismo cromosomico; 6. riscontro ecografico di anomalie fetali; 7. indagini biochimiche sul siero materno suggestive di un aumento del rischio di patologia cromosomica nel feto; 8. rischio di malattie mendeliane da instabilità cromosomica; 9. altre condizioni, da valutare in sede di consulenza genetica.
				CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO; 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	91.31.1	1	151,93	151,93		
				ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	90.05.5	1	11,05	11,05		

Quesito diagnostico	Analisi	Materiale	Metodo	Prestazione	Cod.	N.	Costo	Sub totale	Totale	Note
Vedi nota	Cariotipo	Villi coriali	Vedi prestazione	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	91.35.3	1	112,33	112,33	**553,08**	Per definire il cariotipo fetale è necessario eseguire entrambe le colture ed entrambi i cariotipi indicati. Nel caso di materiale insufficiente per una delle due colture, riportare solamente le prestazioni effettivamente eseguite. L'indagine citogenetica prenatale è indicata nelle gravidanze che presentano un aumento del rischio di anomalie cromosomiche nel feto, rispetto alla popolazione generale. Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. età materna ≥ 35 anni alla nascita; 2. precedente figlio affetto da una anomalia cromosomica; 3. genitore portatore di una anomalia cromosomica strutturale bilanciata; 4. genitore portatore di un marcatore cromosomico sovrannumerario; 5. genitore con mosaicismo cromosomico; 6. riscontro ecografico di anomalie fetali; 7. indagini biochimiche sul siero materno suggestive di un aumento del rischio di patologia cromosomica nel feto; 8. rischio di malattie mendeliane da instabilità cromosomica; 9. altre condizioni, da valutare in sede di consulenza genetica.
				CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI; 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	91.31.4	1	151,93	151,93		
				COLTURA DI VILLI CORIALI	91.35.4	1	162,46	162,46		
				CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.); 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	91.30.5	1	126,36	126,36		
Specifica indicazione dello specialista	Cariotipo	Sangue fetale	Vedi prestazione	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	91.34.4	1	129,87	129,87	**256,23**	Si considera appropriata alla richiesta di questa analisi citogenetica la seguente indicazione clinica: 1. riscontro di una condizione di rischio di patologia cromosomica in età gestazionale avanzata.
				CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE; 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	91.31.2	1	126,36	126,36		

Quesito diagnostico	Analisi	Materiale	Metodo	Prestazione	Cod.	N.	Costo	Sub totale	Totale	Note
Specifica indicazione dello specialista	Cariotipo	Sangue fetale	Vedi prestazione	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	91.34.4	1	129,87	129,87	**282,81**	Si considera appropriata alla richiesta di questa analisi citogenetica la seguente indicazione clinica: 1. controllo di un mosaicismo cromosomico riscontrato in una analisi prenatale eseguita in precedenza su villi coriali e/o amniociti.
				ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	91.28.4	1	152,94	152,94		
Specifica indicazione dello specialista	Cariotipo	Materiale abortivo (se costituito da villi coriali)	Vedi prestazione	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	91.35.3	1	112,33	112,33	**264,26**	Si considera appropriata alla richiesta di questa analisi citogenetica la seguente indicazione clinica: 1. riscontro di una condizione di poliabortività.
				CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI; 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	91.31.4	1	151,93	151,93		
Specifica indicazione dello specialista	Cariotipo	Materiale abortivo (se costituito da villi coriali)	Vedi prestazione	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	91.35.1	1	161,46	161,46	**287,82**	Si considera appropriata alla richiesta di questa analisi citogenetica la seguente indicazione clinica: 1. riscontro di una condizione di poliabortività.
				CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.); 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	91.30.5	1	126,36	126,36		
Inquadramento di malattie onco ematologiche	Cariotipo	Midollo osseo o sangue periferico	Vedi prestazione	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	91.33.5	1	119,34	119,34	**269,27**	Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. malattia oncoematologica all'esordio; 2. follow-up di malattia oncoematologica.
				CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO; 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	91.31.3	1	149,93	149,93		
Specifica indicazione dello specialista	Colorazione aggiuntiva	Preparato cromosomico	Vedi Prestazione	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	91.32.1	1	29,00	29,00	**29,00**	
Specifica indicazione dello specialista	Colorazione aggiuntiva	Preparato cromosomico	Vedi Prestazione	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	91.32.2	1	25,30	25,30	**25,30**	
Specifica indicazione dello specialista	Colorazione aggiuntiva	Preparato cromosomico	Vedi Prestazione	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR	91.32.4	1	29,00	29,00	**29,00**	

