



Regione Lazio



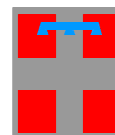
Regione Liguria

Ministero della Salute

Progetto Mattoni SSN

## Pronto Soccorso e sistema 118

Milestone 1.2.1 - Prestazioni, attività e strumenti dell'emergenza (PS)





Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

### RIFERIMENTI

Redatto da: Società:	Gruppo di Lavoro Ristretto
Verificato da: Società:	Gabriella Guasticchi ASP Lazio
Approvato da: Data	Cabina di Regia 13/12/06



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

## INDICE

### 1.1 Introduzione

#### 1.2 Revisione della letteratura scientifica

1.2.1 Analisi dei sistemi di codifica delle diagnosi e prestazioni

1.2.2 Analisi dei principali sistemi di classificazione

APG (Ambulatory Patient Group)

IR-DRG ( International Refined DRG) v. 2.0

APC (Ambulatory Payment Classification) - (3 M per HCFA)

CDPS (Chronic Illness And Disability Payment System)

CPT (Current Procedural Technology)

CRG (Clinical Risk Groups)

HCPCS (HCFA Common Procedures Coding System)

ICF (International Classification Of Functioning, Disability And Health)

ICPC (International Classification Of Primary Care)

PCG (Physician Care Groups)

RUG III (Resource Utilization Groups)

UDG (Urgency Disposition Groups) e URG (Urgency Related Groups)

UDAG (Urgency, Disposition And Age Groups)

EDG (Emergency Department Groups)

#### 1.3 Identificazione di un sistema di codifica delle diagnosi e delle prestazioni di Pronto Soccorso

1.3.1 Individuazione codici diagnosi

1.3.2 Individuazione codici prestazioni

1.3.3 Sperimentazione del sistema di codifica delle prestazioni

1.3.4 Criteri di manutenzione del Sistema di classificazione delle diagnosi e prestazioni di PS

#### 1.4 Identificazione di un Sistema di Classificazione delle attività di PS

1.4.1 Principali caratteristiche per un sistema di classificazione delle prestazioni di pronto soccorso

1.4.2 I sistemi di classificazione per l'emergenza: APG e IR-DRG

### 1.5 Bibliografia

#### 1.6 Allegati

Elenco codici diagnosi

Elenco codici prestazioni

Risultati sperimentazione sistemi di codifica

*A cura di:* Gabriella Guasticchi, Isabella Morandi, Assunta De Luca, Giuliano Lori, Stefania Gabriele, Stefano Genio, Claudia Storace, Angela Lardieri



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

## “Prestazioni, attività e strumenti dell'emergenza (PS)”

### 1.1 Introduzione

I Sistemi Informativi Sanitari consentono la raccolta di informazioni necessarie a misurare e valutare l'attività assistenziale, risultando un utile strumento per la programmazione sanitaria. In ambito ospedaliero già da anni la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) costituisce la sintesi delle informazioni contenute nella cartella clinica in maniera standardizzata alimentando il sistema informativo dei ricoveri con modalità omogenee su tutto il territorio nazionale. La standardizzazione è garantita dall'uso di un sistema di codifica delle patologie e delle procedure riconosciuto a livello nazionale e internazionale (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification).

L'esigenza di valutare l'attività assistenziale nei Pronto Soccorso ha rimarcato la necessità di introdurre un sistema di codifica delle diagnosi e prestazioni anche in tale ambito.

Il presente documento si propone di:

- individuare un sistema di codifica delle diagnosi e prestazioni eseguibili nei servizi di emergenza ;
- individuare un sistema di classificazione delle attività di PS in grado di rappresentare in modo adeguato il complesso delle prestazioni erogate;
- indicare i criteri generali di manutenzione del sistema di codifica e di quello di classificazione.

### 1.2 Revisione della letteratura scientifica

È stata eseguita una revisione sistematica della letteratura scientifica sui sistemi di codifica delle diagnosi e prestazioni e sui principali sistemi di classificazione utilizzati a livello internazionale in ambito sanitario.

#### 1.2.1 Analisi dei sistemi di codifica delle diagnosi e prestazioni

La revisione di letteratura effettuata sui maggiori motori di ricerca generici (Google, Altavista e Yahoo), su Pubmed e sulla Cochrane Library, non ha evidenziato l'esistenza di un sistema di codifica sviluppato *ad-hoc* per gli interventi in emergenza sia pre-ospedalieri che di pronto-soccorso.

I sistemi esistenti sono basati principalmente sulla International Classification of Diseases 9th revision (ICD-9) con qualche riferimento ai limiti che tali codici presentano nell'applicazione in emergenza. Per esempio nell'*Uniform Prehospital EMS Data Elements*, sviluppato da un gruppo di esperti sotto il patrocinio del National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) nel 1993 (Mann 2004), nel campo di descrizione della causa della lesione (ritenuto essenziale) si richiede l'attribuzione di un codice coerente con il codice ICD-9. Si specifica altresì che il dettaglio richiesto dall'attribuzione dei codici ICD-9 potrebbe non essere applicabile nonché appropriato in emergenza.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Un altro campo ritenuto “*desiderabile*” ovvero non obbligatorio, riguarda le procedure tentate, ovvero tutte le procedure intraprese indipendentemente dal loro successo od esito, e di nuovo si indica una codifica “*compatibile*” con i codici ICD-9 per la classificazione delle stesse.

Garrison nel descrivere il progetto di outcome research in Emergenza denominato Emergency Medical Services Outcomes Project (EMSOP), riferisce l’uso dei codici ICD-9-CM riportati nella scheda di dimissione del paziente rilasciato da un Emergency Department. Negli USA accanto alla scheda di dimissione il personale utilizza tali codici anche per la redazione della ricevuta di pagamento del servizio (Garrison 2002). L’autore non manca di citare i limiti di questo sistema di codifica nell’ambito dell’emergenza affermando che spesso le codifiche non sono coerenti con i motivi per cui è stato richiesto l’intervento, ma aggiunge che fino a quando non sarà sviluppato un metodo standardizzato per la classificazione degli interventi di emergenza, l’ICD-9-CM rimane il sistema di codifica migliore. Garrison conclude invocando l’elaborazione di un sistema di classificazione *ad-hoc* per la descrizione degli interventi in emergenza che consenta di raccogliere anche informazioni sulle comorbidità dei pazienti.

Il *Data Elements for Emergency Department Systems*, sviluppato dal Centre for Disease Control (CDC) nel 1997 (DEES 1997) indica anche esso la classificazione ICD-9-CM anche se in una versione raggruppata attraverso un software sviluppato dalla Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) dell’ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (scaricabile dal sito: [www.hcup-us.ahrq.gov/tools\\_software.jsp](http://www.hcup-us.ahrq.gov/tools_software.jsp)) dal quale è possibile trarre anche il *comorbidity software* basato sui codici diagnosi ICD-9-CM.

Altri sistemi di codifica menzionati nel documento del CDC sono: *International Classification of Primary Care (ICPC)*, *Reason for Visit Classification and Coding Manual (RVC)*, *Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine — SNOMED International, Read Codes Version 3, Draft: International Classification for External Cause of Injuries* (WHO Working Group on Injury Surveillance Methodology Development, 1995), *NOMESCO Classification of External Causes of Injury* (Nordic Medico-Statistical Committee, 1996) e il *Nurses Association Emergency Nursing Uniform Data Set Task Force*, per la particolare rilevanza in emergenza (<http://www.nanda.org/>).

Ancora l’ICD-9 insieme a codici standardizzati di gravità clinica come il Glasgow Coma Scale sono alla base dell’ European Emergency Data (EED) Project 2004.

### 1.2.2 Analisi dei principali sistemi di classificazione

Si è proceduto ad una vasta ricerca di materiale bibliografico e alla revisione della letteratura scientifica sui sistemi di classificazione studiati e/o adottati in ambito internazionale specificamente per le attività di emergenza, oppure ad esse adattabili.

Le ricerche sono state effettuate sui maggiori motori di ricerca generici (Google, Altavista e Yahoo); su Pubmed e sulla Cochrane Library (con particolare riferimento alle basi dati in essa contenute: The Health Technology Assessment Database (HTA) e The NHS Economic Evaluation Database (NHS EED)).

Le seguenti parole chiave sono state identificate in una prima ricerca esplorativa:

- case mix, groups, types, tools (combinati con AND)
- patient classification system (PCS)
- multidimensional PCS
- DRG (Diagnosis Related Group)
- RSI (Refined Severity International)
- Health Care Finance Administration
- RUG (Resource Utilization Groups)



- PMC (Patient Management Categories)
- ACG (Ambulatory Care Groups)
- GHM (groupes Homogenes de Malade)
- Work capacity evaluation
- Reimbursement mechanisms
- CPT (Current Procedural terminology)
- EDG (Emergency Departments Groups)
- AVG (Ambulatory Visit Groups) americani;
- APC (Ambulatory Payment Classifications)
- ACG (Ambulatory care Groups);
- APG (Ambulatory Patient Group)
- PCG (Physician Care Groups)
- ICPC (International Classification of Primary Care)
- ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)
- CRG (Clinical Risk Groups)
- CDPS (Chronic Illness and Disability Payment System)
- UDG (Urgency and Disposition Groups)
- URG (Urgency Related Groups);
- UDAG (Urgency, Disposition and Age Groups);

Sono stati consultati, inoltre, i siti specifici degli organismi che sviluppano i sistemi di remunerazione:

#### Australia e Nuova Zelanda:

- Department of Health and Ageing  
(<http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/health-casemix-index.htm>)
- New Zealand Health Information System (<http://www.nzhis.govt.nz/index.html>)

#### USA:

- Agency for Healthcare Research and Quality (<http://www.ahecpr.gov>)
- American Hospital Association (<http://www.hospitalconnect.com/hospitalconnect/index.jsp>)
- CMS (<http://www.cms.hhs.gov/default.asp>)
- Federal Register (<http://www.gpoaccess.gov/fr/>)
- HIMSS (<http://www.himss.org/ASP/index.asp>)
- ICD-9-CM Coordination and Maintenance Committee  
(<http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/icd9/main/maint.htm>)
- Ingenix (<http://www.ingenix.com/>)
- IRP (<http://www.irp.com>)
- Joint Commission (<http://www.jcaho.org>)
- Medical Coding (<http://www.medical-coding.net>)
- MEDPAC (<http://www.medpac.gov/>)
- RAND (<http://www.rand.org>)
- WHO (<http://www.who.int/en/>)

#### Europa

- Francia (<http://www.atih.sante.fr/>)
- Germania (<http://www.g-drg.de/>)
- Olanda (<http://www.dbczorg.nl>)
- Nord Europa (<http://www.nordclass.uu.se/index>)
- Regno Unito (<http://www.nhsia.nhs.uk/ihc/default.asp>)
- Spagna (<http://www1.msc.es>)
- Svizzera (<http://www.hospvd.ch/public/ise/apdrg/>)



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

- Svizzera (<http://www.fischer-zim.ch/paper-en/index.htm>)
- Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo in Europa (<http://www.oecd.org/home/>)
- Patient Classification Systems Europe ([www.pcse.org](http://www.pcse.org))

La ricognizione dei sistemi di classificazione esistenti a livello mondiale ha consentito di individuare un elevato numero di sistemi utilizzati in ambito sanitario, dei quali, tuttavia, solo un ridottissimo gruppo sembra essere adatto a rappresentare le attività di emergenza.

Di seguito sono descritti i principali sistemi di classificazione analizzati basati sull'uso della classificazione delle patologie.

### **APG (Ambulatory Patient Group)**

Il sistema APG è stato sviluppato negli USA nel 1987 (viene aggiornato frequentemente) per classificare tutti i pazienti non ricoverati (outpatients), sia con riferimento a prestazioni ambulatoriali, sia con riferimento a prestazioni di **pronto soccorso**. Attualmente il sistema APG viene utilizzato negli Stati Uniti per la remunerazione delle prestazioni ambulatoriali.

#### **1) Principali caratteristiche del sistema APG**

L'APG (*Ambulatory Patient Groups*) è un sistema di classificazione dei pazienti designato per spiegare la quantità ed il tipo di risorse utilizzato durante una visita ambulatoriale (*encounter*) in ambito ospedaliero compreso il pronto soccorso. Ad ogni APG vengono attribuiti pazienti che hanno caratteristiche cliniche simili<sup>1</sup> ed un consumo di risorse (farmaci, apparecchiature, presidi medico-chirurgici) omogenei e conseguentemente anche costi omogenei. Nella definizione originale dei gruppi non sono stati considerati i costi del personale medico. Tuttavia, poiché si può ritenere che tale costo sia proporzionale agli altri costi, l'omogeneità dei casi inclusi in ciascun gruppo è comunque assicurata. Esiste però una variabilità intra-gruppo accertata, nel senso che il consumo di risorse relativo ad ogni paziente non è identico, mentre, il profilo medio di consumo di risorse di un gruppo di pazienti APG è accuratamente previsto. Per gli APG la definizione di similarità clinica è posta in relazione con il razionale clinico di una differenza nel consumo di risorse. Da ciò consegue, che tutte le caratteristiche del paziente che possono influenzare in maniera consistente il consumo di risorse, sono incluse nella definizione dei gruppi finali. Le variabili utilizzate dalla logica ordinatoria degli APG sono:

- La diagnosi principale (motivo della visita), classificata secondo la Classificazione ICD-9-CM.
- Le diagnosi secondarie, classificate anch'esse in ICD-9-CM.
- Le procedure eseguite, classificate secondo la classificazione CPT (*Current Procedure Terminology*) o la ICD-9-CM.
- L'età ed il sesso per controlli di congruenza sui valori assunti dalle variabili cliniche.

Poiché nel nostro Paese la classificazione CPT non è diffusa, la soc. 3M, proprietaria del software, ha prodotto specifiche tabelle di transcodifica dei codici ICD-9-CM relativi a interventi/procedure e del nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali al fine di rendere utilizzabile nell'attività di emergenza.

E' importante sottolineare che nel sistema APG un *encounter* o accesso (visita) può essere descritto da uno o più codici che identificano diverse prestazioni erogate al paziente esterno. Infatti, caratteristica distintiva del sistema è che a un paziente per singola visita possono essere attribuiti più APG.

<sup>1</sup> In ciascun APG sono compresi pazienti con problemi relativi ad uno stesso organo o con la stessa eziologia e che sono generalmente trattati da una stessa specialità medica.





Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Questa logica peraltro, è in forte contrasto con quella del sistema DGR che attribuisce sempre ciascun caso ad un solo gruppo finale. In realtà in ambito ambulatoriale la diversità dei luoghi di erogazione (day surgery; ambulatori specialistici; pronto soccorso) la variabilità della domanda di prestazioni (che può andare dal trauma a ragioni di tipo amministrativo) e l'elevata percentuale di costi associati con le prestazioni ausiliarie hanno comportato la necessità di un sistema di classificazione che riuscisse a descrivere la varietà delle prestazioni erogate al paziente.

Gli APG tengono dunque conto di tale diversità attribuendo ad un caso più gruppi. Inoltre il sistema APG attribuisce a ciascun paziente un “peso” complessivo per ciascuna delle prestazioni eseguite. Il “peso” relativo esprime l'assorbimento di risorse relativo di ciascun gruppo rispetto agli altri.

## 2) Tipologia e numero di APG

Vi sono tre tipologie di APG, relativi, rispettivamente, a

- interventi/procedure,
- servizi medici,
- servizi ausiliari.

La logica ordinatoria che è utilizzata come variabile classificatoria iniziale nel sistema APG è quella dell'intervento/procedura. Il primo passo nello sviluppo del sistema è innanzitutto identificare gli interventi/procedure che possono essere effettuati in regime di ricovero (come ad esempio interventi che richiedono 24 ore di degenza post-operatoria o il monitoraggio del paziente prima della dimissione) e classificarli in un'insieme di gruppi mutuamente esclusivi. Esistono interventi che sono eseguibili solamente in regime di ricovero, altri che normalmente sono eseguiti in regime di ricovero ma che possono essere eseguiti anche ambulatorialmente. I pazienti con lo stesso codice di procedura possono far riscontrare un'ampia variabilità nella complessità dell'intervento cui sono stati sottoposti. Nel processo di raggruppamento degli interventi finalizzato alla formazione di sottoclassi omogenee è stata tenuta in considerazione la variabilità interna a ciascun codice ed il fatto che solo i casi più semplici di intervento possono essere trattati ambulatorialmente.

