



REGIONE DEL VENETO

Le nuove Linee Guida per una corretta codifica delle SDO della Regione Veneto

L'ESPERIENZA DELLA REGIONE VENETO

Igino Ruggeri



Verona 16 Aprile 2010



Gruppo di Lavoro

Elementi di Contesto

- Normativa
- Org. Regionale

Perché Codificare Bene

Le nuove linee guida

- Manuale
- Metodologia

Codificare è difficile

- Criticità

Manutenzione del sistema

**Le nuove Linee Guida per una corretta codifica delle SDO della Regione Veneto
- L'esperienza della Regione Veneto -**

Coordinamento Regionale
Controlli Sanitari

IL GRUPPO DI LAVORO



Coordinatore:

Giovanna Ghirlanda – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Componenti:

Graziana Aguzzi – Azienda Ulss 21 Legnago

Davide Brunelli – Rappresentante ARIS

Marco Brusaferrò – Azienda Ulss 18 Rovigo

Gianfranco Cereser – Azienda Ulss 10 Veneto Orientale

Gianluca Gianfilippi – Rappresentante AIOP

Stefano Formentini – Azienda Ulss 15 Alta Padovana

Manuela Miorin – Azienda Ulss 4 Thiene

Bruno Savaris – Azienda Ulss 1 Belluno

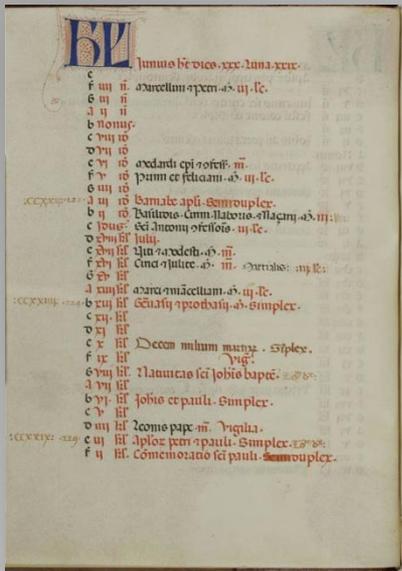
Coordinamento Regionale Controlli Sanitari:

Ezio Ferrari – Regione Veneto

Annamaria Mussi – Regione Veneto

Mariagrazia Cavazzin – Regione Veneto

**Decreto del Dirigente Regionale Direzione Servizi
Sanitari n.41 del 24 aprile 2009**



- A partire **dal 1° gennaio 2009** è stato introdotto nella Regione Veneto l'aggiornamento del sistema di codifica, basato sulla **traduzione italiana della classificazione ICD-9-CM versione 2007**, edito dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato con il titolo "Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche". Per tale nuovo sistema di classificazione è utilizzata la **versione 24a del Grouper per la definizione dei DRG**.
- **L'evoluzione del sistema di classificazione** e codifica delle informazioni cliniche, ha reso inevitabile la predisposizione di un nuovo **aggiornamento delle "LINEE GUIDA"** per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

In risposta a bisogni di **omogeneità** con l'obiettivo di fornire **criteri uniformi di codifica validi** per tutte le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, *il manuale costituisce uno strumento fondamentale e cruciale per assicurare, quanto più possibile, decisioni corrette, appropriate*

Perché nuove linee guida

Classificazione DRG

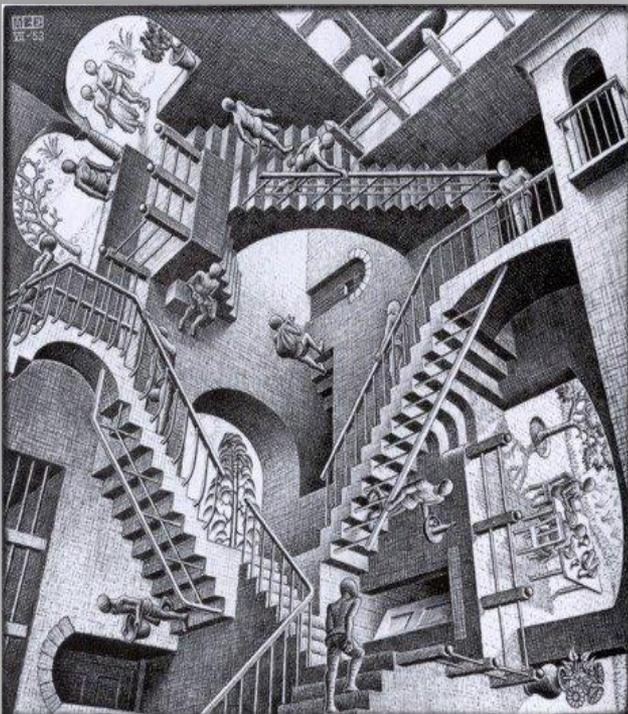
- ❖ 22 DRG non più validi
- ❖ 54 DRG sono introdotti ex novo
- ❖ 12 DRG modificati
- ❖ Intervallo di gruppi finali 1-579
- ❖ **Numero di DRG 538**



