

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 2002

1. PREMESSA

La Scheda di dimissione ospedaliera 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-9CM, 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 ed aziendali.

Quanto sopra pone in evidenza la necessità di disporre di informazioni raccolte in modo accurato e completo che soddisfino il principio di congruenza.

E' 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 dei dati SDO e la corretta identificazione dei casi di ricovero. Dal confronto con gli istituti di cura sono emersi dubbi e difficoltà di rappresentazione di alcune patologie o interventi chirurgici, tale attività si è rivelata pertanto propedeutica per affrontare alcune lacune circa la rappresentazione di alcuni ricoveri come di seguito evidenziato.

Il presente documento costituisce pertanto un aggiornamento alle precedenti linee guida, approvate con D.G.R. 49-2866 del 15.5.2006, che affrontavano in particolare l'adeguamento del sistema alla versione italiana 2002 della International Classification of Diseases 9th revision Clinical modification (ICD9CM), con l'utilizzo del Grouper 19 per l'attribuzione dei ricoveri ai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG).

La traduzione italiana della classificazione ICD-9-CM nella versione 2002 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.

LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: 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).
7. Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'Istituto di cura.
8. 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.
9. 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.
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.

2. SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI

2.1 Regole generali di codifica

Codificare una diagnosi rappresenta un'operazione difficile quando la terminologia medica utilizzata è diversa da quella contenuta nella classificazione adoperata.

La comprensione dei termini medici e la conoscenza del sistema di codifica consentono di codificare qualsiasi formulazione diagnostica.

Nel caso in cui non si riesca a reperire la formulazione diagnostica nel manuale di classificazione, non bisogna concludere che nessun codice esista per quella determinata diagnosi; si tratta di trovare i percorsi appropriati per identificarlo, a partire dalla individuazione della diagnosi principale.

Sorgono quindi responsabilità di corretta compilazione e codifica della scheda di dimissione ospedaliera. A tal fine si rende opportuno citare l'art. 2, c. 3 del Regolamento contenuto nel D.M. 380/2000 che 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.”.

Una codificazione diagnostica è abitualmente composta da due parti: una principale e un'altra formata da uno o più modificatori.

I termini principali e i modificatori forniscono al codificatore informazioni specifiche sulle diagnosi, le condizioni, i sintomi ed altre circostanze attinenti il ricovero:

- I *termini principali* descrivono una malattia, un traumatismo, un problema o un sintomo e rappresentano le voci di accesso alla classificazione.

- I *modificatori* (sottovoci) sono dei termini elencati al fine di fornire al codificatore delle informazioni aggiuntive. L'indice alfabetico li riporta al di sotto del termine principale, in parentesi o rientrati.

**PER IDENTIFICARE IL CODICE APPROPRIATO, È NECESSARIO
SEGUIRE LE SEGUENTI FASI OPERATIVE:**

- a) Individuare tutti i *termini principali* che descrivono nella formulazione diagnostica le condizioni del paziente;
- b) Utilizzare l'Indice Alfabetico per rintracciare ciascun termine principale individuato;
- c) Individuare i modificatori del termine principale;
- d) Analizzare attentamente le sottovoci elencate al di sotto del termine principale;
- e) Analizzare le note e/o i riferimenti;
- f) Selezionare un codice tra quelli forniti dall'Indice alfabetico;
- g) 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);
- h) Analizzare tutti i codici appartenenti all'intera categoria, per essere sicuri che il codice selezionato rappresenti la scelta migliore;
- i) Esaminare attentamente ogni nota illustrativa;
- j) Assegnare il codice selezionato nell'Elenco sistematico.

ATTENZIONE! E' ASSOLUTAMENTE NECESSARIO SEGUIRE SEMPRE E COMUNQUE TUTTE LE FASI OPERATIVE IN QUANTO IL SOLO INDICE ALFABETICO PUO' PORTARE AD IDENTIFICARE UN CODICE NON ESAUSTIVO (ad esempio può non essere identificata la quinta cifra del codice appropriato)

Non devono essere mai utilizzati i codici E e M.

2.2 Specificità della codifica

I codici relativi alle diagnosi ed alle procedure devono essere utilizzati *al più elevato livello possibile di specificità*:

- assegnare un codice a 5 caratteri tutte le volte in cui ciò sia possibile;
- assegnare un codice a 4 caratteri solo se non vi sono codici a 5 caratteri nell'ambito della stessa classificazione;
- assegnare un codice a 3 caratteri solo se non vi sono codici a 4 caratteri nell'ambito della stessa categoria;

Il quinto carattere "0" non dovrebbe essere utilizzato quando sono presenti sotto-classificazioni più specifiche.

Esempi: IMA parete anterolaterale:

non 410.00 episodio di assistenza non specificato,

ma 410.01 o 410.02 a seconda se episodio di assistenza iniziale o successivo

2.3 Codici relativi ad “altre condizioni” e a “condizioni non specificate”

Si deve cercare di limitare l'utilizzo della 4a- 5a cifra “9”, o comunque codici associati alla sotto-categoria “non specificata”, ai soli casi nei quali non sia possibile fare altrimenti.

I codici identificati con le sigle NIA (non indicato altrove) e SAI (senza altre indicazioni) devono essere utilizzati solo quando la formulazione diagnostica e l'eventuale revisione della documentazione clinica non forniscono informazioni sufficienti per consentire l'utilizzo di un codice più specifico.

I codici individuati dalla sigla NIA devono essere utilizzati quando l'informazione disponibile individua una specifica condizione, ma nella classificazione ICD non è disponibile un codice specifico per la condizione stessa.