Quesito diagnostico	Analisi	Materiale	Metodo	Prestazione	Cod.	N.	Costo	Sub totale	Totale	Note
Specifica indicazione dello specialista	Colorazione aggiuntiva	Preparato cromosomico	Vedi Prestazione	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	91.32.5	1	26,35	26,35	**26,35**	
Specifica indicazione dello specialista	Colorazione aggiuntiva	Preparato cromosomico	Vedi Prestazione	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R	91.33.1	1	25,30	25,30	**25,30**	
Specifica indicazione dello specialista	Colorazione aggiuntiva	Preparato cromosomico	Vedi Prestazione	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	91.33.3	1	29,00	29,00	**29,00**	
Vedi nota	Analisi regioni sub telomeriche	Sangue, tessuti, cellule da coltura	Vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	91.37.3	4	253,22	1.012,88	**1.012,88**	Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. ritardo mentale di natura da determinare associato e non associato a dismorfismi; 2. consanguinei di soggetti con anomalie delle regioni subtelomeriche. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare.
Vedi nota	Analisi mediante painting multipli	Sangue, tessuti, cellule da coltura	Vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari painting	91.37.5	4	253,22	1.012,88	**1.012,88**	Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. caratterizzazione di riarrangiamenti cromosomici; 2. caratterizzazione di cromosomi marcatore. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare.
Vedi nota	Analisi mediante sonde alfoidi multiple	Sangue, tessuti, cellule da coltura	Vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	91.37.4	4	204,08	816,32	**816,32**	Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. caratterizzazione di riarrangiamenti cromosomici; 2. caratterizzazione di cromosomi marcatore. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare.

Quesito diagnostico	Analisi	Materiale	Metodo	Prestazione	Cod.	N.	Costo	Sub totale	Totale	Note
Aneuploidia dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y	FISH interfasica per diagnosi prenatale rapida di aneuploidie	Cellule non coltivate di liquido amniotico, villi coriali, sangue fetale	Vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	91.37.3	1	253,22	253,22	**457,30**	Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. indagini biochimiche su siero materno suggestive di un aumentato rischio di aneuplodia; 2. presenza di segni ecografici correlati con sindromi da aneuplidia. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare.
				IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	91.37.4	1	204,08	204,08		
Caratterizzazione citogenetica di riarrangiamenti complessi o cromosomi marcatore	Analisi di singola sequenza bersaglio	Sangue, tessuti, cellule da coltura	Vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	91.37.3	vedi nota	253,22	Vedi nota	Vedi nota	Approfondimento diagnostico di secondo livello su specifica indicazione dello specialista. Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. caratterizzazione di riarrangiamenti cromosomici; 2. caratterizzazione di cromosomi marcatore; 3. quadri sindromici da microdelezione o microduplicazione di specifiche regioni cromosomiche. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare. Accettare il codice 91.37.3 per 1 volta se si analizzano fino a 100 nuclei o 20 metafasi, 2 volte se si analizzano fino a 300 nuclei o 100 metafasi, 3 volte se si analizzano oltre 300 nuclei o oltre 100 metafasi.
Caratterizzazione citogenetica di riarrangiamenti complessi o cromosomi marcatore	Analisi di singola sequenza bersaglio	Sangue, tessuti, cellule da coltura	Vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	91.37.4	vedi nota	204,08	Vedi nota	Vedi nota	Approfondimento diagnostico di secondo livello su specifica indicazione dello specialista. Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. caratterizzazione di riarrangiamenti cromosomici; 2. caratterizzazione di cromosomi marcatore. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare. Accettare il codice 91.37.4 per 1 volta se si analizzano fino a 100 nuclei o 20 metafasi, 2 volte se si analizzano fino a 300 nuclei o 100 metafasi, 3 volte se si analizzano oltre 300 nuclei o oltre 100 metafasi.