Gli interventi/procedure che possono essere eseguiti in ambito ambulatoriale sono assegnati alle seguenti tipologie:

- Interventi/ procedure significative: sono di norma programmati, costituiscono di solito il motivo della visita ed assorbono la maggior parte del tempo e delle risorse utilizzate. Le procedure significative appartengono a tipologie molto differenziate (es. escissione di lesioni cutanee, prove da sforzo). Sono raggruppati in 15 APC (Categorie di pazienti ambulatoriali - *Ambulatory Patient Categories, APC-*) specifici per sistema/apparato (12) o per procedure radiologiche o terapie.
- Procedure e test ausiliari: si tratta di esami che vengono normalmente richiesti dal medico responsabile dell'assistenza ai relativi servizi, quale supporto alla definizione della diagnosi o del trattamento del paziente (es. vaccinazioni, radiografie, esami di laboratorio). Sono procedure che aumentano la durata e le risorse utilizzate, ma non ne costituiscono parte dominante. Quando si parla di prestazioni ausiliarie ci si riferisce sia ai test sia alle procedure ausiliarie.

I pazienti con prestazioni ambulatoriali non significative, ma con indicazione di una visita medica (descritta attraverso specifici codici di procedura), sono attribuiti ad *APG di tipo medico*.

I pazienti ai quali è stata erogata una prestazione ausiliaria senza la segnalazione di una procedura significativa o di una visita medica sono attribuiti agli *APG per prestazioni ausiliarie*.

La classificazione APG prevede, inoltre, la tipologia “errore”, che comprende 8 codici.

Vi sono complessivamente 290 gruppi finali di APG. L'elenco è riportato in allegato. La seguente tabella riporta le tipologie di APG ed il relativo numero di codici.





Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

<b>Tipologia e numerosità degli APG</b>	
<b>TIPO APG</b>	<b>N. APG</b>
Procedure significative	125
Procedure significative radiologiche	5
Procedure significative per malattie mentali e abuso di sostanze	9
Medici	83
Laboratorio	20
Prestazioni ausiliarie radiologiche	11
Altri test e procedure ausiliarie	29
Errore	8
<b>TOTALE</b>	<b>290</b>

Gli interventi/procedure e terapie significative comprendono complessivamente 139 codici, articolati secondo 15 raggruppamenti chiamati APC (*Ambulatory Patient Categories*), oggetto di un'analisi separata.

Nella tabella seguente per ciascuna tipologia di APG è indicato, con riferimento alle singole APC, il numero di codici previsto.

<b>APG relativi a procedure significative – numero di codici per APC</b>		
<b>TIPO APG</b>	<b>APC</b>	<b>N. APG</b>
<b>PROCEDURE SIGNIFICATIVE</b>		
	sistema tegumentario	12
	sistema muscoloscheletrico	15
	sistema respiratorio	6
	sistema cardiovascolare	14
	ematologico, linfatico ed endocrino	7
	apparato digerente	14
	sistema urinario	10
	apparato riproduttivo maschile	5
	apparato riproduttivo femminile	10
	sistema nervoso	9
	occhio e annessi	13
	orecchio,naso,bocca,gola e faccia	7
	fisiatria e riabilitazione	3
<b>PROCEDURE SIGNIFICATIVE RADIOLOGICHE</b>		
	procedure radiologiche significative e terapeutiche	5
<b>PROCEDURE SIGNIFICATIVE PER MALATTIE MENTALI ED ABUSO DI SOSTANZE</b>		
	terapie per malattie mentali ed abuso di sostanze	9

Vi sono 83 gruppi finali di APG per visita medica : tutti i codici ICD-9-CM sono suddivisi nelle seguenti classi, mutuamente esclusive e simili da un punto di vista clinico. A tale gruppo è stato aggiunto un APG per causa di decesso sconosciuta.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

<b>APG medici– numero di codici per APC</b>		
<b>TIPO APG</b>	<b>APC</b>	<b>N. APG</b>
<b>MEDICI</b>		
	tumori	7
	avvelenamento	1
	traumi	6
	neonati	1
	gravidanza	4
	malattie infettive	3
	malattie del sistema nervoso	5
	malattie dell'occhio	4
	malattie dell'orecchio, del naso della gola e della bocca	5
	malattie respiratorie	4
	malattie del sistema cardiovascolare	6
	malattie del sistema digerente	7
	malattie del sistema muscolo-scheletrico	3
	malattia della pelle e della mammella	5
	malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4
	malattie del rene e delle vie urinarie	4
	malattie del sistema riproduttivo maschile	2
	malattie del sistema riproduttivo femminile	1
	malattie del sistema immunitario, del sangue e degli organi ematopoietici	4
	amministrativo	5
	CAUSA DECESSO SCONOSCIUTA	1

I pazienti di tipo medico vengono descritti sulla base di diagnosi ICD-9-CM. Questa classificazione permette la codifica sia di malattie specifiche (ad esempio, la polmonite), sia di segni e sintomi (ad esempio, dolore al petto, melena, elevato tasso di sedimentazione). Il termine diagnosi viene pertanto utilizzato per riferirsi genericamente sia ad una malattia sia a segni o sintomi.

Per ogni tipo di servizio sono stati definiti APG per prestazioni ausiliarie. Sono 58 i gruppi finali, suddivisi nelle seguenti sette categorie (APC).

<b>APG per prestazioni ausiliarie – numero di codici per APC</b>		
<b>TIPO APG</b>	<b>APC</b>	<b>N. APG</b>
<b>AUSILIARI RADIOLOGIA</b>		
	radiologia	11
<b>AUSILIARI LABORATORIO</b>		
	laboratorio	20
<b>ALTRI TEST E PROCEDURE AUSILIARIE</b>		
	anestesia	1
	anatomia patologica	3
	altri test e procedure ausiliarie	16
	chemioterapia	5
	prestazione ausiliarie per malattie mentali e abuso di sostanze	2
	procedure e prestazioni incidentali	2



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

La classificazione APG prevede anche la tipologia “errore”, che comprende 8 codici. Tali codici vengono assegnati a seguito dei controlli di congruenza previsti dalla classificazione rispetto ai valori assunti dalle variabili utilizzate per la logica ordinatoria degli APG.

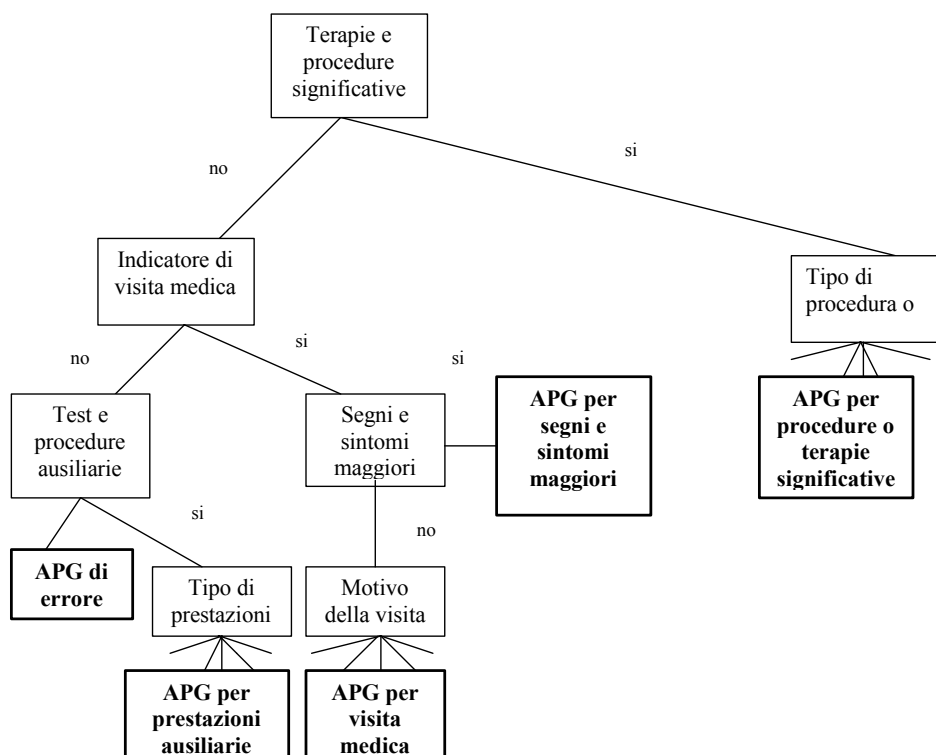
Elenco degli APG di ERRORE	
codice	descrizione
992	Codice di procedura non valido
993	Procedura che necessita di ricovero
994	Autopsia
995	Luogo di cura e prestazione non 'coperta'
996	Codice di motivo della visita non valido
997	I codici E non possono essere utilizzati quale motivo della visita
998	Motivo della visita non accettabile ; richiesta una procedura
999	Non attribuibile

### 3) Logica di attribuzione degli APG

Per quanto concerne la logica di attribuzione degli APG:

- Gli APG interventi procedure significative, si riferiscono ai pazienti per i quali è eseguito un intervento procedura significativo ossia un esame diagnostico oppure una terapia importante. In tal caso tutte le prestazioni di tipo medico erogate al paziente sono considerate parte integrante della procedura eseguita.
- Gli APG per visita medica, si riferiscono a pazienti che hanno ricevuto un trattamento di tipo medico per i quali non è eseguito un intervento/procedura significativo durante la visita; per tali pazienti può essere necessario l'utilizzo di un ampio range di volume e tipo di risorse in relazione alla condizione del paziente al momento della visita stessa. I segni e i sintomi utilizzati nella definizione degli APG medici sono limitati a quelli che soddisfano le caratteristiche:
  1. hanno un significato clinico relativamente preciso;
  2. non sono generalmente considerati una componente sistematica della maggior parte delle malattie;
  3. assorbono la maggior parte delle risorse utilizzate durante la visita.
 E' presente un unico APG per segni e sintomi maggiori per i pazienti di tipo medico nel caso in cui essi riportino segni e sintomi maggiori in diagnosi principale o in secondaria. Inoltre, pazienti per i quali come motivo di visita siano stati codificati segni e sintomi non maggiori, fanno parte dell'APG per visita medica.
- Gli APG per prestazioni ausiliarie, si riferiscono sia ai test che a procedure ausiliarie, ricomprendono pazienti ai quali è stata erogata una prestazione ausiliaria (senza segnalazione di procedura significativa o di visita medica).

La figura seguente descrive in sintesi la logica di attribuzione degli APG.



### ***IR-DRG ( International Refined DRG) v. 2.0***

L'IR-DRG è un sistema di classificazione delle prestazioni sviluppato dalla soc. 3M, che ne è proprietaria.

#### **1) Principali caratteristiche**

Il sistema di classificazione International Refined-DRG (IR-DRG) versione 2.0 ha come obiettivo principale la definizione di un sistema di classificazione unico, in grado di misurare sia la casistica dei pazienti in ricovero (inpatient) che di quelli esterni (outpatient). Questa logica classificatoria è stata creata per essere utilizzata nei ricoveri ordinari, i ricoveri diurni, l'attività di Pronto Soccorso, gli ambulatori divisionali ospedalieri e i poliambulatorii territoriali. Gli IR-DRG si riferiscono a categorie di pazienti che presentano caratteristiche omogenee sia dal punto di vista clinico che di consumo di risorse. Il sistema si basa su codici di diagnosi e di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche codificate secondo la classificazione ICD-9-CM (*International Classification of Disease, 9th Revision, Clinical Modification*).

L'attività per pazienti esterni è soprattutto di tipo chirurgico, gli interventi chirurgici e le procedure diagnostiche e terapeutiche sono l'asse primario di classificazione. Il sistema è articolato secondo le 23 MDC (*Major Diagnostic Categories*).



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

MDC	
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso
2	Malattie e disturbi dell'occhio
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici
11	Malattie e disturbi delle vie urinarie
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
14	Parto
15	Neonato
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate
19	Malattie e disturbi mentali
20	Abuso/dipendenza da alcol/farmaci
22	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari
23	Visite Mediche - outpatient
99	Errore

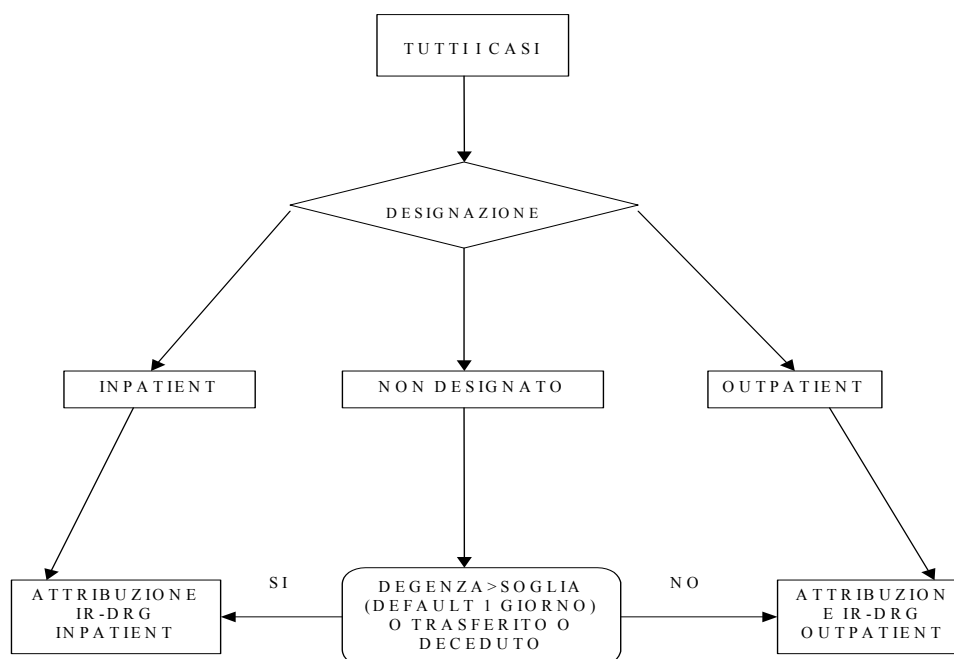
## 2) Logica di attribuzione degli IR-DRG

La logica di attribuzione prevede che un paziente sia attribuito ad un unico e solo IR-DRG in base a:

- Procedura/intervento.
- Diagnosi.
- Età.
- Sesso.
- Durata della degenza.

Il sistema assegna automaticamente il paziente alla tipologia INPATIENT o OUTPATIENT in base alle procedure indicate. Tutte le procedure infatti sono state articolate secondo due tipologie (procedura inpatient e procedura outpatient), ad eccezione di alcune per le quali l'appartenenza all'una o all'altra tipologia è stabilita in base alla durata della degenza. Se la degenza è superiore ad uno giorno il paziente è considerato inpatient. Nel caso in cui venga assegnato più di un intervento, viene utilizzata una gerarchia di interventi per attribuire il gruppo di base. L'intervento appartenente alla categoria a maggiore intensità di consumo di risorse determina il gruppo attribuito al caso. Se è presente più di un intervento nella categoria a consumo di risorse atteso più alto, allora è selezionato quello maggiormente correlato alla diagnosi principale.

La seguente figura indica la modalità di designazione dei casi.



La creazione di un sistema di integrazione per la classificazione dell'attività inpatient e outpatient prevede innanzitutto l'attribuzione dei codici di intervento o procedure alle seguenti 7 classi in base alla modalità con cui avviene l'erogazione (solo in regime di ricovero e/o in regime ambulatoriale e a seconda dell'eventuale rilevanza ai fini dell'attribuzione del paziente ad un gruppo chirurgico o medico)

Nella classe A rientrano gli interventi (ad esempio bypass) che sono eseguiti in regime di ricovero per cui non sono presenti IR-DRG per outpatient, se venisse segnalato un intervento di classe A per outpatient a tale caso verrà inevitabilmente attribuito un IR-DRG di errore.

