

Deliberazione della Giunta Regionale 5 settembre 2011, n. 17-2559

Linee guida per la codificazione delle Schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale ICD-9-CM 2007. Revisione 2011.

A relazione dell'Assessore Monferino:

Premesso che:

il DM 28.12.91 istituisce la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) quale parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale;

la Scheda di dimissione ospedaliera contiene le informazioni necessarie per l'attribuzione dei ricoveri ai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG) e per l'individuazione della tariffa relativa a ciascun episodio di ricovero;

la compilazione deve avvenire nel rispetto delle indicazioni definite in ambito ministeriale, regionale e delle linee guida adottate dalla Regione Piemonte in merito alla corretta codifica delle informazioni cliniche;

è necessario che le regioni diano attuazione all'accordo tra Governo e Regioni concernete l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) del 29 aprile 2010 rep. Atti 64/esr;

dato atto che:

con D.G.R. n. 4-10568 del 12.1.2009 la Giunta Regionale ha adottato con decorrenza 1.1.2009 il sistema di classificazione delle schede di dimissione ospedaliera della International Classification of Diseases 9th revision Clinical modification (ICD9CM) nella versione 2007, prevedendo l'utilizzo del grouper 24 per l'attribuzione dei ricoveri ai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG);

l'atto sopracitato predispone una classificazione più precisa ed analitica delle diagnosi, degli interventi e delle procedure terapeutiche, con relativa revisione del sistema di attribuzione dei D.R.G., ai fini della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera;

preso atto che dall'attività istituzionale di controllo della corretta codifica sono emerse problematiche nella rappresentazione di alcuni episodi di ricovero che necessitano di indicazioni od integrazioni alle precedenti linee guida di cui alla D.G.R. n. 27-12741 del 7.12.2009 e successiva integrazione prevista dalla D.G.R. n. 34-448 del 2.8.2010, le quali già contenevano aggiornamenti derivanti dall'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 29 aprile 2010, rep. Atti 64;

considerato che le linee guida in materia di corretta codifica della SDO costituiscono uno dei principali strumenti di verifica della correttezza delle informazioni contenute nella SDO, la cui affidabilità viene ad essere valutata attraverso controlli operati dalla Regione Piemonte in ottemperanza della D.G.R. n. 41-2372 del 13.3.2006 avente come oggetto "Attività di controllo sulla corretta codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera e individuazione delle modalità attuative del disposto del comma 2 dell'art. 88 della Legge n. 388 del 23.12.2000. Modificazioni alla D.G.R. n. 33-13816 del 2.11.2004." e del relativo protocollo operativo di cui alla D.D. n. 66 del 21.4.2006;

valutata l'esigenza di fornire miglioramenti in merito alla qualità delle informazioni cliniche riportate sulla SDO, di raggiungere una maggiore appropriatezza nell'utilizzo dei codici ICD-9-CM e di fornire uno strumento di riferimento per l'attività di codifica, a tutte le strutture di ricovero eroganti prestazioni per il S.S.N., in attuazione del principio di omogeneità, affinché non si rilevino difformità nella selezione dei codici e delle diagnosi sul territorio regionale;

considerato quanto sopra si rileva la necessità di aggiornare le indicazioni sulla corretta codifica fornite con D.G.R. n. 27-12741 del 7.12.2009 con l'allegato alla presente deliberazione di cui fa parte integrante e sostanziale: "Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007 – Revisione 2011." Tale documento è stato predisposto in collaborazione con la "Commissione tecnica per la valutazione della corretta codifica delle SDO e monitoraggio dell'attività di ricovero" costituita ai sensi della D.G.R. n. 7-13150 del 1.2.2010;

visto il Decreto del Ministro della Sanità del 27.10.2000 n. 380 "Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati" e s.m.i.;

visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 29 aprile 2010, rep. Atti 64 "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002, rep. atti n. 1457.";

vista la D.G.R. n. 41-2372 del 13.3.2006;

vista la D.D. n. 66 del 21.4.2006;

la Giunta Regionale con voto unanime espresso nelle forme di legge,

delibera

per le motivazioni indicate in premessa:

di approvare i contenuti del documento allegato "Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007 - Revisione 2011" quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione che sostituisce l'analogo documento approvato con la D.G.R. n. 27-12741 del 7.12.2009, che andranno osservati a decorrere dall'attività di ricovero erogata nell'anno 2011;

di stabilire che tale documento costituisce riferimento per l'attività di monitoraggio e controllo dell'attività di ricovero da parte dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte;

di richiedere di garantirne l'osservanza ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie, ai Legali rappresentanti di tutti gli Istituti di ricovero eroganti prestazioni per il S.S.N..

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Allegato

“Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007- Revisione 2011”

INDICE

Premessa	13
Aspetti giuridico-normativi	14
Principi generali e responsabilità	16
SDO e DRG.....	18
La scheda di dimissione ospedaliera.....	18
DRG	18
Diagnosi principale	19
Diagnosi secondarie.....	19
<i>Diagnosi secondarie obbligatorie</i>	<i>20</i>
<i>Risultati anomali.....</i>	<i>20</i>
<i>Anamnesi</i>	<i>20</i>
Interventi e procedure	21
<i>Intervento principale.....</i>	<i>21</i>
<i>Data di esecuzione.....</i>	<i>23</i>
<i>Correlazione con la diagnosi principale.....</i>	<i>23</i>
<i>Approccio chirurgico – via d’accesso.....</i>	<i>23</i>
<i>Prestazioni ricevute in ospedali diversi da quello di ricovero</i>	<i>23</i>
I codici ICD-9-CM 2007 Regole generali.....	25
Codici diagnosi.....	25
<i>Anatomia dei codici diagnosi.....</i>	<i>26</i>
<i>Ricerca dei codici diagnosi.....</i>	<i>26</i>
<i>Codici combinati.....</i>	<i>27</i>
<i>Codifica multipla</i>	<i>28</i>
<i>Condizioni acute e croniche riacutizzate.....</i>	<i>30</i>
<i>Postumi.....</i>	<i>30</i>
<i>Condizioni “imminenti”</i>	<i>32</i>
<i>Codici V.....</i>	<i>32</i>
<i>Codici E</i>	<i>33</i>
Codici intervento-procedura	34
<i>Regole generali di codificazione.....</i>	<i>34</i>
<i>Codici combinati.....</i>	<i>34</i>

<i>Codifica multipla</i>	34
<i>Appendicectomia in corso d'altro intervento (en passant)</i>	35
<i>Interventi bilaterali</i>	35
<i>Terapie ripetute</i>	35
Biopsie	36
<i>Biopsie endoscopiche:</i>	36
<i>Biopsie per spazzolamento (brush) o per aspirazione</i>	36
<i>Biopsie in corso di intervento chirurgico</i>	36
<i>Biopsia (osteo)midollare</i>	36
<i>Conversione da laparoscopia o toracoscopia o artroscopia in cielo aperto</i>	36
I codici ICD-9-CM 2007 Regole specifiche	38
Capitolo 1 Malattie infettive e parassitarie (001-139)	39
Stato di portatore o portatore sospetto di malattie infettive	39
Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana.....	39
Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio	40
Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico	40
<i>Setticemia o sepsi</i>	40
<i>Sepsi severa</i>	40
<i>Shock settico</i>	41
<i>SIRS non da infezione</i>	41
Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041 batteriche e 079 da virus e Chlamydiae)	41
Codifica delle infezioni nel neonato.....	41
Capitolo 2 Tumori (140-239)	43
Tumori di natura non specificata.....	43
Osservazione per sospetto di tumore maligno	43
Ricovero per diagnosi o stadiazione.....	44
Ricovero finalizzato al follow-up del paziente oncologico	44
Ricovero per intervento o procedura invasiva	44
Ricovero per RT o CT	44
Ricovero per cicli di immunoterapia.....	44
Ricovero per brachiterapia o per terapie radiometaboliche per neoplasie maligne	45

Trattamento di chemioembolizzazione, di alcolizzazione o di termoablazione di tumore epatico	45
Metodica “stop flow”	45
Ricovero per inserimento di “accesso vascolare”	46
<i>Totalmente impiantabile (port-a-cath)</i>	46
<i>Non totalmente impiantabile (Groshong, Midline, PICC)</i>	46
Ricovero per il trattamento di una complicanza.....	46
Ricovero per patologia acuta in paziente neoplastico	46
Estensione per contiguità o a distanza (metastasi)	46
Ricovero per cure palliative	47
Recidiva neoplastica	47
Linfoma	47
Sindrome Mielodisplastica	48
Ricostruzione chirurgica della mammella in paziente mastectomizzata.....	48
Linfonodo sentinella.....	48
<i>Asportazione di linfonodo sentinella effettuata in corso di rimozione di tumore</i>	48
<i>Asportazione di linfonodo sentinella effettuata dopo la rimozione di tumore</i>	49
Asportazione estensiva successiva a diagnosi di Melanoma (radicalizzazione).....	49
<i>Istologia negativa del tessuto asportato</i>	49
<i>Istologia positiva del tessuto asportato diagnosi principale</i>	49
Codici M.....	49
Capitolo 3 Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240-279)	50
Diabete mellito e complicazioni del diabete	50
<i>Tipo di diabete</i>	51
Diabete latente	51
Diabete provocato da terapia con steroidi	51
Diabete gestazionale.....	52
Gravidanza in diabetica.....	52
Malfunzionamento di pompa di insulina.....	52
Trombosi arterovenosa in dializzato	52
Recentazione necrosi diabetica e rimozione frammenti ossei necrotici	52

Capitolo 4 Malattie del sangue e degli organi ematopoietici (280 – 289)	53
Anemia.....	53
Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali	53
Difetti della coagulazione	54
<i>Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti</i>	54
<i>Trattamento con anticoagulanti senza problemi emorragici</i>	54
<i>Tempo di protrombina prolungato</i>	54
Capitolo 5 Disturbi mentali (290 – 319)	55
Demenze	55
Capitolo 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi di dei sensi (320-389)	57
Dolore e terapia antalgica	57
Epilessie	58
Emiplegia e altre sindromi paralitiche	59
Biopsia percutanea di lesione cerebrale.....	60
Chirurgia oftalmica	60
<i>Anestesia</i>	60
<i>Iniezione intravitreale</i>	60
<i>Innesto di limbus e innesto di membrana amniotica</i>	60
<i>Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto</i>	60
<i>Impianto di lipociti per gravi retinopatie</i>	61
<i>Impianto di rete contenitiva per il cristallino</i>	61
Capitolo 7 Malattie del sistema circolatorio (390-459)	62
Ipertensione arteriosa	62
<i>Ipertensione essenziale</i>	62
<i>Cardiopatía ipertensiva</i>	62
<i>Nefropatia cronica ipertensiva</i>	63
<i>Cardio-nefropatia cronica ipertensiva</i>	63
<i>Cerebrovasculopatía ipertensiva</i>	64
<i>Retinopatía ipertensiva</i>	64
<i>Ipertensione transitoria</i>	64
<i>Ipertensione non controllata</i>	64
Infarto miocardico acuto (IMA).....	64

<i>Durata superiore alle otto settimane</i>	65
<i>Infarto miocardio pregresso</i>	65
Insufficienza cardiaca nell'immediato periodo post-operatorio.....	65
Vasi cerebrali o pre-cerebrali.....	65
Vasi coronarici	65
<i>Angioplastica coronarica</i>	65
<i>Tecnica laser</i>	65
Altri vasi.....	65
Ricovero per impianto di pace-maker	66
<i>Malfunzionamento del pace-maker</i>	66
<i>Impianto PM permanente</i>	66
<i>Sostituzione delle pile</i>	66
<i>Apparecchio a camera doppia</i>	66
<i>Sostituzione di PM</i>	67
<i>Pacemaker temporaneo</i>	67
Portatori di by-pass, protesi valvolari, pace maker	67
Sindromi dolorose dovute ad arteriopatie ostruttive degli arti inferiori con l'applicazione di neurostimolatore spinale	67
<i>Sostituzione del neurostimolatore spinale</i>	67
Trombosi arterovenosa in dializzato	67
Intervento di crossing.....	68
Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare.....	68
Intervento di SEPS.....	68
TIPSS.....	68
Brachiterapia	68
Inserimento di "port a cath" o altri accessi vascolari.....	68
Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria	68
Chiusura del difetto interatriale per via percutanea (con inserimento di protesi)	69
Riparazione di difetto del setto atriale e chiusura del forame ovale.....	69
<i>A cielo aperto</i>	69
<i>Via percutanea</i>	69
Follow-up - convalescenza per intervento cardiocirurgico.....	69

Capitolo 8 Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	70
BPCO.....	70
<i>In diagnosi secondaria la BPCO senza riacutizzazione (codice 491.20) può essere segnalata solo se ha comportato un significativo impegno clinico-assistenziale in termini di terapie aggiuntive o di prolungamento della degenza chiaramente esplicitato in cartella clinica.</i>	70
Inserimento di protesi fonatoria in pazienti laringectomizzati	70
Terapia ventilatoria	70
<i>Gestione dell'Insufficienza Respiratoria</i>	71
<i>Terapia respiratoria non invasiva – Gruppo codici 93.9</i>	71
<i>Terapia respiratoria invasiva – Gruppo dei codici 96.7</i>	71
Procedure endoscopiche	72
<i>Inserzione di protesi tracheale senza asportazione del tumore.</i>	72
<i>Inserzione di protesi tracheale con asportazione del tumore</i>	72
<i>Inserzione di protesi bronchiale senza asportazione del tumore</i>	72
<i>Inserzione di protesi bronchiale con asportazione del tumore</i>	72
Ablazione percutanea	72
Capitolo 9 Malattie dell'apparato digerente (520-579)	73
Ernie addominali.....	73
Colica addominale	73
Complicazioni da colostomia ed enterostomia.....	73
Codifica di alcune forme di displasia di organi digerenti.....	73
Emorroidectomia secondo Longo o PPH o emorroidectomia con stapler o intervento con tecnica Hal.....	74
Intervento di Starr.....	74
Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon.....	74
Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto.....	74
Protesi dello sfintere anale.....	74
Protesi metallica esofagea	75
Videoendoscopia diagnostica con capsula.....	75
Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del fegato.....	75
Esofagite con emorragia e varici esofagee.....	75
Capitolo 10 Malattie dell'apparato genito-urinario (580-629)	76

Insufficienze renali acute e croniche.....	76
Colica renale.....	76
Intervento per la correzione del varicocele	76
Stent uretrale.....	77
Impianto di pace-maker neurali.....	77
Fimosi.....	77
Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del rene.....	77
Ematuria	77
Capitolo 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677).....	78
Note generali sulla SDO materna	78
Parto fisiologico.....	79
Gravidanza multipla	80
Condizioni complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio	80
<i>Condizioni infettive complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio.....</i>	<i>80</i>
Analgesia per il travaglio di parto	81
Taglio cesareo.....	81
Parto che è avvenuto al di fuori del presidio ospedaliero,	82
Riospedalizzazione di mamma in allattamento.....	82
Aborto farmacologico	82
<i>Scheda ISTAT</i>	<i>83</i>
Capitolo 12 Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (680-709)	84
Lesioni da decubito	84
Asportazione di lesioni cutanee	84
Capitolo 13 Malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo (710-739) 90	
Fratture patologiche.....	90
Vertebroplastica / Cifoplastica	90
Trapianto osteocondrale	90
<i>Primo intervento per autotrapianto.....</i>	<i>90</i>
Intervento per via endoscopica	90
Legamenti crociati del ginocchio	91
Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio.....	91
Sindrome del tunnel carpale.....	91

Interventi sulla spalla	91
<i>Lussazione ricorrente della spalla</i>	92
<i>Rottura atraumatica della cuffia dei rotatori</i>	92
<i>Rigidità di spalla, blocco di spalla</i>	92
<i>Entesopatie periferiche e le sindromi analoghe</i>	92
Interventi per ernia discale	92
<i>Approccio chirurgico classico o mini-invasivo</i>	92
<i>Iniezione locale sostanze terapeutiche</i>	93
Rimozione di mezzi di fissazione	93
Capitolo 14 Malformazioni congenite (740-759)	94
Regole specifiche di codifica	94
Capitolo 15 Condizioni morbose di origine perinatale (760-779) e codifica del neonato	95
Note generali SDO neonato (fino a 28 giorni di vita)	95
Evento nascita	95
<i>Diagnosi principale</i>	95
<i>Diagnosi secondarie</i>	96
Vaccinazioni e screening.....	96
Nato morto.....	96
Ricovero di neonato successivamente all'evento nascita (fino ai 28 giorni di vita).....	97
<i>Neonato sano che accompagna la madre</i>	97
<i>Neonato sano, nato fuori dall'ospedale e ricoverato con la madre</i>	97
<i>Neonato ricoverato per patologia (ricovero successivo)</i>	97
<i>Ricovero per osservazione di condizioni morbose sospette</i>	97
Cause materne di morbilità e mortalità perinatale.....	97
Infezioni neonatali.....	97
Disturbi della crescita e del peso alla nascita.....	98
Traumi ostetrici.....	98
Ipossia intrauterina e problemi respiratori neonatali.....	98
Nato da madre positiva per infezione (nascita)	98
<i>Neonato sano e con accertamenti negativi</i>	98
<i>Neonato asintomatico ma positivo agli accertamenti colturali e sierologici</i>	99

<i>Neonato sintomatico</i>	99
<i>Neonato asintomatico con accertamenti positivi ma non ancora dirimenti circa la possibile trasmissione dell'infezione</i>	99
Neonato nato da madre con rottura prematura delle membrane.....	99
Malattia emolitica del neonato anti Rh o anti AB0.....	99
Ittero neonatale	100
Neonato da madre diabetica (nascita).....	100
Nato da madre che assume sostanze potenzialmente tossiche	101
Neonati trasferiti.....	102
Capitolo 16 Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (780-799)	103
Capitolo 17 Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	104
Complicazioni di trapianto di rene.....	104
SIRS da processi non infettivi.....	104
Avvelenamento e intossicazione da farmaci.....	104
Capitolo 18 Codici V della classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	105
Ricerca dei codici V	106
Condizioni pregresse (V10 - V15)	106
Circostanze connesse alla riproduzione e allo sviluppo	106
Nati vivi secondo il tipo di nascita (V27._ - V39._).....	106
Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi (V42 e V43).....	107
Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica (V51)	107
Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (V52._ - V53._)	107
Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54)	107
Controllo di aperture artificiali (V55._).....	107
Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi (V56 - V58) ..	107
Accesso venoso per dializzati	108
Donatori di organi o tessuti (V59.1 - V59.8).....	108
Altri motivi giustificati di indisponibilità di servizi medici.....	108
Trattamento non eseguito (V64.1 - V64.2 - V64.3).....	108
<i>Ricovero ordinario programmato (non urgente)</i>	109
<i>Ricovero ordinario non programmato (urgente)</i>	110

Ricovero per cure palliative (V66.7)	111
Osservazione e valutazione di condizioni sospette (V71.0 e V71.9).....	111
Capitolo 19 Ricoveri in reparti di recupero e riabilitazione funzionale (56), neuroriabilitazione (75) e unità spinale (28).	112

Premessa

In queste linee guida sono contenute

- le regole generali per individuare i codici delle diagnosi e degli interventi-procedure da inserire nella scheda di dimissione ospedaliera;
- le regole specifiche per codificare particolari situazioni cliniche.

Queste linee guida rappresentano, pertanto, un'integrazione e una maggiore specificazione delle principali fonti per la codifica delle informazioni sanitarie della SDO con particolare riferimento all'accordo il Governo e le Regioni concernente l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche delle SDO del 29.4.2010 (rep. Atti 64/esr).

Esse vanno quindi utilizzate ed applicate per le dimissioni di tutti gli Istituti di ricovero del Piemonte

Aspetti giuridico-normativi

La Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) costituisce una rappresentazione sintetica della cartella clinica finalizzata a consentire una raccolta economica e di qualità controllabile di alcune tra le informazioni contenute nella cartella stessa.

La corretta rappresentazione della cartella clinica, attraverso il sistema di Classificazione delle malattie ICD-9-CM, è pertanto condizione indispensabile per la raccolta delle informazioni circa le modalità dell'assistenza erogata oltre che strumento di supporto per studi di tipo epidemiologico. Nell'attuale sistema di remunerazione a tariffa l'archivio informatizzato della SDO consente inoltre di valutare i costi e le scelte programmatiche ai vari livelli regionali e aziendali.

Quanto sopra pone in evidenza la necessità di avere a disposizione informazioni raccolte in modo accurato e che soddisfino il principio di congruenza.

È da tener conto inoltre che il corretto approccio al sistema e alle norme che regolano la corretta codifica della SDO si riflette in particolar modo sulle valutazioni dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri nel loro complesso e pertanto in tale contesto risulta utile procedere, da parte dei medici, in accordo e con il supporto di linee guida clinico-organizzative.

La Regione Piemonte ha svolto nel tempo studi e verifiche finalizzate a valutare e sostenere gli istituti di cura nella ricerca della più corretta identificazione e selezione dei codici di codifica. Nel corso delle operazioni di controllo derivanti dalle indicazioni fornite dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 41-2372 del 13.3.2006 avente ad oggetto *"Attività di controllo sulla corretta compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera e individuazione delle modalità attuative del disposto del comma 2 dell'art. 88 della Legge n. 388 del 23.12.2000. Modificazioni alla D.G.R. 33-13816 del 02.11.2004"* è stato possibile valutare l'accuratezza della codificazione della Scheda di dimissione ospedaliera ed evidenziare alcune difficoltà nella corretta rappresentazione di determinate patologie o interventi chirurgici. Pertanto sono state elaborate ulteriori indicazioni che dovrebbero facilitare la corretta codifica e che sono contenute nelle presenti linee guida.