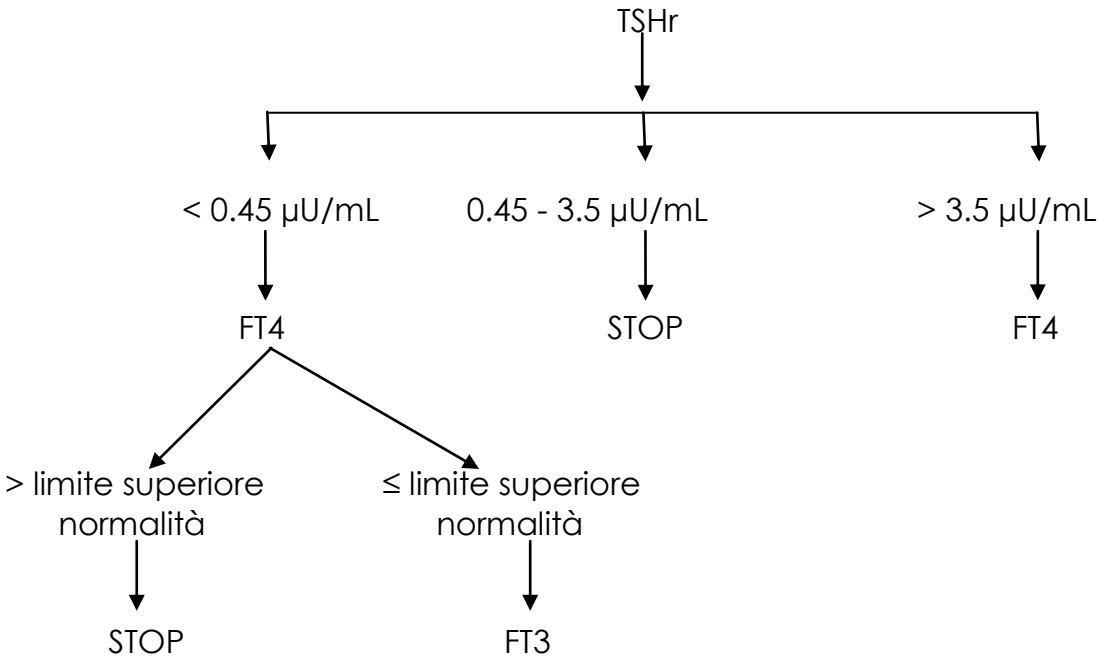
Quesito diagnostico	Analisi	Materiale	Metodo	Prestazione	Cod.	N.	Costo	Sub totale	Totale	Note
Caratterizzazione citogenetica di riarrangiamenti complessi o cromosomi marcatore	Analisi di singola sequenza bersaglio	Sangue, tessuti, cellule da coltura	Vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari painting	91.37.5	vedi nota	253,22	Vedi nota	Vedi nota	Approfondimento diagnostico di secondo livello su specifica indicazione dello specialista. Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. caratterizzazione di riarrangiamenti cromosomici; 2. caratterizzazione di cromosomi marcatore. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare. Accettare il codice 91.37.5 per 1 volta se si analizzano fino a 100 nuclei o 20 metafasi, 2 volte se si analizzano fino a 300 nuclei o 100 metafasi, 3 volte se si analizzano oltre 300 nuclei o oltre 100 metafasi. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce ed il codice appropriati del materiale biologico da analizzare.
Caratterizzazione citogenetica di riarrangiamenti complessi o cromosomi marcatore	Analisi di due sequenze bersaglio	Sangue, tessuti, cellule da coltura	vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	91.37.3	2	253,22	506,44	**506,44**	Approfondimento diagnostico di secondo livello su specifica indicazione dello specialista. Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. caratterizzazione di riarrangiamenti cromosomici; 2. caratterizzazione di cromosomi marcatore. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare.
Quadri sindromici da microdelezione o duplicazione di specifiche regioni cromosomiche	Analisi di due sequenze bersaglio	Sangue, tessuti, cellule da coltura	Vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	91.37.4	2	204,08	408,16	**408,16**	Approfondimento diagnostico di secondo livello su specifica indicazione dello specialista. Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. caratterizzazione di riarrangiamenti cromosomici; 2. caratterizzazione di cromosomi marcatore. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare.
Quadri sindromici da microdelezione o duplicazione di specifiche regioni cromosomiche	Analisi di due sequenze bersaglio	Sangue, tessuti, cellule da coltura	Vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari painting	91.37.5	2	253,22	506,44	**506,44**	Approfondimento diagnostico di secondo livello su specifica indicazione dello specialista. Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. caratterizzazione di riarrangiamenti cromosomici; 2. caratterizzazione di cromosomi marcatore. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare.