Nella classe B, rientrano gli interventi (ad esempio decompressione tunnel carpale) che possono essere eseguiti a livello sia inpatient che outpatient.

Nella classe C, rientrano gli interventi (endoscopia gastrointestinale) che possono essere erogati sia in regime di ricovero che ambulatoriale ma non sono utilizzati per attribuire ad un caso un IR-DRG di tipo inpatient.

Le procedure di classe D (ad esempio terapia di gruppo) sono utilizzate solamente per attribuire un IR-DRG di tipo medico della MCD 19 (malattie e disturbi mentali).

Le procedure di classe E (ad esempio ECG) sono anch'esse utilizzate solo nel processo di attribuzione di un gruppo di tipo medico nella MDC 23 (visite mediche-outpatient non associate a specifica diagnosi).

Le procedure di classe F (consulto comprensivo) sono utilizzate per descrivere l'intensità della visita medica.

Le procedure di classe G (puntura in vena) non sono utilizzate nel processo di attribuzione.

Una volta effettuata questa operazione avremo che:

- IR-DRG chirurgica inpatient è attribuito alla classe A e B.
- IR-DRG medico inpatient è attribuito alla classe non A e non B.
- IR-DRG maggiore outpatient è attribuito alla classe B.





Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

- IR-DRG significativo outpatient è attribuito alla classe C e non B.
- IR-DRG medico outpatient, nessun intervento ma solo procedure D,E, F.
- Ricordiamo inoltre, che esiste sempre un IR-DRG Errore.

### 3) Tipologia e numero degli IR-DRG

Ciascun intervento è attribuito ad un solo IR-DRG, inoltre, ogni gruppo chirurgico è a sua volta attribuito ad una sola MDC<sup>2</sup>. Si rilevano IR-DRG di tipo:

- Chirurgico Inpatient.
- Medico Inpatient.
- Chirurgico Outpatient (maggiore o significativo).
- Medico Outpatient.

Esistono in totale 560 IR-DRG, di cui 298 per outpatient (53%) e 262 (47%) relativi a ricoveri. L'elenco è riportato in allegato.

Se non è segnalato alcun intervento-procedura che comporti l'attribuzione ad un gruppo di tipo chirurgico, allora al caso è assegnato un IR-DRG di tipo medico. Tutti gli IR-DRG di tipo medico outpatient sono attribuiti o alla MDC 19 (malattie e disturbi mentali) o alla MDC 23 (visite mediche-outpatient).

La maggior parte degli IR-DRG medici outpatient sono attribuiti alla MDC 23 poiché il consumo di risorse non è di solito collegato ad uno specifico apparato o eziologia. In tale MCD sono previsti 45 gruppi (73,76% del totale) per patologie acute con determinate caratteristiche:

- generalmente associate ad **assistenza in urgenza o emergenza**;
- generalmente associate ad un maggior uso di servizi diagnostici;
- generalmente associate a monitoraggio ed osservazione prolungati;

Le patologie che non soddisfano i criteri sopra elencati sono attribuiti ad uno dei quattro gruppi residuali

- Altre patologie acute significative;
- Altre patologie acute;
- Altre patologie croniche significative;
- Altre patologie croniche<sup>3</sup>;

Se il motivo della visita non è correlato ad una patologia (ad esempio screening, valutazione) allora sarà attribuito ad un gruppo relativo ad un esame medico generale. Pertanto nel caso di ECG durante uno screening esso sarà attribuito al gruppo outpatient di screening. Comunque, qualora sia stata segnalata una procedura di classe E, il caso sarà attribuito all' IR-DRG che corrisponde a tale procedura. I codici IR-DRG sono costituiti da sei cifre.

- Le prime due sono relative alla MDC di attribuzione.
- La terza identifica il tipo di IR-DRG.
- La quarta e la quinta sono il numero del gruppo univoco per la MDC ed il tipo di IR-DRG.
- La sesta cifra è relativa alla sottoclasse di *severità* della malattia.

I gruppi di tipo medico e chirurgico per inpatient hanno una sottoclasse di severità che va da 1 a 3 che è determinata in base al livello più alto di severità delle diagnosi secondarie segnalate.

I gruppi outpatient hanno sottoclasse di severità zero anche se agli IR-DRG medici può essere attribuita una sottoclasse di severità da 1 a 3 in base all'intensità della visita medica (1, breve; 2, limitata; 3, estesa).

<sup>2</sup> Ad esclusione dell'MCD 18 malattie infettive, 21 traumatismi e 23 che non contengono IR-DRG chirurgico.

<sup>3</sup> Rispetto ai Medicare DRG sono state eliminate MDC relative alle ustioni (2 gruppi inclusi nella MDC 21), alle infezioni da H.I.V. (un gruppo incluso nella MDC 18) ed i traumatismi multipli rilevanti, mentre è stata introdotta una categoria per le visite mediche (outpatient)



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

## **ACG (Ambulatory Care Groups)**

Il sistema degli ACG (Ambulatory Care Groups noto anche come sistema Adjusted Clinical Group) è stato sviluppato dai ricercatori della Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health di Baltimore, USA, nei primi anni '80 con lo scopo di migliorare l'accuratezza e la precisione nelle previsioni delle performance degli erogatori, della domanda di servizi sanitari e conseguentemente l'equità nei livelli di rimborso delle prestazioni. La caratteristica di questo sistema rispetto agli altri analizzati è che la classificazione interessa non le prestazioni ma i pazienti creando classi sulla base della gravità della diagnosi, del sesso, dell'età e di tutte le diagnosi che sono state attribuite dai medici della struttura in un dato arco temporale, rappresentato tipicamente dell'anno. La logica descritta consente di catturare la natura multidimensionale della salute dell'individuo nel corso del tempo.

L'obiettivo del sistema è assegnare ad ogni individuo un unico codice ACG in grado di misurare approssimativamente il consumo atteso/effettivo di risorse per i servizi sanitari utilizzati dal paziente. I codici diagnosi utilizzati sono quelli della classificazione ICD-9-CM suddivisi per 32 gruppi di diagnosi chiamati ADG. La suddivisione si basa su 5 fattori clinici:

- durata (acuta, ricorrente o cronica): durata dell'impiego delle risorse sanitarie a questa condizione;
- severità (bassa-stabile/alta-instabile): livello di intensità delle risorse da applicare alla condizione;
- certezza della diagnosi (sintomi-malattie): ricerca diagnostica o trattamento della già individuata malattia;
- origine (infezione, ferita o altro): tipo di servizio sanitario competente;
- specialità clinica (medico, chirurgico, ostetrico ecc..).

In totale i codici ACG sono 93: al singolo paziente, che in questo caso rappresenta l'unità base per il sistema di finanziamento, viene attribuito uno di questi 93 codici in base prima all'inserimento in uno dei 32 gruppi ADG, poi in base al sesso e all'età. Il risultato è che gli individui all'interno di un medesimo codice ACG hanno sperimentato un livello simile di gravità nel problema clinico insorto e di consumo di risorse, nel corso di un medesimo intervallo temporale.

Il sistema è utilizzato attualmente come base per il pagamento di Medicaid.

A livello applicativo il sistema è stato adottato in numerosi stati della confederazione USA come ad es. Minnesota, Oregon, Maryland, Washington, California, Georgia ecc.

Il sistema in analisi ha trovato applicazione anche in paesi al di fuori degli Stati Uniti: ad esempio in Svezia, alcune regioni della Spagna. In Gran Bretagna l'ACG è utilizzato in ambito accademico, mentre la Germania, nell'ambito della riforma del sistema sanitario, sta valutandone l'uso al fine di definire con maggiore precisione la previsione di spesa.

## **APC (Ambulatory Payment Classification) - (3 M per HCFA)**

L'Ambulatory Payment Classification rappresenta l'evoluzione del sistema APG, di cui si è parlato diffusamente nella parte iniziale del documento, a cui sono state aggiunti nuovi e più completi dati. Il sistema di pagamento prospettico APC è un sistema di rimborso che raggruppa le visite dei pazienti esterni in classi utilizzando come variabili discriminatorie le caratteristiche cliniche, le risorse utilizzate, i costi associati alle diagnosi e le prestazioni rese. Il sistema di pagamento prospettico delle prestazioni così dette "outpatient" APC è stato introdotto nel programma



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Medicare<sup>(4)</sup> a partire dal 1 agosto del 2000 per la remunerazione dell'attività ambulatoriale, comprensiva di procedure chirurgiche, chemioterapia, radioterapia, visite cliniche, servizi diagnostici e attività di emergenza sanitaria. Al fine di sviluppare in modo corretto il sistema APC, la HCFA (dal 2001 trasformata in CMS – Center for Medicare Medicaid Services –) deve calcolare i costi delle procedure realizzate dall'ospedale includendo i costi per i farmaci, prescrizioni e analisi comprese nelle stesse procedure. Per realizzare questo processo di valutazione e creazione delle classi di APC sono necessari diversi anni in modo da raccogliere ed elaborare tutti i dati utili. L'unità base per il pagamento delle prestazioni è la "visita". La visita può essere costituita da una o più procedure, una visita medica, un servizio ospedaliero come ad esempio un'analisi di laboratorio o una lastra, un accesso in PS. Al pari che nel sistema APG, ad ogni visita/accesso possono essere attribuiti uno o più APC: se il paziente nel corso della visita usufruisce di più di un servizio sanitario, il pagamento complessivo per questa visita sarà calcolata come la somma dei singoli pagamenti per ogni servizio.

Il sistema è costituito da 659 gruppi così suddivisi: 262 per procedure significative, 7 per visita medica, 213 farmaceutici, 137 per apparecchiature, 1 per ospedalizzazione parziale, 39 per procedure e test non significativi. Per ogni gruppo è stabilita una tariffa. Questo sistema di pagamento delle prestazioni ambulatoriali è utilizzato per apportare dei miglioramenti nella gestione dei dati del paziente che accede ai servizi ospedalieri dall'esterno.

### ***CDPS (Chronic Illness and Disability Payment System)***

Il CDPS si è sviluppato come sistema di pagamento per malattie croniche che provocano invalidità. La programmazione sanitaria della spesa in questo contesto è molto importante dato che le invalidità comportano costi elevati di assistenza e conseguentemente una probabilità di perdite più elevata. È evidente quindi la necessità di migliorare l'accuratezza della previsione di spesa. Si basa sull'elenco diagnosi ICD-9-CM. Questo sistema è utilizzato inizialmente come strumento di Medicaid (programma sanitario rivolto alla popolazione indigente, le spese per tale servizio sono particolarmente elevate circa il 50% di esse sono riferite a servizi di lungo degenza). Originariamente il sistema utilizzato era il DPS (Disability Payment System)<sup>5</sup>. La necessità di rendere il sistema più completo e più efficace negli aggiustamenti dei valori da pagare per il servizio TANF (Temporary Assistance for Needy Families) ha spinto i ricercatori ad ampliare il numero delle diagnosi: il CDPS comprende 20 categorie diagnostiche principali. Molte delle principali categorie sono ulteriormente suddivise in sottocategorie, a seconda del grado di assorbimento di spesa associato alle diverse diagnosi. Ad esempio, le diagnosi del sistema nervoso sono divise in 3 sottocategorie per condizioni di elevati, medi e bassi costi.

Il sistema di classificazione CDPS è in uso in diversi stati degli USA, ad esempio nello stato del Maryland, Colorado, Oregon, Utah, Minnesota, Michigan; in alcuni invece, ad esempio, New Jersey, Delaware, Washington, l'uso è ancora in fase di sperimentazione.

Il CDPS include 20 categorie diagnostiche maggiori, e 15 ad alta frequenza. Esiste un codice identificativo costituito da cinque cifre di cui le prime tre sono relative alla diagnosi e le altre

<sup>4</sup> Medicare è un programma assicurativo privato per persone di età superiore ai 65 anni, sotto ai 65 anni ma con alcune patologie, e persone di tutte le età affette da insufficienza renale allo stadio finale.

<sup>5</sup> La nuova denominazione del sistema è stata scelta al fine di correggere l'impressione scorretta che il sistema di pagamento consistesse esclusivamente di invalidità o potesse essere utilizzato esclusivamente per persone affette da invalidità. La maggior parte delle diagnosi nella vecchia e nella nuova versione sono di malattia e non di invalidità.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

riguardano i gruppi di appartenenza. Ogni paziente può rientrare in più di una categoria diagnostica. Ai pazienti con diagnosi multipla viene attribuita la categoria diagnostica con il costo più alto.

### ***CPT (Current Procedural Technology)***

Il CPT un sistema numerico di codici impiegato per rappresentare servizi medici e procedure. L'obiettivo di un sistema di codifica così elaborato è quello di creare un linguaggio comune che descriva in maniera approfondita i servizi medici, chirurgici e diagnostici. In questo modo la comunicazione in codice, nel paese di adozione, tra medici, pazienti e terze parti assume un maggior livello di efficacia. Questo lavoro di codifica è il più diffuso e accettato nomenclatore medico in uso dalle imprese di assicurazioni pubbliche e private. Il linguaggio uniforme è utilizzabile anche nella formazione e nella ricerca essendo uno strumento base per confronti a livello locale, regionale e nazionale.

Il CPT è stato sviluppato dall'AMA (American Medical Association) nel 1966 negli Stati Uniti. Originariamente il sistema di codifica CPT non era stato concepito per il rimborso delle prestazioni, o per il suo uso a fini remunerativi.

La prima edizione si è concentrata soprattutto sulle procedure chirurgiche con una sezione limitata dedicata alla medicina, radiologia e procedure di laboratorio; la seconda edizione, nel 1970, si è occupata di procedure diagnostico-terapeutiche. Nel 1977 la quarta edizione è stata dedicata agli aggiornamenti significativi nella tecnologia medica.

Da allora ogni anno questo sistema viene aggiornato in modo da includere i continui cambiamenti in campo sanitario soprattutto dal punto di vista tecnologico.

Dal 1983 il CPT è stato fuso dalla HCFA ora CMS, Centers for Medicare & Medicaid services, con il proprio HCPCS (Common Procedure Coding System) dando mandato per usare il CTP come sistema fatturazione. Il nomenclatore CTP viene aggiornato annualmente dall'AMA. I codici CPT sono divisi in categoria: codici CTP I categoria descrivono una procedura o servizio identificato con un codice di 5 caratteri ed una descrizione da nomenclatore; codici CTP II categoria classificano alcuni servizi e/o risultati di test per la verifica sulla qualità della salute e dei servizi sanitari (codici per la misura delle performance), anche in questo caso si tratta di 5 caratteri alfanumerici; codici CTP III categoria hanno lo scopo di facilitare la raccolta di dati e la valutazione di nuovi servizi o procedure legate al progresso tecnologico, anche in questo caso sono costituiti da 5 caratteri alfanumerici.

### ***CRG (Clinical Risk Groups)***

I CRG sono un modello clinico in cui ogni individuo è assegnato ad un gruppo di rischio mutuamente esclusivo che raggruppa soggetti simili in quanto ad ammontare futuro di spese e risorse sanitarie assorbite, date le caratteristiche cliniche e demografiche. Poiché il sistema dei codici CRG ha base clinica, si crea un linguaggio che collega gli aspetti sanitari e finanziari della sanità.

È stato sviluppato dalla soc. 3M, che ne è proprietaria, ed è applicabile a tutta l'attività offerta dal sistema sanitario, quindi non esclusivamente all'attività outpatient.

Come descritto brevemente, il sistema elaborato dalla soc. 3M, si propone di correlare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche di ogni soggetto di una popolazione:

- alla quantità e tipo di risorse utilizzate
- ai costi che ogni soggetto ha utilizzato e/o sostenuto (descrizione)
- ai costi che ogni soggetto consumerà in futuro (predizione)



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Si basa sull'ipotesi che il livello di risorse necessario per erogare assistenza sanitaria in modo appropriato ad una popolazione è correlato al carico di malattia di quella popolazione. A tale scopo i fattori presi in considerazione per l'attribuzione ad un CTP sono: diagnosi principale, procedure, età e sesso. A livello operativo le diagnosi sono classificate in relazione alla categoria diagnostica principale di appartenenza, la durata e la severità della malattia. La logica di attribuzione seguita prevede che per ogni apparato venga individuata la patologia cronica più significativa, e per la patologia cronica più significativa individuata il livello di severità. I gruppi base sono 269. Il sistema di classificazione è dotato di un sistema di pesi applicato ad ogni codice.