Il presente documento costituisce inoltre un aggiornamento delle precedenti linee guida, approvate con D.G.R. n. 27-12741 del 20.7.2009, sulla base delle innovazioni introdotte nel sistema in adeguamento alla versione italiana 2007 della International Classification of Diseases 9th revision Clinical modification (ICD9CM), con l'utilizzo del Grouper 24 per l'attribuzione dei ricoveri ai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG). La struttura del documento prevede, nella prima parte, la descrizione delle regole generali per la corretta attività di codificazione mentre, nella seconda parte, sono previsti gli approfondimenti di codifica per gruppi di patologie o interventi e le relative modificazioni dei codici introdotte dalla versione 2007 della Classificazione.

La traduzione italiana della classificazione ICD-9-CM nella versione 2007 è stata edita dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato con il titolo "*Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche*" (www.ipzs.it) ed è consultabile sul sito della Regione Piemonte.

Il Decreto Ministero della Salute n. 135 dell'8 luglio 2010 prevede che tra le informazioni contenute nella SDO deve essere anche inserita la codificazione E (E800 – E999) della classificazione ICD9CM versione 2007 di Causa esterna di traumatismi, degli avvelenamenti e di altri effetti avversi.

Principi generali e responsabilità

1. La scheda di dimissione ospedaliera (in seguito “SDO”) costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale (DM 28.12.1991 “Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera”).
2. La SDO costituisce “una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa” (Linee guida ministeriali 17.6.1992 “La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D.M. 28.12.1991”).
3. La compilazione della SDO e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle linee guida nazionali e regionali.
4. La responsabilità della corretta compilazione della SDO compete al medico dimettente; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione (art. 2 c. 3 del D.M. 380 del 27.10.2000 concernente: “Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati”).
5. Si ritiene che sia il medico responsabile dell'assistenza e della dimissione il più qualificato nell'identificare i codici e la loro gerarchia, rispondenti all'episodio di ricovero.
6. Il Direttore Sanitario dell'Istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate (art. 2 c. 4 del D.M. 380 del 27.10.2000).¹
7. Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'Istituto di cura nel medesimo regime assistenziale.
8. Ne consegue che il medico dimettente deve tenere in considerazione, nel compilare la SDO, l'intero percorso diagnostico e terapeutico del paziente, compresi i referti di procedure diagnostiche (in particolare di anatomia patologica) necessari alla corretta e conclusiva identificazione delle diagnosi e non limitarsi a segnalare i trattamenti e le diagnosi effettuati nel proprio reparto.
9. L'eventuale trasferimento interno del paziente da una Struttura Organizzativa all'altra dello stesso Istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione, fatto salvo quelli in post-acuzie (riabilitazione-lungodegenza) o per indicazioni specifiche.

¹ Qui “direttore sanitario dell'istituto di cura” deve essere interpretato come direttore medico di presidio e non come direttore sanitario d'azienda.

10. Nel caso, invece, di trasferimento del paziente dal regime di ricovero diurno a quello ordinario, o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova cartella clinica e una nuova SDO.

SDO e DRG

La scheda di dimissione ospedaliera

La Scheda di dimissione ospedaliera (SDO), cartacea e informatica, serve a raccogliere una serie di dati amministrativi e clinici, relativi al singolo ricovero ospedaliero.

La SDO deve fornire una rappresentazione sintetica del caso trattato, coerente con il contenuto della cartella clinica.

L'articolo 2, comma 3 del Regolamento contenuto nel D.M. 380/2000 recita:

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

Il linguaggio con cui si compone tale sintesi clinica sono sei codici diagnosi e sei codici intervento-procedura. La scelta dei codici compete al medico dimettente, che li deve individuare nella classificazione ICD-9-CM 2007.

DRG

Queste informazioni cliniche sotto forma di codici, insieme ad altri elementi quali il sesso, l'età del paziente, le modalità di dimissione sono utilizzate per classificare ogni ricovero in un raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG, Diagnosis Related Groups).

Il raggruppamento avviene seguendo un criterio di suddivisione apparato-organo e di assorbimento delle risorse di tutto l'ospedale, mediamente necessarie a trattare casi clinici di quel tipo.

Tale assorbimento di risorse è espresso mediante un peso, cui corrisponde una tariffa in proporzione.

Generalmente, poiché l'assorbimento di risorse è maggiore nei casi clinici gravi, il peso è proporzionale alla gravità clinica.

La classificazione DRG, sin dagli albori subì una metamorfosi, e venne strutturata per rimborsare gli ospedali e non per misurare la gravità clinica della casistica. Anche in Italia l'adozione dei DRG ha avuto un *primum movens* amministrativo e la scelta dei

codici è funzionale all'attribuzione di un DRG coerente con il caso trattato. Favorire questa coerenza è lo scopo di queste linee guida.

Diagnosi principale

La prima delle sei diagnosi è detta diagnosi principale, perché deve essere la patologia che alla fine del ricovero è la principale responsabile dello stesso. Di tutto il ricovero, a prescindere dai trasferimenti interni.

Talora, in presenza di pluri-patologie, può essere oggettivamente difficile stabilire quale sia la diagnosi principale. Un criterio può essere quello di individuare alla fine del ricovero quale ha determinato il maggior numero di giornate di degenza o quale ha reso necessario la terapia o la diagnostica più invasiva. Oppure per quale è stato necessario praticare un intervento chirurgico.

La definizione ai sensi del DM 80/2000 di diagnosi principale è la seguente:

La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

La diagnosi principale deve essere una patologia, una sindrome; si può indicare un segno, un sintomo, una condizione mal definita solo quando durante il ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva o quando vi è diversa indicazione dalle linee guida.

Le linee guida ministeriali in proposito affermano:

Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati, per la codifica della diagnosi principale, i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 della Classificazione (codici 780 - 789).

Più avanti sono illustrate le eccezioni a questo principio generale, al fine di garantire l'attribuzione di un DRG coerente.

Diagnosi secondarie

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni documentate che:

1. coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito [prima condizione]

2. e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza [seconda condizione irrinunciabile].

Le patologie pregresse e/o croniche che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.

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

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

Le condizioni associate alla malattia principale che costituiscono una componente integrale della malattia principale e le patologie croniche presenti che non influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero non devono essere riportate e codificate come diagnosi secondarie con esclusione dei casi specificatamente riportati sul manuale ICD-9-CM.

Se sono presenti più di cinque patologie che hanno comportato un maggior assorbimento di risorse, devono essere selezionate e codificate quelle che hanno avuto il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

Diagnosi secondarie obbligatorie

Tra le diagnosi secondarie **devono** essere riportate:

- le infezioni insorte e trattate nel corso del ricovero;
- l'esito del parto nella SDO della madre (codici V27._).

Risultati anomali

Le diagnosi secondarie derivanti da risultati anomali di test di laboratorio e di altre procedure diagnostiche o da terapie croniche, non devono essere riportati e codificati salvo che abbiano una particolare rilevanza clinica e influenzino il ricovero in corso.

Anamnesi

I codici ICD-9-CM relativi all'anamnesi (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie **solo** se l'anamnesi personale o familiare influenza direttamente il trattamento erogato nel corso del ricovero

Interventi e procedure

Intervento principale

Anche il primo intervento-procedura classicamente è denominato intervento principale, ma non sempre è così.

Infatti, il Grouper®, il programma che attribuisce il DRG, non accetta come intervento principale il primo codice intervento-procedura inserito nella SDO, ma sceglie da sé l'intervento principale in base a una gerarchia predeterminata.

Questa modalità di funzionamento del Grouper è la causa più frequente dell'attribuzione dei DRG incoerenti (468, 476, 477) perché il codice scelto per la diagnosi principale non è coerente con il codice intervento-procedura a maggior assorbimento di risorse, che potrebbe essere stato relegato in una posizione secondaria.

Tale gerarchia è schematizzata nella tabella seguente.

Rango e tipologia di intervento-procedura

- Interventi chirurgici a cielo aperto
- Interventi per via endoscopica e/o laparoscopica
- Altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel capitolo 16 – miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche (codici da 87._ a 99._), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, RMN, radioterapia, ecc.). Questo capitolo comprende le seguenti procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):
 - 00.10 impianto di agenti chemioterapici
 - 00.15 infusione di interleuchina – 2 ad alte dosi (IL-2)
 - 87.53 colangiografia intraoperatoria
 - 88.52 angiocardiografia del cuore destro
 - 88.53 angiocardiografia del cuore sinistro
 - 88.54 angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro
 - 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
 - 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
 - 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica
 - 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
 - 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi
 - 92.30 radiochirurgia stereotassica S.A.I.
 - 92.31 radiochirurgia fotonica a sorgente singola
 - 92.32 radiochirurgia fotonica multi-sorgente
 - 92.33 radiochirurgia particolare
 - 92.39 radiochirurgia stereotassica N.I.A.
 - 94.61 riabilitazione da alcool
 - 94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool
 - 94.64 riabilitazione da farmaci
 - 94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci
 - 94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci

- 94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
- 95.04 esame dell'occhio in anestesia
- 96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
- 96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
- 98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica
- 99.10 iniezione o infusione di agente trombolitico
- Procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica).
- Procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nei capitoli 0 - 15 (cod. da 00._ a 86._), es. gastroscopia.

Nei sei spazi-campi della SDO, gli interventi-procedure effettuati durante il ricovero devono essere segnalati con questo ordine gerarchico e non a caso o in ordine cronologico.

Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

- in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.);
- nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
- quando nella cartella clinica vengono indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto dell'ordine di priorità citato sopra.

Esempio 1:

Intervento-procedura	Ordine incoerente	Ordine logico	Data
Principale	88.09 – Rx addome	45.76 – sigmoidectomia	Data di esecuzione
Secondaria 1	45.76 – sigmoidectomia	45.23 - colonscopia	Data di esecuzione
Secondaria 2	45.23 - colonscopia	88.09 – Rx addome	Data di esecuzione

Esempio 2:

Intervento-procedura	Ordine incoerente	Ordine logico	Data
Principale	[nessuno]	87.41 – TAC torace	Data di esecuzione

Secondaria 1	87.41 – TAC torace	[nessuno]	Data di esecuzione
--------------	--------------------	-----------	--------------------

Data di esecuzione

L'intervento principale deve sempre essere associato alla data di esecuzione.

Anche gli altri interventi chirurgici e le procedure invasive, effettuati durante il ricovero, devono essere corredati dalla data di esecuzione.

Per gli accertamenti pre e post-ricovero non si deve segnalare la data; infatti, la sua assenza indica che la procedura è stata effettuata in regime di pre o post-ricovero.

Correlazione con la diagnosi principale

Nell'eventualità in cui il paziente, durante un ricovero per una patologia importante, da segnalare comunque come diagnosi principale di dimissione, venga sottoposto a intervento chirurgico per altra patologia, non si deve cambiare la diagnosi principale di dimissione per giustificare l'intervento chirurgico, che deve essere comunque sempre segnalato.

In questo caso l'attribuzione di un DRG incoerente è giustificata.

I DRG cosiddetti "incoerenti" sono:

- 468 - Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale
- 476 - Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale
- 477 - Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale

Approccio chirurgico – via d'accesso

Dal punto di vista della via d'accesso esistono due tipologie di codici intervento:

1. codici specifici per una determinata via d'accesso, ad esempio colecistectomia per via laparotomica (51.22) e colecistectomia per via laparoscopica (51.23);
2. codici "generici" per i quali è necessario aggiungere un codice per specificare l'approccio mini-invasivo, per esempio artroscopia del ginocchio (80.26) da abbinare al codice della meniscectomia (81.42).

Prestazioni ricevute in ospedali diversi da quello di ricovero

Durante la degenza, è possibile che al paziente siano erogate prestazioni strumentali da parte di un presidio ospedaliero diverso da quello in cui il paziente è ricoverato nella stessa giornata.² Tipico esempio è rappresentato dalle prestazioni di cardiologia invasiva.

² Tale prestazione, se eseguita in giornata, non deve comportare l'apertura di un ricovero nella struttura esterna. Se, invece, la prestazione comporta il pernottamento, la struttura inviante deve dimettere il paziente e la struttura esterna che esegue la prestazione deve aprire un ricovero.

Gli interventi effettuati vanno codificati dall'ospedale presso il quale il paziente è in degenza; in tal caso, però, uno dei campi relativi alle diagnosi secondarie deve anche riportare il codice *V63.8 Altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici*.

Esempio:

Voce	Codifica	Data
Diagnosi principale	[codice patologia maggiormente responsabile del ricovero]	
Diagnosi secondaria 1-5	V63.8 Altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici	
Intervento-procedura	Codice della procedura eseguita in altra sede.	Data di esecuzione

I codici ICD-9-CM 2007

Regole generali

La classificazione ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th edition, Clinical Modification) consta di 12436 codici diagnosi e 3733 codici intervento-procedura.

Codici diagnosi

I codici diagnosi, seguendo per lo più un criterio di eziologia e localizzazione anatomica, sono organizzati in:

- Capitoli e blocchi
 - ↳ Categorie
 - ↳ Sottocategorie
 - ↳ Sottoclassificazioni

I capitoli sono i seguenti:

1. Malattie infettive e parassitarie (001-139)
2. Tumori (140-239)
3. Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari (240-279)
4. Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)
5. Disturbi mentali (290-319)
6. Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)
7. Malattie del sistema circolatorio (390-459)
8. Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)
9. Malattie dell'apparato digerente (520-579)
10. Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)
11. Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)
12. Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)
13. Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)
14. Malformazioni congenite (740-759)
15. Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)

16. Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)

17. Traumatismi e avvelenamenti (800-999)

Dei 12436 codici diagnosi, solo 96 sono a tre cifre (lo 0,8%); 4404 codici hanno 4 cifre e 7936 sono a 5 cifre.

Anatomia dei codici diagnosi

Essendo codici, i numeri devono essere trattati e considerati come lettere; per tale motivo tali codici vengono definiti alfanumerici, a significare che i numeri sono testo e non cifre.

Ad esempio il codice 011.24 corrisponde alla *Tubercolosi del polmone cavitaria, esame microscopico dell'espettorato negativo, ma con esame colturale positivo*. Se viene scritto senza lo zero iniziale, perché si pensa che lo zero sia ininfluente, diventerà 112.4 e significherà una patologia differente: *candidiasi del polmone*.

Il codice 410.01 indica un infarto miocardico acuto della parete anterolaterale, episodio iniziale di assistenza.

410	.	0	1
Categoria		Sotto categoria	Sotto classificazione

Le prime tre cifre (o caratteri) rappresentano la categoria: infarto miocardico.

La quarta cifra (zero) indica la sede dell'IMA: parete anterolaterale.

La quinta cifra (uno) specifica che si tratta del ricovero in fase acuta.

Il punto serve solo a facilitare la lettura sulla carta stampata e la trascrizione sulla SDO cartacea. Nei sistemi informatici i codici sono immessi senza punto, in questo modo: 41001.

Ricerca dei codici diagnosi

La ricerca dei codici diagnosi nel manuale ICD-9-CM avviene in due fasi:

1. **consultazione dell'elenco alfabetico** (la prima sezione del volume), analoga alla ricerca di una parola nel vocabolario;
2. **consultazione della parte sistematica** (la seconda sezione del volume), in cui i codici sono riportati in ordine crescente.

Per reperire il codice diagnosi, procedere come segue:

1. Cercare la patologia, il sintomo, l'eponimo nell'elenco alfabetico. Ad esempio dobbiamo cercare il codice della polmonite da aspirazione. Il termine *polmonite* si trova a pagina 325.
2. Scorrere le sottovoci non in grassetto finché troviamo *aspirazione*.

3. Ci viene proposto un primo codice (507.0) ed un secondo (482.9).
4. A questo punto è necessario controllare nella parte sistematica se i codici sono realmente a quattro cifre (talora, per esigenze tipografiche e per non appesantire l'elenco alfabetico, i codici sono esposti senza quarta o quinta cifra) e se la descrizione cui sono associati corrisponde al nostro caso. A pagina 585 si può verificare che il codice 507.0 corrisponde alla *Polmonite da inalazione di cibo o vomito*, mentre a pagina 582 si vede che il 482.9 punta alla *Polmonite batterica, non specificata*.

Riassumendo, per identificare il codice appropriato è necessario seguire le seguenti fasi operative:

1. individuare tutti i termini principali che descrivono nella formulazione diagnostica le condizioni del paziente;
2. utilizzare l'Indice Alfabetico per rintracciare ciascun termine principale individuato;
3. individuare i modificatori del termine principale;
4. analizzare attentamente le sottovoci elencate al di sotto del termine principale;
5. analizzare le note e/o i riferimenti;
6. selezionare un codice tra quelli forniti dall'Indice alfabetico;
7. verificare nell'Elenco sistematico l'accuratezza di tale codice; utilizzare sempre i codici che descrivono la diagnosi al massimo livello di analiticità possibile (ossia i codici a 5 caratteri, quando disponibili);
8. analizzare tutti i codici appartenenti all'intera categoria, per essere sicuri che il codice selezionato rappresenti la scelta migliore;
9. esaminare attentamente ogni nota illustrativa;
10. assegnare il codice selezionato nell'Elenco sistematico.

Attenzione! È assolutamente necessario seguire sempre e comunque tutte le fasi operative perché il solo indice alfabetico può portare a identificare un codice non esaustivo (ad esempio può non essere identificata la quinta cifra del codice appropriato).

Non devono essere mai utilizzati i codici M.

Codici combinati

Per alcuni quadri clinici complessi esistono codici che riassumono in sé la patologia e le manifestazioni correlate o le complicazioni.

I codici combinati servono per classificare simultaneamente due diagnosi oppure una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata oppure una diagnosi insieme ad una complicazione associata è definito "codice

combinato". I codici combinati sono riportati come sottovoci nell'indice alfabetico e come note di inclusione nell'elenco sistematico.

Si deve utilizzare il codice combinato quando esso identifica pienamente tutte le condizioni riportate o quando l'indice alfabetico lo richiede esplicitamente. I termini combinati sono spesso elencati nell'elenco alfabetico come sotto-voci, preceduti da espressioni quali: "associato (con)", "complicato (da)", "conseguente", "secondario".

Se il codice combinato descrive tutti gli elementi riportati nella formulazione diagnostica, non devono essere utilizzati ulteriori codici.

Quando il codice combinato non è in grado di descrivere tutte le manifestazioni o complicazioni riportate nella formulazione diagnostica, devono essere utilizzati insieme al codice combinato codici aggiuntivi.

Esempi di codici combinati:

Diagnosi	Codice
Iperensione maligna con insufficienza cardiaca	402.01
Frattura multipla degli arti inferiori e superiori con le costole e lo sterno, esposta	828.1
Polmonite da Candida	112.4
Bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta)	491.21
Asma intrinseca con esacerbazione (acuta)	493.12
Gastroenterite e colite allergica	558.3

Codifica multipla

Quando una formulazione diagnostica non può essere rappresentata da un unico codice, anche combinato, è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero all'utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi.

Nel manuale ICD-9-CM il ricorso alla codifica multipla è sollecitato dalle indicazioni

- utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo
- codificare per primo

che possono essere riportate all'inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria.

La nota *codificare per prima la malattia di base* indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, che quello relativo alla manifestazione conseguente. Quest'ultimo, riportato tra parentesi [] nell'indice alfabetico, non può essere utilizzato come diagnosi principale.

Esempio:

- 078.5 – malattia citomegalica

- 484.1 – polmonite da Cytomegalovirus

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

Esempi, che costituiscono eccezione alla regola generale di scelta della diagnosi principale formulata da queste linee guida:

- **paziente con sanguinamento delle varici esofagee dovute a cirrosi alcolica**

Diagnosi	Codice
Principale	571.1 - cirrosi epatica alcolica
Secondaria	456.20 - varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove

- **infarto in paziente iperteso**

Diagnosi	Codice
Principale	410.01 - Infarto miocardico acuto della parete anterolaterale, episodio iniziale di assistenza
Secondaria	401.1 - ipertensione essenziale benigna

- **gangrena in paziente diabetico**

Diagnosi	Codice
Principale	250.70 - diabete di tipo II o non specificato, non definito se scompensato, con complicazioni circolatorie periferiche
Secondaria	785.4 - gangrena

Per quanto riguarda quest'ultimo esempio, si noti che:

- nell'elenco alfabetico, in corrispondenza della sottovoce *Diabetica (qualsiasi sede)* sono indicati in successione i codici 250.7 [785.4] a significare che prima si deve indicare il codice del diabete.
- nella parte sistematica, accanto al codice 785.4, si trova la precisazione *“Prima codificare una delle sottostanti manifestazioni: diabete (250.7), sindrome di Raynaud (443.0)”*

Occorre prestare attenzione al numero delle cifre indicate dal manuale ICD-9-CM nei rimandi!

Il codice 250.7 non è completo, in quanto manca la quinta cifra, da 0 a 3; invece 443.0 è completo. **È sempre necessario verificare in doppio nella relativa sezione della parte sistematica del manuale.**

Condizioni acute e croniche riacutizzate

Per alcune patologie croniche in fase acuta (o subacuta) esiste un unico codice (codice combinato), ad esempio, *491.21 Bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta)*.