Classificazione ICD-9-CM, 2007

- Numero codici patologia nuovi: **806**
 - Numero codici revisionati: **328**
 - Numero codici non utilizzabili/eliminati: **119**
 - **Totale codici movimentati: 1.253**
-
- Numero codici nuovi di intervento/procedura: **163**
 - Numero codici revisionati: **46**
 - Numero codici non utilizzabili/eliminati: **11**
 - **Totale codici movimentati: 220**

**MOVIMENTAZIONE DEI CODICI DI DIAGNOSI E INTERVENTO/PROCEDURA
AGGIORNAMENTO ALLA VERSIONE 2007 (Grouper 24)**



A. Fornire regole generali circa:

- Utilizzo della classificazione IDC9CM ver.2007
- Selezione e codifica della diagnosi principale
- Selezione e codifica delle diagnosi secondarie
- Selezione degli interventi e procedure

B. Fornire indicazioni per la soluzione di eventuali problemi di codifica, dovuti:

- Difficile interpretazione della classificazione stessa (es. terminologia medica diversa da quella usata per la classificazione)
- Mancata corrispondenza con la classificazione di nuovi interventi chirurgici e/o procedure
- Situazioni di criticità nella scelta della codifica oggetto di comportamenti non omogenei o non conformi

Le presenti Linee guida non sono, né possono essere, esaustive del problema. Non sostituiscono il Manuale di classificazione ICD9CM, a cui peraltro fanno esplicito riferimento riprendendone le regole generali. Debbono essere considerate “in progress” (successivi e continui aggiornamenti).

Obiettivi delle nuove linee guida



DGR n. 4090 del 30 dicembre 2003: Istituzione del Coordinamento regionale per i controlli sanitari”

DGR n. 3208 del 15 ottobre 2004: sede del Coordinamento Regionale, l'Azienda Ospedaliera di Padova, con due articolazioni operative presso l'Azienda Ulss n. 12 di Venezia e presso l'Azienda Ulss n. 21 di Legnago

DGR n. 1318 dell'8 maggio 2007: ha ridefinito i compiti del Coordinamento, l'organizzazione, la struttura e le modalità di gestione.

DGR n. 2609 del 7 agosto 2007: supporto a NRC per i controlli

DGR n. 938 del 7 aprile 2009: ridefinisce i compiti del Coordinamento:

- predisporre linee guida in tema di codifica delle schede di dimissione ospedaliera
- stimolare il miglioramento della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera
- promuovere iniziative formative e di incontro per migliorare la cultura dell'appropriatezza negli operatori preposti ai controlli
- Fornire consulenza ai NAV e supporto ai NAC
- Aggiornamento documento tecnico dei controlli

L'Organizzazione Regione Veneto



- **D.M. 28/12/1991 (GU 17/1/92):** *Istituita a livello nazionale*
- **D.M. anni 1993-1994:** *individuano la SDO come il supporto informativo su cui si basa il finanziamento dell'attività di ricovero*
- **D.M. n.380 27/10/2000:** *nuova disciplina della SDO*
- **D.M. 21.11.2005:** *Aggiornamento ICD9CM e DRG – ver.2002 Drg19*
- **D.M. 18.12.2008:** *Aggiornamento ICD9CM e DRG – ver.2007 Drg24*
- **Accordo Stato-Regioni 6.6.2002:** *Linee guida codifica clinica*
- **Accordo Stato-Regioni 18.1.10** *Aggiornamento delle Linee guida di codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)*

➤ <http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/archivioNormativaRicoveriOspedalieri>.

La Scheda di Dimissione Ospedaliera Normativa Nazionale

D.M. 27 ottobre 2000, n. 380

Publicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 dicembre 2000, n. 295

“Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati.”