### ***HCPCS (HCFA Common Procedures Coding System)***

Annualmente il sistema di assicurazione sanitaria privata degli Stati Uniti gestisce numerosissime richieste di rimborso. L'uso di un sistema di codifica uniforme risulta essere quindi un obiettivo basilare e primario per soddisfare in modo veloce ed efficiente le richieste. Il sistema HCPCS è stato elaborato a questo fine.

Il HCPCS è diviso in tre sottosistemi principali:

- livello I (CPT),
- livello II (codici nazionali)
- livello III (codici locali).

Il Livello I del HCPCS è basato sul sistema di classificazione CPT (Current Procedural Technology) pubblicato annualmente e aggiornato dall'AMA, di cui ci siamo occupati in precedenza (cfr pag 18).

Il Livello II del HCPCS è un sistema di codifica standardizzato utilizzato soprattutto per identificare i prodotti, le forniture ed i servizi non inclusi nei codici CPT, quali ad esempio i servizi dell'ambulanza e le attrezzature mediche durevoli. Il Livello II del HCPCS è stato introdotto negli anni '80. I codici sono di tipo alfanumerico: 5 caratteri, una lettera e 4 numeri, contrariamente ai codici di CPT costituiti da 5 cifre numeriche. Il III Livello del HCPCS è costituito da codici ad uso locale usati per nuove procedure e rifornimenti specifici per i quali non esiste la codifica nel livello I o II, se non l'inserimento in codici generici o di errore. In tal modo si consente la gestione di richieste di rimborso per servizi e/o procedure per le quali i livelli I e II non sono ancora aggiornati. I codici del III livello includono anche prodotti o servizi con scarsa frequenza nell'uso, o legati a territori limitati.

I codici locali di cinque cifre usano le lettere S e le lettere che vanno da W a Z.

### ***ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)***

Lo scopo della classificazione ICF è fornire una struttura ed un linguaggio unificato e standard per descrivere la salute e tutto ciò ad essa collaterale (ad esempio la scolarizzazione e il lavoro) in ambito internazionale. È frutto del lavoro del World Health Organization (WHO) che ha revisionato il precedente International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH), già in uso dagli anni '80.

L'ICF rappresenta un notevole cambiamento culturale poiché non classifica le conseguenze della malattia, bensì le componenti della salute, ovvero gli elementi che concorrono a determinare lo stato di salute di una persona.

Essa, costituita complessivamente da 1.424 codici, è articolata in due parti, ognuna delle quali contiene specifiche componenti, denominate domini della salute e degli stati ad essa correlati. La prima parte, Funzionamento e Disabilità, è costituita dai domini delle *Funzioni corporee* (fisiologiche e psicologiche).





Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

La seconda parte, Fattori contestuali, si compone dei domini *Fattori ambientali* (elementi estrinseci all'individuo quali atteggiamenti, ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza) e *Fattori personali*.

I codici ICF (lettera seguita da tre o più numeri a seconda del livello di dettaglio della descrizione) sono completi solo in presenza di un qualificatore, codificato come uno o più numeri dopo il punto. Esso specifica l'entità del livello di salute o la gravità del problema: restrizione di ciò che l'individuo fa nel suo ambiente (*performance*), limitazione nell'eseguire un compito o un'azione (*capacità*), grado in cui un fattore ambientale rappresenta una facilitazione o una barriera.

Gli scopi dell'ICF sono quelli di fornire una base scientifica all'intera materia, stabilire un linguaggio comune, consentire un confronto dei dati fra i vari paesi, dare uno schema di base per sistemi informativi sulla sanità. Per facilitarne l'uso nella pratica clinica, o nel lavoro sociale, l'OMS ha sviluppato la ICF Checklist, ovvero ha operato una selezione delle principali categorie dal testo integrale, la cui versione italiana, tradotta e approvata dal Disability Italian Network (DIN, centro di collaborazione dell'OMS per l'Italia costituita nel 2002), viene utilizzata anche all'interno del Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa della Regione Lazio oltre che in via sperimentale in altre regioni italiane come: Piemonte, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, provincia di Trento.

### ***ICPC (International Classification of Primary Care)***

ICPC è un sistema di classificazione internazionalmente riconosciuto per la rilevazione dei dati di salute nell'assistenza di base; è stato pubblicato nel 1987 da WONCA, (World Organisation of family doctors) con lo scopo di fornire una modalità univoca nella classificazione dei sintomi e problemi dell'assistenza di base. Dalla sua originaria pubblicazione, il sistema ICPC ha gradualmente ricevuto consensi a livello internazionale fino ad essere utilizzato sia in Europa che in Australia e ottenendo il riconoscimento dal World Health Organisation.

Il sistema ICPC si basa sulla classificazione ICD-9-CM.

Il sistema di classificazione ha una struttura bidimensionale, con 17 capitoli nella prima parte e 7 componenti nella seconda. I capitoli rappresentano la base del sistema con un capitolo aggiuntivo per le problematiche psicologiche e uno per i problemi sociali. Ogni capitolo è identificato da un codice alfanumerico che caratterizza poi tutti i codici appartenenti a quel capitolo. Ogni capitolo è poi suddiviso in 7 componenti.

La classificazione è fatta tenendo presente tre elementi importanti:

- 1) motivo delle visita,
- 2) diagnosi o i problemi,
- 3) processo di cura.

Si parte quindi dalla classificazione dell'episodio (dall'inizio con un RFE) fino ad arrivare alla relativa conclusione del problema, una diagnosi, o una malattia definita.

### ***PCG (Physician Care Groups)***

#### Caratteristiche del sistema PCG

Durante il periodo 1988-1990 l'HCFA (*Health Care Financing Administration*, che nel 2001 è stato sostituito da CSM ente federale che amministra l'assistenza statale) ha sviluppato un modello di pagamento prospettico per servizi ambulatoriali di specialistica riferito a pazienti esterni PPS<sup>6</sup> (*Medicare Prospective Payment System*) basato sul sistema di classificazione PCG.

<sup>6</sup> In realtà il Medicare Prospective Payment System (PPS) nasce inizialmente come metodo di pagamento dei ricoveri. Successivamente, l'utilizzo del PPS è stato esteso ai pazienti esterni.





Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Nel PPS la base di pagamento per il paziente esterno è la “visita” che potrebbe essere una visita medica o un servizio diagnostico (es. esame radiografico). Per ciascun tipo di visita la tariffa stabilita include tutti i servizi routinari associati alla visita. L’obiettivo dello sviluppo di PCGs è di creare una classificazione di pazienti in grado di spiegare il volume e la tipologia di servizi professionali utilizzati nell’assistenza ambulatoriale. Tale classificazione include: ambulatori medici, ambulatori chirurgici, ambulatori per pazienti esterni all’ospedale, pronto soccorso (ambulatori per le emergenze), comunità di salute mentale, ambulatori di riabilitazione, ambulatori rurali.

La struttura del sistema PCGs è simile a quella APGs, che è precedente all’ideazione del PCG e di fatto è stato in esso incluso: il sistema di classificazione PCG infatti, oltre a contenere il sistema APG, include anche la spesa dei medici. Il PCG si limita al rimborso delle prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni, non include prestazioni ambulatoriali erogate a pazienti ricoverati.

La differenza maggiore tra l’APGs e il PCGs sta nelle diverse componenti che rientrano nel servizio di visita medica professionale. La visita medica professionale comprende:

- Servizi tecnici, ossia l’uso di macchinari nella diagnosi e nel trattamento del paziente
- Interpretazione tecnica degli esami diagnostici
- Facility Services, servizi annessi alla visita (servizi infermieristici, farmaci)
- Ancillary Services, esami diagnostici di base (es. esami sangue) che possono far parte di una visita ma che non sono usualmente eseguiti dai medici.
- Si aggiunge poi un’ulteriore tipo di servizio relativo “professional ancillary” (i servizi ancillary sono degli esami diagnostici di base, come ad es. l’esame del sangue, radiografie ecc. che sono a volte eseguite direttamente dal medico o da altro personale sanitario in presenza del medico e che prevedono un contatto diretto tra medico e paziente).

Il sistema è basato quindi su: visita medica, procedure significative, servizi ausiliari e professional ancillary. Chiaramente la visita specialistica può includere tutto o parte dei servizi suddetti.

### Tipo e numero di PCG

Ad ogni paziente possono essere attribuiti più codici di PCG.

Esiste una classifica dei servizi che possono essere compresi negli PCG

- Servizio Completo (visita + esami eventualmente necessari)
- Solo Servizio professionale (solo visita)
- Solo Servizio tecnico (solo esami)

Esistono 411 PCG di cui 9 sono di Errore.

- I PCG di procedura significativa sono 231.
- PCG medici sono 92.
- PCG ausiliari sono 37
- PCG professionali ausiliari sono 36
- Incidentali sono 6
- Errore sono 9.

La differenza tra i PCGs e l’APGs sta nel numero di gruppi relativi a procedura significativa: negli APG sono 126, mentre nei PCG 231. Inoltre gli APG non includono servizi odontoiatrici invece gli PCG prevedono 15 procedure significative riguardanti servizi dentistici.

### Sistema di pagamento

Il sistema di pagamento dei PCG è relativo al tipo di servizio professionale erogato e al luogo di erogazione dello stesso. Vi è una distinzione di pagamento relativamente al luogo di servizio: (ambulatorio, reparto, emergenza, chirurgia ambulatoriale) e al tipo di servizio (procedura significativa, medico e professionale subordinata). In emergenza ad esempio, secondo tale sistema, per il medico che in Pronto Soccorso effettua una visita con esame diagnostico, il pagamento



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

previsto comprende la visita e solo parzialmente un'addizionale per la diagnostica. Mentre la stessa prestazione effettuata da un medico in ambulatorio prevede un pagamento completo relativo sia alla visita che alla diagnostica.

L' unità di analisi per PCG è l'ambulatorio. Una visita consiste nell'insieme di servizi di cui il paziente usufruisce nello stesso luogo e nello stesso giorno. Se il medico compie servizi per lo stesso paziente in luoghi diversi o in tempi diversi viene considerato servizio multiplo, il pagamento avviene per ciascuna singola prestazione. Esiste un sistema di attribuzione di pesi a ciascun PCG.

### ***RUG III (Resource Utilization Groups)***

Il Sistema RUG è uno strumento per la classificazione dei pazienti ospiti delle lungodegenze (cioè pazienti non autosufficienti assistiti presso strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie), utilizzato negli Stati Uniti dal 1994 per la valutazione del "Case-mix" e la remunerazione del sistema extra-ospedaliero. Il sistema RUG opera attraverso la classificazione dei pazienti in gruppi in base al diverso assorbimento di risorse. E' stato sviluppato da un gruppo di ricercatori americani su mandato della Health Care Financing Administration (Fries 1985, Cooney 1985) ed è stato costruito sulla base informatica del Resident Assessment Instrument (RAI), strumento di valutazione multidimensionale che attraverso il Minimum Data Set (MDS) indaga le principali aree problematiche dei pazienti inseriti in programmi di assistenza a lungo termine (Morris 1997) . Attualmente, il RUG è utilizzato dal Centers For Medicare&Medicaid Services (CMS) come strumento di monitoraggio, finanziamento e controllo di qualità nelle Nursing Home accreditate con i sistemi Medicare e Medicaid.

Tra i vari sistemi il RUGs è quello di più ampia e sperimentata diffusione, essendo utilizzato nella maggioranza degli stati degli USA, nel Canada (Botz 1993) e in Australia. Il sistema è stato anche introdotto e sperimentato, in Giappone (Ikegami 1994) e in numerosi stati europei: Svezia (Ljunggren 1992), UK (Carpenter 1997), Spagna (Garcia 2000), Italia (Brizioli 2000), Repubblica Ceca (Topinkova 2000).

Il RUG è disponibile in due versioni, una costituita da 34 gruppi, l'altra quella più recente (RUG III, Fries 1994), che individua 44 gruppi di assorbimento omogeneo di risorse e comprende tipologie di pazienti inseriti in programmi riabilitativi. Il sistema RUG III è un sistema di classificazione dei pazienti che parte da una scheda di rilevazione composta da 109 items e che indaga le principali condizioni cliniche e di autonomia del paziente in rapporto al carico assistenziale che ne deriva

L'architettura del RUG III prevede 44 gruppi di categorie (isorisorse assistenziali), raccolti a loro volta in 7 classi di raggruppamenti principali posti in ordine decrescente e sono:

1. Special Rehabilitation.
2. Extensive Care.
3. Special Care.
4. Clinically Complex.
5. Impaired Cognition.
6. Behaviour Problems.
7. Reduced Physical Functions.

Il criterio di attribuzione tiene conto solo marginalmente delle diagnosi di malattie in corso, realizzando un sistema di classificazione a cascata che prende in considerazione le problematiche di maggior impegno assistenziale e le incrocia con una scala di disabilità basata sulle Activity on Daily Living (ADL). L'utilizzo di questo sistema fornisce un quadro esaustivo delle caratteristiche dell'utenza in modo da poter verificare l'appropriatezza dei ricoveri e fare una stima dell'effettivo fabbisogno dei posti letto per RSA e Residenze protette.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

### ***UDG (Urgency Disposition Groups) e URG (Urgency Related Groups)***

I sistemi di classificazione UDG (Urgency Disposition Groups) e URG (Urgency Related Groups) sono stati sviluppati in Australia nel 1992, sulla base dei dati relativi ai pazienti trattati nei reparti di emergenza di 4 ospedali, analizzando i dati relativi a circa 9.000 pazienti (circa 6.000 nello studio pilota, circa 3.000 nello studio finale). Il sistema URG è una estensione del sistema UDG.

Ad oggi i sistemi UDG e URG non risultano essere utilizzati ai fini della remunerazione, in quanto il costo delle prestazioni di emergenza è incluso nella tariffa per i ricoveri; tuttavia, alcuni Stati Australiani li utilizzano per determinare il costo delle attività di emergenza.

Sia per gli UDG, sia per gli URG, le classi sono omogenee relativamente all'assorbimento di risorse. Nel sistema UDG i pazienti sono inizialmente classificati sulla base di due dimensioni, l'urgenza e la modalità di dimissione. Il case mix non viene utilizzato per valutare l'intensità dell'assistenza.

L'urgenza è misurata sulla base delle cinque categorie del sistema triage utilizzato in Australia, che prevede che l'urgenza della prestazione sia misurata attraverso il tempo (secondi, minuti, un'ora, oltre un'ora, giorni).

La modalità di dimissione è articolata in quattro categorie (ricoverato/trasferito, morto, dimesso, paziente non attende la visita); è in corso un progetto a livello nazionale per rivedere tali categorie in base alla complessità dell'assistenza.

Vi sono, complessivamente, 12 UDG.

Il sistema URG articola gli UDG in ulteriori classi, sulla base della presenza di trauma maggiore o minore o sulla base di patologie afferenti specifici apparati. Vi sono, complessivamente, 73 URG.

### ***UDAG (Urgency, Disposition and Age Groups)***

Il sistema di classificazione UDAG (Urgency, Disposition and Age Groups) è una evoluzione del sistema UDG, in quanto prende in considerazione l'età come ulteriore variabile di riferimento per valutare l'assorbimento delle risorse (9 UDG sono stati articolati in 4 classi sulla base dell'età dei pazienti). Vi sono, complessivamente, 32 UDAG.

Il sistema è stato sviluppato in Australia nel 1996. Ad oggi non risulta essere stato utilizzato ai fini della remunerazione in quanto non è stata ancora elaborata una metodologia di calcolo dei pesi da applicare ai codici.