In altri casi è necessario ricorrere a due codici (codifica multipla), citando prima il codice della patologia in fase acuta e poi quello relativo alla fase cronica. Ad esempio:

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

Esempio:

Diagnosi dimissione	Cistite cronica con riacutizzazione	Codice
Diagnosi principale	Cistite acuta	595.0
Diagnosi secondaria	Cistite cronica	595.2

Postumi

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

Il codice relativo alla **natura del postumo** deve essere riportato per primo; il codice relativo alla **causa del postumo** stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

I codici possibili di causa di postumo, **da mettere in diagnosi secondaria**, sono i seguenti (il sottotratto “_” indica la presenza di una quarta o quinta cifra):

- 137._ Postumi della Tbc
- 138 Postumi della Poliomielite acuta
- 139._ Postumi di altre malattie infettive e parassitarie
- 268.1 Rachitismo, postumi
- 326 Postumi di ascesso intracranico o di infezione da piogeni
- 366.5_ Postumi di cataratta
- 429.7 Alcuni postumi di IMA non classificati altrove
- 438._ Postumi delle malattie cerebrovascolari
- 572.8 Altri postumi di malattie croniche del fegato

- 905._ Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo
- 906._ Postumi di traumatismi delle pelle e del tessuto s.c.
- 907._ Postumi di traumatismi del Sistema Nervoso
- 908._ Postumi di altri e non specificati traumatismi
- 909._ Postumi di altre e non specificate cause esterne

Questi codici possono essere reperiti nell'indice alfabetico:

- alla voce Postumi
- alla voce Tardivo/i (effetto/i)
- nelle sotto-voci del termine principale (Tubercolosi, Infarto miocardico, ecc.)

Oppure possono essere ricercati nell'elenco sistematico, sia per apparato sia nella categoria specifica dei postumi (da 905_ in poi).

Qui sotto è esemplificato un albero di ricerca che, partendo dalla patologia di base, porta all'indicazione del codice di postumo.

- Congiuntivite
 - ↳ Tracomatosa
 - ↳ Postumo (139.1)

Qui sotto si riporta l'esempio dell'albero di ricerca dei postumi di ictus.

- Accidente
 - ↳ Postumi (v. postumi di malattia cerebrovascolare)
 - ↳ Postumi (pag. 328, elenco sistematico)
 - ↳ Elenco completo codici postumi ictus

E infine l'albero di ricerca per postumi di frattura.

- Tardivo (pag. 383)
 - ↳ Effetto
 - ↳ Frattura (905.5)
 - ↳ Postumi (pag. 779, elenco sistematico, categoria 905)
 - ↳ Dal codice 905.0 al codice 905.5

Esempio di codifica:

Diagnosi dimissione:	Consolidamento difettoso di frattura di arto inferiore	Codice
Diagnosi principale (natura del postumo)	Viziosa saldatura di frattura	733.81
Diagnosi secondaria (causa del postumo)	Postumi di fratture di arti inferiori	905.4

Condizioni “imminenti”

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

- individuare nell’indice alfabetico se la condizione primitiva (termine principale) ha una sottovoce relativa al termine “imminente” o “minaccia di”; verificare anche il termine principale “minaccia di”;
- se sono riportate le sottovoci “*minaccia di*” o “*imminente*”, utilizzare il codice corrispondente;
- se non sono riportate le voci specifiche, seguire le modalità di codifica generali delle diagnosi.

Esempio:

Diagnosi dimissione	Paziente in gravidanza dimessa con minaccia di aborto senza menzione di parto	Codice
Diagnosi principale	Minaccia di aborto, condizione o complicazione antepartum	640.03

Codici V

I codici V si utilizzano per descrivere le circostanze, diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie, o che esercitano un’influenza sulle attuali condizioni di salute del paziente.

I codici V devono essere utilizzati per:

1. motivi quali la donazione d’organo, somministrazione di vaccini, screening o consulto, motivi sociali;

2. specifici trattamenti o indagini particolari, quali sedute dialitiche, chemioterapiche, radioterapiche, riabilitative, palliative;
3. patologie pregresse che comunque richiedono un'attenzione particolare del medico: stato di portatore di malattie infettive, di valvola cardiaca artificiale, anamnesi di pregressa neoplasia;
4. ricovero per trattamento sanitario previsto e poi non eseguito.
5. nati vivi sani secondo il tipo di nascita (parto spontaneo, taglio cesareo). Le regole di utilizzazione di tali codici sono illustrate nel capitolo 15.

Gli approfondimenti di codifica per i codici V sono previsti al capitolo 18.

Codici E

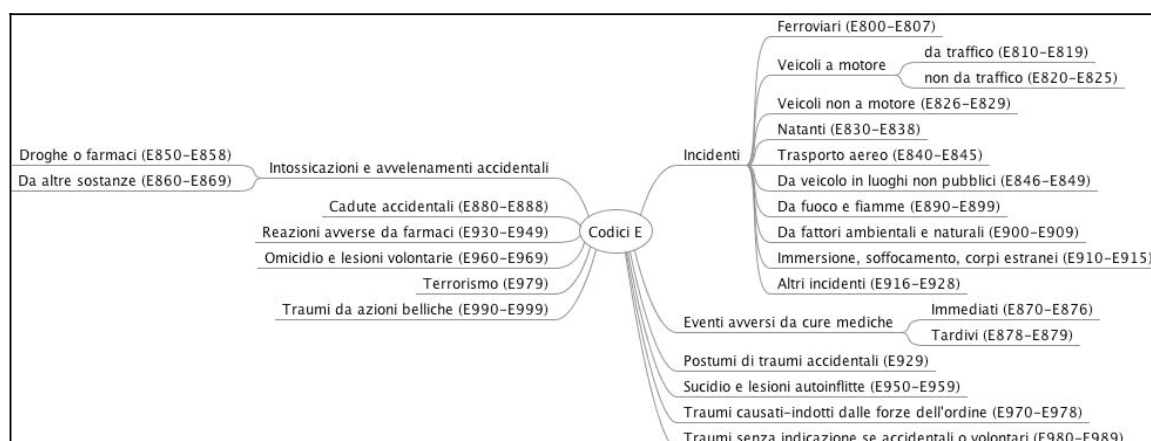
Tali codici non vanno mai inseriti nei campi diagnosi, bensì nell'apposito campo della SDO.

I codici E consentono di descrivere gli eventi, le circostanze, e le condizioni che rappresentano le cause di traumatismo, avvelenamento e di altri effetti avversi. Costituiscono una classificazione supplementare che ha l'obiettivo di migliorare la capacità descrittiva dei codici di diagnosi ICD-9-CM e non devono essere mai, pertanto, utilizzati per descrivere la diagnosi principale.

Tali codici descrivono come il traumatismo o l'avvelenamento si è verificato (agente causale), dove l'evento si è verificato (luogo) e l'intenzionalità (evento accidentale, intenzionale, ecc.).

Possono essere utilizzati, quando possibile, in associazione con i codici di diagnosi che indichino un traumatismo, un avvelenamento o un danno determinato da una causa esterna. Andrà selezionato il codice E maggiormente correlato con la diagnosi principale.

Nella figura qui sotto s'illustra l'organizzazione per argomento dei codici E.



Codici intervento-procedura

I codici per la classificazione degli interventi e delle procedure sono 3733, di cui 230 a tre cifre e 3503 a quattro cifre. Le prime due cifre sono separate dalla terza da un punto (solo sul manuale; nei supporti informatici il codice è inserito senza punto) e come per i codici diagnosi, gli zeri iniziali hanno un significato e non devono essere omessi.

Generalmente le prime due cifre si riferiscono all'organo; la terza e la quarta cifra indicano la sede e il tipo d'intervento.

10 . 6 - Riparazione di lacerazione della congiuntiva
51 . 2 3 Colecistectomia laparoscopica

Regole generali di codificazione

Le regole per la codificazione degli interventi e delle procedure sono analoghe a quelle utilizzate per selezionare i codici di diagnosi:

1. **ricerca** nell'indice alfabetico;
2. **verifica**, da fare sempre, nell'elenco sistematico che contiene le note relative alle condizioni di inclusione ed esclusione.

N.B.: Nel sistema di "Classificazione degli interventi e delle procedure diagnostico terapeutiche" sono presenti codici che si riferiscono a prestazioni definite come "... altre procedure diagnostiche su...": con questi si intendono approcci che prevedono comunque una significativa invasività, che non possono essere accomunati con prestazioni di carattere fondamentalmente medico.

Codici combinati

I codici combinati designano più interventi associati, identificando completamente una prestazione.

In tali casi, non devono essere utilizzati ulteriori codici. Ad esempio, il codice 72.31 designa il parto con applicazione alta di forcipe e l'episiotomia, perciò non è necessario inserire il codice 73.6 per segnalare l'episiotomia.

Codifica multipla

L'esecuzione di più interventi nel corso dello stesso atto operatorio può richiedere la codifica separata, qualora non sia previsto un codice combinato.

L'espressione "*codificare anche*" viene utilizzata nel manuale anche per segnalare l'utilizzo di procedure o di strumentazioni complementari o di supporto a un intervento.

Esistono interventi che necessitano di più codici per la loro esaustiva descrizione e pertanto va fatta la necessaria attenzione alla dicitura "*Codificare anche...*", che rileva la necessità di utilizzare un codice aggiuntivo per identificare le diverse componenti di un intervento, sempre che nel caso concreto essi siano stati effettivamente eseguiti.

Esempio:

Intervento eseguito	Intervento per applicazione di pace-maker (PM) permanente	Codice
Intervento principale	Inserzione iniziale di elettrodo non altrimenti specificato	37.70
Intervento-procedura secondario	Inserzione di PM permanente, iniziale o sostituzione, tipo di strumento non specificato	37.80

Appendicectomia in corso d'altro intervento (en passant)

Esistono codici che segnalano l'esecuzione di un intervento aggiuntivo che avvenga nel corso di un altro.

Esempio:

Intervento eseguito	Intervento di ovariectomia ed appendicectomia	Codice
Intervento principale	Ovariectomia laparoscopica monolaterale	65.31
Intervento-procedura secondario	Appendicectomia laparoscopica in corso di altro intervento	47.11

Interventi bilaterali

Per alcuni interventi esistono codici specifici per la procedura bilaterale. Dove non esistono codici ad hoc, si deve utilizzare due volte il codice dell'intervento monolaterale.

Tale regola deve essere seguita nei soli casi in cui la completa descrizione ha rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse, essa non è appropriata per i casi di procedure minori.

Esempi:

- **unico codice**
 - 53.12 Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta
 - 62.41 Orchiectomia bilaterale nello stesso intervento
 - 65.51 Rimozione di entrambe le ovaie nello stesso intervento
- **doppio codice**
 - 61.2 Asportazione di idrocele (dx) + 61.2 Asportazione di idrocele (sn)

Terapie ripetute

Alcune terapie mediche e riabilitative sono ripetute più volte durante il ricovero. È sufficiente menzionarle una sola volta, indicando la data dell'inizio della terapia. Ad esempio basta un solo codice di infusione di emazie concentrate (99.04) anche se le trasfusioni sono più di una.

Biopsie

Nell'individuare il codice delle biopsie si deve prestare attenzione:

- alla distinzione tra biopsie endoscopiche e biopsie non endoscopiche;
- alle biopsie eseguite nel corso di intervento chirurgico.

Biopsie endoscopiche:

- se esiste un codice specifico per la biopsia endoscopica, usare quello;
- se non esiste un codice specifico per la biopsia endoscopica è necessario utilizzare una codifica multipla indicando
 - il codice della endoscopia
 - il codice della biopsia generica del tessuto interessato.

Biopsie per spazzolamento (brush) o per aspirazione

Quando si tratta di una biopsia effettuata mediante "brush" o mediante aspirazione, è necessario utilizzare il codice della corrispondente biopsia chiusa.

Biopsie in corso di intervento chirurgico

- biopsia sull'organo oggetto dell'intervento chirurgico: non codificare.
- biopsia su un organo diverso da quello oggetto dell'intervento chirurgico: utilizzare il codice della biopsia a cielo aperto o chiuso a seconda dei casi. Anche per le agobiopsie eseguite (su organi diversi da quelli operati) nel corso di interventi chirurgici a cielo aperto, il codice da utilizzare è quello della biopsia chiusa.

Esempi:

- biopsia gastrica in corso di resezione gastrica per neoplasia: non codificare.
- biopsia epatica durante una emicolectomia destra per neoplasia colica: codificare la biopsia epatica a cielo aperto (50.12)

Biopsia (osteo)midollare

Le biopsie osteomidollari, del midollo osseo, effettuate per via percutanea con agoaspirazione devono essere codificate esclusivamente con il codice 41.31 Biopsia del midollo osseo.

Conversione da laparoscopia o toracoscopia o artroscopia in cielo aperto

Diagnosi principale	Il codice della patologia per cui è fatto l'intervento
Diagnosi secondaria	V64.4_ - intervento per via ... convertito in intervento a cielo aperto
Intervento principale	codice dell'intervento a cielo aperto

Il fatto che l'intervento è iniziato per via mini-invasiva è indicato dal **codice diagnosi V64.4_** e non dal codice intervento. La quinta cifra indica la via d'accesso mini-invasiva: 1=laparoscopia, 2=toracosopia, 3=artroscopia.

I codici ICD-9-CM 2007

Regole specifiche

Qui di seguito, seguendo l'organizzazione in capitoli dei codici di diagnosi del manuale ICD-9-CM, sono illustrate le regole specifiche per codificare alcune condizioni cliniche. I numeri tra parentesi nei titoli indicano le categorie dei codici presi in esame nel capitolo. Ad esempio (001-139) indica che i codici nel capitolo vanno dalla categoria 001 alla categoria 139.

Capitolo 1

Malattie infettive e parassitarie (001-139)

Questo primo capitolo del manuale ICD-9-CM comprende le categorie dalla 001 alla 139.

Si ricorda che vanno trascritti anche gli zeri iniziali così come riportato nella classificazione.

Stato di portatore o portatore sospetto di malattie infettive

In assenza di manifestazioni cliniche, la condizione di portatore o portatore sospetto di malattie infettive specificate potrà essere segnalata utilizzando il codice appropriato della categoria V02._ - Portatore o portatore sospetto di malattie infettive.

Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana

Nella classificazione ICD-9-CM l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana viene descritta con un unico codice, 042, che comprende i seguenti quadri clinici:

1. Sindrome da immunodeficienza acquisita
2. AIDS
3. Sindrome tipo-AIDS
4. Complesso collegato all'AIDS
5. ARC
6. Infezione da HIV, sintomatica.

Il codice 042 deve essere utilizzato in diagnosi principale, in diagnosi secondaria saranno riportate le diagnosi per indicare tutte le manifestazioni che influenzano l'assistenza erogata al paziente. Fanno eccezione i ricoveri per una patologia non correlata a HIV.

Lo stato di sieropositività asintomatico va descritto con il codice V08 Stato infettivo asintomatico da virus immunodeficienza umana (HIV).

Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio

Per le malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio, deve essere utilizzata la categoria 647. Particolare attenzione va posta nella specificazione della quinta cifra, che indica la relazione con il periodo pre- peri- o post parto.

Nel caso di pazienti con infezione da HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio, in diagnosi principale occorre utilizzare il cod. 647.6_ e in diagnosi secondaria il cod. 042, per la paziente con HIV sintomatico, o il cod. V08 per la paziente sieropositiva asintomatica. Vedere a tale proposito anche il capitolo 11.

Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico

Nel 1991, la *American College of Chest Physicians* e la *American Society of Critical Care Medicine* pubblicarono le definizioni di SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) e sepsi.

Quadro clinico	Descrizione
SIRS	Devono essere presenti due o più dei seguenti criteri <ul style="list-style-type: none">• Ipotermia (<36°) o ipertermia (>38°)• Tachicardia (>90 battiti al minuto)• Tachipnea (>20 respiri al minuto) o tensione CO₂<32 mmHG• Leucopenia (<4000 mm³) o leucocitosi (>12000 mm³)
Sepsi	SIRS dovuta a infezione
Sepsi severa	Sepsi con evidenze di ipoperfusione d'organo
Shock settico	Sepsi severa con ipotensione (sistolica <90 mmHg) nonostante la terapia

Setticemia o sepsi

È necessario utilizzare una codifica multipla.

1. Per primo si deve inserire il codice della setticemia, ad esempio *038.11 - setticemia da stafilococco aureo*. Se non esiste un codice di setticemia specifico per il microrganismo causale, usare il codice *038.8 - altre forme di setticemie*.
2. Poi si deve inserire il codice *995.91 - sepsi (SIRS da processo infettivo)*.

Sepsi severa

La sepsi severa si codifica con tre codici (codifica multipla):

1. codice della setticemia (es. *038.3*)
2. *995.92 - sepsi severa*

3. codice/i per la disfunzione d'organo acuta (es. 518.81 - insufficienza respiratoria acuta) [vedere pag. 808 dell'elenco sistematico].

Shock settico

Lo shock settico si codifica con una serie di codici (codifica multipla):

1. codice della setticemia
2. 995.92 - sepsi severa
3. codice/i per la disfunzione d'organo acuta (es. 518.81 - insufficienza respiratoria acuta) [vedere pag. 808 dell'elenco sistematico]
4. 785.52 - shock settico.

SIRS non da infezione

La SIRS non dovuta a infezione (trauma, pancreatite, ...) si codifica con 995.93 (senza disfunzione d'organo) o 995.94 (con disfunzione d'organo). I codici della SIRS devono essere preceduti dal codice della malattia causale.

Diagnosi	SIRS senza disfunzione d'organo	SIRS con disfunzione d'organo
1	Codice patologia causale, es. pancreatite acuta (577.0)	Codice patologia causale, es. pancreatite acuta (577.0)
2	995.53 - SIRS senza disfunzione d'organo	995.54 - SIRS con disfunzione d'organo
3	-	codice/i per la disfunzione d'organo acuta (es. 518.81 - insufficienza respiratoria acuta)

Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041 batteriche e 079 da virus e Chlamydiae)

Sono diagnosi aggiuntive che possono essere utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile (es. Prostatite acuta da streptococco A: cod. 601.0 + cod. 041.01).

I codici di queste categorie possono essere assegnati come diagnosi principale solo quando la natura o il sito di infezione non sono specificati.

Codifica delle infezioni nel neonato

Le infezioni specifiche del periodo perinatale (incluse quelle acquisite prima e durante il parto) sono riportate alla categoria 771 Infezioni specifiche del periodo perinatale.

Nella codifica di questi casi si raccomanda di porre particolare attenzione alle note di inclusione ed esclusione.

In tutti gli altri ricoveri del neonato che non siano contestuali alla nascita non dovranno mai essere utilizzati, né in diagnosi principale né in diagnosi secondaria, i codici di cui sopra.

La scelta di questa codifica deriva dalla necessità di identificare in maniera univoca tutti i ricoveri contestuali alla nascita.

Per le condizioni specifiche di infezione neonatali fare riferimento al Capitolo 15.

Capitolo 2

Tumori (140-239)

Nella parte alfabetica del manuale ICD-9-CM alla voce neoplasia/neoplastico si trova la tavola sinottica dove le neoplasie sono elencate in ordine alfabetico e per sede (pagg. 270-293).

Questa tavola è particolarmente utile in quanto presenta contemporaneamente tutti gli stadi istologici del tumore e consente una ricerca rapida del codice.

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

Nella sezione riguardante i tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico (200-208), per le categorie 200-202, la quinta cifra indica la sede interessata (es: micosi fungoide, linfonodi intraddominali: 202.13) mentre per le categorie 203-208 la quinta cifra identifica se si tratta di malattia in remissione o meno.

Se viene effettuato l'esame istologico l'episodio di ricovero andrà considerato concluso solo se presente in cartella il referto in quanto questo solo consente una corretta individuazione del codice di codifica di diagnosi.

Tumori di natura non specificata

I codici della categoria 239 *Tumori di natura non specificata*, sono da usare nei rari casi in cui non sia possibile indicare la natura del tumore.

Osservazione per sospetto di tumore maligno

Se il paziente viene ricoverato per sospetto di tumore maligno e le indagini effettuate non consentono di formulare una diagnosi, va utilizzato in diagnosi principale il codice *V71.1 - Osservazione per sospetto di tumore maligno*, ricordando che l'uso di tali codici è da preferire per i soli casi in cui non venga rilevata la presenza di una patologia o di un sintomo.

Se non è stata trovata alcuna lesione neoplastica attraverso le biopsie, ma ad esempio una reazione infiammatoria, la diagnosi principale diventa la flogosi.

Esempio: biopsie prostatiche negative per neoplasie con referto istologico di:

- processo prostatitico cronico, la diagnosi principale diventa prostatite cronica, 601.8 (altra prostatite cronica)
- displasia PIN I o II, la diagnosi principale sarà 602.3 (displasia della prostata).

Ricovero per diagnosi o stadiazione

Quando il ricovero è finalizzato alla diagnosi della neoplasia primaria o secondaria, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia rispettivamente primaria o secondaria, anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia.

Ricovero finalizzato al follow-up del paziente oncologico

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

- follow-up negativo per ripresa di malattia. In tal caso si possono utilizzare i codici della categoria *V10. Anamnesi personale di tumore maligno*;
- follow-up positivo per recidiva e/o metastasi. In tal caso si codifica in diagnosi principale la metastasi.

Ricovero per intervento o procedura invasiva

Se il ricovero comporta l'intervento chirurgico o altra procedura invasiva per una neoplasia, primitiva o secondaria, seguita da chemioterapia o radioterapia, deve essere selezionata quale diagnosi principale la neoplasia primitiva o secondaria.