Quesito diagnostico	Analisi	Materiale	Metodo	Prestazione	Cod.	N.	Costo	Sub totale	Totale	Note
Quadri sindromici da microdelezione o duplicazione di specifiche regioni cromosomiche	Analisi da tre a cinque sequenze bersaglio	Sangue, tessuti, cellule da coltura	Vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	91.37.3	3	253,22	759,66	**759,66**	Approfondimento diagnostico di secondo livello su specifica indicazione dello specialista. Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. caratterizzazione di riarrangiamenti cromosomici; 2. caratterizzazione di cromosomi marcatore. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare.
Quadri sindromici da microdelezione o duplicazione di specifiche regioni cromosomiche	Analisi da tre a cinque sequenze bersaglio	Sangue, tessuti, cellule da coltura	Vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	91.37.4	3	204,08	612,24	**612,24**	Approfondimento diagnostico di secondo livello su specifica indicazione dello specialista. Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. caratterizzazione di riarrangiamenti cromosomici; 2. caratterizzazione di cromosomi marcatore. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare.
Quadri sindromici da microdelezione o duplicazione di specifiche regioni cromosomiche	Analisi da tre a cinque sequenze bersaglio	Sangue, tessuti, cellule da coltura	Vedi Prestazione	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari painting	91.37.5	3	253,22	759,66	**759,66**	Approfondimento diagnostico di secondo livello su specifica indicazione dello specialista. Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. caratterizzazione di riarrangiamenti cromosomici; 2. caratterizzazione di cromosomi marcatore. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare.
Vedi nota	Array CGH	DNA estratto da sangue, tessuti, cellule da coltura	Oligonucleotidi, BAC, SNP, o altro	IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA su array (Array - CGH). Inclusa estrazione, amplificazione e rivelazione.	91.36.9	1	1.013,00	1.013,00	**1.013,00**	Si considerano appropriate alla richiesta di questa analisi citogenetica le seguenti indicazioni cliniche: 1. quadri sindromici generalmente associari a ritardo mentale; 2. ritardo mentale idiopatico; 3. caratterizzazione di riarrangiamento cromosomico diagnosticato in epoca prenatale o postnatale; 4. consanguinei di portatori di riarrangiamento cromosmico diagnosticato con array. La prestazione ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (91.36.5) non deve essere computata se il campione è già nella forma di DNA genomico purificato. Se è necessario allestire la coltura, inserire la voce e il codice appropriati del materiale biologico da analizzare.

Allegato C alla DGR n.

ACCERTAMENTO DELLA FUNZIONE TIROIDEA DI SCREENING

TSH-Riflesso



I valori < 0.45 µU/mL e > 3.5 µU/mL sono rispettivamente più alto e più basso dei valori limite indicati in letteratura. Sono stati scelti in base ad un principio di precauzione onde evitare di non effettuare approfondimenti nei casi di valori border-line.

Riferimenti bibliografici

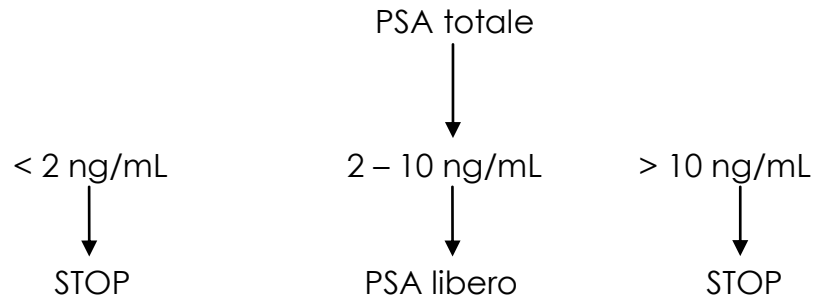
- Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, et al. American Thyroid Association Guidelines for detection of thyroid dysfunction. Arch Intern Med 2000; 160: 1573-1575.
- Maestri E, Ciardullo AV, Magrini N. Raccomandazioni per la diagnostica delle malattie tiroidee. Piano Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità, 2003.
- Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM, Appleton D, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Whickham Survey. Clin Endocrinol 1995; 43: 55-68.
- Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, Hannon WH, et al. Serum TSH, T4, and Thyroid Antibodies in the United States Population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). J Clin Endocrinol Metab 2002; 87: 489-99.