### ***EDG (Emergency Department Groups)***

EDG è un sistema di classificazione sviluppato negli USA nel 1990, che ad oggi non risulta essere stato utilizzato ai fini della remunerazione.

I pazienti vengono classificati sulla base di:

- diagnosi, articolate secondo le MDC
- modalità di dimissione (al domicilio/in struttura non per acuti, trasferito in struttura per acuti, ricoverato, morto)
- i pazienti con dimissione al domicilio sono ulteriormente classificati in base alle diagnosi, i pazienti trasferiti o ricoverati sono ulteriormente classificati in base alle diagnosi ed alle procedure
- età

Vi sono complessivamente 216 EDG; le classi sono omogenee in relazione all'assorbimento di risorse.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

*Sintesi della rispondenza alle caratteristiche dei sistemi*

<i>Caratteristiche/Sistemi</i>	<i>Completezza</i>	<i>Facilità gestione</i>	<i>Assorbimento omogeneo risorse</i>	<i>Significatività clinica</i>	<i>Sovracodifica e frammentazione</i>	<i>Flessibilità</i>	<i>Software attribuzione</i>
<b>APG</b>	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI
<b>IRDR</b>	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI
<b>AC</b>	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI
<b>APC</b>	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI
<b>CDP</b>	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
<b>CPT</b>	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI
<b>CRG</b>	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI
<b>HCPC</b>	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI
<b>ICF</b>	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI
<b>ICP</b>	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI
<b>PCG</b>	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI
<b>DUG</b>	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI
<b>UDG/UR</b>	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI
<b>UDA</b>	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
<b>EDG</b>	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

### 1.3 Identificazione di un sistema di codifica delle diagnosi e delle prestazioni di Pronto Soccorso

#### Premessa

Da quanto emerso dalla revisione della letteratura scientifica, l'ICD-9-CM è considerato il migliore sistema di codifica attualmente utilizzato in quanto

- rappresenta uno standard internazionale sottoposto ad un periodico aggiornamento;
- rende possibile l'applicazione di sistemi di classificazione esistenti;
- garantisce la confrontabilità dei dati relativi all'attività di emergenza con quelli di ricovero, consentendo in tal modo la valutazione complessiva del percorso assistenziale;
- è già utilizzato in esperienze consolidate, tra cui il Sistema Informativo dell'Emergenza (SIES) del Lazio che dal 2000 raccoglie i dati relativi a tutti gli accessi in PS della regione utilizzando l' ICD-9-CM quale sistema di codifica delle diagnosi e quale sistema di base per la codifica delle prestazioni di Pronto Soccorso.

Poiché tuttavia le attività di Pronto Soccorso si collocano al confine tra l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera, se per la codifica delle patologie dei pazienti di Pronto Soccorso l'ICD-9-CM risulta esaustivo, per la codifica delle prestazioni di Pronto Soccorso l'ICD-9-CM non descrive in maniera esauriente le attività svolte.

Si ritiene pertanto necessario proporre l'integrazione del sistema ICD-9-CM di codifica delle procedure ospedaliere con il nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali (Decreto del Ministero della Sanità del 22/07/1996, G.U. n.126 del 14/09/1996), tenendo conto della normativa vigente riguardante i livelli essenziali di assistenza.

È stato pertanto costituito un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti delle regioni del gruppo ristretto del presente Progetto Mattone e da rappresentanti delle Società Scientifiche, esperti in assistenza di Pronto Soccorso, sistemi informativi ed epidemiologia, che ha proposto un elenco di codici essenziali per diagnosi e prestazioni in grado di

- consentire la codifica standardizzata delle diagnosi e prestazioni in PS;
- garantire l'uniformità dei criteri di assegnazione dei codici identificati su tutto il territorio nazionale.

#### 1.3.1 Individuazione codici diagnosi

##### Metodologia

Il lavoro è stato svolto secondo le fasi di seguito riportate:

1. Selezione dei **14175** codici delle diagnosi del Sistema di Classificazione ICD-9-CM versione 2002.
2. Individuazione dei codici diagnosi essenziali per descrivere le attività di PS utilizzando, per ciascun raggruppamento di patologie dell'ICD-9-CM, i seguenti criteri:
  - Scelta del livello di dettaglio utile a descrivere la specifica patologia in PS (localizzazione della malattia, eziopatogenesi...);



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

- Scelta, quando possibile, di codici con massimo livello di specificità (codici a 5 caratteri quando esistenti) al fine di consentire una migliore confrontabilità con i dati dell'attività ospedaliera (SDO)<sup>7</sup>;
3. Predisposizione per alcune condizioni patologiche o sintomi/segni di note esplicative che permettono di chiarire l'ambito di utilizzo del relativo codice. Per redigere le note esplicative ci si è attenuti principalmente a parole già esistenti nell' ICD-9-CM versione 2002.

### Alcuni esempi di applicazione della metodologia

Per le "Infezioni" per le quali difficilmente si risale all'etiopatogenesi in PS, sono stati individuati codici di tipo generico.

Per le Malattie infettive e parassitarie (001-139) e malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale (320-326) i criteri di selezione sono stati:

**Esclusione** di codici per i quali difficilmente si risale all'eziopatogenesi in PS;

**Selezione**, quindi, di codici generici (non specificati)

Esempio:

Per le "Meningiti"

1. Meningiti batteriche: codice 320.9 - Meningite da batteri non specificati;
2. Meningiti virali: codice 3212 - Meningiti da virus non altrimenti classificati;
3. Meningite ad eziologia non specificata: codice 3229 - Meningite, non specificata.

Per i Tumori (140- 239) si è utilizzato il criterio topografico di sede e le caratteristiche del tumore; i criteri di selezione sono stati:

**Esclusione** codici specifici di sede;

**Selezione**, quindi, in base alla natura (benigno, maligno primitivo, maligno secondario) e alla sede del tumore (sede generica) secondo il seguente schema:

1. Tumore di tipo maligno:
  - a. Primario
  - b. Secondario (metastatico)
2. Tumore di tipo benigno:

Esempio: Neoplasia del polmone.

#### **1.Tumore maligno**

##### **a. primario:**

- Lobo superiore: codice 1623 - Tumori Maligni del Lobo Superiore, Bronco o Polmone;
- Lobo medio: codice 1624 - Tumori Maligni del Lobo Medio, Bronco o Polmone;
- Lobo inferiore: codice 1625 - Tumori Maligni del Lobo Inferiore, Bronco o Polmone.

**b.secondario (metastatico):** codice 1970 -Tumori Maligni Secondari del Polmone

**2.Tumore benigno:** codice 2123 - Tumori Benigni di Bronchi e Polmoni.

Esempio: Neoplasia del rene.

#### **1.Tumore maligno**

<sup>7</sup> Secondo quanto previsto dal DM 380/2000





Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

**a. primario:** codice 1890 - Tumori Maligni del Rene, eccetto la Pelvi;

**b. secondario:** codice 198 - Tumori Maligni secondari del Rene.

**2. Tumore benigno:** codice 2230 - Tumori Benigni del Rene, eccetto la Pelvi.

Per le Malattie endocrine, nutrizionali metaboliche e disturbi immunitari (240-279) i criteri di selezione sono stati:

**Esclusione** di codici per i quali non è possibile una diagnosi in PS;

**Selezione** di codici in base alla caratteristica clinica della patologia e alla possibilità di effettuare la diagnosi in PS.

**Esempio: Ipoglicemia.**

1. Coma ipoglicemico - codice 2510

2. Ipoglicemia non specificata - codice 2512

**Esempio: Ipotiroidismo.**

1. Ipotiroidismo congenito - codice 243

2. Ipotiroidismo post-chirurgico - codice 2440

3. Ipotiroidismo non specificato - codice 2449

**Esempio: Diabete.**

#### **1. Diabete NID : senza menzione di complicanze**

Codice 25000 - Diabete mellito, tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, non definito se controllato, senza menzione di complicanze;

**scompensato**

Codice 25002 - Diabete mellito, tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, scompensato, senza menzione di complicanze;

**con chetoacidosi**

Codice 25010 - Diabete con chetoacidosi, tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, non definito se controllato;

**con iperosmolarità**

Codice 25020 - Diabete con iperosmolarità, tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, non definito se controllato.

#### **2. Diabete ID: senza menzione di complicanze**

Codice 25001 - Diabete mellito, tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non definito se controllato, senza menzione di complicanze;

**scompensato**

Codice 25003 - Diabete mellito, tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), scompensato;

**con chetoacidosi**

Codice 25011 - Diabete con chetoacidosi, tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non definito se controllato;

**con iperosmolarità**

Codice 25021 - Diabete con iperosmolarità, tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non definito se controllato.

Per le Malattie del sistema circolatorio (390-459) i criteri di selezione sono stati:

**Esclusione** dei codici generici,



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

**Selezione** dei codici più specifici corrispondenti a diagnosi possibili in PS, attraverso valutazione clinica e strumentale.

Per le Malattie del sistema genito-urinario (580-629) i criteri di selezione sono stati:

**Esclusione** codici per i quali difficilmente si risale alla lesione istologica in PS;

**Selezione**, quindi, di codici generici

Per le Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739) i criteri di selezione sono stati:

**Esclusione** codici specifici di sede della lesione

**Selezione**, quindi, di codici generici (sede non specificata).

Per le Malformazioni congenite (740-759) i criteri di selezione sono stati:

**Esclusione** di quasi tutti i codici in quanto tale gruppo di patologie non è motivo di accesso in PS

**Selezione** solo dei gruppi principali di tali patologie.

Poiché in alcuni casi la descrizione testuale della codifica ICD-9-CM non è risultata di immediata comprensione, il gruppo di lavoro ha deciso di chiarirne il significato attraverso note esplicative.

Esempi:

Codice 2866 - sindrome da defibrinazione,  
nota esplicativa: coagulazione intravasale disseminata (CID);

Codice 51882 - altre insufficienze polmonari, non classificate altrove  
nota esplicativa: distress respiratorio acuto;

codice 4281 -insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)  
nota esplicativa: edema polmonare acuto;

Codice 5283 - cellulite e ascesso dei tessuti molli orali  
nota esplicativa: Angina di Ludwig;

Codice 4169 - malattia cardiopolmonare cronica, non specificata  
nota esplicativa: Cuore polmonare cronico;

Codice 56039 - altro intasamento dell'intestino  
nota esplicativa: Intasamento fecale, fecaloma;

Codice 7981 - morte istantanea  
nota esplicativa: Morte improvvisa;

Codice 42781 - disfunzione del nodo senoatriale  
nota esplicativa: Sick sinus Sindrome;

Codice 94319 - eritema [primo grado], sedi multiple dell'arto superiore, esclusi il polso e la mano

nota esplicativa:ustione di I grado del braccio e avambraccio;

Codice 8500 - concussione con nessuna perdita di coscienza



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

nota esplicativa: Trauma cranico minore senza perdita di coscienza (GCS = 15);

Cocice 8501 - concussione con breve perdita di coscienza

nota esplicativa: Trauma cranico minore con breve perdita di coscienza (meno di un'ora) o con GCS = 14.

## Risultati

I **2642** codici 'essenziali' individuati e le relative eventuali note esplicative sono riportate estesamente in allegato.

L'individuazione di codici ritenuti "essenziali" per una corretta codifica in Pronto Soccorso non pregiudica comunque la possibilità per il personale sanitario di selezionare, sulla base delle possibilità, delle conoscenze cliniche e delle risorse, anche gli altri codici della classificazione internazionale ICD-9-CM versione 2002.

### 1.3.2 Individuazione codici prestazioni

#### Metodologia

Il lavoro è stato svolto secondo le fasi, di seguito riportate:

1. Selezione dei codici delle prestazioni integrando
  - il Sistema di classificazione ICD-9-CM versione 2002 (interventi/procedure)
  - il Nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali del Ministero della Salute (Decreto del Ministero della Sanità del 22/07/1996, G.U. n.126 del 14/09/1996).

I codici risultanti dall'integrazione dei due sistemi di codifica sono **4894**.

2. Individuazione dei codici degli interventi/procedure/prestazioni essenziali utilizzando i seguenti criteri:
  - Esclusione di codici relativi a prestazioni totalmente escluse dai livelli essenziali di assistenza (Allegato 2A del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001)
  - Esclusione dei codici relativi a interventi/procedure o prestazioni usualmente erogate in altri regimi assistenziali;
  - Scelta del livello di dettaglio utile a descrivere la specifica attività svolta;
  - Scelta, quando possibile, di codici con livello di specificità più elevato al fine di consentire la confrontabilità con i dati dell'attività ospedaliera (SDO)<sup>8</sup>.
3. Predisposizione per alcune attività di note esplicative che permettono di chiarire l'ambito di utilizzo del relativo codice.
4. Introduzione di un codice specifico per pazienti ai quali è stato effettuato il triage in PS ma che successivamente si sono allontanati senza essere stati sottoposti alla visita.

---

<sup>8</sup> Secondo quanto previsto dal DM 380/2000



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

## Alcuni esempi di applicazione della metodologia

### *Esempio di prestazioni non eseguibili in PS*

- Biopsia [percutanea] [agobiopsia] delle meningi cerebrali (codice 0111)
- Angioplastica coronarica percutanea transluminale di vaso singolo [PTCA] o aterectomia coronarica senza menzione di agente trombolitico (codice 3601)
- Gastrodigiunostomia percutanea [endoscopica] (codice 4432)
- Incisione dell'intestino, SAI (codice 4500)
- Potenziali evocati somato-sensoriali (codice 89154)
- Monitoraggio della pressione venosa centrale (codice 8962).

### *Esempio di scelta del livello di dettaglio utile a descrivere l'attività di PS*

#### Diagnostica ecografica dell'apparato vascolare periferico

Relativamente a tale prestazione si è ritenuto che il codice generico 8877 - Diagnostica ecografica dell'apparato vascolare periferico - fosse sufficiente a descrivere la prestazione in esame.

Il codice 8877 è stato considerato comprensivo dei codici:

- 88771 - Ecografia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa,
- 88772 - Eco(color) dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa,
- 88773 - (Laser) dopplergrafia degli arti superiori o inferiori.

#### Trasfusione

Nell'ambito delle trasfusioni in PS si è ritenuto che il codice 9901 - Exsanguino trasfusione - fosse esaustivo e quindi comprensivo di tutte le trasfusioni.

Il codice 9901 comprende quindi:

- 99071- Trasfusione di sangue ed emocomponenti
- 9904 - Trasfusione di concentrato cellulare
- 9905 - Trasfusione di piastrine;
- 9908 - Trasfusione di plasma expander

#### Iniezione o infusione di sostanze terapeutiche e profilattiche

Per quanto riguarda tale prestazione, si è ritenuto che il codice 992 - iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche e profilattiche - fosse sufficiente a descrivere le seguenti prestazioni:

- 9920 - Iniezione o infusione di inibitore piastrinico
- 9921 - Iniezione di antibiotici
- 9922 - Iniezione di altri antinfettivi
- 9923 - Iniezione di steroidi
- 9924 - Iniezione di altri ormoni
- 9926 - Iniezione di tranquillanti

### *Esempio di predisposizione di note esplicative*

- Al codice 3893 - Altro cateterismo venoso non classificato altrove per chiarirne il significato è stata attribuita la nota esplicativa "Cateterismo venoso centrale".



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

- Al codice 89385 - Determinazione del pattern respiratorio a riposo è stata attribuita la nota esplicativa “*Monitoraggio della frequenza respiratoria*”.

## Risultati

Sono stati individuati come essenziali **583** codici, di cui **84** specifici di Pronto Soccorso specialistico.

**Tabella - Sintesi della selezione dei codici delle prestazioni in PS.**

Fonte	Codici Essenziali	Codici Essenziali in PS (specialistico)	Non essenziali	Totali
<b>ICD-9-CM 2002</b>	183	42	2944	3169
<b>Nomenclatore Ministero</b>	206	24	1069	1299
<b>Comuni (ICD-9-CM e Nomenclatore Ministero)</b>	109	18	298	425
<b>Codice specifico</b>	1*			1*
<b>Totali</b>	<b>499</b>	<b>84</b>	<b>4311</b>	<b>4894</b>

\*codice specifico = codice 99999 - paziente assente alla chiamata

La tabella riportante i codici ICD-9-CM e nomenclatore delle prestazioni essenziali è riportata in allegato.