Ricovero per RT o CT

Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente o esclusivamente la radioterapia o la chemioterapia, anche se nel corso del ricovero (ordinario o diurno) si sviluppano delle complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale diagnosi principale la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia (V58.11).

Ricovero per cicli di immunoterapia

Utilizzare i seguenti codici:

- **diagnosi principale:** V58.12 Immunoterapia antineoplastica
- **procedure:** 99.28 Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici (immunoterapia antineoplastica).

Ricovero per brachiterapia o per terapie radiometaboliche per neoplasie maligne

Codificare nel modo seguente:

Voce	Codice
Diagnosi principale	V58.0 - radioterapia
Diagnosi secondaria	codice della neoplasia maligna
Intervento principale	92.2_ - (la quarta cifra varia in base al trattamento radioterapico; vedere pag.1105 del manuale ICD-9-CM)

Trattamento di chemioembolizzazione, di alcolizzazione o di termoablazione di tumore epatico

Indicare come diagnosi principale il tumore o la metastasi trattata.

Per la codifica delle procedure utilizzare:

- **chemioembolizzazione:**
 - 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore +
 - se nel fegato: 50.94 Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato +
 - 38.91 Cateterismo arterioso;
- **alcolizzazione:**
 - 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche +
 - 38.91 Cateterismo arterioso;
 - se nel fegato: 50.94 Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato +
 - 38.91 Cateterismo arterioso;
- **termoablazione:**
 - 99.85 Ipertermia per il trattamento di tumore.

Metodica “stop flow”

E' una metodica utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico che prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale e l'attivazione della circolazione extracorporea; indicare le seguenti procedure:

- 38.08 Incisione di arterie dell'arto inferiore +
- 38.91 Cateterismo arterioso +
- 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove +

- 39.97 Altra perfusione.

Ricovero per inserimento di “accesso vascolare”

Totalmente impiantabile (port-a-cath)

L'inserimento di “accesso vascolare” è descritto attraverso l'uso del codice *V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare* come **diagnosi principale** e dal codice di procedura *86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile - port a cath*. **Procedura di rimozione:** 86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo.

Non totalmente impiantabile (Groshong, Midline, PICC)

Invece nel caso d’inserimento di accesso vascolare non totalmente impiantabile (Groshong) la procedura è *38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove*, sempre con diagnosi principale V58.81.

Ricovero per il trattamento di una complicanza

Quando il ricovero è finalizzato soltanto al trattamento di una complicanza dovuta al tumore stesso, la complicanza va codificata come diagnosi principale (ostruzione, compressione, anemia, neutropenia, complicanza da intervento chirurgico, ecc.) e la neoplasia o l'anamnesi di neoplasia (se non più presente) come diagnosi secondaria.

Ricovero per patologia acuta in paziente neoplastico

In caso di ricovero per altra patologia acuta in paziente neoplastico si utilizza come diagnosi principale quella della patologia acuta.

Esempi:

Diagnosi dimissione	Polmonite acuta in portatore di adenocarcinoma della prostata	Codice
Diagnosi principale	Polmonite acuta	480.0
Diagnosi secondaria	Tumori maligni della prostata	185

Si ricorda che il codice di neoplasia in diagnosi secondaria può essere indicato solo se la neoplasia è attiva e/o influenza l’assorbimento di risorse durante il ricovero.

Estensione per contiguità o a distanza (metastasi)

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

Quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia pregressa deve essere segnalata utilizzando il codice V10._ in diagnosi secondaria.

Quando un paziente è ricoverato a causa di una neoplasia primitiva metastatizzata e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale anche se la forma primitiva fosse ancora presente; se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma secondaria, la diagnosi principale deve essere codificata con V58.0 o V58.11.

Ricovero per cure palliative

In caso di ricovero esclusivamente per cure palliative la diagnosi principale deve essere codificata con il codice V66.7 "Cure palliative" mentre la diagnosi secondaria segue le regole della codifica.

Il codice V66.7 deve essere utilizzato come diagnosi principale anche se è praticata una chemioterapia "palliativa".

Recidiva neoplastica

La recidiva di tumore viene codificata come tumore primario salvo vi siano codici specifici.

Esempi:

Diagnosi di dimissione	Diagnosi principale
Recidiva di carcinoma gastrico in sede pilorica	151.1 - Tumori maligni del piloro
Recidiva cutanea di tumore della mammella operata	198.2 - Tumori maligni secondari della cute

Linfoma

Se la diagnosi è di linfoma di sede specificata extra nodale, ad es. linfoma gastrico, utilizzare il codice di linfoma specificandone il tipo anziché codificarlo come tumore gastrico.

Esempio: linfoma gastrico di Malt (Maltoma gastrico) utilizzare come diagnosi principale il codice *200.10 Linfosarcoma, sito non specificato, organi solidi o sito extranodale*.

Sindrome Mielodisplastica

Per la Sindrome mielodisplastica si devono utilizzare i codici previsti nella sottocategoria 238.7_ della versione 2007 del Manuale ICD-9-CM. Non si dovrà più utilizzare pertanto il codice *238.7 Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed ematopoietici* che era presente nella vecchia versione.

Ricostruzione chirurgica della mammella in paziente mastectomizzata

In caso di ricovero per sola ricostruzione chirurgica della mammella in paziente precedentemente mastectomizzata vanno indicati i seguenti codici:

- se l'intervento ricostruttivo prevede l'impianto di protesi la diagnosi principale sarà: *V52.4 Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario*;
- se l'intervento ricostruttivo non prevede l'impianto di protesi (ad esempio ricostruzione del capezzolo), la diagnosi principale diventa *V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica*.

Sia nel caso (a) che nel caso (b) deve essere riportato in diagnosi secondaria il codice *V10.3 Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*.

Non trascurare mai di codificare anche l'intervento chirurgico eseguito, scegliendo il codice appropriato all'interno del capitolo 15 "Interventi sui tegumenti" della classificazione degli interventi chirurgici del manuale ICD9CM.

Linfonodo sentinella

Asportazione di linfonodo sentinella effettuata in corso di rimozione di tumore

Se il LN è **negativo**, codificare tra gli altri interventi uno di quelli del gruppo 40.2_ relativi a *Asportazione semplice delle strutture linfatiche* e la procedura diagnostica come la Linfografia (per arto superiore 88.34 e per l'arto inferiore 88.36)

Se il LN è **positivo**, aggiungere una diagnosi secondaria della categoria 196 relativa a *Tumori secondari e non specificati dei linfonodi* e codificare tra gli altri interventi uno di quelli del gruppo 40.2_ relativi a *Asportazione semplice delle strutture linfatiche* e la procedura diagnostica come la Linfografia (per arto superiore 88.34 e per l'arto inferiore 88.36)

In entrambi i casi deve essere codificata come diagnosi principale quella relativa al tumore da asportare

Asportazione di linfonodo sentinella effettuata dopo la rimozione di tumore

Se il LN è **negativo** in diagnosi principale indicare un codice della categoria *V10. Anamnesi di tumore* e come intervento principale un codice di quelli del gruppo 40.2_ relativo a *Asportazione semplice delle strutture linfatiche*.

Se il LN è **positivo** in diagnosi principale indicare un codice della categoria 196 relativa a *Tumori secondari e non specificati dei linfonodi*, come diagnosi secondaria un codice della categoria *V10. Anamnesi di tumore* e come intervento principale un codice di quelli del gruppo 40.2_ relativo a *Asportazione semplice delle strutture linfatiche*.

Asportazione estensiva successiva a diagnosi di Melanoma (radicalizzazione)

In caso di ricovero successivo ad asportazione di neo, risultato positivo per diagnosi di melanoma, per exeresi estensiva peri-neoplasia, la corretta codifica è:

Istologia negativa del tessuto asportato

- **diagnosi principale:** *V58.49 altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato;*
- **diagnosi secondaria:** *V10.82 anamnesi personale di melanoma maligno della pelle*
- **procedure:** *86.4 asportazione radicale di lesione della cute + eventualmente 86.74 trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi + eventualmente 40.3 asportazione di linfonodi regionali .*

Istologia positiva del tessuto asportato diagnosi principale

- **diagnosi principale:** *172._ Melanoma maligno ...*
- **procedure:** *86.4 asportazione radicale di lesione della cute + eventualmente 86.74 trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi + eventualmente 40.3 asportazione di linfonodi regionali.*

Codici M

Nella versione 2007 dell'ICD-9-CM i codici M sono stati aboliti, pertanto **non devono essere utilizzati** nella SDO.

Capitolo 3

Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240–279)

Tali patologie sono codificabili in generale con i codici delle categorie 240- 279 ma per alcuni trattamenti o situazioni occorre selezionare codici di altre categorie.

Diabete mellito e complicazioni del diabete

Le linee guida nazionali (Allegato 1 dell'Accordo Stato Regioni del 6 giugno 2002 e aggiornamento 29 aprile 2010) specificano che:

nel caso di diabete con complicazioni a lungo termine o croniche devono essere indicati, oltre al codice specifico del diabete complicato, anche i codici relativi a ciascuna manifestazione. Occorre porre attenzione alla regola presente sul manuale ICD-9-CM di indicare, in caso di complicanze del diabete, la patologia di base (ossia il diabete complicato, n.d.r.) come diagnosi principale e la complicazione tra le diagnosi secondarie.

Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali **complicazioni associate**, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza (descritte nel capitolo 11 del manuale ICD-9-CM).

- Diabete senza menzione di complicanze
 - 250.0_
- Complicazioni metaboliche acute
 - 250.1_ Diabete con chetoacidosi
 - 250.2_ Diabete con iperosmolarita
 - 250.3_ Diabete con altri tipi di coma
- Complicazioni croniche o a lungo termine:
 - 250.4_ Diabete con complicanze renali
 - 250.5_ Diabete con complicanze oculari
 - 250.6- Diabete con complicanze neurologiche
 - 250.7- Diabete con complicanze circolatorie periferiche
 - 250.8- Diabete con altre complicanze specificate

- Complicazioni non specificate
 - Per diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il codice 250.9_

Tipo di diabete

Il quinto carattere del codice identifica il tipo di diabete e se è controllato o scompensato come illustrato nel seguente prospetto:

Diabete	Tipo I	Tipo II o non specificato
non scompensato	Quinta cifra = 1	Quinta cifra = 0
scompensato	Quinta cifra = 3	Quinta cifra = 2

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

Nel caso di diabete con complicazioni a lungo termine o croniche devono essere indicati, oltre al codice specifico del diabete complicato in diagnosi principale, anche i codici relativi a ciascuna manifestazione.

Esempio:

Diagnosi di dimissione	Amputazione in arto con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica	Codice
Diagnosi principale	Diabete di tipo II o non specificato, scompensato, con altre complicazioni specificate	250.82
Diagnosi secondaria	Ulcera di altre parti del piede ...	707.15

In caso di paziente diabetico affetto da cataratta, è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica (codice 366.41), rispetto a quella della cataratta senile in paziente diabetico (codice 366.1_).

Si raccomanda, per la descrizione dei casi di diabete con complicanze, di individuare con accuratezza i corrispondenti specifici codici (da 250.4_ a 250.8_), evitando l'uso improprio e generico del codice 250.0_ in diagnosi principale.

Diabete latente

In caso di diabete latente, usare il codice *790.22 Alterazioni del test da carico orale di glucosio*, con esclusione delle complicazioni di gravidanza, parto o puerperio (648.8_).

Diabete provocato da terapia con steroidi

Per codificare tale condizione deve essere utilizzato il codice *251.8 Altri disturbi della secrezione insulare*. A meno che il diabete sia stato provocato da dosi eccessive assunte per errore (962.0 Avvelenamento da adrenocorticosteroidi).

Diabete gestazionale

In caso di diabete gestazionale si codifica con:

- 648.8_ - Alterata tolleranza al glucosio

Gravidanza in diabetica

In caso di gravidanza in diabetica, va utilizzato un codice della sottocategoria *648.0_ Diabete mellito* compresa nella categoria *Altre manifestazioni morbose in atto della madre classificate altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio*, utilizzando anche in questo caso la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata prima del parto, durante il parto o dopo il parto.

Malfunzionamento di pompa di insulina

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

Trombosi arterovenosa in dializzato

Vedere capitolo 7.

Recentazione necrosi diabetica e rimozione frammenti ossei necrotici

Procedura	Utilizzare il codice
Asportazione di tessuto/frammento osseo in piede diabetico	80.88 Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del piede e delle dita del piede
Asportazione di tessuto necrotico (intervento in sala operatoria)	86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione
Asportazione di tessuto necrotico [non in sala operatoria] mediante brushing, washing, scrubbing, ecc.	86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione.

Capitolo 4

Malattie del sangue e degli organi ematopoietici (280 – 289)

Anemia

Il manuale ICD-9-CM (versione 2007) ha previsto la modernizzazione del Capitolo attraverso un'analitica inclusione nei codici di entità nosologiche in uso:

- Anemie da carenza (280-281) dove la quarta cifra ne specifica la causa
- Anemia emolitica (282-283) (è prevista una quinta cifra al cod. 282.6)
- Anemia aplastica (284)
- Altre e non specificate anemie (285).
- Difetti nella coagulazione (286)
- Porpora ed altre condizioni emorragiche (287)
- Malattie dei globuli bianchi (288) (compresa la neutropenia comune ai pazienti sottoposti a chemioterapia)
- Altre malattie del sangue e degli organi ematopoietici (289) (è prevista una quinta cifra al cod. 289.5)
- Anemia complicante gravidanza, parto, puerperio cod. 648.2_
- Anemia emolitica del neonato cod. 773._

E' importante distinguere la **perdita ematica cronica** da quella **acuta**, poiché le due condizioni hanno codici completamente diversi (rispettivamente cod. 280.0 e cod. 285.1).

Nel caso in cui la **perdita ematica acuta** si manifesti dopo un **intervento chirurgico**, **non deve essere codificata come complicanza postoperatoria prima di averne approfondito la causa.**

Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali

La Diagnosi principale è quella della patologia onco-ematologica diagnosticata.

Le procedure riferite al trapianto di midollo osseo o di cellule staminali sono descritte dal gruppo di codici di intervento da 41.00 a 41.09.

Il codice *41.00 Trapianto di midollo osseo SAI* non dovrebbe essere utilizzato perché poco specifico.

Si richiamano le regole già evidenziate dal manuale ICD-9-CM per i trapianti allogenici, soprattutto la necessità di differenziare le forme **con purging**, codice *41.02 Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione* e *41.08 Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche con depurazione*, da quelle **senza purging**, codice *41.03 Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione* e *41.05 Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione*.

Nota bene: Al di fuori delle indicazioni specificamente oncologiche, la **infusione di cellule staminali autologhe** deve essere codificata con *99.09 trasfusione di altre sostanze*.

L'aspirazione di midollo osseo da **donatore** per trapianto è codificata con il codice *41.91 - Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto* (sia per autotrapianto che per allotrapianto).

Il **prelievo di cellule staminali** è codificato *99.79 Altre aferesi terapeutiche* sia per autotrapianto che per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi).

In questo caso per la diagnosi principale valgono le regole espresse nel capitolo 18 (Donatori di organi o tessuti, codici V59.1 - V59.8).

Difetti della coagulazione

Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti

Il disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti è descritto dal codice *286.5 Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti intrinseci*.

Trattamento con anticoagulanti senza problemi emorragici

La condizione di trattamento con farmaci anticoagulanti, senza menzione di problemi emorragici, si può segnalare in diagnosi secondaria con il codice *V58.61 Uso a lungo termine di anticoagulanti*.

Tempo di protrombina prolungato

Il tempo di protrombina prolungato o altri reperti anormali di coagulazione si indicano con il codice *790.92 Anomalie della coagulazione*.

Questi codici possono essere utilizzati **solo se** sono supportati da specifica documentazione in cartella clinica.

Capitolo 5

Disturbi mentali (290 – 319)

Demenze

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

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

Demenza	Diagnosi principale	Diagnosi secondaria	DRG
da m. di Alzheimer	331.0 - m. di Alzheimer	294.1_ - demenza in condizioni patologiche classificate altrove (la quinta cifra specifica l'assenza o la presenza di disturbi comportamentali).	012 - malattie degenerative del S.N. (peso RO 1,6006.)
degenerativa non da Alzheimer	331.2 - degenerazione senile dell'encefalo	-	Idem
decadimento cognitivo esito di ictus	290.4_ - demenza vascolare ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)	438.0 - postumi delle malattie cerebrovascolari - deficit cognitivo	429 - disturbi organici e ritardo mentale (peso RO 0,6346)
multi infartuale	290.4_ - demenza vascolare ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)	437.0 - aterosclerosi cerebrali	Idem
presenile “organica” (senza evidenza di natura aterosclerotica)	290.1_ - demenza presenile con ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)	-	Idem
senile “organica” (senza evidenza di natura aterosclerotica)	290.2_ - demenza senile con ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico) 290.3 - demenza senile con delirium (solo quattro cifre)	-	Idem

Demenza	Diagnosi principale	Diagnosi secondaria	DRG
da trauma cranico	294.1_ - demenza in condizioni patologiche classificate altrove (la quinta cifra specifica l'assenza o la presenza di disturbi comportamentali).	905.0 - postumi di fratture del cranio 907.0 - postumi di traumi intracranici senza frattura	Idem

Nell'eventualità di un ricovero in un reparto per acuti o di postacuzie di un paziente per motivi sociali o familiari a causa della presenza di una demenza, la diagnosi principale deve essere un codice V (da V60.0 a V60.3, pagg. 833-834 del manuale ICD-9-CM). Nella diagnosi secondaria deve essere indicata la malattia causale (es. m. di Alzheimer) o il tipo di demenza.

Capitolo 6

Malattie del sistema nervoso e degli organi di dei sensi (320-389)

Dolore e terapia antalgica

I codici di questa categoria possono essere utilizzati come diagnosi principale quando il trattamento del dolore sia il motivo principale/esclusivo del ricovero o nel caso in cui non sia stata individuata una diagnosi relativa alla patologia di base.

Trattamento praticato	Diagnosi	Intervento principale-procedure
Inserzione di pompa intratecale	Diagnosi principale: 338.___	80.86 - Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile
Blocco faccette	Diagnosi principale: 338.___	03.96 Denervazione per cutanea della faccetta articolare
Modulazione radiofrequenze	Diagnosi principale: 338.___	04.2 Demolizione di nervi cranici e periferici
Blocchi spinali	Diagnosi principale: 338.___	03.92 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale
Epidurolisi	Diagnosi principale: 722.8_	03.6 Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi
Epiduroscopie	Diagnosi principale: 722.8_	03.99 Altri interventi sul midollo spinale e sulle strutture del canale vertebrale

Trattamento praticato	Diagnosi	Intervento principale-procedure
Ricovero per effettuare il PNE Test (test di elettrostimolazione percutanea di un nervo sacrale)	Diagnosi principale: 355._ o 356_ o 357._ Diagnosi secondaria: Incontinenza urinaria da sforzo (788.32 nel maschio e 625.6 nella donna) oppure 597.81 Sindrome uretrale SAI oppure 788.20 Ritenzione urinaria oppure 788.0 Dolore del Sistema Urinario oppure 788.9 Dolore vescicole o altre patologie concomitanti o complicanze della malattia principale	04.19 Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli
Stimolatore spinale: impianto o reimpianto	Come sopra	03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale
Stimolatore spinale: impianto provvisorio	Come sopra	Come sopra
Stimolatore spinale: impianto definitivo	Diagnosi principale: V53.02	86.94 o 86.95 o 86.96 o 86.97 o 86.98
Stimolatore spinale: rimozione per inefficacia	V.53.0 Collocazione, sistemazione di dispositivi relativi al Sistema nervoso e organi di senso oppure V45.89 Altro stato post-chirurgico (presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico)	03.94 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale
Stimolatore spinale: rimozione per infezione, deiscenza, decubito del solo elettrodo	Diagnosi principale: 996.63 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso	03.94 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale
Stimolatore spinale: rimozione per infezione, deiscenza, decubito del neurostimolatore	Diagnosi secondaria: V45.89 Altro stato post-chirurgico (presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico)	03.94 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale

Epilessie

I codici con quarta cifra

- 4 o 5 o 7 riguardano l'epilessia parziale;
- 0 o 1 sono relativi all'epilessia generalizzata;
- 2 o 3 indicano lo stato di male epilettico;
- 6 gli spasmi infantili;
- 8 e 9 identificano rispettivamente altre forme di epilessia e l'epilessia non specificata.

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

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

Tipo	Sottotipo	Trattabile	Intrattabile
Generalizzata	Non convulsiva	345.00	345.01
	Convulsiva	345.10	345.11
Parziale	Complessa	345.40	345.41
	Semplice	345.50	345.51
	Continua	345.70	345.71
Spasmi infantili		345.60	345.61
Altre forme e crisi ricorrenti		345.80	345.81
Non specificata		345.90	345.91
Piccolo male		345.2	
Grande male		345.3	

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

Emiplegia e altre sindromi paralitiche

I codici dell'emiplegia 342.__ e delle altre sindromi paralitiche 344.__ vanno usati solamente per indicare le emiplegie o le sindromi paralitiche di antica o di lunga durata, ma di origine non specificata.

In caso di ricovero per emiplegia da accidente cerebrovascolare, come diagnosi principale deve sempre essere codificato l'accidente cerebrovascolare e non l'emiplegia.

Le paralisi cerebrali infantili sono comprese nella categoria 343.