- NACB-ATA Guidelines. Laboratory Support for the Diagnosis and Monitoring of Thyroid Disease, 2002.
- UK Guidelines for the Use of Thyroid Function Tests (ACB-BTA-BTF), 2006.
- AACE Medical Guidelines for Clinical Practice for the Evaluation and treatment of Hyperthyroidism and Hypothyroidism. Endocr Pract 2002; 8: 457-69.
- AACE/AME Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. Endocr Pract 2006; 12: 63-102.
- Stockigt J. Clinical Strategies in the Testing of Thyroid Function. Thyroid Disease Manager, 2001-2004.
- Feldkamp CS, Carey JL. An algorithmic approach to thyroid function testing in a managed care setting. 3-year experience. Am J Clin Pathol 1996; 105: 11-6.
- Bauer DC, Brown AN. Sensitive thyrotropin and free thyroxine testing in outpatients. Are both necessary? Arch Intern Med 1996; 156: 2333-7.
- Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, et al. American Thyroid Association Guidelines for detection of thyroid dysfunction. Arch Intern Med 2000; 160: 1573-1575.

Allegato D alla DGR n.

SCREENING PER ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)

PSA-Riflesso



Il valore < 2 ng/mL è più basso del valore limite indicato in letteratura. È stato scelto in base ad un principio di precauzione onde evitare di non effettuare approfondimenti nei casi di valori border-line.

Riferimenti bibliografici

- ACS 2010. Wolf AM, et al. American Cancer Society Prostate Cancer Advisory Committee. American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010. CA Cancer J Clin. 2010; 60(2): 70-98.
- AIOM 2009. Linee guida Associazione Italiana di Oncologia Medica. Carcinoma della prostata. 2009.
- ESMO 2009. Horwich A. et al, ESMO Guidelines Working Group. Prostate cancer: ESMO Clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow –up. Ann. Oncol. 2009; 20(S4): 76-8.
- NCCN 2009a. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate Cancer Early Detection.
- NCCN 2009b. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate Cancer.
- NICE 2008. National Insitute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical guideline. Prostate cancer: diagnosis and te'reatment . 2008.
- M. Gion e al – Guida all'uso clinico dei biomarcatori in oncologia - Biomedia, 2010.

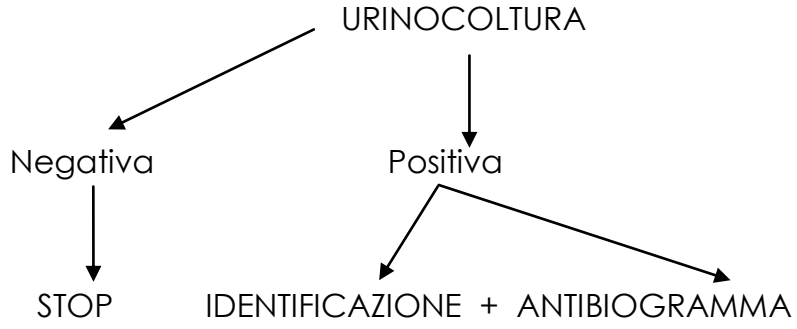
Allegato E alla DGR n.

URINOCOLTURA

MODALITÀ DI EROGAZIONE

La nuova descrizione della prestazione 90.94.2 "ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]; Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. **Incluso eventuale identificazione e antibiogramma**" implica che, in caso di isolamento in carica significativa di batteri uro patogeni, è obbligatorio eseguire l'identificazione e l'antibiogramma degli stipiti isolati.

La modalità di erogazione deve, pertanto, essere conforme allo schema sotto riportato.



L'introduzione di un'unica tariffa pari a 15,30 €, sia in caso di urinocoltura negativa, sia in caso di positività, comporta una significativa riduzione dell'eventuale compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) per i pazienti la cui urinocoltura risulti positiva, pari a 16,65 € o a 21,75 € nel caso in cui il medico curante avesse richiesto un antibiogramma con metodica M.I.C., a fronte di una variazione pari a 5,45 € per i pazienti con risultato negativo.