Art. 2

Comma 2: SDO parte integrante cartella clinica

Comma 3: Responsabilità compilazione compete al medico che dimette

Comma 4: Direttore sanitario è responsabile dei controlli

Art. 3

Comma 2: Regioni provvedono ad un controllo campionario

D.M. 27 ottobre 2000, n. 380

Art.2

Comma 2

Fermo restando che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991, la ***scheda di dimissione ospedaliera costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale***, la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate ***nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato***, costituente parte del presente decreto

D.M. 27 ottobre 2000, n. 380

Art.2

Comma 3

La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma ovvero da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, **il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.**

D.M. 27 ottobre 2000, n. 380

Art.2

Comma 4

Il **direttore sanitario** dell'istituto di cura è **responsabile delle verifiche** in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché **dei controlli** sulla **completezza e la congruità** delle informazioni in esse riportate.

Art. 3

Comma 2

Le regioni e le province autonome provvedono a verificare, anche attraverso indagini campionarie effettuate sulle cartelle cliniche, **la completezza, la congruenza e l'accuratezza** delle informazioni rilevate attraverso le schede di dimissione.

- 1893, Conferenza dell'Istituto internazionale di statistica, Chicago, Classificazione internazionale delle cause di morte (ICD)
- 1924, l'Italia adotta tale Classificazione
- 1948, la Classificazione internazionale rileva le cause di Morbosità
- 1975, Ginevra, OMS approva la 9 revisione (ICD9)
- 1979, Stati Uniti, un Comitato modifica ed amplia il sistema ICD, la ICD9CM ("International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification").

ICD-9: classificazione delle cause di mortalità

ICD-9-CM classificazione dei dati di morbosità

La prima versione italiana è del 1998 – **Adottata a livello nazionale dal 01/01/2001**

La versione attuale è attiva dal 1 gennaio 2009

Il numero complessivo è di 12.500 codici per le diagnosi e di circa 3.600 per procedure

Codifica Diagnosi e Interventi ICD9-CM - Storia

DGR n.4807 del 28.12.1999: ***“Controlli sull’appropriatezza dell’attività sanitaria della Regione Veneto. Approvazione del documento tecnico organizzativo per la verifica ed il controllo dell’appropriatezza dei ricoveri”.***

Decreto del Segretario Regionale Sanità e Sociale N°32 del 19/12/2005:
“Linee guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera dei ricoveri ordinari - Aggiornamento 2006”

DGR n.3247 del 17.10.2006: ***“Codifica delle procedure non comprese nella classificazione ICD9CM versione italiana 2002”***

DGR n.1718 del 24.6.2008: ***“Intervento di emorroidopessi secondo la tecnica di Longo: valorizzazione aggiuntiva”***

DGR n. 1719 del 24.6.2008: ***“ Utilizzo di endoprotesi per il trattamento degli aneurismi dell’aorta addominale: valorizzazione aggiuntiva”***

Le Precedenti Linee Guida della Regione Veneto

Linee Guida Regionali

- DGR n.4807 del 28.12.1999
- Decreto del Segretario regionale Sanità e Sociale N°32 del 19/12/2005
- DGR n.3247 del 17.10.2006
- Agg. Nuove linee guida ver. 2010

Linee Guida Nazionali

- **DM 17.6.1992: linee guida**
- **Circ. Min. Salute 21.4.1994**
- **Circ. Min. Salute 8.5.2000**
- **Accordo Stato-Regioni 6.6.2002: “linee guida per la codifica”**
- **Accordo Stato-Regioni 18.1.10**

Confronto temporale

DIMENSIONE DELL'ASSISTENZA	RISCHI	OPPORTUNITA'
ATTIVITA'	AUMENTO DEI RICOVERI NON NECESSARI	RIDUZIONE LISTE DI ATTESA
ACCESSIBILITA'	SELEZIONE DEI PAZIENTI	SPECIALIZZAZIONE DELL'ATTIVITA'
DURATA DELLA DEGENZA	DIMISSIONI PRECOCI	DIMISSIONI TEMPESTIVE (RIDUZIONE DM)
PROFILO DI CURA	RIDUZIONE DEI SERVIZI NECESSARI	INTEGRAZIONE DEI SERVIZI
LIVELLI DI ASSISTENZA	TRESFERIMENTI IMPROPRI SELEZIONE DEI RICOVERI	SVILUPPO LIVELLI ALTERNATIVI (DH/DS, AMB.)