Biopsia percutanea di lesione cerebrale

La biopsia percutanea di lesione cerebrale effettuata mediante foro di trapanazione con metodo stereotassico va codificata esclusivamente con il codice:

- 01.13 Biopsia [percutanea] [agobiopsia] di lesione cerebrale
- associato al codice 01.18 altre procedure diagnostiche su cervello e meningi.

Chirurgia oftalmica

Anestesia

Per gli interventi di chirurgia oftalmica, come per tutti gli altri interventi, non va codificata l'anestesia.

I codici *95.04 Esame dell'occhio sotto anestesia*, *10.91 Iniezione sottocongiuntivale* e *16.91 Iniezione retrobulbare* vanno utilizzati esclusivamente quando il ricovero è finalizzato all'esecuzione di queste sole procedure.

I codici che identificano i trattamenti di profilassi antibiotica e/o antiinfiammatoria in corso di intervento chirurgico oftalmico sono da ricercarsi nel paragrafo *99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

Iniezione intravitreale

Per l'iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche va utilizzato il codice *14.75 Iniezione di sostituti vitreali*.

Si tratta di una prestazione da eseguirsi prevalentemente in regime ambulatoriale. Viene qui menzionata per indirizzare la codifica nei rari casi in cui tale terapia sia attuata in regime di ricovero.

Innesto di limbus e innesto di membrana amniotica

I codici di procedura raccomandati per descrivere il trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore sono:

- 11.61 - Cheratoplastica lamellare autologa per l'autotrapianto e
- 11.62 - Altra cheratoplastica lamellare per il trapianto da altro donatore.

In presenza di un innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale, il codice di procedura raccomandato è:

- 11.62 - Altra cheratoplastica lamellare.

Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto

In diagnosi principale, indicare la patologia specifica e come interventi usare i codici: *12.65 Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia* oppure *12.69 Altri interventi di fistolizzazione della sclera*. In aggiunta, per identificare l'impianto di collagene suino o

sostanza reticolare derivata dall'acido ialuronico, utilizzare il codice *99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*

Impianto di lipociti per gravi retinopatie

In diagnosi principale indicare il codice della patologia retinica e tra i codici di procedura utilizzare:

- 12.89 - Altri interventi sulla sclera
- 86.69 - Altro innesto di cute su altre sedi.

Impianto di rete contenitiva per il cristallino

Indicare come codice di intervento il 13.90 Altri interventi sul cristallino non classificati altrove.

Capitolo 7

Malattie del sistema circolatorio

(390-459)

Ipertensione arteriosa

È opportuno consultare, nell'indice alfabetico delle diagnosi alle pagine 220-222, la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, i tre codici relativi alla forma maligna, benigna o non specificata;

- ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che causa l'ipertensione;
- dove l'ipertensione sia associata ad altre patologie, devono essere indicati sia il codice della patologia, sia quello relativo all'ipertensione; la sequenza dei codici segue le regole generali per la selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie;
- l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo 14).

L'ipertensione maligna è l'improvvisa e rapida comparsa di un'elevata pressione sanguigna. La pressione diastolica spesso supera i 130 mmHg.

Questo disturbo colpisce circa l'1% degli ipertesi, bambini e adulti compresi. È più frequente nei giovani adulti. Compare anche nelle donne con tossiemia gravidica e nei nefropatici e nelle persone con collagenopatie vascolari (fonte: NIH).

Ipertensione essenziale

Si codifica con 401.0 (forma maligna) o con 401.1 (forma benigna). Questi codici devono essere usati solo se in cartella clinica è documentato il trattamento o un impegno di risorse assistenziali specifiche.

Cardiopatía ipertensiva

Quando è presente una cardiomiopatia (425.8) o una cardiopatia (429.0 - 429.3 ad es.) ed è una conseguenza dell'ipertensione, si deve usare un codice combinato della categoria 402._ (pag. 560 del manuale ICD-9-CM) per indicare contemporaneamente la presenza dell'ipertensione con ripercussioni sul cuore (basta un solo codice).

Se è presente anche uno scompenso cardiaco, si deve indicare in diagnosi secondaria uno dei codici della categoria 428._ (pagina 568 del manuale ICD-9-CM).

Se l'ipertensione non è la causa della cardiopatia, non usare il codice combinato 402.__ bensì utilizzare codici separati, uno per l'ipertensione e uno per la cardiopatia, secondo i classici criteri di individuazione della diagnosi principale e di quelle secondarie.

Esempi:

Quadro clinico	Diagnosi principale	Diagnosi secondaria
Malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione maligna (non controllata)	402.91 Cardiopatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca	Un codice da 428.0 a 428.43
Malattia cardiaca ipertensiva maligna (non controllata) con insufficienza cardiaca congestizia	402.91 Cardiopatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca	-
Malattia cardiaca congestizia con ipertensione benigna (controllata)	428.0 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)	401.1 Ipertensione essenziale benigna

Nefropatia cronica ipertensiva

Se la nefropatia cronica (condizioni classificabili alle categorie 585-587) è causata dall'ipertensione, utilizzare un codice combinato della categoria 403.__. La quinta cifra varia in base allo stadio dell'insufficienza renale cronica (pagina 561 del manuale ICD9CM):

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

In diagnosi secondaria deve essere indicato il codice dell'insufficienza renale cronica 585._ (la quarta cifra varia in base allo stadio della malattia, vedere pagina 611 del manuale ICD9CM):

Cardio-nefropatia cronica ipertensiva

La presenza contemporanea di cardiopatia e nefropatia cronica causate dall'ipertensione segnala con uno dei codici della categoria 404.__ (vedere pagina 561 del manuale ICD9CM). Il quinto carattere della sotto-classificazione identifica:

- 0 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato
- 1 - con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato
- 2 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale
- 3 - con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale

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

Cerebrovasculopatia ipertensiva

- in diagnosi principale la cerebrovasculopatia (categorie codici 430 - 438)

Retinopatia ipertensiva

- diagnosi principale, 362.11 - retinopatia ipertensiva

Ipertensione transitoria

Il reperto di una pressione elevata senza una diagnosi acclarata di ipertensione si codifica con 796.2; se in gravidanza, usare il codice 642.3_.

Ipertensione non controllata

L'ipertensione non controllata può essere dovuta ad una terapia non adeguata oppure alla mancata risposta al trattamento (resistenza alla terapia). In entrambi i casi utilizzare uno dei codici delle categorie 401 - 4

Infarto miocardico acuto (IMA)

E' previsto un quarto carattere per identificare la sede della lesione (la sottocategoria 410.9 - sede non specificata, non deve essere mai usata per i ricoveri ospedalieri) ed un quinto (0, 1, o 2) per specificare l'episodio di assistenza:

- 0 - episodio di assistenza non specificato (da non utilizzare in quanto la documentazione clinica deve sempre contenere le informazioni necessarie per una descrizione precisa del caso)
- 1 - episodio iniziale di assistenza. Tale valore deve essere utilizzato anche nel caso di ricoveri di pazienti dimessi con trasferimento presso un'altra struttura per acuti e di ricoveri di pazienti provenienti da altre strutture per acuti e va assegnato indipendentemente dal numero di trasferimenti che il paziente può avere effettuato. Non deve essere impiegato nei casi sottoposti ad interruzione dell'assistenza per acuti (trasferimento in strutture non per acuti o dimissioni a domicilio) perché in tali situazioni va utilizzato il quinto carattere 2
- 2 - episodio successivo di assistenza. Tale valore va utilizzato per i ricoveri successivi all'episodio iniziale di assistenza ed effettuati entro le otto settimane dall'evento acuto.

Le sottocategorie da 410.0_ a 410.6_ e 410.8_ identificano i casi di IMA con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI).

La sottocategoria 410.7_ , infarto subendocardico identifica i casi di IMA con sottoslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e di infarto non transmurale.

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

Durata superiore alle otto settimane

Se l'episodio ischemico ha durata superiore alle otto settimane, viene considerata una malattia ischemica cronica e quindi deve essere segnalato con codice *414.8 - Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica*; lo stesso codice deve essere utilizzato se l'episodio ha durata minore, ma viene diagnosticato come malattia ischemica cronica.

Infarto miocardio pregresso

Il codice *412 Infarto miocardico pregresso* va utilizzato in diagnosi secondaria per i casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del pregresso infarto sia significativa in termini assistenziali per il ricovero attuale.

Insufficienza cardiaca nell'immediato periodo post-operatorio

Va codificata con il codice *997.1 Complicazioni cardiache non classificate altrove*, mentre se compare dopo un intervento cardiocirurgico effettuato in un ricovero precedente va utilizzato il codice *429.4 Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca*.

Vasi cerebrali o pre-cerebrali

I codici di intervento/procedura da 00.61 a 00.65 identificano le procedure di angioplastica o atrectomia o inserzione di stent. Occorre sempre specificare anche il numero e il tipo di vasi trattati (codd. 00.40 – 00.44) e il numero di stent inseriti (codd. 00.45 – 00.48)

Vasi coronarici

Angioplastica coronarica

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

Tecnica laser

L'intervento di rivascolarizzazione cardiaca con tecnica laser deve essere codificato con il codice 36.09.

Altri vasi

L'intervento di angioplastica di altri vasi si codifica con il codice 39.50 seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (codd. 00.40 – 00.44).

L'eventuale inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (medicato cod. 00.55, non medicato cod. 39.90), l'altro il numero di stent inseriti (codd. 00.45 – 00.48).

Ricovero per impianto di pace-maker

Nei casi con diagnosi principale di sindrome del seno carotideo, per l'attribuzione del DRG appropriato, va utilizzato il codice 427.89 Altre aritmie cardiache.

Per descrivere i casi di ricovero per applicazione di pace-maker in assenza di sintomatologia va segnalato in diagnosi principale il codice V53.31 Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco.

In ogni caso le procedure da utilizzare sono i codici 37.7_ inserzione di elettrodi e 37.8_ inserzione di pace-maker.

Malfunzionamento del pace-maker

Nel caso di ricovero per complicanze (es. malfunzionamento) dovute al pace-maker in diagnosi principale possono essere segnalati, in base alla causa, i codici:

- 996.01 Complicazioni meccaniche da pace-maker cardiaco,
- 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da pace-maker cardiaco e
- 996.72 Altre complicazioni da pace-maker.

Impianto PM permanente

L'impianto di PM permanente deve essere codificato con due voci:

- la prima specifica la sede dove viene posizionato l'elettrodo,
- la seconda il tipo di apparecchio usato, ad esempio:
- 37.71 Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo
- 37.81 Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola

Sostituzione delle pile

La sola sostituzione delle pile all'impianto di pace-maker andrà codificato con il codice V53.31 di diagnosi (Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco) e il cod. 37.89 di procedura (Revisione o rimozione di pace-maker).

Apparecchio a camera doppia

In caso di inserzione di apparecchio a camera doppia (37.83) bisogna codificare l'inserzione di elettrodi transvenosi in atrio e ventricolo unicamente con il codice 37.72 - *Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi in atrio e ventricolo.*

Sostituzione di PM

Per la sostituzione di PM cardiaco i codici, utilizzabili singolarmente, sono:

- 37.85 - Sostituzione di eventuale PM con apparecchio a camera singola non specificato come frequenza di risposta
- 37.86 - Sostituzione di eventuale PM con apparecchio a camera singola
- 37.87 - Sostituzione di eventuale apparecchio di PM con camera doppia

Pacemaker temporaneo

Il codice corretto per descrivere da solo l'inserzione di PM temporaneo transvenoso è il 37.78.

Portatori di by-pass, protesi valvolari, pace maker

I codici da utilizzare tra le diagnosi secondarie per identificare questi soggetti sono:

- V43.3 - Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi
- V45.01 - Stimolatore cardiaco in situ
- V45.81 - Stato postchirurgico di by-pass aortocoronarico
- V43.4 - Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi (protesi vascolari)

Sindromi dolorose dovute ad arteriopatie ostruttive degli arti inferiori con l'applicazione di neurostimolatore spinale

Affinché sia attribuito un DRG appropriato, occorre segnalare in diagnosi principale il codice 337.22 Disfunzione riflessa del simpatico arto inferiore, in diagnosi secondaria un codice relativo alla Arteriotomia (440.2_) e come procedura il codice 03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale.

Sostituzione del neurostimolatore spinale

Vedere capitolo 6 per le istruzioni complete sulla codifica.

In caso di ricovero per sostituzione del neurostimolatore spinale in diagnosi principale utilizzare il codice *V53.0 Collocazione e sistemazione di dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi di senso* e tra le procedure utilizzare il codice 03.93.

Trombosi arterovenosa in dializzato

Utilizzare il codice *996.73 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti vascolari per dialisi renale*, anziché la categoria 444 Embolia e trombosi arteriose ed in diagnosi secondaria il codice *V56.0 Dialisi extracorporea* se il paziente effettua la seduta di dialisi.

Intervento di crossing

L'intervento di crossing associato allo stripping di vene varicose dell'arto inferiore va codificato utilizzando entrambi i seguenti codici di procedura:

- 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
- 38.69 Altra asportazione di vene dell'arto inferiore

Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare.

Nel caso in cui l'intervento per vene varicose sia eseguito con **tecnica laser** il codice appropriato di procedura è *38.89 Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore.*

Intervento di SEPS

L'intervento di SEPS (legatura endoscopica di perforanti incontinenti in sede sottofasciale) va descritto utilizzando i seguenti codici di procedura:

- 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
- 83.09 Altra incisione dei tessuti molli

TIPSS

La codifica degli interventi di TIPSS per shunt venoso intraddominale per via endovasale prevede i seguenti codici di procedura:

- 39.1 - Anastomosi cava e polmonare +
- 38.93 - Altro cateterismo venoso NIA

Brachiterapia

Se viene effettuata brachiterapia il codice da utilizzare è il *92.20 Infusione di radioisotopo per brachiterapia* (vedere capitolo 2 sui tumori).

Inserimento di “port a cath” o altri accessi vascolari

Vedi Capitolo 2.

Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria

Per l'intervento vascolare, utilizzare il codice di procedura *39.41 Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare.*

Chiusura del difetto interatriale per via percutanea (con inserimento di protesi)

Per la corretta rappresentazione dell'intervento di chiusura del difetto interatriale per via percutanea utilizzare il codice *35.52 Riparazione di difetto del setto interatriale con sutura diretta*.

Riparazione di difetto del setto atriale e chiusura del forame ovale

Nei casi di difetto del setto interatriale e di chiusura del forame ovale la codifica della procedura varia a seconda che l'intervento avvenga a cielo aperto o per via percutanea.

A cielo aperto

Se la via d'accesso è a cielo aperto si codifica la sutura con protesi mediante l'utilizzo del codice *35.51 Riparazione di difetto del setto interatriale con protesi, tecnica aperta* mentre se con sutura diretta il codice sarà *35.71 Altra e non specificata riparazione di difetto del setto interatriale*.

Via percutanea

L'intervento per via percutanea per entrambi i casi deve invece essere sempre codificato con il codice *35.52 Riparazione di difetto del setto interatriale con sutura diretta* che **comprende** anche l'inserzione di ombrello atriale settale.

Follow-up - convalescenza per intervento cardiocirurgico

Utilizzare in diagnosi principale uno dei codici della sottocategoria V58.__ (pagina 832 del manuale ICD-9-CM).

Capitolo 8

Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)

In questo capitolo occorre prestare particolare attenzione alle categorie *484 Polmonite in malattie infettive classificate altrove* e *517 Complicazioni polmonari in condizioni morbose classificate altrove*, dove in corrispondenza di ogni sottocategoria è presente la nota di inclusione che specifica di “*Codificare per prima la malattia di base*”.

BPCO

La **broncopneumopatia cronica ostruttiva** è codificata con i codici 491.2_ bronchite cronico-ostruttiva e 492._ enfisema. La compresenza di bronchite cronica ed enfisema deve essere codificata con 491.2_; la compresenza di asma e BPCO con 493.2_.

La **bronchite acuta** in BPCO deve essere codificata con 491.22

La presenza di insufficienza respiratoria acuta (518.81) o cronica (518.83) deve essere codificata, quando rigorosamente definita e documentata secondo le linee guida in materia.

In diagnosi secondaria la BPCO senza riacutizzazione (codice 491.20) può essere segnalata solo se ha comportato un significativo impegno clinico-assistenziale in termini di terapie aggiuntive o di prolungamento della degenza chiaramente esplicitato in cartella clinica.

Inserimento di protesi fonatoria in pazienti laringectomizzati

L'inserimento di protesi fonatoria in laringectomizzato prevede l'utilizzo dei seguenti codici:

- **Diagnosi principale:** V52.8 – Collocazione sistemazione di altra protesi
- **Diagnosi secondaria:** V10.21 Anamnesi tumore maligno laringe
- **Intervento:** 31.69 Altra riparazione della laringe.

Terapia ventilatoria

Criteri per l'appropriato utilizzo dei codici di riferimento per la terapia ventilatoria (con esclusione dell'età neonatale).

Gestione dell'Insufficienza Respiratoria

L'insufficienza respiratoria è una condizione conseguente al deterioramento della funzione respiratoria, a elevato rischio di morte, che richiede l'adozione di tecniche specialistiche di ventilazione meccanica, invasiva o non invasiva, di ossigenoterapia, di terapia farmacologica e di monitoraggio delle funzioni vitali.

Tali tecniche sono specificamente sviluppate in ambiente pneumologico per il trattamento dell'insufficienza respiratoria del pneumopatico, in particolare mediante l'applicazione di terapia ventilatoria non invasiva che richiede conoscenze tecnico-professionali, dotazioni tecnologiche e condizioni di monitoraggio e nursing che consentono di garantire in tutte le fasi del decadimento funzionale l'appropriatezza del trattamento, con riduzione del rischio di morte e riduzione del ricorso alle terapie intensive tradizionali.

Terapia respiratoria non invasiva – Gruppo codici 93.9

Terapia respiratoria non invasiva	Codice	Indicazioni (quando usare il codice)
Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)	93.90	PaO ₂ <60 mmHg, PaO ₂ /FiO ₂ <200 (edema polmonare, polmoniti gravi, etc.) disturbi respiratori associati a patologie del sonno, anche in fase diagnostica
Respirazione a pressione positiva a due livelli (BiLevel)	93.90	<ul style="list-style-type: none">• PaCO₂ >45 mmHg• pH<=7,35
Respirazione a pressione positiva intermittente	93.91	
Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)	93.96	Ipossiemia isolata (PaO ₂ <60 mmHg) che necessita di ossigenoterapia continua per almeno 48 ore con controllo emogasanalitico arterioso (PaO ₂ , PaCO ₂ e pH) giornaliero e monitoraggio continuo della SaO ₂ per almeno 48 ore
Altre procedure respiratorie (polmone d'acciaio)	93.99	<ul style="list-style-type: none">• PaCO₂ >45 mmHg• pH<=7,35

Terapia respiratoria invasiva – Gruppo dei codici 96.7

Terapia respiratoria invasiva	Codice	Indicazioni (quando usare il codice)
Altra ventilazione meccanica continua	96.70	Non utilizzare il codice 96.70 in quanto non specifica la durata
Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive	96.71	<ul style="list-style-type: none">• PaO₂< 40 mmHg e/o PaO₂/FiO₂ <200• pH <= 7,35 e PaCO₂ >60 mmHg• Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva
Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più	96.72	

Procedure endoscopiche

Inserzione di protesi tracheale senza asportazione del tumore.

Diagnosi principale	V52.8 - Collocazione e sistemazione di altra protesi specificata
Intervento principale	31.99 – altri interventi sulla trachea
Procedura secondaria	31.42 - laringoscopia e altra tracheoscopia
DRG	461 - Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari

Inserzione di protesi tracheale con asportazione del tumore

Diagnosi principale	Codice neoplasia
Intervento principale	31.99 – altri interventi sulla trachea
Procedura secondaria 1	31.42 - laringoscopia e altra tracheoscopia
Procedura secondaria 2	31.5 - asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
DRG	77 - Altri interventi sull'apparato respiratorio, senza CC

Inserzione di protesi bronchiale senza asportazione del tumore

Diagnosi principale	Codice neoplasia
Intervento principale	31.99 – altri interventi sulla trachea
Procedura secondaria	31.42 - laringoscopia e altra tracheoscopia
DRG	77

Inserzione di protesi bronchiale con asportazione del tumore

Diagnosi principale	Codice neoplasia
Intervento principale	32.01 - asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi
Procedura secondaria	33.79 – inserzione endoscopica di altro dispositivo bronchiale
DRG	082 - Neoplasie dell'apparato respiratorio

Ablazione percutanea

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

Capitolo 9

Malattie dell'apparato digerente (520-579)

Ernie addominali

Per le ernie addominali (550-553) si ricorda l'esclusione di quelle congenite diaframmatiche o iatali che sono classificate nel capitolo 14

Colica addominale

In **assenza di una formulazione diagnostica più precisa** si utilizza il codice *789.0_ dolore addominale* (con la quinta cifra che indica la sede anatomica) del capitolo 16 - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti.

Altrimenti, ad esempio, in caso di **colica epatica con presenza di calcoli biliari** il codice appropriato va ricercato all'interno della categoria 574 colelitiasi (senza necessità di codificare il sintomo colica); se non vi è, invece, dimostrazione di calcoli, utilizzare la sottocategoria *789.0_ dolore addominale*, indicando la sede anatomica mediante la quinta cifra.