INDICAZIONI ALLA RICHIESTA

IN PRESENZA DI SINTOMI

Le linee guida internazionali NON raccomandano l'urinocoltura per la diagnosi di cistite non complicata nella donna. La diagnosi si basa sui sintomi irritativi (disuria, stranguria, pollachiuria) e la terapia è empirica.
L'urinocoltura può trovare indicazione nelle forme ricorrenti, in caso di mancata risposta alla terapia, in presenza di segni e sintomi di pielonefrite (febbre, nausea, dolore lombare) e nelle forme complicate (prostatite epididimite).
In presenza di prurito e/o perdite vaginale o uretrali vanno considerate anche altre possibili diagnosi.

URINOCOLTURA	**NON RACCOMANDATA**	**INDICATA**
SITUAZIONE	Cistite non complicata nella donna	Forme ricorrenti
		Mancata risposta alla terapia
		Segni o sintomi di pielonefrite
		Forme complicate
TERAPIA	Empirica	Mirata

PER SCREENING

In gravidanza.

Razionale. Il trattamento delle batteriurie del primo trimestre riduce l'incidenza di complicanze; le donne con batteriuria hanno un maggior rischio di sviluppare pielonefrite (rischio 20-30 volte maggiore), di parto prematuro e di dare alla luce neonati di basso peso.
Quando effettuarlo. Le linee guida raccomandano l'esecuzione di urinocoltura in occasione della prima visita prenatale, anche in assenza di sintomatologia. L'eventuale presenza di batteri in carica elevata (uguale o superiore a 10^5 UFC/mL) deve essere riconfermata da una seconda urinocoltura.
In caso di conferma della positività la donna deve essere trattata con antibiotici e, secondo molte linee guida, l'urinocoltura deve essere ripetuta in occasione delle visite successive.
In caso di batteriuria da *Streptococcus agalactiae* la donna dovrebbe essere sottoposta a profilassi antibiotica al momento del parto.

Pre interventi urologici

Può essere utile effettuare l'urinocoltura prima di interventi urologici (resezione trans-uretrale della prostata) e sottoporre a terapia, prima dell'intervento, i soggetti con urinocoltura positiva.

Nel paziente diabetico

Razionale. Il trattamento non riduce le complicanze legate alla batteriuria.
Quando effettuarlo Il diabete NON deve quindi essere considerato motivo per effettuare lo screening o il trattamento della batteriuria asintomatica.

Pazienti cateterizzati
Nel soggetto portatore di catetere urinario asintomatico NON devono essere richieste urinocolture di routine. In particolare la presenza di batteriuria, anche accompagnata da piuria, non costituisce indicazione per la somministrazione di antibiotici; il cattivo odore o la torbidità delle urine non costituiscono un indicatore per richiedere l'urinocoltura o iniziare una terapia antibiotica. L'urinocoltura è invece indicata, e l'urina deve essere raccolta prima della somministrazione dell'antibiotico, quando compaiano sintomi quali febbre, alterazione dello stato mentale, malessere, sonnolenza, dolori al fianco, dolore pressorio all'angolo costo-vertebrale, ematuria o, nei pazienti con lesioni del midollo spinale, aumento della spasticità, iperreflessia, o senso di disagio

Altre condizioni
NON vi sono indicazioni all'effettuazione di urinocoltura per screening nelle seguenti condizioni:
donne in età fertile, non gravide, donne diabetiche, persone anziane che vivono in comunità o in istituti di ricovero, persone con lesioni midollari asintomatiche, dopo il trapianto di organi solidi.

URINOCOLTURA	**NON RACCOMANDATA**	**INDICATA**
SITUAZIONE	Donne in età fertile non	Gravidanza
	Pazienti cateterizzati	Pazienti cateterizzati con sintomi quali febbre, alterazione dello stato mentale, malessere, sonnolenza ecc
	Pazienti con lesioni midollari	Pazienti con lesioni midollari con sintomi quali febbre, alterazione dello stato mentale, malessere, sonnolenza, aumento della spasticità, iperreflessia ecc
	Diabete	Pre interventi urologici (resezione trans-uretrale della prostata)
	Anziani in comunità o istituti di ricovero	
	Pazienti trapiantati di organi solidi	

INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI
La coltura urinaria è sempre quantitativa. Si considera significativa una carica batterica uguale o superiore a 10^4 UFC/mL.
È fondamentale che i laboratori forniscano all'utenza dettagliate istruzioni scritte (possibilmente in più lingue a seconda del proprio bacino di utenza) sulle modalità di raccolta e conservazione delle urine.