L'individuazione di codici ritenuti “essenziali” per una corretta codifica in Pronto Soccorso non pregiudica comunque la possibilità per il personale sanitario di selezionare, sulla base delle possibilità, delle conoscenze cliniche e delle risorse, anche gli altri codici della classificazione internazionale ICD-9-CM versione 2002 e del nomenclatore nazionale delle prestazioni ambulatoriali.

### 1.3.3 Sperimentazione del sistema di codifica delle prestazioni

Dal 1999 nei Pronto Soccorso del Lazio è attivo il Sistema Informativo dell’Emergenza (SIES) che raccoglie dati analitici relativi a ciascun accesso in PS della Regione ed utilizza il sistema di codifica di diagnosi e prestazioni ICD-9-CM, integrato dal nomenclatore regionale delle prestazioni ambulatoriali. Per ciascun accesso vengono registrate le prime 5 prestazioni effettuate ordinate per complessità e consumo di risorse.

È stata quindi svolta un’analisi della frequenza dei codici delle prestazioni effettuate sui dati del SIES del Lazio per l’anno 2005 ed i risultati sono riportati nelle tabelle in allegato.

Il numero delle prestazioni effettuate in PS e registrate nel SIES è pari a 5.990.675. Il 75% delle prestazioni totali è stato codificato con un codice compreso nella categoria dei codici essenziali.

### 1.3.4 Criteri di manutenzione del Sistema di classificazione delle diagnosi e prestazioni di PS

Al fine di utilizzare sistemi di codifica omogenei nei diversi settori di attività sanitaria, si prevede di adottare, quale criterio di manutenzione, l'adeguamento alle successive versioni della ICD-9-CM e del nomenclatore che saranno adottati a livello nazionale. La selezione delle prestazioni considerate essenziali per il Pronto Soccorso dovrà essere curata da un apposito gruppo di lavoro composto da personale medico esperto dell'emergenza e da rappresentanti delle Società Scientifiche del settore.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

## 1.4 Identificazione dei Sistemi di Classificazione in PS

### 1.4.1 Principali caratteristiche per un sistema di classificazione delle prestazioni di pronto soccorso

Il sistema di classificazione delle prestazioni di pronto soccorso, per poter essere utilizzato in modo efficace anche a fini di remunerazione, deve consentire di identificare la “prestazione” quale unità da remunerare.

La remunerazione delle attività di PS può interessare alternativamente:

- La prestazione elementare.
- La visita (accesso).
- L’episodio di malattia.
- Il pro capite.

Per i pazienti ospedalieri non ricoverati, con riferimento all’ambulatorio, si considera quale prestazione di base la “visita”, nel pronto soccorso la prestazione di base è l’ “accesso”.

Sia la visita che l’accesso di PS possono riferirsi all’esecuzione di una procedura, di una valutazione medica o all’esecuzione di servizi ausiliari o infermieristici.

Le principali caratteristiche che il sistema di classificazione delle prestazioni di pronto soccorso deve possedere sono:

- **Completezza** – il sistema deve essere in grado di descrivere tutti i pazienti trattati, indipendentemente dalle prestazioni elementari erogate.
- **Facilità di gestione** – deve essere semplice da implementare, in particolare la numerosità dei gruppi finali deve essere limitata (così da essere più chiaro per gli utilizzatori), dovrebbe basarsi su informazioni raccolte routinariamente, codificate secondo sistemi già in uso (in tal modo si riducono i costi di implementazione, errori nei dati, problemi amministrativi).
- **Omogeneità nell’assorbimento di risorse** – la quantità e la tipologia di risorse utilizzate nell’ambito di ciascun gruppo (es. tempo medico, strumenti utilizzati, ecc.) dovrebbero essere omogenea. In caso contrario sarebbe difficile definire un equo sistema di tariffe.
- **Significatività clinica** – la definizione di ciascuna classe dovrebbe essere clinicamente significativa, per esempio una classe relativa all’esecuzione di una procedura dovrebbe comprendere solo casi dovrebbero riferirsi ad uno specifico sistema corporeo, prevedere lo stesso approccio di intervento (es. chirurgico, endoscopico, per cutaneo, ecc.).
- **Minimizzare le possibilità di sovracodifica e di frammentazione** – deve essere minima la possibilità che gli erogatori possano assegnare un paziente ad un classe di maggiore complessità attraverso la sovracodifica. Un sistema con molte classi basate su distinzioni sottili è suscettibile di sovracodifica. In generale le classi devono essere il più possibile *broad* e *inclusive*, senza sacrificare la significatività clinica e di assorbimento di risorse. Inoltre, deve essere minima la possibilità di frammentare la prestazione per ottenere un rimborso per ciascuna degli atti erogati nel corso della prestazioni
- **Flessibilità** – il sistema deve essere strutturato in modo da costituire un cornice in grado di adattarsi a eventuali nuove tecnologie o pratiche cliniche, senza dovere essere completamente modificato





Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

Inoltre, il sistema deve essere in grado di fornire informazioni per il **controllo dei costi** e, quindi, per la **gestione** dell'ospedale e consentire il controllo della **qualità formale** dei dati su cui si fonda.

L'utilizzo di un sistema di classificazione quale base per la remunerazione può avere importanti effetti sulle modalità di gestione della struttura (ricordiamo, a titolo di esempio, gli effetti dell'introduzione del sistema di remunerazione basato su tariffe – DRG – per i ricoveri ospedalieri, in termini di efficienza operativa). Quindi la scelta di un sistema di classificazione appropriato è fondamentale per il successo del sistema di remunerazione.

Si è stabilito di selezionare, ai fini della sperimentazione da condurre, i sistemi di classificazione sulla base dei seguenti requisiti:

- rispondenza alle caratteristiche individuate
- essere già utilizzati ai fini della remunerazione
- essere aggiornati rispetto alla pratica clinica corrente
- disponibilità di sistemi informatizzati per la classificazione dei pazienti.

#### 1.4.2 I sistemi di classificazione per l'emergenza: APG e IR-DRG

La valutazione della letteratura ha portato alla selezione iniziale di soli due sistemi: l' APG e l'IR-DRG. Entrambi tali sistemi, infatti, sembrano essere in grado di rappresentare in modo esaustivo la casistica trattata in emergenza, presentano un numero di classi limitato (e, quindi, gestibile), sono aggiornati rispetto alla pratica clinica corrente, sono isorisorse e clinicamente significativi e vi è disponibilità di sistemi informatizzati per la classificazione dei pazienti. Inoltre, in considerazione delle informazioni su cui sono basati, sembrano essere in grado di minimizzare le possibilità di sovracodifica.

L'Agenzia di Sanità Pubblica ha sperimentato i due sistemi per la classificazione degli accessi in emergenza registrati nei Pronto soccorso del Lazio, su una base dati di 3 anni.

I risultati hanno messo in evidenza la minore capacità descrittiva e di gestione dei dati del sistema Ambulatory Patient Groups rispetto all'IR-DRG fra cui la possibilità di attribuire più di un codice APG per descrivere un singolo accesso.

Si forniscono di seguito due tabelle riassuntive sulle caratteristiche-capacità descrittive dei due sistemi per la casistica regionale degli accessi in PS.

#### DESCRIZIONE DI SINTESI

<b>Sistemi</b>		<b>APG</b>	<b>IR-DRG</b>
n. codici		290	288
informazioni usate	sexso	sì	sì
	età	sì	sì
	diagnosi principale	sì	sì
	diagnosi secondarie	sì	sì
	procedure	sì	sì
n. codici per paziente		> 1	1
peso relativo per codice		sì	sì
specificità clinica		sì	sì



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

### CAPACITA' DESCRITTIVE

<b>Sistemi</b>		<b>APG</b>	<b>IR-DRG</b>
rappresentazione della casistica	50% dei casi	10 codici	4 codici
	90% dei casi	37 codici	26 codici
specificità clinica nel complesso della casistica		limitata	molto limitata
specificità clinica dei codici in relazione al triage	rosso	sì	sì
	giallo	sì	sì
	verde	no	no
	bianco	no	no
correlazione peso/triage		sì	sì
evidenziazione errori delle schede		sì	sì
<i>Possibilità di utilizzo</i>			
calcolare indicatori standardizzati		sì	sì
realizzare analisi epidemiologiche		no	no
indicatori utilizzati ai fini della remunerazione		sì	sì

Il sistema IR-DRG risulta in questa valutazione di più facile gestione e applicazione, nella fase descrittiva e di calcolo della remunerazione, presentando tuttavia a sua volta anche limiti relativi soprattutto all'insufficiente specificità clinica della casistica valutata nel complesso.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

**ELENCO e DESCRIZIONE CODICI APG**

<i>APG</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Tipo_APG</i>
1	Fototerapia	SPR
2	Biopsie ed agoaspirati	SPR
3	Incisione complessa e drenaggio	SPR
4	Incisione semplice e drenaggio	SPR
5	Incisione complessa e procedure relative all'unghia	SPR
6	Rimozione asportativa della cute e sbrigliamento semplice	SPR
7	Asportazione radicale di lesione della cute	SPR
8	Escissione semplice e biopsia della cute e del sottocutaneo	SPR
9	Ricostruzione complessa di tessuto cutaneo a mezzo di innesto con lembo semplice e peduncolato, correzione tegumentaria	SPR
10	Semplice riparazione della cute	SPR
11	Incisione semplice , escissione della mammella	SPR
12	Mastectomia e ricostruzione della mammella	SPR
21	Procedure complesse relative all'apparato muscolo-scheletrico esclusa mano e piede	SPR
22	Procedure semplici relative all'apparato muscolo-scheletrico	SPR
23	Procedure complesse relative all'apparato muscolo-scheletrico di mano e piede	SPR
24	Procedure semplici relative all'apparato muscolo-scheletrico di mano e piede	SPR
25	Artroscopia	SPR
26	Applicazione di gesso , bendaggio	SPR
27	Rimozione di gesso e di altri dispositivi ortopedici esterni	SPR
28	Riduzione a cielo chiuso di lussazione di polso, gomito, mano e dita della mano, articolazione temporomandibolare	SPR
29	Riduzione a cielo chiuso di fratture di arto superiore ed inferiore e riduzione della lussazione della spalla	SPR
30	Trattamento a cielo aperto o percutaneo di frattura	SPR
31	Manipolazione ossea o articolare in anestesia	SPR
32	Procedure antinfiammatorie	SPR
33	Artroplastica	SPR
34	Tendinotomia della mano e del piede	SPR
35	Artrocentesi ed infiltrazioni in legamenti e tendini	SPR
51	Test di funzionalità respiratoria	SPR
52	Biopsia della pleura e toracentesi	SPR
53	Endoscopia complessa delle vie aeree superiori	SPR
54	Endoscopia semplice delle vie aeree superiori	SPR
55	Endoscopia delle vie aeree inferiori	SPR
57	Terapia respiratoria	SPR
71	Test da sforzo	SPR
72	Ecocardiografia	SPR
73	Ecocardioppler	SPR



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

74	Test elettrofisiologici del cuore	SPR
75	Posizionamento di catetere transvenoso	SPR
76	Cateterizzazione cardiaca a scopo diagnostico	SPR
77	Angioplastica e procedure transcateretere	SPR
78	Posizionamento e rimozione di pacemaker	SPR
79	Rimozione e riparazione di pacemaker e dispositivo vascolare	SPR
80	Riparazione vascolare minore e costruzione di fistola (dialisi renale)	SPR
81	Stripping varici arto inferiore e iniezione vascolare	SPR
82	Legatura vascolare	SPR
83	Cardioversione	SPR
84	Riabilitazione cardiologica	SPR
91	Chemioterapia per iniezione	SPR
92	Chemioterapia esclusa via venosa	SPR
93	Flebotomia	SPR
94	Aferesi	SPR
95	Procedure su tiroide e sistema linfatico	SPR
96	Test allergologici	SPR
97	Trasfusioni	SPR
111	Studio della funzionalità digestiva , rimozione di corpo estraneo, drenaggio percutaneo addominale	SPR
112	Risoluzione di stenosi esofagea	SPR
113	Proctosigmoidoscopia a scopo diagnostico	SPR
114	Proctosigmoidoscopia e rimozione di corpo estraneo	SPR
115	Endoscopia del tratto intestinale superiore a scopo diagnostico	SPR
116	Endoscopia esofago e stomaco a scopo terapeutico	SPR
117	Endoscopia del tratto intestinale inferiore	SPR
118	ERCP	SPR
119	Procedure per ernia e idrocele	SPR
120	Procedure complesse a livello anale e rettale	SPR
121	Procedure semplici a livello anale e rettale	SPR
122	Miscellanea di procedure addominali	SPR
123	Procedure complesse laparoscopiche	SPR
124	Procedure semplici	SPR
131	Litotrixxia extracorporea	SPR
132	Prove di urodinamica	SPR
133	Posizionamento di catetere e risoluzione di stenosi	SPR
134	Ureterosopia e meatoplastica	SPR
135	Cisto ureterosopia	SPR
136	Cistotomia percutanea, posizionamento di catetere ureterale	SPR
137	Procedure complesse uretrali	SPR
138	Procedure semplici uretrali	SPR
139	Emodialisi	SPR
140	Dialisi peritoneale	SPR
151	Procedure su testicolo ed epididimo	SPR
152	Posizionamento di protesi peniene	SPR
153	Procedure peniene complesse	SPR



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

154	Procedure peniene semplici	SPR
155	Biopsia prostatica	SPR
171	Fecondazione assistita	SPR
172	Procedure di diagnosi prenatale	SPR
173	Trattamento a seguito di aborto spontaneo	SPR
174	Aborto terapeutico	SPR
175	Parto per via naturale	SPR
176	Procedure complesse su apparato riproduttivo femminile	SPR
177	Procedure semplici su organi riproduttivi femminili	SPR
178	Dilatazione e curettage	SPR
179	Isteroscopia	SPR
180	Colposcopia	SPR
191	EEG dinamico e studi poligrafici	SPR
192	EEG	SPR
193	Elettroshock	SPR
194	Test su muscoli e nervi	SPR
195	Iniezioni in strutture nervose	SPR
196	Riparazione e rimozione di dispositivo neurologico	SPR
197	Impianto di shunt ventricolare e neurostimolatore	SPR
198	Resezione e riparazione di nervi periferici	SPR
199	Rachicentesi	SPR
211	Esami e procedure oftalmologiche minori	SPR
212	Posizionamento di lenti a contatto	SPR
213	Procedure sull'occhio mediante laser	SPR
214	Interventi di cataratta	SPR
215	Procedure complesse sul segmento anteriore dell'occhio	SPR
216	Procedure di complessità intermedia sul segmento anteriore dell'occhio	SPR
217	Procedure semplici sul segmento anteriore dell'occhio	SPR
218	Procedure complesse al segmento posteriore dell'occhio	SPR
219	Procedure semplici sul segmento posteriore dell'occhio	SPR
220	Strabismo e procedure sull'apparato oculomotore	SPR
221	Riparazione complessa e procedure di plastica oculare	SPR
222	Riparazione semplice e procedure di plastica oculare	SPR
223	Vitrectomia	SPR
231	Impianto di protesi cocleare	SPR
232	Esami di funzionalità otorinolaringoiatrica	SPR
233	Tamponamento e cauterizzazione nasale	SPR
234	Procedure complesse su ossa facciali e cavità orale	SPR
235	Miscellanea di procedure semplici su orecchio, naso, cavità orale	SPR
236	Procedure su tonsille e adenoidi	SPR
237	Test audiometrici	SPR
251	Medicina nucleare terapeutica	SPR
252	Radioterapia e ipertermia	SPR
253	Radiologia vascolare	SPR
254	Mielografia	SPR
255	Procedure radiologiche con mezzo di contrasto	SPR