Complicazioni da colostomia ed enterostomia

Sono specificamente individuate le complicazioni da:

- gastrostomia (536.4_)
- colostomia ed enterostomia (569.6_)

In questi casi non devono essere utilizzati i codici delle categorie da 996 a 999 (complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove).

Il solo controllo (ad esempio per ricanalizzazione) deve essere codificato in diagnosi principale con un codice della categoria V55.

Codifica di alcune forme di displasia di organi digerenti

Per alcune situazioni cliniche relativamente frequenti di **displasia epiteliale di grado grave o severo**, istologicamente accertata, si ricorre all'uso dei codici della categoria 230 Carcinomi in situ degli organi digerenti.

Esempi a tale riguardo sono costituiti dalla **displasia grave/severa**, supportata da referto istologico, su polipi adenomatosi dell'apparato digerente (cod. 230._) o su ulcera

gastrica (cod. 230.2) o quando associata a rettocolite ulcerosa o a morbo di Crohn (codici 230.3 o 230.4).

In caso di displasia severa o di alto grado su gastrite o di ulcera gastrica, occorre segnalare in diagnosi secondaria il codice a cinque cifre relativo alla gastrite o all'ulcera gastrica.

Emorroidectomia secondo Longo o PPH o emorroidectomia con stapler o intervento con tecnica Hal

Per segnalare l'intervento di emorroidectomia eseguito secondo la tecnica "di Longo" o PPH (Procedure for Prolapse & Hemorrhoids) o secondo la tecnica di Hal, utilizzare il codice di procedura 49.49 Altri interventi sulle emorroidi.

Intervento di Starr

La resezione rettale per via transanale con stapler (Stapled Trans-Anal Rectal Resection) è praticata in caso di rettocele o di prollasso del retto con sindrome da defecazione ostruita e si codifica con *48.74 retto-rettostomia*. Tali casi sono attribuiti al DRG 149.

Questo intervento non deve essere confuso con quello di emorroidectomia secondo Longo, PPH o HAL, eseguito con stapler per il trattamento delle emorroidi, prolassate o meno.

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon

- Intervento principale: 46.79 Altra riparazione dell'intestino
- Intervento secondario: 45.23 Colonscopia con endoscopio flessibile.

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto

- Intervento principale: 48.79 Altra riparazione del retto
- Intervento secondario: 48.23 Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido

Protesi dello sfintere anale

Codificare in diagnosi principale il codice 787.6 Incontinenza fecale, in diagnosi secondaria il codice V52.8 Collocazione e sistemazione di altra protesi specificata e il codice 49.79 Altra riparazione dello sfintere anale quale intervento principale.

Protesi metallica esofagea

Utilizzare il codice 42.89 Altra riparazione dell'esofago e il codice 42.23 Altra esofagoscopia.

Videoendoscopia diagnostica con capsula

Tale procedura è di tipo ambulatoriale.

Nel caso in cui durante un ricovero vengono effettuate anche procedure diagnostiche eseguite sul tratto gastrointestinale (intestino tenue) utilizzare il codice 45.19 Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue.

Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del fegato

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

Esofagite con emorragia e varici esofagee

L'emorragia esofagea deve essere codificata con il codice 530.82 salvo che sia causata da varici esofagee.

Le varici esofagee sono codificate come malattie del sistema circolatorio (capitolo 7).

Esempio:

- Varici esofagee con sanguinamento 456.0
- Varici esofagee senza menzione di sanguinamento 456.1

Ove le varici esofagee siano associate a cirrosi del fegato o a ipertensione portale è necessario codificare entrambe le patologie (codifica multipla).

Esempio:

- Sanguinamento da varici esofagee con cirrosi epatica 571._ + 456.20
- Sanguinamento da varici esofagee in ipertensione portale 572.3 + 456.20

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

Capitolo 10

Malattie dell'apparato genito-urinario (580-629)

Insufficienze renali acute e croniche

È particolarmente importante non fare riferimento all'indice alfabetico in quanto non esaustivo.

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

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

Colica renale

Si codifica con il codice 788.0 in assenza di calcolosi documentata, ma se viene evidenziata la presenza di calcoli, il codice appropriato va ricercato all'interno della categoria 592 calcolosi renale ed ureterale e non è necessario codificare il sintomo colica renale.

L'**idronefrosi**, che complica la calcolosi renale o ureterale, va codificata con il codice 591 **se documentata in cartella clinica e rilevante clinicamente**.

Intervento per la correzione del varicocele

L'intervento tradizionale di correzione di varicocele mediante legatura dei vasi spermatici è identificato dal codice: *63.1 Asportazione di varicocele*.

Tecniche innovative eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda sono identificate dall'uso combinato dei seguenti codici:

- Intervento principale: 63.1 Asportazione di varicocele
- Intervento secondario: 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche.

La via retrograda richiede inoltre la segnalazione del codice di procedura *88.67 Flebografia con m.d.c. di altre sedi specificate*.

Stent uretrale

In caso di stenosi uretrale con inserimento di protesi, utilizzare i seguenti codici:

- Diagnosi principale: 598.__ Stenosi uretrale ...
- Altre diagnosi: utilizzare un codice per indicare l'incontinenza urinaria (625.6, 788.30 - 788.39) o la ritenzione urinaria (788.2)
- Intervento chirurgico: 58.6 Dilatazione uretrale.

Per ricoveri finalizzati alla sola collocazione o rimozione di dispositivi (cateteri) occorre utilizzare in diagnosi principale il codice V536

Impianto di pace-maker neurali

In caso di impianto di pace-maker neurali per il trattamento di:

- ritenzione urinaria (codice diagnosi principale 788.2_),
- incontinenza urinaria (codice diagnosi principale 788.3_),
- pollachiuria o poliuria (codice diagnosi principale 788.41, 788.42),
- il codice procedura da utilizzare è 57.96 Impianto di stimolatore vescicale elettrico, sia nel caso si tratti di un elettrodo temporaneo per la stimolazione del nervo sacrale sia nel caso in cui, con test positivo, venga inserito il pace-maker neurale definitivo.

Fimosi

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

Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del rene

È identificata dal codice 55.33 *Ablazione percutanea di tessuto o lesione renale*.

Ematuria

Nei rari casi in cui è necessario indicare l'ematuria in diagnosi principale si utilizzano i codici tra le categorie 996 - 999 *Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove*.

Tutte le volte in cui l'ematuria viene segnalata in diagnosi secondaria (es. postoperatorio) deve essere giustificata attraverso interventi/procedure, segnalati nella SDO/cartella, che evidenzino un trattamento aggiuntivo.

Capitolo 11

Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)

I codici di questo capitolo descrivono condizioni o complicazioni della madre, pertanto non devono essere utilizzati per codificare la scheda di dimissione ospedaliera del neonato.

Note generali sulla SDO materna

Nell'ambito della Medicina Perinatale, per la presenza di altri flussi informativi attinenti all'area, è fondamentale raggiungere la congruità delle codifiche in modo tale da permettere la lettura delle prestazioni anche in termini di "percorsi assistenziali": la lettura incrociata tra CEDAP, SDO materna e SDO neonatale configura il Percorso Nascita regionale (DGR 34-8769 del 12/05/2008).

Le diagnosi di dimissione di donna ricoverata in Gravidanza/parto devono essere ricondotte al capitolo 11 (codici da 630 a 677) "Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio" del manuale ICD-9-CM.

La SDO di un episodio di ricovero per parto deve contenere:

- la diagnosi principale;
- fra le diagnosi secondarie obbligatoriamente quella relativa all'esito del parto
- le procedure (codici di procedura compresi tra 72.0 e 75.9).

Si rammenta che, con esclusione del codice 650, tutte le altre diagnosi vanno codificate a 5 cifre in cui la 5° definisce temporalmente il ricovero:

- 0 = episodio di cura non specificato (non deve essere mai utilizzato)
- 1 = ricovero per il parto con anamnesi di gravidanza positiva o meno per complicanze
- 2 = ricovero per il parto con complicanze insorte nel postpartum immediato
- 3 = ricovero per complicanze della gravidanza (ricoveri antecedenti il ricovero per parto)
- 4 = ricovero per complicanze postpartum tardive (ricoveri successivi al ricovero per il parto)

Il codice V27._ definisce l'esito del parto attraverso la terza cifra:

- 0 = nato vivo da parto semplice V27.0

- 1 = nato morto da parto semplice V27.1
- 2 = due nati vivi da parto gemellare V27.2
- 3 = un nato vivo e un nato morto da parto gemellare V27.3
- 4 = due nati morti da parto gemellare V27.4
- 5 = tutti nati vivi da parto multiplo V27.5
- 6 = alcuni nati vivi da parto multiplo V27.6
- 7 = tutti nati morti da parto multiplo V27.7
- 9 = parto con esito non specificato, da **non utilizzare!**

Nel campo *Codice intervento chirurgico principale* si deve inserire il codice relativo all'intervento ostetrico connesso al parto (da 72.0 a 73.99) o all'intervento chirurgico vero e proprio (da 74.0 a 74.99), che ha assorbito più risorse; mentre nel campo *Altro intervento o procedura* si deve indicare il codice di altra procedura diagnostica o terapeutica (da 75.31 a 75.99), o di eventuale altro intervento che abbia assorbito minor quantità di risorse rispetto all'intervento principale.

Esempio 1:

Diagnosi principale	Parto di donna con ipertensione essenziale – 642.01
Diagnosi secondaria 1	Toxoplasmosi – 647.81
Diagnosi secondaria 2	Parto semplice nato vivo – V27.0
Intervento principale	Taglio cesareo – 74.1

Esempio 2:

Diagnosi principale	Parto con anamnesi positiva per minaccia d'aborto – 640.01
Diagnosi secondaria 1	Parto semplice nato vivo – V27.0
Intervento principale	Monitoraggio fetale – 75.34

Parto fisiologico

Il codice **650** è un codice di diagnosi, identifica l'assistenza a un parto fisiologico, in gravidanza fisiologica, con travaglio fisiologico (parto spontaneo, cefalico, vaginale, a termine, di feto singolo e vitale, che richiede poca o nessuna assistenza, con o senza episiotomia, senza intervento manuale [es. rotazione] o strumentale [es. forcipe]).

Questo codice va usato in diagnosi principale, non può essere associato a nessun altro codice in diagnosi secondaria, fatta eccezione per il V27.0.

Esempio:

Diagnosi principale	Parto fisiologico - 650
Diagnosi secondaria 1	Parto semplice nato vivo – V27.0
Intervento principale	Episiotomia – 73.6

Gravidanza multipla

La gravidanza multipla si segnala con il codice 651._ , in cui la 4^a cifra specifica il numero di feti (651.0, 651.1, 651.2) o l'esito in perdita fetale (651.3, 651.4, 651.5, 651.6) e la 5^a cifra definisce temporalmente l'episodio di ricovero (1 ricovero per parto, 3 ricovero antecedente il parto). L'esito del parto sarà V27._ con 3^a cifra da 2 a 7.

Sono stati aggiunti i codici per gravidanza multipla con elettiva riduzione fetale 651.7 + 5^a cifra che definisce temporalmente l'episodio di ricovero (1 ricovero per parto, 3 ricovero antecedente il parto).

Condizioni complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio

La diagnosi principale sarà quella della complicanza (da 640 a 649).

Condizioni infettive complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio

La diagnosi principale sarà 647 (da 647.0 a 674.94) mentre in diagnosi secondaria sarà codificato l'agente eziologico in causa, oppure 646.6_ per infezioni dell'apparato genitourinario in gravidanza oppure 646.5_ per batteriuria asintomatica in gravidanza.

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

Sono presenti i codici per lo **stato di portatrice**:

- portatore di Streptococco gruppo B = V02.51;
- portatore di epatite B = V02.61.

Esempio 1: ricovero per parto di donna portatrice di streptococco B

Diagnosi principale	Parto di donna con infezione apparato genitourinario – 646.61 ³
Diagnosi secondaria 1	Portatrice di streptococco gruppo B – V02.51

³ Si utilizza il codice 646.61 perché l'impegno terapeutico-assistenziale equivale a quello dell'infezione sintomatica.

Diagnosi secondaria 2	Parto semplice nato vivo – V27.0
Intervento principale	Monitoraggio fetale – 75.34

Esempio 2: ricovero per parto di donna con infezione da streptococco B

Diagnosi principale	Parto di donna con infezione apparato genitourinario – 646.61
Diagnosi secondaria 1	Infezione streptococcica in manifestazioni morbose classificate altrove e di sede non specificata, Streptococco, gruppo B – 041.02
Diagnosi secondaria 2	Parto semplice nato vivo – V27.0
Intervento principale/procedura	Iniezione di antibiotici – 99.21

Analgesia per il travaglio di parto

Per quanto riguarda la codifica del parto con analgesia, va inserito nel campo procedure il codice 03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia.

Taglio cesareo

Nella SDO di donne che hanno partorito con taglio cesareo, il cesareo non costituisce la diagnosi bensì l'intervento principale. La diagnosi principale deve riportare la patologia o la situazione che ha costituito l'indicazione al cesareo:

- Codici da 652 a 659 = indicazione al cesareo precedente al parto
- Codici da 660 a 669 = indicazione al cesareo durante il travaglio

Le indicazioni al taglio cesareo per patologie che non sono comprese nel capitolo 11 devono essere codificate con:

- in diagnosi principale *659.81 Altre specifiche indicazioni per l'assistenza o l'intervento relative al travaglio e al parto*
- in seconda diagnosi la patologia (es. Retinopatia, ecc.)
- intervento principale TC.

Diagnosi principale	659.81 Altre specifiche indicazioni per l'assistenza o l'intervento relative al travaglio e al parto
Diagnosi secondaria 1	Retinopatia ... – 362.____
Diagnosi secondaria 2	Parto semplice nato vivo – V27.0
Intervento principale	Taglio cesareo cervicale basso – 74.1

Il codice *669.71 - Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto, con o senza menzione delle manifestazioni ante-partum*, dal momento che manca la segnalazione

clinica della motivazione, può essere impiegato solo nei casi in cui il ricorso al cesareo è dovuto ad una precisa volontà della donna.

Nella lettura dei percorsi assistenziali **tutti i TC che hanno il 669.71 in diagnosi principale vengono letti come TC su richiesta della donna.**

Diagnosi principale	TC senza menzione della indicazione - 669.71
Diagnosi secondaria 1	Parto semplice nato vivo - V27.0
Intervento principale	Taglio cesareo cervicale basso – 74.1

Ricovero a seguito di parto che è avvenuto al di fuori del presidio ospedaliero

In assenza di complicazioni, in diagnosi principale utilizzare il codice *V24.0 Cure ed esami postpartum subito dopo il parto*;

Se sono presenti complicazioni la diagnosi principale sarà la complicazione (codici del capitolo 11) con 5a cifra = 4.

In diagnosi secondaria va sempre posto il codice relativo all'esito del parto V 27....

Riospedalizzazione di mamma in allattamento

Quando per le condizioni di salute del neonato ri-ospedalizzato, si apre una SDO anche per la madre con diagnosi principale *V65.0 - Persona sana che accompagna persona malata*, in questo caso non ci sarà l'esito del parto perché già presente sulla SDO relativa al ricovero per assistenza al parto.

N.B.: Nel caso di donna trattenuta in ospedale per garantire la continuità della relazione con il piccolo ricoverato e/o sostenere l'allattamento materno, per giustificare la correttezza della durata della degenza, sulla SDO materna va aggiunto il codice *V24.1 - Donna in allattamento* in uno dei campi diagnosi secondaria. Non si apre SDO per il neonato nel caso di rientro.

Aborto farmacologico

L'aborto farmacologico con *mifepristone e prostaglandine (RU486)* è consentito tramite ricovero ospedaliero ordinario.

La dimissione avviene solo a seguito di una verifica ecografica dell'espulsione del materiale abortivo. In tal caso la codifica è:

Diagnosi principale	635.92 – aborto completo , indotto legalmente, senza complicazioni
Intervento principale	89.07 Consulto definito complessivo
Procedura secondaria 1	[eventuale] 88.78 Diagnostica ecografica dell'utero gravido

Procedura secondaria 2	99.99 Altre procedure (per convenzione sarà interpretata come assunzione di RU486)
-------------------------------	--

Nell'eventualità di dimissione volontaria anticipata rispetto alla verifica ecografica dell'avvenuta espulsione del materiale abortivo, la codifica è la seguente, con codice di dimissione 5 – volontaria:

Diagnosi principale	635.91 – aborto incompleto , indotto legalmente, senza complicazioni
Intervento/procedure	89.07 Consulto definito complessivo
Procedura secondaria 1	[eventuale] 88.78 Diagnostica ecografica dell'utero gravido (antecedente la somministrazione)
Procedura secondaria 2	99.99 Altre procedure (per convenzione sarà interpretata come assunzione di RU486)

Ogni eventuale richiesta di successiva prosecuzione di trattamento si configurerà come nuovo ricovero ordinario, la cui codifica dopo verifica ecografica di avvenuta espulsione del materiale abortivo, sarà:

Diagnosi principale	635.92 – aborto completo , indotto legalmente, senza complicazioni
Intervento principale	89.07 Consulto definito complessivo
Procedura secondaria 1	88.78 Diagnostica ecografica dell'utero gravido (necessaria alla verifica dell'avvenuto aborto)
Procedura secondaria 2	99.99 Altre procedure (per convenzione sarà interpretata come assunzione di RU486)

Scheda ISTAT

La scheda ISTAT relativa all'aborto deve essere compilata quando vi è la conferma ecografica.

Capitolo 12

Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (680-709)

Lesioni da decubito

Anche nei reparti di post-acuzie l'escarectomia o il curretage delle lesioni da decubito potrà essere codificato con i codici di procedura 86.22 Rimozione asportativa di ferita infezione e ustione e 86.28 Rimozione non asportativa di ferita infezione e ustione.

Asportazione di lesioni cutanee

Per l'asportazione di lesioni cutanee utilizzare i codici specifici per sede:

Sede	Codici
Ano	da 49.01 a 49.99
Labbra	da 27.0 a 27.99
Mammella	da 85.0 a 85.99
Naso	da 21.00 a 21.99
Orecchio	da 18.01 a 18.9
Palpebra	da 08.01 a 08.99
Pene	da 64.0 a 64.99
Perineo femminile	da 71.01 a 71.9
Sopracciglia	da 08.01 a 08.99
Scroto	da 61.0 a 61.99
Vulva	da 71.01 a 71.9

In tutti gli altri casi i codici indicati sono *86.4 Asportazione radicale di lesione della cute e 86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo.*

L'intervento *86.4 Asportazione radicale di lesione della cute* è da intendersi in relazione alla **profondità** dei piani dei tessuti asportati e pertanto **non è in relazione alla totalità dell'asportazione della lesione stessa.**

Ne consegue che in caso di **asportazione di lesione cutanea che interessa la cute e il sottocute il codice procedura da utilizzarsi è 86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo**, che, se è l'unica procedura eseguita, dovrebbe essere effettuata in regime ambulatoriale, mentre in caso di coinvolgimento (asportazione) dei piani sottostanti il codice da utilizzarsi è *86.4 Asportazione radicale di lesione della cute.*

Nel caso di sutura con lembo di scorrimento o avvicinamento, va utilizzato, in aggiunta, il codice 86.59.

Di seguito vengono riportate indicazioni per l'uso di **alcuni codici** di intervento con le relative raccomandazioni anche per la scelta del regime assistenziale più appropriato, considerato che per quanto riguarda le attività descritte esistono anche analoghe prestazioni nel nomenclatore tariffario regionale. Quindi nei casi di scelta di attività in regime ambulatoriale va scelto per la registrazione il relativo codice dal nomenclatore tariffario regionale.

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.01	Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo, aspirazione di: <ul style="list-style-type: none"> • ascesso • ematoma • sieroma 	Incisione per drenaggio di raccolta sottocutanea o profonda o sottoungueale In caso di: <ul style="list-style-type: none"> • ascesso • ematoma • sieroma Esclusa: Incisione di cisti o seno pilonidale (86.03) Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente
86.02	Iniezione o tatuaggio di lesioni o difetti della cute. Iniezione di materiale di riempimento. Inserzione di materiale di riempimento. Pigmentazione della pelle.	Le prestazioni indicate sono da considerarsi di carattere estetico e quindi non erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale ad eccezione dei casi di chirurgia ricostruttiva e post-traumatica. Si considerano materiale di riempimento le iniezioni/inserzioni di sostanze impiantabili (riassorbibili e non) quali acido ialuronico, collagene, silicone etc. Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente
86.05	Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo. Rimozione di espansore tessutale dalla pelle o dai tessuti molli diversi dalla mammella. Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio) Rimozione di loop recorder. Escluso: rimozione di corpo estraneo senza incisione (98.20-98.29)	Codificare quando si esegue la eventuale procedura di rimozione di espansore cutaneo anche l'eventuale procedura connessa alla chiusura della ferita (es.: 86.70 innesti peduncolati o a lembo).
86.06	Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile. Codificare anche eventuale cateterizzazione associata. Escluso: inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile (86.07).	Si deve escludere oltre che l'inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile (86.07) anche il generatore di impulsi (cod. da 86.94 a 86.95).