RISCHI E OPPORTUNITA' DEL PASSAGGIO DA UN SISTEMA DI PAGAMENTO PER FATTORI PRODUTTIVI AD UN SISTEMA A CASO TRATTATO



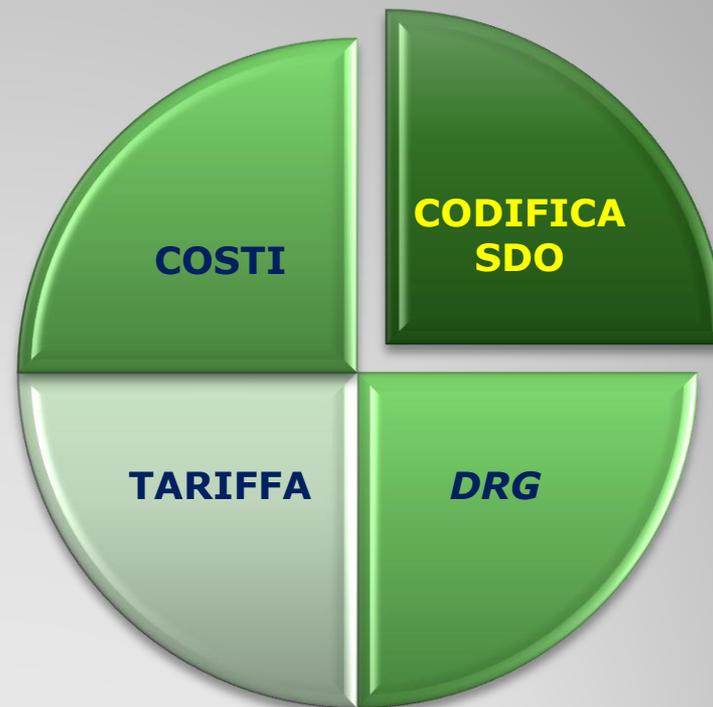
**USO OPPORTUNISTICO
E INCONTROLLATO
DEL SISTEMA DI
PAGAMENTO A
PRESTAZIONI**

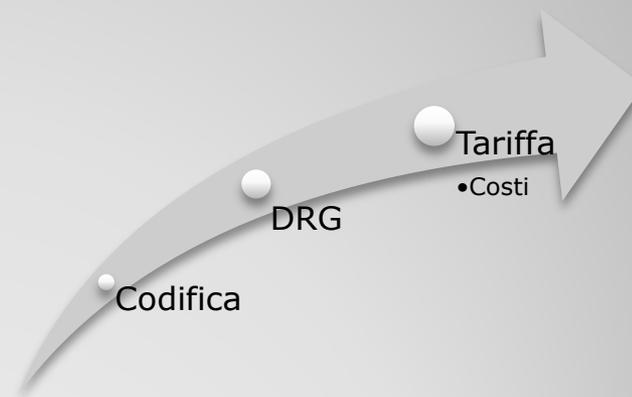
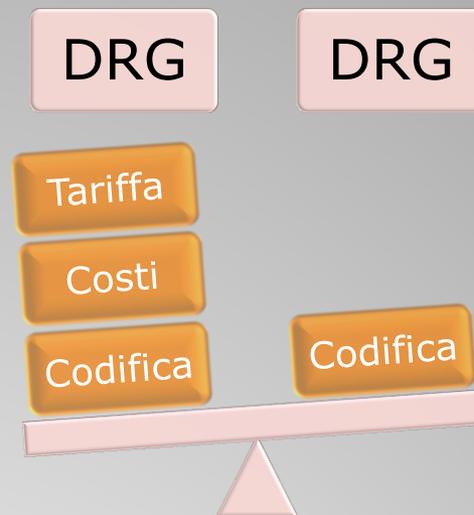
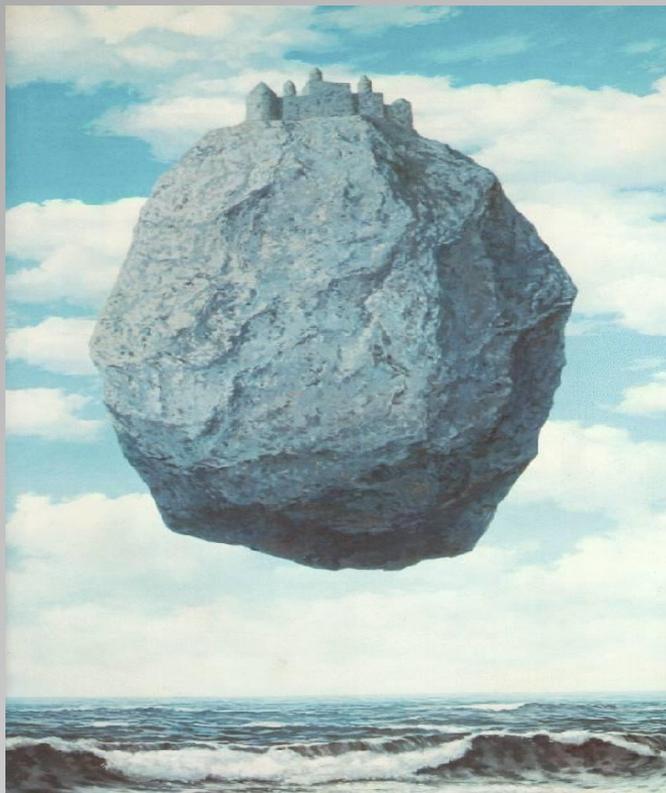
- AUMENTO DEI RICOVERI NON NECESSARI
- FRAZIONAMENTO DEL PROFILO DI CURA IN PIU' RICOVERI
- CREEPING DELLA SDO (*DRG + REMUNERATIVI*)
- SELEZIONE DELLA CASISTICA (*COSTI DI TRATTAMENTO INFERIORI ALLA TARIFFA DRG*)
- DIMISSIONE PRECOCE DEL PAZIENTE
- RICERCA DEL PAREGGIO ECONOMICO ATTRAVERSO UNA RIDUZIONE DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI ESEGUITE E NON ATTRAVERSO UNA MASSIMALIZZAZIONE DELLA PROPRIA EFFICIENZA