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

271	Terapia occupazionale	SPR
272	Medicina fisica e riabilitazione	SPR
273	Logoterapia, valutazione funzione vestibolare ed acustica	SPR
281	Test neuropsicologici	SPR
282	Ospedalizzazione parziale per una giornata per abuso di sostanze	SPR
283	Ospedalizzazione parziale per una giornata per malattie mentali	SPR
284	Ospedalizzazione parziale di mezza giornata per abuso di sostanze	SPR
285	Ospedalizzazione parziale di mezza giornata per malattia mentale	SPR
286	Consulenza e psicoterapia individuale	SPR
287	Psicoterapia individuale	SPR
288	Psicoterapia familiare	SPR
289	Psicoterapia di gruppo	SPR
301	Medicina nucleare diagnostica complessa	ANC
302	Medicina nucleare diagnostica di complessità intermedia	ANC
303	Medicina nucleare diagnostica semplice	ANC
304	Diagnostica a mezzo ultrasuoni per problemi ostetrici	ANC
305	Diagnostica per mezzo di ultrasuoni eccetto per problemi ostetrici	ANC
306	RMN	ANC
307	TAC	ANC
308	Procedure radiologiche ed ecografiche sulla ghiandola mammaria	ANC
309	Radiologia del cranio e dell'apparato digerente	ANC
310	Procedure radiologiche semplici	ANC
311	Preparazione per trattamento radiologico terapeutico	ANC
321	Anestesia	ANC
331	Test genetici, immunologici e colturali di particolare complessità	ANC
332	Test genetici, immunologici e colturali di complessità intermedia	ANC
333	Esami istopatologici ( compreso striscio di Papanicolau )	ANC
341	Tipizzazione gruppo sanguigno e tissutale	ANC
342	Esami immunosierologici complessi	ANC
343	Esami immunosierologici semplici	ANC
344	Esami microbiologici complessi e ricerca di anticorpi	ANC
345	Esami microbiologici semplici, intradermoreazione , ricerca di anticorpi	ANC
346	Esami endocrinologici e metabolici complessi	ANC
347	Esami endocrinologici e metabolici semplici	ANC
348	Esami biochimici complessi	ANC
349	Esami biochimici semplici	ANC
350	Esami biochimici di base	ANC
351	Esami biochimici multipli	ANC
352	Esami per inquadramento diagnostico di patologia o di funzione d'organo	ANC
353	Test tossicologici	ANC
354	Monitoraggio farmacologico	ANC
355	Assetto coagulativo complesso	ANC
356	Assetto coagulativo semplice	ANC
357	Esami ematologici complessi	ANC
358	Esami ematologici semplici	ANC
359	Esame della funzione urinaria	ANC





Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

360	Stick urinari	ANC
371	Test della funzionalità respiratoria semplice	ANC
372	Terapia infusione	ANC
373	ECG	ANC
374	Immunizzazione complessa	ANC
375	Immunizzazione moderata	ANC
376	Immunizzazione per allergia	ANC
377	Procedure ostetriche e ginecologiche minori	ANC
378	Esami cardiaci e vascolari	ANC
379	Analisi oftalmologica minore	ANC
380	Controllo e programmazione di pacemaker	ANC
381	Procedure relative a catetere	ANC
382	Fornitura di protesi visive	ANC
383	Iniezione con eventuale posizionamento di catetere vascolare	ANC
384	Medicazioni e bendaggi	ANC
385	Miscellanea di altre procedure ausiliari	ANC
386	Rieducazione motoria	ANC
391	Farmaci per chemioterapia di classe 1	ANC
392	Farmaci per chemioterapia di classe 2	ANC
393	Farmaci per chemioterapia di classe 3	ANC
394	Farmaci per chemioterapia di classe 4	ANC
395	Farmaci per chemioterapia di classe 5	ANC
411	Gestione di farmaci psicotropici	ANC
412	Terapia occupazionale	ANC
421	Prestazione incidentale a visita medica, per procedura o terapia significativa	INC
422	Indicatore di visita medica	MVI
431	Neoplasia maligna apparato emopoietico	MED
432	Neoplasia maligna prostatica	MED
433	Neoplasia maligna polmone	MED
434	Neoplasia maligna mammella	MED
435	Neoplasia maligna gastrointestinale	MED
436	Neoplasia maligna cutanea	MED
437	Altre neoplasie maligne	MED
451	Avvelenamento	MED
461	Trauma cranico e spinale	MED
462	Traumi minori pelle e tessuti molli eccetto ustioni	MED
463	Traumi pelle e tessuti molli eccetto ustioni	MED
464	Fratture, lussazioni e distorsioni	MED
465	Ustioni	MED
466	Altri traumi	MED
481	Neonati ed anomalie congenite	MED
491	Assistenza prenatale di routine	MED
492	Complicanze parto della madre	MED
493	Assistenza postparto di routine	MED
494	Complicanze postparto della madre	MED
501	Malattie infettive complesse	MED



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

502	Miscellanea di malattie infettive	MED
503	Malattie infettive degli organi genitali	MED
511	Attacco ischemico transitorio, accidente cerebrovascolare ed altre patologie cerebrovascolari	MED
512	Cefalea	MED
513	Epilessia	MED
514	Sincope	MED
515	Altre malattie del sistema nervoso	MED
531	Cataratta	MED
532	Disturbi della rifrazione	MED
533	Congiuntivite ed altre infiammazioni esterne semplici dell'occhio	MED
534	Malattie dell'occhio eccetto cataratta, disturbi della rifrazione e congiuntivite	MED
541	Malattie dentali	MED
542	Influenza, infezioni orecchio, naso, gola e vie aere superiori	MED
543	Perdita di udito	MED
544	Altre malattie complesse orecchio, naso, gola e bocca	MED
545	Altre malattie semplici orecchio, naso, gola e bocca	MED
561	Enfisema, bronchite cronica ed asma	MED
562	Polmonite	MED
563	Malattie respiratorie complesse eccetto enfisema, bronchite cronica ed asma	MED
564	Malattie respiratorie semplici eccetto enfisema, bronchite cronica ed asma	MED
571	Insufficienza cardiaca congestizia e cardiopatia ischemica	MED
572	Iperensione	MED
573	Dolore toracico con enzimi cardiaci	MED
574	Dolore toracico senza enzimi cardiaci	MED
575	Malattie cardiovascolari semplici eccetto insufficienza cardiaca congestizia, cardiopatia	MED
576	Malattie cardiovascolari complesse eccetto insufficienza cardiaca congestizia, cardiopatia ischemica ed ipertensione	MED
591	Gastroenteriti non infettive	MED
592	Ulcera, gastrite ed esofagite	MED
593	Malattie epatobiliari	MED
594	Ernia	MED
595	Emorroidi ed altre malattie ano-rettali	MED
596	Altre malattie gastrointestinali complesse	MED
597	Altre malattie gastrointestinali semplici	MED
611	Segni e sintomi maggiori	MED
621	Disturbi del dorso	MED
622	Malattie del sistema muscolo-scheletrico complesse eccetto disturbi del dorso	MED
623	Malattie del sistema muscolo-scheletrico semplici eccetto disturbi del dorso	MED
631	Malattie delle unghie	MED
632	Ulcera cronica della cute	MED
633	Cellulite, impetigine e linfagite	MED
634	Malattie della mammella	MED
635	Altre malattie della cute	MED
651	Diabete	MED



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

652	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche complesse eccetto diabete e obesità	MED
653	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche semplici eccetto diabete e obesità	MED
654	Alterazione degli elettroliti e del volume ematico	MED
661	Infezioni delle vie urinarie	MED
662	Insufficienza renale	MED
663	Malattie urinarie complesse eccetto infezioni delle vie urinarie ed insufficienza renale	MED
664	Malattie urinarie semplici eccetto infezioni delle vie urinarie ed insufficienza renale	MED
671	Ipertrofia prostatica benigna	MED
672	Malattie dell'Apparato riproduttivo maschile eccetto ipertrofia prostatica benigna	MED
681	Malattie ginecologiche	MED
691	Infezione da HIV	MED
692	Anemia	MED
693	Altre malattie immunitarie ed ematologiche complesse	MED
694	Altre malattie immunitarie ed ematologiche semplici	MED
701	Visita medica nell'adulto	MED
702	Assistenza al bambino	MED
703	Gestione della contraccezione e della procreazione	MED
704	Assistenza riabilitativa	MED
705	Segni e sintomi aspecifici e altri contatti con i servizi sanitari	MED
721	Causa del decesso sconosciuta	MED
992	Codice di procedura non valido	ERR
993	Procedura che necessita di ricovero	ERR
994	Autopsia	ERR
995	Luogo di cura e prestazione non 'coperta'	ERR
996	Codice di motivo della visita non valido	ERR
997	I codici E non possono essere utilizzati quale motivo della visita	ERR
998	Motivo della visita non accettabile ; richiesta una procedura	ERR
999	Non attribuibile	ERR

TIPO APG

SPR: intervento/procedura significativa

ANC: procedura/test ausiliario

MED: visita medica

ERR: errore

RAD: radiologia

LAB: laboratorio

MIL: malattia mentale/abuso di sostanze

INC: procedura/test incidentale

MVI: indicatore di visita medica



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

**ELENCO e DESCRIZIONE CODICI IR-DRG**

<b>IR-DRG</b>	<b>Descrizione</b>
01.2.10	Craniotomia
01.2.11	Interventi di shunt ventricolare
01.2.12	Interventi su vasi extracranici
01.2.13	Decompressione del tunnel carpale
01.2.21	Interventi su nervi periferici complessi
01.2.22	Interventi su nervi periferici non complessi
01.2.31	Interventi sul midollo spinale complessi
01.2.32	Interventi sul midollo spinale non complessi
01.3.10	Rachicentesi e iniezione spinale
01.3.11	Iniezione sui nervi periferici
01.3.12	Altri interventi/procedure neurologiche
01.3.13	Elettroencefalografia
02.2.21	Interventi complessi su occhio esterno
02.2.22	Interventi moderatamente complessi su occhio esterno
02.2.23	Interventi non complessi su occhio esterno
02.2.31	Interventi complessi sul segmento anteriore dell'occhio
02.2.32	Interventi moderatamente complessi sul segmento anteriore dell'occhio
02.2.33	Interventi non complessi sul segmento anteriore dell'occhio
02.2.34	Interventi complessi sul segmento posteriore dell'occhio
02.2.35	Interventi non complessi sul segmento posteriore dell'occhio
02.2.36	Interventi di cataratta
02.2.37	Fotocoagulazione retinica ed interventi di crioterapia
02.3.10	Interventi sull'occhio con il laser moderatamente complessi
02.3.11	Interventi sulle strutture extraoculari non complessi
02.3.12	Altri interventi sull'occhio
02.3.13	Procedure diagnostiche e diagnostica per immagini sull'occhio
03.2.10	Interventi complessi sulla laringe
03.2.11	Altri interventi complessi sul capo e sul collo
03.2.12	Interventi su seni e mastoide
03.2.13	Interventi sulle ghiandole salivari
03.2.14	Riparazione di cheiloschisi e palatoschisi
03.2.15	Interventi su tonsille e adenoidi
03.2.21	Interventi complessi su orecchio, naso, bocca e gola
03.2.22	Interventi moderatamente complessi su orecchio, naso, bocca e gola
03.2.23	Rinoplastica
03.2.24	Interventi non complessi sul naso
03.2.25	Interventi sull'orecchio medio
03.2.31	Interventi complessi su bocca e lingua
03.2.32	Interventi non complessi su bocca e lingua
03.3.10	Altri interventi moderatamente complessi su orecchio, naso, bocca e gola
03.3.11	Altri interventi non complessi su orecchio, naso, bocca e gola
03.3.12	Tamponamento e cauterizzazione nasali
03.3.13	Altre procedure diagnostiche su orecchio, naso, bocca e gola
03.3.14	Test funzionali su orecchio, naso, bocca e gola
03.3.15	Altri interventi non complessi su orecchio, naso, bocca e gola



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

03.3.16	Procedure sui denti
04.2.10	Interventi complessi sul sistema respiratorio
04.2.21	Interventi con ventilazione meccanica di breve durata
04.2.22	Interventi su laringe e trachea
04.2.31	Toracosopia/mediastinoscopia
04.2.32	Interventi sul torace intermedio
04.3.10	Interventi sulla parete toracica
04.3.11	Inserzione di tubo nel torace
04.3.12	Toracentesi
04.3.13	Terapia respiratoria
04.3.14	Biopsia e aspirazione per via percutanea
04.3.15	Broncoscopia
04.3.16	Test di funzionalità polmonare
04.3.17	Altri interventi sul sistema respiratorio
05.2.11	Impianto di defibrillatore cardiaco e di sistema di circolazione assistita
05.2.12	Interventi complessi sul sistema vascolare toracico
05.2.13	Interventi complessi sul sistema vascolare addominale
05.2.14	Impianto di pacemaker cardiaco permanente
05.2.15	Cateterismo cardiaco
05.2.16	Revisione di pacemaker cardiaco e defibrillatore eccetto sostituzione
05.2.17	Legatura e stripping di vene
05.2.21	Angiografia arteriosa non cardiaca
05.2.22	Interventi moderatamente complessi sul sistema vascolare
05.2.23	Interventi non complessi sul sistema vascolare
05.2.31	Impianto o sostituzione di cardiofibrillatore
05.2.32	Impianto o sostituzione di pacemaker cardiaco
05.2.41	Procedure elettrofisiologiche
05.2.42	Angioplastica coronarica e altri interventi cardiovascolari per via percutanea
05.3.10	Rianimazione
05.3.11	Cardioversione
05.3.12	Altri interventi cardiaci minori
05.3.13	Ecocardiografia
05.3.14	Prova da sforzo
05.3.15	Procedure di monitoraggio e funzionalità cardiovascolari
06.2.10	Interventi non complessi su intestino crasso e tenue
06.2.11	Lisi di aderenze peritoneali
06.2.12	Interventi per ernia eccetto inguinale e femorale
06.2.13	Interventi sull'appendice
06.2.14	Interventi per ernia inguinale e femorale
06.2.21	Interventi complessi su intestino crasso e tenue
06.2.22	Interventi complessi sul tratto superiore gastrointestinale
06.2.31	Interventi moderatamente complessi sul tratto superiore gastrointestinale
06.2.32	Altri interventi sul tratto superiore gastrointestinale
06.2.41	Laparoscopia
06.2.42	Laparotomia ed altri interventi gastrointestinali
06.2.51	Interventi sulle emorroidi
06.2.52	Interventi moderatamente complessi anali e retali
06.2.53	Interventi non complessi anali e retali



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

06.3.10	Altri interventi gastrointestinali non complessi
06.3.11	Interventi non complessi anali e rettali
06.3.12	Sigmoidoscopia e anoscopia complessa
06.3.13	Colonoscopia
06.3.14	Endoscopia complessa tratto superiore gastrointestinale
06.3.15	Endoscopia non complessa tratto superiore gastrointestinale
06.3.16	Altri interventi gastrointestinali
07.2.10	Interventi sul pancreas e fegato
07.2.11	Interventi complessi sulle vie biliari
07.2.12	Colecistectomia eccetto laparoscopica
07.2.13	Altri interventi epatobiliari e sul pancreas
07.2.14	Colecistectomia laparoscopica
07.3.10	Interventi sul fegato e vie biliari per via percutanea
07.3.11	Interventi sulle vie biliari per via endoscopica
07.3.12	Altri interventi epatobiliari e sul pancreas
08.2.10	Interventi ricostruttivi di ossa del cranio e della faccia
08.2.21	Interventi complessi su anca e femore
08.2.22	Interventi non complessi su anca e femore
08.2.31	Interventi per borsite dell'alluce
08.2.32	Altri interventi sul piede
08.2.41	Artrotomia, incisione ed escissione ossea
08.2.42	Rimozione di dispositivo impiantato
08.2.51	Interventi complessi sui tessuti molli
08.2.52	Interventi non complessi sui tessuti molli
08.2.61	Artroscopia
08.2.62	Altri interventi su ossa e articolazioni
08.2.63	Incisioni, biopsie e innesti ossei
08.2.64	Interventi complessi su cranio e faccia
08.2.65	Interventi non complessi su cranio e faccia
08.2.71	Interventi complessi su ginocchio e parte inferiore della gamba
08.2.72	Interventi non complessi su ginocchio e parte inferiore della gamba
08.2.81	Interventi complessi su braccio, gomito e spalla
08.2.82	Interventi non complessi su braccio, gomito e spalla
08.2.83	Interventi complessi su mano e polso
08.2.84	Interventi non complessi su mano e polso
08.3.10	Interventi manipolativi osteopatici
08.3.11	Procedure diagnostiche e terapeutiche sul sistema muscolo-scheletrico
08.3.12	Biopsie delle articolazioni e procedure di trazione scheletrica
08.3.13	Riduzione di frattura chiusa
08.3.14	Riduzione di frattura facciale chiusa
08.3.15	Applicazione di gesso e stecca
08.3.16	Fisioterapia e procedure minori sul sistema muscolo-scheletrico
08.3.17	Adattamento di protesi
09.2.21	Trapianto di pelle complesso per ustioni
09.2.22	Trapianto di pelle non complesso per ustioni
09.2.31	Trapianto di pelle complesso non per ustioni
09.2.32	Trapianto di pelle non complesso non per ustioni





Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

09.2.41	Interventi di chirurgia plastica
09.2.42	Altri interventi su pelle e tessuto sottocutaneo
09.2.51	Mastectomia
09.2.52	Interventi complessi sulla mammella non per mastectomia
09.2.53	Interventi non complessi sulla mammella non per mastectomia
09.3.10	Altri interventi non complessi sulla mammella
09.3.11	Interventi complessi sulla pelle
09.3.12	Interventi non complessi sulla pelle
10.2.10	Interventi sul surrene
10.2.21	Interventi complessi su tiroide e paratiroide
10.2.22	Interventi non complessi su tiroide, paratiroide e dotto tireoglosso
10.3.10	Procedure diagnostiche endocrine
11.2.11	Interventi complessi su vescica
11.2.12	Creazione, revisione e rimozione di dispositivo per dialisi
11.2.21	Litotritore extracorporeo a impulsi sulle vie urinarie
11.2.22	Interventi complessi su rene e uretere
11.2.23	Interventi moderatamente complessi su rene e uretere
11.2.24	Interventi non complessi su rene e uretere
11.2.31	Interventi complessi su vescica e uretra
11.2.32	Interventi non complessi su vescica e uretra
11.2.41	Interventi complessi sull'uretra e per via transuretrale
11.2.42	Interventi non complessi sull'uretra e per via transuretrale
11.3.10	Interventi su rene e uretere
11.3.11	Studio di flusso ed altre indagini diagnostiche sulle vie urinarie
11.3.12	Cistoscopia ed endoscopia non complessa delle vie urinarie
11.3.13	Altri interventi non complessi sulle vie urinarie
11.3.14	Dialisi
11.3.15	Altri interventi sul rene, sulle vie urinarie e correlati
12.2.10	Interventi complessi di prostatectomia
12.2.11	Interventi sul pene
12.2.12	Interventi moderatamente complessi sulla prostata e sullo scroto
12.2.13	Interventi non complessi sulla prostata e sullo scroto
12.2.14	Prostatectomia transuretrale
12.2.15	Circoncisione
12.3.10	Interventi per sterilizzazione maschile
12.3.11	Procedure diagnostiche e terapeutiche sull'apparato genitale maschile
12.3.12	Altri interventi sull'apparato genitale maschile
13.2.10	Interventi per aborto
13.2.11	Dilatazione e raschiamento, interventi intrauterini e sulla cervice
13.2.12	Interruzione tubarica a cielo aperto
13.2.13	Interruzione tubarica per via endoscopica
13.2.21	Interventi complessi sulla pelvi a cielo aperto
13.2.22	Interventi non complessi sulla pelvi a cielo aperto
13.2.23	Interventi ginecologici per via laparoscopica
13.2.31	Isterectomia vaginale e interventi complessi sulla vagina
13.2.32	Riparazione di cistocele e interventi vulvovaginali moderatamente complessi
13.2.33	Interventi vulvovaginali non complessi
13.2.34	Altri interventi ginecologici



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

13.3.10	Interventi ginecologici non complessi per via endoscopica
13.3.11	Interventi ginecologici moderatamente complessi
13.3.12	Interventi ginecologici non complessi
14.7.10	Parto cesareo
14.7.11	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
14.7.12	Parto vaginale con intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
14.7.13	Parto vaginale
15.9.10	Neonato, deceduto o trasferito ad altra struttura per acuti
15.9.11	Neonato, peso alla nascita 1000 – 1499 grammi
15.9.12	Neonato, peso alla nascita 1500 – 1999 grammi
15.9.13	Neonato, peso alla nascita 2000 – 2499 grammi
15.9.14	Neonato, peso alla nascita > 2499 grammi con anomalia maggiore o patologia ereditaria
15.9.15	Neonato, peso alla nascita > 2499 grammi con sindrome da aspirazione massiva
15.9.16	Neonato, peso alla nascita > 2499 grammi con infezioni congenite/perinatali
15.9.17	Neonato, peso alla nascita > 2499 grammi
16.2.10	Trapianto di midollo osseo
16.2.11	Interventi sulla milza
16.2.21	Interventi complessi sui linfonodi e sul timo
16.2.22	Interventi non complessi sui linfonodi e sul timo
16.3.10	Trasfusione e procedure terapeutiche sul midollo osseo
16.3.11	Procedure diagnostiche sul sangue e sugli organi emopoietici
17.3.10	Radioterapia
17.3.11	Chemioterapia per neoplasie maligne di polmone e vescica
17.3.12	Chemioterapia per neoplasie maligne del colon
17.3.13	Chemioterapia per neoplasie maligne della mammella e delle ovaie
17.3.14	Chemioterapia per neoplasie maligne gastrointestinali
17.3.15	Chemioterapia per melanoma, neoplasie maligne di rene e prostata
17.3.16	Chemioterapia per neoplasie maligne cerebrali
17.3.17	Chemioterapia per neoplasie maligne di testa e collo
17.3.18	Chemioterapia per leucemia acuta
17.3.19	Chemioterapia per linfoma, mieloma o neoplasie maligne dei testicoli
17.3.20	Chemioterapia per neoplasie maligne della pelle
17.3.21	Chemioterapia per neoplasie maligne ginecologiche
17.3.22	Chemioterapia per neoplasie maligne metastatiche
17.3.23	Chemioterapia per altre neoplasie maligne
19.3.10	Diagnosi di malattia mentale con intervento chirurgico
19.5.10	Servizi di salute mentali estensivi
19.5.11	Terapia di gruppo
19.5.12	Salute mentale con test diagnostici
19.5.13	Psicoterapia individuale per adulti per disturbi acuti
19.5.14	Psicoterapia individuale per adulti per disturbi non acuti
19.5.15	Trattamento individuale per ritardo mentale
19.5.16	Psicoterapia individuale per disturbi mentali dell'infanzia
20.2.10	Terapia riabilitativa o terapia riabilitativa e disintossicante combinate per abuso o dipendenza da alcol e farmaci
22.3.10	Radiochirurgia
22.3.11	Litotritore extracorporeo a impulsi eccetto vie urinarie e biliari
22.3.12	Riabilitazione



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

22.3.13	Miscellanea di procedure ancillari non complesse
22.3.14	Studi diagnostici sul sonno
22.3.15	Studi cardiaci di medicina nucleare
22.3.16	Risonanza magnetica
22.3.17	Medicina nucleare
22.3.18	Tomografia computerizzata testa
22.3.19	Altra tomografia computerizzata
22.3.20	Diagnostica per immagini delle vie urinarie con mezzi di contrasto
22.3.21	Diagnostica per immagini sul sistema vascolare con mezzi di contrasto
22.3.22	Altra diagnostica per immagini con mezzi di contrasto
22.3.23	Altre procedure con ultrasuoni
22.3.24	Procedure con ultrasuoni sul sistema vascolare
22.3.25	Procedure con ultrasuoni ginecologiche
22.3.26	Radiografie moderatamente complesse
22.3.27	Cura delle ferite
22.3.28	Diagnostica per immagini della mammella
22.3.29	Altra diagnostica per immagini
22.3.30	Fototerapia
23.5.10	Motivo della visita: abuso di sostanze acuto
23.5.11	Motivo della visita: abuso di sostanze non acuto
23.5.12	Motivo della visita: patologia dentale
23.5.13	Motivo della visita: esame generale
23.5.14	Motivo della visita: plain films
23.5.15	Motivo della visita: elettrocardiogramma
23.5.16	Motivo della visita: vaccinazione
23.5.17	Motivo della visita: infusione
23.5.18	Motivo della visita: consulto o altro esame
23.5.19	Motivo della visita: altro contatto per assistenza
23.5.20	Motivo della visita: minaccia di aborto
23.5.21	Motivo della visita: aborto
23.5.22	Motivo della visita: falso travaglio
23.5.23	Motivo della visita: condizione antepartum
23.5.24	Motivo della visita: condizione postpartum
23.5.25	Motivo della visita: condizione acuta gastrointestinale
23.5.26	Motivo della visita: condizione acuta bronchiale
23.5.27	Motivo della visita: condizione acuta relativa al sistema nervoso centrale
23.5.28	Motivo della visita: trauma del sistema nervoso centrale
23.5.29	Motivo della visita: insufficienza cardiaca congestizia e altre condizioni cardiache
23.5.30	Motivo della visita: infarto acuto del miocardio e aritmia
23.5.31	Motivo della visita: frattura significativa
23.5.32	Motivo della visita: condizione acuta delle vie urinarie
23.5.33	Motivo della visita: condizione acuta ematologica
23.5.34	Motivo della visita: infezione da H.I.V.
23.5.35	Motivo della visita: infezione acuta
23.5.36	Motivo della visita: alterazioni metaboliche acute
23.5.37	Motivo della visita: arresto cardiaco, arresto respiratorio e shock
23.5.38	Motivo della visita: condizione polmonare acuta
23.5.39	Motivo della visita: trauma complesso dei tessuti molli



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

23.5.40	Motivo della visita: infezione acuta delle vie urinarie
23.5.41	Motivo della visita: altra condizione acuta complessa
23.5.42	Motivo della visita: altra condizione non acuta complessa
23.5.43	Motivo della visita: altra condizione cronica complessa
23.5.44	Motivo della visita: altra condizione cronica non complessa
99.0.19	Non attribuibile: la diagnosi non può essere selezionata come principale
99.0.29	Non attribuibile: il codice di diagnosi principale non è valido
99.0.39	Non attribuibile: manca la diagnosi principale
99.0.49	Non attribuibile: età non valida
99.0.59	Non attribuibile: sesso non valido
99.0.69	Non attribuibile: modalità di dimissione non valida
99.0.79	Non attribuibile: peso alla nascita non valido
99.0.89	Non attribuibile: durata delle degenza non valida
99.0.99	Non attribuibile: caso outpatient con segnalazione di intervento/procedura inpatient
99.0.109	Non attribuibile: caso outpatient con basso peso alla nascita
99.0.119	Non attribuibile: maschio con criteri di attribuzione non soddisfatti
99.0.129	Non attribuibile: femmina con criteri di attribuzione non soddisfatti
99.0.139	Non attribuibile: diagnosi principale non valida per la MDC 14 (Parto)
99.0.149	Non attribuibile: diagnosi non valida per un caso con età > 7 giorni



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

## 1.5 Bibliografia

European Emergency Data (EED) Project An EMS Data-based Health Surveillance System.- Status Quo March 2004 - *Report to the Second Health Systems Working Party Luxembourg*, 25 March.

Garrison HG, Maio RF, Spaite, Desmond JF, Gregor MA, O'Malley PJ, Stiell IG, Cayten CG, Chew Jr. JL, MS, MacKenzie EJ, Miller DR. Emergency Medical Services Outcomes Project III (EMSOP III): The role of risk adjustment in out-of-hospital outcomes research. *Annals of Emergency Medicine*. July 2002 (Volume 40, Number 1).

Mann et al. Use Of Nhtsa Uniform Prehospital Data Elements Prehospital Emergency Care. January-March 2004 (Volume 8, Number 1).

The State Emergency Department Databases (SEDD).In: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/overview.jsp>

Averill RF, Goldfield NI, Gregg LW, Grant TM, Shafir BV, Mullin RL. Development of a Prospective Payment System for Hospital-Based Outpatient Care - 3M HIS Research Report 12-1997.

Il sistema di classificazione degli International Refined DRG v. 2.0 - Versione 2004/02 – 3M Health Information Systems.

Adams EK, Bronstein JM, Raskind-Hood C. Adjusted Clinical Groups: Predictive Accuracy for Medicaid Enrollees in Three States. *Health Care Financing Review/Fall 2002/Volume 24, Number 1*.

Zarabozo C. Issues in Managed Care - *Health Care Financing Review/Fall 2002/Volume 24, Number 1*.

The Impact of APCs on Hospital Outpatient Care. *Oncology Issues*, Sept./Oct. 1999.

HCFA Will Update Outpatient Drug Cost Database Before Issuing Final Rule. *The Pink Sheet*, September 20, 1999,

Coding Notes: Getting Ready for APCs. *Journal of AHIMA*, September, 1999.

Same Day Surgery, "Will final APC regulations be published in '99." September, 1999.

Kronick R, Gilmer T, Dreyfus T, Lee L. Improving Health-Based Payment for Medicaid - Beneficiaries: CDPS - *HEALTH CARE FINANCING REVIEW/Spring 2000/Volume 21, Number 3: 29*.

CPT 5 - American Medical Association (AMA) – 2003.

Averill RF, Goldfield NI, Eisenhandler J, Muldoon JH, Hughes JS, Neff JM, Gay JC, Gregg LW, Gannon DE, Shafir BV, Bagadia FA, Steinbeck BA. Development and Evaluation of Clinical Risk Groups (CRGs) - 3M HIS Research Report 9-1999.



Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

HCPCS - Healthcare Common Procedure Coding System - Medicare program; procedures for coding and payment determinations for clinical laboratory tests and for durable medical equipment – 2003.

ICF - World Health Organization - 2001.

[www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/index.html](http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/index.html)

<http://www.rivm.nl/who-fic/cdromthesaurus/Glossary.pdf#search='icpc2'>

<http://www.fmrc.org.au/>

Averill RF, Eisenhandler J, Pgoldfield NI, Hughes JS, Gannon DE, Shafir BV, Gregg LW. The Development of a Prospective Payment System for Ambulatory Professional Services - 3M HIS Research Report 3-99.

Progetto RUG – ARS Marche (<http://www.ars.marche.it/rug/>).

Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). Institute of Gerontology, University of Michigan, Ann Arbor 48109-2007.

Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L. Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy Aging Clin Exp Res. 2003 Jun; 15(3):243-53.

Duckett SJ, Jackson T. Paying for hospital emergency care under a single-payer system. Ann Emerg Med 2001.





Regione Lazio



Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

## **Ringraziamenti**

Un particolare ringraziamento va a:

*Cinzia Barletta (SIMEU)*

*Marcello Covino (SIMEU)*

*Fabrizio Fabi (SIMEU)*

*Maurizio Gregori (SIMEU)*

*Adolfo Pagnanelli (SIMEU)*

*Enzo Tesei (SIMEU)*

*Stefano Calderale (SICUT)*

*Giustino Boccassini (Osp. Oftalmico – Roma)*

*Bruno Krop (Osp. Oftalmico – Roma)*

*Rocco Mileo (Osp. Oftalmico – Roma)*

*Walter D'Anella (Osp. G. Eastman – Roma)*

*Emanuela Ortolani (Osp. G. Eastman – Roma)*

*Gianluca Bellocchi (Osp. S. Camillo - Forlanini - Roma)*

*Dott. Cremonesi (Regione Liguria)*

*Dott. ssa Pelaggi (Regione Calabria)*

*Dott. ssa Affuso (Regione Marche)*

*Dott. Di Grande (Regione Sicilia)*

*Guido Di Gioacchino (Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio)*

*Antonella Polenta (Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio)*