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.09	<p>Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo</p> <p>Esplorazione di: tratto sinusale, cute fossa superficiale</p> <p>Undercutting di follicolo pilifero</p> <p>Creazione di tasca per neurostimolatore del talamo, nuova sede.</p> <p>Escarotomia</p> <p>Riapertura di tasca sottocutanea per revisione di dispositivo senza sostituzione</p> <p>Escluso quella per: tasca di pace-maker, nuova sede (37.79)</p> <p>compartimenti fasciali di viso e bocca (27.0)</p> <p>creazione di tasca per loop recorder, nuova sede e inserzione/riposizionamento del dispositivo (37.79)</p> <p>creazione di tasca per registratore cardiaco impiantabile attivato dal paziente ed inserzione/riposizione del dispositivo (37.79)</p> <p>rimozione di catetere dalla scatola cranica (01.27)</p>	<p>Trattasi di piccoli interventi la cui esecuzione può essere effettuata anche ambulatorialmente. Pertanto il ricovero è giustificato solo da particolari condizioni cliniche del paziente.</p>
86.11	Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo	<p>Da usarsi solo nei casi di interventi rivolti al solo prelievo diagnostico. Non devono essere codificate le biopsie che avvengono nel corso della seduta operatoria sull'organo oggetto di intervento (vedi punto 5.5 delle linee guida regionali). Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.</p>
86.19	<p>Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo.</p> <p>Escluso: esame istologico di cute e tessuto sottocutaneo (91.61-91.79)</p>	Da utilizzarsi solo per procedure diagnostiche di tipo chirurgico.
86.22	<p>Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione. Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato necrosi massa di tessuto necrotico.</p> <p>Escluso sbrigliamento di: parete addominale (ferita) (54.3)</p> <p>osso (77.60-77.69)</p> <p>muscolo (83.45) della mano (82.36) unghia (matrice ungueale) (plica) (86.27)</p> <p>Escluso sbrigliamento non asportativo di: ferita, infezione o ustione (86.28) frattura aperta (79.60-79.69) impianto di lembo peduncolato (86.75)</p>	<p>Le rimozioni si intendono eseguite con metodo chirurgico tradizionale.</p> <p>Es. Escarectomia (necrectomia/necrosectomia). Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.</p>
86.24	<p>Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs</p> <p>Peeling chimico della cute</p>	<p>Nei casi di chirurgia di Mohs di sede specifica utilizzare i seguenti codici:</p> <p>49.39 ano 85.20 seno 18.29 orecchio 08.25 sopracciglia 08.25 palpebra 71.3 v ulva 27.43 labbra 21.32 naso</p>

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.25	Dermoabrasione. Quella con laser (o mezzo meccanico) Escluso: dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	Dermoabrasione mediante mola rotante o altro mezzo meccanico. Inclusa: Laserdermoablazione. Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.
86.26	Legatura di appendice dermica. Escluso: asportazione di appendice preauricolare (18.29)	Attività esclusivamente ambulatoriale (cod. 86.30.0 del nomenclatore tariffario). L'eventuale codificazione in regime di ricovero è dovuta alla presenza di altri interventi più complessi.
86.28	Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione. Rimozione SAI. Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing irrigazione (sotto pressione) washing scrubbing Terapia con le larve di mosca. Rimozione con bisturi ad acqua (a getto, jet).	Escarectomia superficiale o necrosi o sbrigliamento superficiale eseguiti mediante: curettage brushing irrigazione (sotto pressione) washing scrubbing Terapia con le larve di mosca. Rimozione con bisturi ad acqua (a getto, jet). Dispositivi ad ultrasuoni. Da utilizzarsi solo in presenza di codici di diagnosi di lesioni di pressione o ulcerazione (cod. 707.__) o di ustione (da 940.__ a 949.__). Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.
86.3	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo. Distruzione di cute mediante: cauterizzazione criochirurgia folgorazione raggio laser asportazione di cicatrice con plastica a Z Escluso: adipectomia (86.83) biopsia della pelle (86.11) asportazione di cute radicale o ampia (86.4) plastica a "Z" senza asportazione (86.84)	Da utilizzarsi per interventi di exeresi riparabile con sutura diretta, anche quando sia effettuata indagine istologica. Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.
86.4	Asportazione radicale di lesione della cute. Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti. Codificare anche eventuale resezione linfonodale (40.3-40.5).	Si utilizza come già indicato all'inizio del capitolo e nei casi di asportazione radicale nei quali sia effettuata indagine istologica e con intervento chirurgico tradizionale.
86.51	Reimpianto del cuoio capelluto.	Reimpianto quale sutura e riposizionamento del cuoio capelluto. Escluso impianto (86.64) e innesti (86.60, 86.63)
86.59	Chiusura di cute e tessuto sottocutaneo di altre sedi. Adesivi (chirurgico) (tessuto) Punti metallici Suture Escluso: applicazione di strip adesivi (butterfly) ^ omettere il codice	Sutura cutanea e sottocutanea Incluso: Sutura mediante applicazione di preparati adesivi sintetici o naturali (colla). Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.60	Innesto cutaneo libero, SAI.	Innesto cutaneo autologo , SAI, innesto intero o a rete. Incluso: prelievo di cute per innesto autologo Escluso: innesto eterologo (86.65) innesto omologo (86.66) costruzione o ricostruzione di: pene (64.43-64.44) trachea (31.75) vagina (70.61-70.62) Innesto cutaneo a spessore parziale o totale nella mammella (85.82 85.83).
86.61	Innesto di cute a tutto spessore sulla mano. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)	Innesto cutaneo autologo a tutto spessore sulla mano Incluso: prelievo di cute per innesto autologo. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)
86.62	Altro innesto di cute sulla mano. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66).	Innesto cutaneo autologo sottile o di medio spessore sulla mano. Incluso: prelievo di cute per innesto autologo. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66).
86.63	Innesto di cute a tutto spessore in altra sede. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66).	Innesto cutaneo autologo a tutto spessore in sede diversa dalla mano. Incluso: prelievo di cute per innesto autologo. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66), innesto intero o a rete. Escluso: costruzione o ricostruzione di: pene (64.43-64.44) trachea (31.75) vagina (70.61-70.62) Innesto a tutto spessore nella mammella (85.83).
86.64	Trapianto di capelli. Escluso: trapianto di follicolo pilifero nelle sopracciglia o ciglia (08.63).	Indicato in caso di condizioni post traumatiche e/o iatrogene di particolare rilevanza. Diversamente la prestazione è da considerarsi trattamento estetico.
86.66	Omoinnesto sulla cute Innesto sulla cute di membrana amniotica da donatore cute.	Omoinnesto cutaneo Innesto sulla cute di cute da donatore. Incluso: Innesto di derma omologo disepitelizzato e/o decellularizzato (Alloderma) innesto di membrana amniotica
86.67	Innesto di derma rigenerativo. Cute artificiale SAI. Creazione di "neoderma". Alloderma decellularizzato. Impianto di matrice tegumentaria. Impianto protesico di derma. Derma rigenerato Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)	Innesto sulla cute di sostituto cutaneo o dermico sintetico in grado di attecchire definitivamente (interamente o in sua parte). Incluso: matrici dermiche sintetiche biocompatibili mono o bilaminari Esclusi: innesto di derma omologo disepitelizzato e/o decellularizzato (Alloderma) (86.66) innesto omologo (86.66) innesto eterologo (86.65)
86.69	Altro innesto di cute su altre sedi (Innesto: di derma, adiposo, dermo-adiposo, di cartilagine SAI). Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)	Si intende innesto autologo di derma, adipe, cartilagine. Da usarsi per lipofilling. Escluso: innesto dermolipidico cod. 86.60

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.7	<p>Impianto di lembi pedunculati.</p> <p>Escluso: costruzione o ricostruzione di: pene (64.43-64.44) trachea (31.75) vagina (70.61-70.62)</p>	<p>Escluso: Lembo pedunculato nella mammella (85.84) Ricostruzione mammaria con lembo muscolare o muscolocutaneo (85.85) Trasposizione del capezzolo (85.86) Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo (85.87) Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita (82.61, 82.81)</p>
86.72	Avanzamento di lembo pedunculato.	Lembo locale di avanzamento, rotazione, trasposizione (di piccole dimensioni).
86.73	<p>Trasferimento di innesto pedunculato o a lembo sulla mano.</p> <p>Escluso: ricostruzione del pollice o trasferimento di dita (82.61, 82.81).</p>	<p>Trasferimento di lembo locale, di vicinanza o a distanza sulla mano Incluso: lembo microchirurgico.</p>
86.74	<p>Trasferimento di innesto pedunculato a lembo in altre sedi Trasferimento di: lembo di avanzamento lembo doppiamente pedunculato lembo di rotazione lembo di scorrimento lembo a tubo</p>	Utilizzare unicamente per lembi tubulati indiretti a distanza.
86.82	<p>Ritidectomia facciale Lifting facciale</p> <p>Escluso: ritidectomia della palpebra (08.86-08.87).</p>	Intervento da considerarsi quasi esclusivamente di natura estetica equindi da non effettuarsi a carico del SSN.
86.83	<p>Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza. Riduzione del tessuto adiposo di: parete addominale (pendula) braccia (batwing) natiche coscia (lipomatosi trocanterica) Liposuzione</p> <p>Escluso: mammella (85.31-85.32).</p>	Lipectomia (adipectomia)
86.84	<p>Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute. Plastica a "Z" della cute. Escluso: plastica a "Z" con asportazione di lesione (86.3)</p>	Riparazione di difetto cutaneo o correzione di cicatrice mediante plastiche a Z singole o multiple.
86.89	<p>Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.</p> <p>Escluso: mentoplastica (76.67-76.68)</p>	<p>Utilizzare per codificare ricostruzione mediante materiale protesico. In chirurgia plastica post-traumatica o post-chirurgica malformativa o oncologica. Escluso: ricostruzione mammaria cod. 85.__ e mentoplastica (76.67-76.68).</p>
86.93	<p>Inserzione di espansore tessutale. Inserzione (sottocutanea) (nel tessuto molle) di espansore tessutale (uno o piu') nello scalpo (spazio sub galeale), faccia, collo, estremita' superiori e inferiori, tronco eccetto la mammella, per formazione di cute come lembo.</p> <p>Escluso: preparazione di innesto a lembo (86.71), espansione di tessuto mammario (85.95).</p>	<p>Inserzione di espansore tessutale. Inserzione sottocutanea o nello spazio sub galeale di uno o più espansori faccia, collo, estremita' superiori e inferiori, tronco eccetto la mammella.</p> <p>Escluso: espansione di tessuto mammario (85.95).</p>
86.99	<p>Altri interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo. Escluso: rimozione di suture da: addome (97.83) capo e collo (97.38) torace (97.43) tronco SAI (97.84) irrigazione di catetere (96.58) sostituzione di catetere (97.15)</p>	Da utilizzare esclusivamente per interventi innovativi non riconducibili a codici di questo capitolo.

Capitolo 13

Malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo (710-739)

Fratture patologiche

Coerentemente alle regole generali di selezione della diagnosi principale, il codice della frattura patologica (733.1_) deve essere utilizzato in diagnosi principale solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica. Data la natura poco specifica del codice in diagnosi secondaria si devono associare ad esso le condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.

Vertebroplastica / Cifoplastica

La procedura di vertebroplastica è identificata dal cod. 81.65 mentre la procedura di cifoplastica è identificata dal cod. 81.66.

Trapianto osteocondrale

Nella codificazione del trapianto si deve indicare in Diagnosi Principale la patologia di base e come intervento uno dei codici del gruppo 81.4_ . La stessa codificazione può essere adottata nell'utilizzazione delle cellule staminali

Primo intervento per autotrapianto

Nel caso di prelievo per successivo intervento di autotrapianto occorre codificare in Diagnosi Principale il codice di patologia, quindi come intervento principale un codice del gruppo 80.9_ *Altra asportazione dell'articolazione* e il codice 80.2_ *Artroscopia*.

Nel caso di prelievo di cellule staminali l'intervento sarà 41.31 *Biopsia del midollo osseo*.

Intervento per via endoscopica

Laddove non sia presente il codice che descrive l'intervento per via endoscopica, si deve ricorrere alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo).

Esempio:

Intervento eseguito	Meniscectomia mediante artroscopia del ginocchio destro	Codice
Intervento principale	Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio	80.6
Intervento-procedura secondario	Artroscopia del ginocchio	80.26

Legamenti crociati del ginocchio

Per l'inserzione o plastica dei legamenti crociati del ginocchio codificare esclusivamente il codice *81.45 Altra riparazione dei legamenti crociati* oltre all'eventuale via artroscopica di accesso.

Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio

La revisione di protesi di anca o di ginocchio, prevede l'utilizzo di codici specifici per identificare le diverse componenti:

- 00.70 - 00.73 per la revisione di protesi di anca
- 00.80 - 00.84 per la revisione di protesi del ginocchio

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

Sindrome del tunnel carpale

Nel caso di ricovero per intervento di tunnel carpale la codifica dovrà prevedere:

- diagnosi principale - codice *354.0 Sindrome del tunnel carpale* e in
- diagnosi secondaria le eventuali complicanze (es. dito a scatto 727.03)
- procedura - codice *04.43 Liberazione del tunnel carpale* e per la eventuale complicanza ad es. *82.12 Fasciotomia della mano*.

Interventi sulla spalla

Negli interventi della spalla, oltre all'eventuale specifica della via di accesso (artroscopia) è necessario riportare tutti i codici di intervento/procedure eseguiti e descritti nel registro operatorio.

Lussazione ricorrente della spalla

Voce	A cielo aperto	Artroscopia
Diagnosi principale	718.31	718.31
Intervento principale	81.82	81.82
Intervento secondario	-	80.21

Rottura atraumatica della cuffia dei rotatori

Voce	A cielo aperto	Artroscopia
Diagnosi principale	727.61 (rottura) oppure 840.4 (distorsione-distrazione)	
Intervento principale	83.63 (riparazione)	83.63 (riparazione)
Intervento secondario	-	80.21 (artroscopia)

Rigidità di spalla, blocco di spalla

Voce	Codice
Diagnosi principale	718.41
Intervento principale	93.26 - rottura manuale aderenze articolari (sblocco spalla)
Intervento secondario	81.92 - Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento (lavaggio spalla)

Entesopatie periferiche e le sindromi analoghe

Per le entesopatie periferiche di spalla e le sindromi analoghe utilizzare la seguente codifica:

Voce	Codice
Diagnosi principale	726.0 - capsulite adesiva scapolo-omerale
Intervento principale	81.83 - altra riparazione della spalla

Interventi per ernia discale

Approccio chirurgico classico o mini-invasivo

L'utilizzo dei codici 80.51 e 80.59 è indicato esclusivamente per gli approcci chirurgici, sia classici che mini-invasivi.

Iniezione locale sostanze terapeutiche

In caso di iniezione locale di sostanze terapeutiche, senza intervento cruento, deve essere utilizzato il codice 80.52.

Rimozione di mezzi di fissazione

Rimozione di mezzo di fissazione	Diagnosi	Intervento	DRG
Interno	V54.01 - Trattamento per rimozione di mezzo di fissazione interno	78.6_ - Rimozione di dispositivo impiantato da ... (la quarta cifra varia in base alla sede)	538
Esterno	V54.89 - Trattamento ortopedico ulteriore		538
Gesso, ferula, filo di Kirschner, chiodo Steinmann	V54.89 - Trattamento ortopedico ulteriore	97.88 - Rimozione di dispositivo esterno di immobilizzazione.	249

Capitolo 14

Malformazioni congenite (740-759)

Regole specifiche di codifica

L'età del paziente non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo 14 (740-759) del manuale ICD9CM.

Le patologie descritte in tale capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età e sono correlate agli MDC di sistema o apparato.

Altre condizioni di origine perinatale, comprese alcune condizioni specificate come congenite, sono descritte nel capitolo 15 (760-779), che include anche i traumi ostetrici classificati con la categoria 767. La distinzione tra condizioni congenite e acquisite è indicata nell'indice alfabetico attraverso l'utilizzo di modificatori. Alcune condizioni sono congenite per definizione, altre sono sempre considerate acquisite; per altre non vi è alcuna distinzione.

Il termine "congenito" viene utilizzato per descrivere una condizione anomala già presente alla nascita, ancorché possa manifestarsi clinicamente in età più avanzata. Inoltre molte condizioni congenite non correggibili persistono per tutta la vita e, quindi, l'età del paziente non può essere un fattore determinante nell'assegnazione di questi codici.

Si rammenta ancora che alcune malformazioni muscolo-scheletriche da malposizione sono classificate nella categoria 754; se invece l'anomalia è legata a traumi alla nascita, occorre utilizzare i codici della categoria 767 traumi ostetrici del capitolo 15.

Le malformazioni congenite sono classificate secondo il sistema/apparato coinvolto e in base alle localizzazioni d'organo. Se non è possibile descrivere in maniera specifica una malattia con un solo codice si devono utilizzare codici aggiuntivi presenti anche in altri settori della classificazione ICD-9-CM.

In particolare per l'età neonatale fare riferimento al successivo capitolo 15.

Capitolo 15

Condizioni morbose di origine perinatale (760-779) e codifica del neonato

Nell'ambito della Medicina Perinatale, per la presenza di altri flussi informativi attinenti all'area, è fondamentale raggiungere la congruità delle codifiche in modo tale da permettere la lettura delle prestazioni anche in termini di "percorsi assistenziali": la lettura incrociata tra CEDAP, SDO materna e SDO neonatale configura il Percorso Nascita regionale (DGR 34-8769 del 12/05/2008).

Note generali SDO neonato (fino a 28 giorni di vita)

Per ogni nuovo nato nel presidio sarà aperta alla nascita una cartella clinica e SDO relative all'episodio di assistenza ospedaliera neonatale.

Tutte la SDO redatte dal **nido** devono produrre DRG afferenti all'MDC 15, *Condizioni originatesi nel periodo perinatale*, quindi caratterizzate da manifestazioni che hanno origine da prima della nascita fino i primi 28 giorni di vita anche se la patologia può evidenziarsi successivamente.

Dal manuale ICD-9-CM:

manifestazioni che hanno origine nel periodo perinatale, prima della nascita fino a 28 giorni dopo la nascita, anche se la morte o le manifestazioni patologiche si manifestano successivamente.

Coerentemente con le regole generali di codifica, l'individuazione di condizioni cliniche patologiche sulla SDO del neonato deve avvenire solo quando queste siano significative; non devono essere codificate le condizioni non rilevanti o segni e sintomi che si risolvano senza specifico impegno diagnostico/terapeutico e/o assistenziale.

Evento nascita

Questo paragrafo è stato completamente riscritto per armonizzarlo con le linee guida nazionali e rendere più coerente l'attribuzione dei DRG neonatali.

Diagnosi principale

Tutte le nascite avvenute in ospedale devono essere identificate riportando sulla SDO in diagnosi principale i codici da V30._ a V39._ indipendentemente dal fatto che il neonato

sia prematuro o a termine, sia sano o patologico, perché questi codici, per convenzione, indicano solo l'avvenuta nascita e non lo stato di buona salute.

Diagnosi secondarie

In diagnosi secondaria devono essere riportate le condizioni cliniche significative che comportano interventi diagnostici o terapeutici con impegno assistenziale significativo che può determinare un allungamento della degenza.

Eccezione: neonato sottoposto, durante il ricovero per l'evento nascita, ad intervento chirurgico per patologia malformativa congenita o patologia intercorrente: in tal caso la DP deve riportare la patologia trattata chirurgicamente, la DS deve riportare il codice da V30_ a V39_.

L'intervento eseguito sarà riportato nel settore "interventi e procedure".

Evento	Diagnosi principale	Diagnosi secondaria
Neonato singolo o gemello, sano o patologico, da parto fisiologico o indotto o cesareo	V30.__ o V31.__ o V32.__ o V34.__ o V36.__	Codice eventuale patologia che ha richiesto assistenza

Vaccinazioni e screening

L'esecuzione di vaccinazioni e screening sui neonati sani non comporta l'assegnazione di ulteriori codici diagnosi oltre a quelli delle categorie V30, V31, V32, V34, V36, né come diagnosi principale né secondarie.

Nato morto

Non si apre una SDO per il nato morto. I codici 768.0 (morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio o in un momento non specificato), 768.1 (morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio) e 779.6 (interruzione della gravidanza – riferita al feto) **non devono essere utilizzati.**

La documentazione clinica relativa al nato morto, redatta dal neonatologo e comprendente gli esami strumentali messi in atto, deve essere allegata alla cartella materna; la SDO materna deve riportare i relativi codici V27.1 ecc..

Ricovero di neonato successivamente all'evento nascita (fino ai 28 giorni di vita)

Neonato sano che accompagna la madre

Vedere capitolo 11.

Neonato sano, nato fuori dall'ospedale e ricoverato con la madre

Vedi capitolo 11.

Neonato ricoverato per patologia (ricovero successivo)

Nel caso di un ricovero per patologia, successivo a quello della nascita, non si devono usare in diagnosi principale i codici V30._ - V39._, bensì utilizzare, ove si trovi riscontro, un codice da 760 a 779 che riporta all'MDC 15 di *Condizioni morbose di origine perinatale*.

Se non si identifica un codice ricompreso nei codici *perinatali*, utilizzare in diagnosi principale il codice *779.89 altre manifestazioni specifiche che hanno origine nel periodo perinatale* e in diagnosi secondaria la patologia riscontrata.

Ricovero per osservazione di condizioni morbose sospette

Nel caso di un nuovo ricovero **entro i primi 28 giorni di vita** per sospetto diagnostico, poi **non confermato**, la diagnosi principale deve essere *V29._ - osservazione di neonati per sospetto di condizione morbosa ...*.

Se il ricovero avviene **dopo i primi 28 giorni**, la diagnosi principale deve essere *V71._ - osservazione e valutazione per sospetto di ...*.

Cause materne di morbilità e mortalità perinatale

Le diagnosi comprese tra i codici 760._ e 763._ riguardano patologie derivanti da condizioni materne che possono avere ripercussioni sul neonato.