Valutazione Epidemiologica e di performance del sistema sanitario

Costituisce la base informativa elementare del nuovo sistema di finanziamento.

Tale flusso informativo ha assunto all'interno del Sistema Sanitario Regionale una valenza economica fondamentale, in particolare se si considera il fenomeno delle compensazioni della mobilità sanitaria





La scelta strategica ➔ Politica tariffaria

A chi si rivolge:

- ✓ A tutto il personale che codifica (esperto e non)

Come si presenta:

La struttura riprende quella della classificazione ICD9CM ver.2007

- ✓ Capitoli per organi o apparati anatomici (10)
- ✓ Capitoli che descrivono specifiche tipologie di condizioni che interessano l'intero organismo (7)
- ✓ Capitolo specifico per la riabilitazione (1)
- ✓ Stesura di dettaglio
- ✓ I problemi di codifica affrontati o le procedure innovative non sono stati trattati a parte, bensì sono stati contestualizzati all'interno dei capitoli di appartenenza

IL MANUALE

REGIONE DEL VENETO
DIREZIONE SERVIZI SANITARI
Coordinamento Regionale Controlli Sanitari

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



Coordinamento Regionale
Controlli Sanitari



Sono state consultate le seguenti fonti:

- **Linee guida nazionali** (Conferenza Stato Regioni del 2002 e del 2010)
- **Linee guida regionali** (Emilia Romagna, Liguria, Lazio, P.A. Bolzano),
- **Bibliografiche** (M. Nonis, E. Rosati, *Guida ai DRG* – edizione 2009)

La bozza di linee guida è stata realizzata ***in collaborazione con i vari clinici delle varie specialità*** che all'interno delle loro Aziende si occupano di problematiche inerenti a quanto trattato, i quali hanno espresso commenti e suggerimenti che sono stati esaminati e, ove possibile, recepiti dal gruppo di lavoro.

METODOLOGIA – FONTI

Nella presente edizione delle linee guida sono state analizzate situazioni di codifica scelte secondo i seguenti criteri di priorità:

- ✓ **Situazioni cliniche frequentemente causa di ricovero, per le quali siano state evidenziate prassi di codifica disomogenee**, ad esempio: ipertensione arteriosa, malattie ischemiche del cuore, epatiti croniche e loro complicanze, chirurgia protesica e interventistica, malformazioni congenite, traumatismi, stati settici.
- ✓ **Situazioni e prestazioni innovative** con particolare riguardo all'oncologia, alla cardiologia, gastroenterologia, oftalmologia, terapia antalgica e cure palliative.
- ✓ **Utilizzo dei codici V**, ad esempio trattamento non eseguito.
- ✓ **Codifica Medicina Fisica e Riabilitazione**