Riferimenti bibliografici

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2008 Mar. 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 91). [51 references].
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. A national clinical guideline. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2006 Jul. 40 p. (SIGN publication; no. 88). [143 references].
- University of Michigan Health System. Urinary tract infection. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2005 May. 9 p. [10 references].
- European Association of Urology Guidelines on Urological Infections, M. Grabe e al. 2010
- HICPAC. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. CV Gould e al. 2009. http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf.
- IDSA Guidelines (Infectious Diseases Society of America). Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. TM Hooton e al. Clinical Infectious Diseases 2010; 50:625–663.
- IDSA Guidelines (Infectious Diseases Society of America). Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asymptomatic Bacteriuria in Adults. Clinical Infectious Diseases 2005; 40: 643–54 http://cid.oxfordjournals.org/content/40/5/643.full.pdf+html.
- Sistema nazionale per le linee guida (SNLG). Gravidanza fisiologica: linea guida 20. 2010. http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf.

Allegato F alla DGR n.

In riferimento ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012, al fine di valutare un possibile ricorso inappropriato, con finalità prevalentemente diagnostiche, al regime ordinario di ricovero, è stata effettuata una valutazione della distribuzione della casistica in funzione della durata dello stesso.
È risultato che nel 2010 il 46% della casistica di ricoveri ordinari per acuti riferita ai DRG di tipo medico di cui al sopra citato allegato B, era compresa entro i 3 giorni di degenza.
Per ridurre il numero di ricoveri prevalentemente diagnostici e nello stesso tempo per non penalizzare i ricoveri necessari a causa di una reale instabilità clinica dei pazienti, si è stabilito di definire, per 66 DRG di tipo non chirurgico ricompresi nel citato allegato B del Patto per la Salute 2010-2012, una soglia di degenza, nella maggioranza dei casi coincidente con il 50° della durata dei ricoveri, al di sotto della quale il rimborso dei ricoveri stessi è effettuato con un valore pari alla durata di degenza moltiplicata per la tariffa di 0-1 die ed a partire dalla quale il rimborso dei ricoveri è equivalente al valore forfettario del DRG (tariffa piena).

DRG	Descrizione	Degenza in gg*
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	4
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	5
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	4
065	Alterazioni dell'equilibrio	4
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	4
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	4
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	3
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	4
131	Malattie vascolari periferiche, senza CC	4
133	Aterosclerosi, senza CC	4
134	Ipertensione	4
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC	4
142	Sincope e collasso, senza CC	4
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	4
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	4
187	Estrazioni e riparazioni dentali	3
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	4
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, senza CC	4
208	Malattie delle vie biliari, senza CC	4
241	Malattie del tessuto connettivo, senza CC	4

243	Affezioni mediche del dorso	4
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza CC	4
248	Tendinite, miosite e borsite	5
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	4
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	4
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	4
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	4
276	Patologie non maligne della mammella	4
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	4
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	4
284	Malattie minori della pelle senza CC	4
294	Diabete età > 35 anni	4
295	Diabete età < 36 anni	4
299	Difetti congeniti del metabolismo	4
301	Malattie endocrine, senza CC	4
317	Ricovero per dialisi renale	4
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia ESW	4
324	Calcolosi urinaria, senza CC	4
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	4
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	4
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	4
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	4
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	4
349	Ipertrofia prostatica benigna, senza CC	4
351	Sterilizzazione maschile	3
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	4
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	4
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	4
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	5
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	4
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	4
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	5
409	Radioterapia	4
410	Chemioterapia senza dia. secondaria di leucemia acuta	3
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	4
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	4
426	Nevrosi depressive	5
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	5
429	Disturbi organici e ritardo mentale	5

465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	4
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	5
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	5
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	4
563	Convulsioni età >17 anni senza CC	4
564	Cefalea età >17 anni	4

**le suddette disposizioni non sono previste per:*

- *DRG 323 – Tipo tariffa S - Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia ESW (Con codice di intervento principale 9851 "Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica")*
- *DRG 409 – Tipo tariffa S - Radioterapia (con Dia Pr. V580, Dia Sec. 1550 e Interv. 9228 radioemb. microsfere Yttrio-90 ... V. indicazioni allegato 12)*
- *DRG 467 – Tipo tariffa S - Altri fattori che influenzano lo stato di salute (prelievo di midollo Dia=V593, Int=4191 / prelievo di cellule staminali Dia=V5902, Int=9979)*