Nella SDO del neonato, correlata all'evento nascita, esse vanno riportate in DS solo nel caso il bambino evidenzi effettivamente la patologia correlata o necessiti, senza successivo riscontro di patologia, di accertamenti specifici o degenza prolungata.

Infezioni neonatali

Nel caso di infezione neonatale indicare in DS i codici 771._ (771.81 per la setticemia) e successivamente un codice del gruppo 041._ per indicare il microrganismo.

Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi.

Disturbi della crescita e del peso alla nascita

Prestare attenzione alle specificazioni presenti nel sistema di classificazione circa il livello di immaturità/ prematurità ed il relativo peso alla nascita (codici da 764. __ “ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale”) a 765.__ (“problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita”).

Poiché esistono grosse differenze tra il trattamento di un prematuro a basso peso rispetto ad un neonato con lo stesso grado di prematurità ma con peso più elevato, è stata introdotta la quinta cifra per la descrizione del peso alla nascita.

Per gli immaturi estremi e i pretermine occorre aggiungere uno dei codici del gruppo 765.2_ per indicare la settimana di gestazione.

Traumi ostetrici

Sono descritti nei codici 767._

Seguire le indicazioni presenti nel capitolo sulle malformazioni congenite per le diagnosi differenziali.

Ipossia intrauterina e problemi respiratori neonatali

Sofferenza fetale (codici da 768.2 a 768.4): indicare solo se si esprime con una patologia o riscontri diagnostici effettivi.

Asfissia grave alla nascita (codici da 768,5 a 768.9): tiene conto della differenza di coinvolgimento delle condizioni neurologiche

Sindrome da distress respiratorio neonatale

In considerazione della gravità della patologia, che richiede per lo più di ventilazione assistita o CPAP, deve essere riservato a:

- malattia delle membrane ialine di terzo e quarto stadio
- ipertensione polmonare primitiva
- severa sindrome da distress respiratorio

Il **distress respiratorio lieve o moderato** si codifica con il codice 770.84 – *Insufficienza respiratoria del neonato*.

Nato da madre positiva per infezione (nascita)

Neonato sano e con accertamenti negativi

- Diagnosi principale: V3._._
- Diagnosi secondaria: nessuna

Neonato asintomatico ma positivo agli accertamenti colturali e sierologici

- Diagnosi principale: V3._._
- Diagnosi secondaria 1: 760.2 - malattie infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato ma senza manifestazione di malattia
- Diagnosi secondaria 2: codice da V02.0 a V 02.9 per indicare lo stato di portatore o portatore sospetto di malattia infettiva

Neonato sintomatico

- Diagnosi principale: V3._._
- Diagnosi secondaria 1: 771.2 altre infezioni congenite del periodo neonatale
- Diagnosi secondaria 2: codice specifico dell'agente etiologico

Neonato asintomatico con accertamenti positivi ma non ancora dirimenti circa la possibile trasmissione dell'infezione

- Diagnosi principale: V3._._
- Diagnosi secondaria 1: codici da V01.0 a V01.89 "contatto o esposizione a...."

Per ricoveri successivi all'evento nascita: omettere V3._._.

Neonato nato da madre con rottura prematura delle membrane

Se il neonato è **positivo** agli accertamenti ed è stato **trattato**, la codifica è la seguente:

- Diagnosi principale: V3._._ (se evento nascita)
- Diagnosi secondaria 1: 761.1 "rottura delle membrane con ripercussioni su feto o neonato"
- Diagnosi secondaria 2: V771.8 altri tipi di infezione specifiche del periodo neonatale (ovviamente se c'è l'infezione)

Se il neonato è **asintomatico**:

- Diagnosi principale: V3._._ (se evento nascita)
- Diagnosi secondaria 1: 760.8 "altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato ma senza manifestazioni della malattia"

Malattia emolitica del neonato anti Rh o anti AB0

Per la SDO relativa alla nascita del **neonato senza sintomi** codificare come segue:

- Diagnosi principale: V3._._

- Diagnosi secondaria 1: 760.8 - altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato ma senza manifestazioni della malattia (per segnalare la condizione clinica che rende necessaria l'osservazione clinica e gli accertamenti seriati)

Invece, per la SDO relativa alla nascita del **neonato con sintomi** codificare come segue:

- Diagnosi principale: V3.___
- Diagnosi secondaria 1: 773._ malattia emolitica del feto o neonato dovuta ad isoimmunizzazione”

Ittero neonatale

Il sistema di attribuzione del DRG porta a una sottostima dei casi di ittero neonatale da ritardo della coniugazione, anche quando richieda fototerapia.

Pertanto l'ittero neonatale fisiologico si codifica:

- Diagnosi principale: V3.___
- Diagnosi secondaria: 774.6 Ittero fetale e neonatale non specificato

Nel caso di iperbilirubinemia la codifica è la seguente:

Bilirubina totale	Diagnosi principale	Diagnosi secondaria 1	Diagnosi secondaria 2
con necessità di accertamenti o causa di patologia	V3.___	774._ - ittero neonatale ...	Codice altra patologia
con necessità di fototerapia	V3.___	779.89 altre manifestazioni che hanno origine nel periodo neonatale	774.3_ - ittero neonatale da ... oppure 774.6 - ittero neonatale non specificato (iperbilirubinemia transitoria)

Neonato da madre diabetica (nascita)

Per il **neonato sano** da madre diabetica utilizzare la seguente codifica:

- Diagnosi principale: V3.___
- Diagnosi secondaria: nessuna

Per il neonato da madre diabetica **sano** ma con **necessità di osservazione** e accertamenti specifici usare i codici:

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria: 760.8 - *altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato*, ma senza manifestazioni della malattia

Invece se il neonato è **sintomatico**:

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria: 775.0 - *sindrome del neonato di madre diabetica*

Nato da madre che assume sostanze potenzialmente tossiche

I codici diagnosi per il **neonato sano** da madre che assume sostanze potenzialmente tossiche sono i seguenti:

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria: nessuna

Se il neonato è **sano**, ma presenta necessita di **osservazione ed accertamenti specifici** codificare così:

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria: 760.8 *altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato*, ma senza manifestazioni della malattia

Se il neonato è **sintomatico**:

- Diagnosi principale: V3_.__
- Diagnosi secondaria 1: 760.7_ - *malattie del feto dovute a sostanze nocive passate attraverso la placenta o il latte materno (la quinta cifra identifica la sostanza)*
- Diagnosi secondaria 2: codice relativo alla manifestazione clinica

Neonati trasferiti

Il seguente schema presuppone che il neonato patologico sia trasferito dal punto nascita dell'ospedale A alla terapia intensiva neonatale (TIN) dell'ospedale B, e da qui sia ri-trasferito nell'ospedale A. In tutto sono emesse tre SDO, due dall'ospedale A ed una dall'ospedale B.

Informazione	SDO centro nascita inviante	SDO TIN	SDO centro nascita ricevente
Diagnosi principale	V3_._	Patologia neonatale	Utilizzare codici V o codici relativi ai postumi
Diagnosi secondaria 1	Patologia neonatale	V68.8 per segnalare l'eventuale trasporto assistito o il back-transport	
Reparto di ammissione	Nido (31)	TIN	Neonatologia (62) o Pediatria (39)
Modalità di dimissione	6 – trasferito ad altra struttura per acuti	8 - trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione e altra postacuzie, o in reparto pediatrico di minor intensità, se il neonato è trasferito al centro nascita	

Capitolo 16

Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti (780-799)

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

Capitolo 17

Traumatismi e avvelenamenti (800-999)

Complicazioni di trapianto di rene

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

SIRS da processi non infettivi

La sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) può svilupparsi in conseguenza di alcuni processi non infettivi come traumi, tumori maligni o pancreatiti. In questi casi occorre codificare per prima la patologia di base, seguita dal codice 995.93, in caso di SIRS senza disfunzione acuta di organo, o 995.94 se SIRS con disfunzione acuta di organo. Vedere anche capitolo 1.

Avvelenamento e intossicazione da farmaci

In diagnosi principale si riporta il codice della sostanza che ha determinato l'avvelenamento o gli effetti tossici (pagina 798 e seguenti del manuale ICD-9-CM); la descrizione delle sintomatologie o manifestazioni deve essere riportata in diagnosi secondaria.

Capitolo 18

Codici V della classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari

La classificazione supplementare dei codici V è utilizzata per descrivere una serie di condizioni o stati e di procedure che, indipendentemente dalla presenza di malattie in atto, possono determinare il ricorso a prestazioni sanitarie o che comunque influenzano le condizioni di salute del paziente.

I codici V possono essere utilizzati per segnalare:

- **Problemi clinici** che influenzano lo stato di salute del paziente, ma che non sono una malattia, un traumatismo, un segno od un sintomo (es. cod. V14.2 Anamnesi personale di allergia a sulfamidici; tale specifico problema deve essere riportato in SDO e codificato solamente se esercita una effettiva influenza sul trattamento del paziente).
- **Servizi erogati** che descrivono quelle circostanze, diverse da malattie e traumatismi, che determinano il ricorso ai servizi sanitari (es. paziente portatore di neoplasia, che viene ricoverato per chemioterapia o radioterapia).
- **Altre circostanze** che descrivono situazioni diverse dalle precedenti, e che comunque influenzano l'andamento del ricovero (es. cod. V27.2 Esito parto gemellare).

I codici V possono essere utilizzati come diagnosi principale nei seguenti casi:

- **ricovero per specifiche cure o procedure**, ad esempio chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di dispositivi;
- pazienti ricoverati come **donatori**;
- persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere **cure profilattiche**;
- per indicare lo **stato** o l'**osservazione di neonato**;

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

I codici V che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente non devono essere utilizzati nel caso in cui il codice della diagnosi già indichi la presenza dello stato del

paziente. Ad esempio, nel caso di “complicazioni di trapianto di rene” – codice 996.81, il codice *V42.0 Rene sostituito da trapianto* non deve essere indicato).

Ricerca dei codici V

L'Indice alfabetico riporta un'ampia terminologia riferita alle diagnosi espresse con i codici V: ammissione, impianto (rigetto), anamnesi (personale) di, applicazione di, assistenza di, consigli NIA, contatto per, controllo di, donatore, esame (generale) (di routine) (di) (per), follow-up (visita) (routine) (controllo), osservazione (per), problema (con), screening (per), sorveglianza di, status (post-), terapia, test, trapianto (trapiantato), trattamento ulteriore, verifica di, ed altri.

Condizioni pregresse (V10 - V15)

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate.

A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno. Ad esempio, il codice V10._ può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo quali TAC, endoscopie, scintigrafie, ecc.

Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, mettere in prima diagnosi il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi. Per una trattazione completa dei codici da utilizzare in caso di neoplasia vedere capitolo 2.

I codici anamnestici (V10-V15) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero.

Circostanze connesse alla riproduzione e allo sviluppo

Le categorie V27_, relative all'esito del parto, sono obbligatorie tra le diagnosi secondarie della SDO della donna ricoverata per parto.

Per la trattazione completa della codifica in tali circostanze vedere capitoli 11 e 15.

Nati vivi secondo il tipo di nascita (V27._ - V39._)

Per ogni nato vivo va compilata la SDO.

Le regole di utilizzo di questi codici sono previste nel capitolo 15.

Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi (V42 e V43)

Questi codici possono essere utilizzati in diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza o per il follow up del paziente.

Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica (V51)

Si consiglia l'utilizzo del codice V51 in diagnosi principale sui pazienti che necessitano di trattamento di chirurgia plastica in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero.

Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (V52._ - V53._)

L'uso dei codici V52._ e V53._ è consentito come diagnosi principale per descrivere il ricovero per posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di attività programmate da tenere distinte rispetto ai malfunzionamenti (che vanno invece codificati con le categorie 996 e 997).

Un ricovero, se necessario e appropriato, per solo impianto di protesi della mammella deve essere identificato dal codice V52.4 in diagnosi principale.

Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54)

L'uso di tale codice è consentito in diagnosi principale per specifiche ed appropriate esigenze di ricovero, ad esempio per la rimozione di placche o di viti; in tali casi non deve essere indicata la patologia di base (vedere capitolo 13).

Controllo di aperture artificiali (V55._)

L'uso dei codici V è indicato come diagnosi principale per descrivere il ricovero in caso di gestione, chiusura, ecc. di aperture artificiali (stomia).

Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi (V56 - V58)

Con tali codici si identificano i ricoveri per dialisi (V56._), chemioterapia (V58.11) e radioterapia (V58.0).

Nel caso in cui il ricovero sia stato effettuato selettivamente per eseguire sia la chemioterapia che la radioterapia, entrambi i codici V devono essere riportati

individuando la diagnosi principale secondo le regole generali di selezione della diagnosi principale.

Accesso venoso per dializzati

Il ricovero per la predisposizione di accesso venoso per dialisi deve essere codificato come segue:

Voce	Esempio 1	Esempio 2
Diagnosi principale	V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi	V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi
Intervento-procedura	38.95 Cateterismo venoso per dialisi renale	39.27 Arteriovenostomia per dialisi renale

Per la revisione di fistola utilizzare il codice di intervento 39.42 Revisione di anastomosi arterovenoso per dialisi renale.

Donatori di organi o tessuti (V59.1 - V59.8)

Questi codici possono essere utilizzati, in diagnosi principale, solo quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi o tessuti da viventi.

Gli interventi/procedure eseguiti dovranno essere segnalati mediante i codici ICD-9-CM negli spazi della SDO riservati agli interventi chirurgici.

Esempio

Caso	Diagnosi principale
Ricovero per donazione di midollo	V59.3 - Donatori di midollo osseo

Altri motivi giustificati di indisponibilità di servizi medici

Vedi parte generale sui codici intervento.

Trattamento non eseguito (V64.1 - V64.2 - V64.3)

Nel caso in cui il trattamento non venisse eseguito per l'insorgenza di altra patologia, quest'ultima va riportata come diagnosi principale.

Negli altri casi si deve usare uno dei codici V64._ Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti nel modo seguente:

Titolo	Motivo della mancata esecuzione	Diagnosi
--------	---------------------------------	----------

Titolo	Motivo della mancata esecuzione	Diagnosi
Ordinario programmato	Patologia grave che richiede il trattamento in regime di ricovero	Diagnosi principale: la patologia che richiede il trattamento ospedaliero a prescindere dall'intervento.
	Controindicazione che non richiede il trattamento in regime di ricovero (il paziente viene dimesso e riprogrammato in data successiva)	Diagnosi principale: V64.1 - intervento non eseguito per controindicazione Diagnosi secondaria 1: patologia per cui era necessario l'intervento Diagnosi secondaria 2: patologia o condizione controindicante
	Non eseguito per volontà del paziente	Diagnosi principale: V64.2 - intervento non eseguito per volontà del paziente Diagnosi secondaria 1: patologia per cui era necessario l'intervento
	Altri motivi (indisponibilità della sala, guasti, ecc.)	Diagnosi principale: V64.3 - intervento non eseguito per altri motivi Diagnosi secondaria 1: patologia per cui era necessario l'intervento
Ordinario urgente	Patologia-condizione che controindica l'esecuzione dell'intervento	Diagnosi principale: patologia per cui era necessario l'intervento Diagnosi secondaria 1: V64._ - intervento non eseguito per ... Attenzione: l'ordine dei codici diagnosi è l'opposto del ricovero programmato. Il codice V64._ va in diagnosi secondaria.
Day surgery	Controindicazione che non richiede il trattamento in regime di ricovero (il paziente viene dimesso e riprogrammato in data successiva) ⁴	Diagnosi principale: V64.1 - intervento non eseguito per controindicazione Diagnosi secondaria 1: patologia per cui era necessario l'intervento Diagnosi secondaria 2: patologia o condizione controindicante Il DH diventa diagnostico!
	Non eseguito per volontà del paziente	Annullare il DH. Gli accertamenti preoperatori sono a carico del paziente.
	Altri motivi (indisponibilità della sala, guasti, ecc.) ⁵	Diagnosi principale: V64.3 - intervento non eseguito per altri motivi Diagnosi secondaria 1: patologia per cui era necessario l'intervento

Ricovero ordinario programmato (non urgente)

Quando un ricovero ordinario è stato programmato per eseguire un particolare trattamento e questo non viene eseguito, va riportato come diagnosi principale uno dei

⁴ Se il day surgery viene riprogrammato in un lasso di tempo tale da non dover rifare gli accertamenti preoperatori, pare opportuno annullare il ricovero e aprirne uno nuovo all'accesso successivo.

⁵ Idem.

codici V64._ e come diagnosi secondaria la condizione che avrebbe determinato il trattamento oltre alle complicanze riscontrate. Tra le procedure andranno indicate quelle diagnostiche eventualmente effettuate.

Esempio:

Diagnosi di ammissione	Sostituzione protesica d'anca non eseguita per anomalie della coagulazione da farmaco
Diagnosi principale	V64.1 Intervento chirurgico non eseguito per controindicazione
Diagnosi secondaria	715.15 Coxartrosi
Diagnosi secondaria	790.92 Anomalie della coagulazione

Ricovero ordinario non programmato (urgente)

La condizione che al termine del ricovero ordinario non programmato è risultata essere il motivo dello stesso deve essere selezionata come diagnosi principale, anche quando il relativo trattamento non è stato praticato. In tali casi fra le diagnosi secondarie deve essere riportato uno dei codici V64._

Esempio:

Diagnosi di ammissione	Appendicite acuta senza peritonite, perforazione o rottura, intervento non eseguito per volontà del paziente
Diagnosi principale	540.9 Appendicite acuta senza menzione di peritonite, perforazione o rottura
Diagnosi secondaria	V64.2 Intervento chirurgico non eseguito per decisione del paziente

Per i casi di ricovero erogati in regime di Day surgery andrà preso a riferimento, per quanto riguarda l'apertura della cartella clinica, la DGR 71-5059 del 28.12.2006 e relative note esplicative.

Se l'intervento non viene eseguito per motivi legati a controindicazioni occorre aprire comunque una SDO per riconoscere l'attività preparatoria all'intervento. In tal caso la codificazione della diagnosi principale dovrà essere scelta nel gruppo V64._ e il campo intervento principale non sarà compilato, mentre dovranno essere segnalate le procedure effettuate.

In questi casi il peso del ricovero (DRG 467) sarà pari a 0,0423.

Tale ricovero è quindi da considerarsi come ricovero diurno diagnostico (cod. 1 nel campo "motivo del ricovero diurno") e numero giorni di presenza in ricovero diurno = 001.

Resta inteso che nella cartella clinica dovrà essere specificato il motivo del mancato intervento.

Se il paziente, idoneo per la day surgery, rifiuta successivamente il trattamento o non si presenta per effettuare il ricovero, le prestazioni erogate sono a totale carico del paziente stesso, fatta eccezione per i casi di sopraggiunti gravi motivi sanitari.

Ricovero per cure palliative (V66.7)

Il codice V66.7 si deve utilizzare come diagnosi principale per ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative, utilizzando la diagnosi di tumore come secondaria.

Osservazione e valutazione di condizioni sospette (V71.0 e V71.9)

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

Capitolo 19

Ricoveri in reparti di recupero e riabilitazione funzionale (56), neuroriabilitazione (75) e unità spinale (28).

I ricoveri di riabilitazione seguono le normali regole di codificazione tranne nei casi in cui sia utile identificare la MDC di riferimento, anche ai fini del riconoscimento tariffario, come per i ricoveri in reparti codice di disciplina 56 direttamente connessi ad un ricovero in acuzie e quelli delle discipline cod. 28 e 75.

Ordinariamente, nei casi di ricovero elettivo di riabilitazione caratterizzati da provenienza da domicilio o struttura residenziale o da altro ricovero di postacuzie (in quest'ultima fattispecie tranne che la provenienza da reparti 28 e 75 verso 56 di secondo livello), occorre quindi selezionare per la diagnosi principale un codice V57._ (si sconsiglia l'uso del codice V57.9 in quanto aspecifico, tale codice è da utilizzarsi solo nei casi in cui i trattamenti non siano compresi in altri codici) oltre che le eventuali diagnosi secondarie, secondo le normali regole di codificazione mentre per i casi di ricovero di riabilitazione di secondo livello e quelli attinenti alle discipline 28 e 75, occorre identificare la diagnosi scatenante il bisogno di assistenza riabilitativo e nelle diagnosi secondarie andranno specificati anche i codici V descrittivi del tipo di riabilitazione eseguita.

E' necessario inoltre codificare sempre i codici di intervento/procedura relativi all'attività di cura e diagnosi erogata durante il ricovero che sono prevalentemente compresi nella rubrica 93.

Si ricorda infine che per tutti i ricoveri di riabilitazione di II e I livello deve essere sempre presente la proposta di progetto riabilitativo così come previsto dalla DGR 10 - 5605 del 2 aprile 2007

Il documento è stato predisposto da:

Orazio Barresi , A.S.L. AL - Direttore di Distretto Alessandria, Francesca Gandini, A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo - Direzione Sanitaria, Virginio Giordanello A.S.L. CN2 - Programmazione e Controllo, Giuseppe Guerra, A.S.L. CN1 - Direttore Sanitario di Presidio Savigliano/Saluzzo, Simone Porretto , A.S.L. AL - Direttore Sanitario di Presidio Ovada/Acqui Terme , Roberto Sacco , A.S.L. TO3 - Direttore Sanitario P.O.R. Rivoli , Mirko Pia e Patrizia Sproviero, Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera Regione Piemonte