- Osservanza delle regole di codifica come riportate dal Manuale di Classificazione
- Non proporre codifiche influenzate dal DRG risultante

METODOLOGIA-PRINCIPI



- **Utilizzo integrato dell'indice alfabetico e dell'elenco sistematico**
L'utilizzo del solo indice alfabetico o del solo elenco sistematico può determinare errori nell'individuazione del codice ed insufficiente specificità nella selezione del codice.
- **Codifica della Diagnosi principale**
La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e /o di indagini diagnostiche.
- **Codifica delle diagnosi secondarie**
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.
- **Condizioni pregresse**
I codici anamnestici (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero.
- **Condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale**
Non vanno codificati.
- **Postumi**
Effetto causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata.
necessari due codici, uno relativo alla natura (causa) del postumo; l'altro relativo alla condizione residua.

Codificare bene non è sempre facile!

Codifica multipla

Quando una formulazione diagnostica non può essere rappresentata da un unico codice, è necessario ricorrere alla codifica multipla, sollecitata 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.
- ✓ "*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.
- ✓ "*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.



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

APPLICARE LE REGOLE

Alcune Criticità

Codificare per prima la patologia di base va contro alla regola generale della selezione della diagnosi principale?



Esempio

Diagnosi dimissione: **Sanguinamento di varici esofagee in cirrosi alcolica** (codificare per primo la malattia di base se)

- DP: cod. 571.2 - **Cirrosi epatica alcolica**
- DS: cod. 456.20 - **Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove**
- = **DRG 202 cirrosi epatica alcolica**

•DP : cod. 456.20 - **Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove**

- DS : cod. 571.2 - **Cirrosi epatica alcolica**
- = **DRG 571 malattie maggiori dell' esofago**

Esempio

Diagnosi dimissione: **Meningite in pertosse** (codificare per primo la malattia di base se)

- DP: cod. 033.0 – **Pertosse da bordetella pertussis**
- DS: cod. 320.7 – **Meningite in altre malattie batteriche**
- = **DRG 096 meningite e asma con cc**

•DP: cod. 320.7 – **Meningite in altre malattie batteriche**

- DS: cod. 033.0 – **Pertosse da bordetella pertussis**
- = **DRG 560 infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso**

Alcune Criticità

•Terapia antalgica:

I codici di alcune procedure utilizzate portano a DRG di alta complessità; alto costo dei devices

•Tumori:

I codici di alcune procedure innovative utilizzate portano a DRG di alta complessità; alto costo dei devices

•Diabete e disordini specifici del metabolismo:

Revisione dei codici

•Cardiovascolare e cardiocirurgia:

Revisione dei codici e sistematizzazione

•Respiratorio:

Terapia ventilatoria non invasiva e invasiva: parametri indicativi

•Genitourinario:

Fimosi e circoncisione: utilizzo di codici che appropiano il ricovero

•Dermatologia:

Il trattamento di alcune patologie portano a DRG complessi

•Osteomuscolare:

Osteomielite cronica e pseudoartrosi: selezione della diagnosi principale

Interventi sulla spalla e gomito: l'utilizzo di tecniche mininvasive portano ad un DRG diagnostico (artroscopia)



•Medicina fisica e Riabilitazione:

ricoveri post acuzie
ricoveri dopo 30 giorni
Eccezioni
Esempi di codifica



- ❖ Proroga Gruppo di lavoro “LG codifica”
- ❖ Revisione periodica LG
- ❖ Sito Internet “Controlli Sanitari”
- ❖ FAQ
- ❖ Corsi di Formazione per codificatori
- ❖ Definire un percorso per codifica nuove procedure

Manutenzione del Sistema

Modulo per domande sulla corretta codificazione delle SDO

ATTENZIONE - la compilazione dei campi contrassegnati da un asterisco (*) è obbligatoria per il corretto invio del modulo.

(*) Nome	<input type="text"/>
(*) Cognome	<input type="text"/>
(*) E-mail	<input type="text"/>
(*) Struttura di appartenenza	<input type="text"/>
(*) Posizione professionale	<input type="text"/>
Domanda	<input type="text"/>
Data	<input type="text"/>

Manutenzione del sistema - FAQ



“... se un uomo
non sa verso
quale porto è
diretto, nessun
vento è quello
giusto ...”
(Seneca)

Le nuove Linee Guida per
una corretta codifica delle
SDO della Regione Veneto

Verona 16 Aprile 2010

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Coordinamento Regionale
Controlli Sanitari