I codici identificati dalla sigla SAI devono essere utilizzati quando *non è possibile* l'utilizzo di un codice più specifico.

Quando la consultazione dell'indice alfabetico individua un codice identificato dalle sigle NIA e SAI, verificare nell'elenco sistematico la possibilità di utilizzare un codice più specifico.

2.4 Codici combinati

Un codice utilizzato per classificare simultaneamente due diagnosi oppure una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata oppure una diagnosi insieme ad una complicazione associata è definito “codice combinato”. I codici combinati sono riportati come 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.

<i>Esempi di diagnosi principale</i>	<i>Codice</i>
▪ Ipertensione maligna con insufficienza cardiaca congestizia	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 riacutizzazione	491.21
▪ Asma intrinseca con riacutizzazione	493.12
▪ Gastroenterite e colite allergica	558.3

2.5 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.

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.

Esempi: 484._ - Polmonite in altre malattie infettive classificate altrove:
codificare per prima la malattia di base (agente etiologico)

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:

Diagnosi dimissione:	Cirrosi alcolica con sanguinamento delle varici esofagee	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Cirrosi epatica alcolica	571.2
Diagnosi secondaria:	Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove	456.20

Diagnosi dimissione:	Infarto in paziente iperteso	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Infarto miocardico acuto della parete anterolaterale, episodio iniziale di assistenza	410.01
Diagnosi secondaria:	Ipertensione essenziale benigna	401.1

Diagnosi dimissione:	Gangrena in paziente diabetico	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Diabete di tipo II o non specificato con complicanze circolatorie periferiche	250.70
Diagnosi secondaria:	Gangrena	785.4

2.6 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 incidenti 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 sono i seguenti:

- 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 NS traumatismi
- 909.__ Postumi di altre e NS cause esterne

Nota: Nella quasi totalità dei casi, questi codici non possono essere reperiti nell'indice alfabetico alla voce "Postumo", né nelle sotto-voci (salvo eccezioni) del termine principale ("Tubercolosi", "Infarto miocardico" ecc.), ma vanno ricercati nell'elenco sistematico, sia per Apparato, sia nella categoria specifica dei postumi (da 905._ in poi).

Esempi:

Diagnosi dimissione:	Consolidamento difettoso di frattura di arto inferiore	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Viziosa saldatura di frattura	733.81
Diagnosi secondaria:	Postumi di fratture di arti inferiori	905.4

2.7 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, seguire le modalità di codifica generali.

Esempi:

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

2.8 Utilizzazione dei codici “V”: fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari

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:

- motivi quali la *donazione d’organo, somministrazione di vaccini, screening o consulto, motivi sociali*;
- specifici trattamenti o indagini particolari, quali *sedute dialitiche, chemioterapiche, radioterapiche, riabilitative, palliative*;
- *patologie pregresse* che comunque richiedono un’attenzione particolare del medico: stato di portatore di malattie infettive, di valvola cardiaca artificiale, anamnesi di pregressa neoplasia;
- *ricovero per trattamento sanitario previsto e poi non eseguito*.
- *nati vivi sani secondo il tipo di nascita (parto spontaneo, taglio cesareo)*.

Le regole di utilizzazione di tali codici sono previste dalle linee guida sul percorso nascita (appendice B).

Per le specifiche dei codici V si rimanda al capitolo specifico.

3. SELEZIONE DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

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

Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

3.1 Definizione di diagnosi principale

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

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

Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati, per la codifica della diagnosi principale, i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 dell' ICD-9-CM-2002 (codici 780 - 789).

Esempi:

Diagnosi dimissione:	Pollachiuria e dolori addominali	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Pollachiuria	788.41
Diagnosi secondaria:	Dolore addominale generalizzato	789.07

I codici contenuti in *parentesi ()* o *[]* nell'indice alfabetico **non devono essere utilizzati come diagnosi principale.**

3.2 Codifica della diagnosi principale

La diagnosi principale di dimissione deve essere codificata secondo la Classificazione ICD-9-CM 2002.

Il codice utilizzato deve essere a 5 cifre in tutti i casi per i quali l'ICD-9-CM lo preveda.

Esempi di diagnosi principale:

	Codice
▪ Miocardite settica	422.92
▪ Ulcera duodenale con emorragia e perforazione senza ostruzione	532.20
▪ Carcinoma in situ dell'esofago	230.1
▪ Meningite pneumococcica	320.1
▪ Tetano	037
▪ Tumori maligni della Prostata	185

I codici V possono/devono essere utilizzati come diagnosi principale a seconda delle specifiche indicazioni previste dal capitolo dedicato.

Per quanto concerne le attività di Riabilitazione si utilizza la codifica secondo le regole specificate nell'appendice A.

3.3 Condizioni croniche riacutizzate

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.

Esempi:

Diagnosi dimissione:	Cistite cronica con riacutizzazione	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Cistite acuta	<i>595.0</i>
Diagnosi secondaria:	Cistite cronica	<i>595.2</i>

Se nell'elenco è indicato uno specifico codice che comprende entrambe le due condizioni va utilizzato solo questo.

Esempio: 491.21 Bronchite cronica ostruttiva con riacutizzazione

3.4 Postumi

Vedasi punto 2.6.

3.5 Trattamento non eseguito

Vedasi punto V.1.13

3.6 Osservazione e valutazione di condizioni sospette

Vedasi punto V.1.15

3.7 Ustioni

Per le ustioni è prevista una classificazione che considera sede, gravità ed estensione della superficie corporea interessata.

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

Esempi:

Diagnosi dimissione:	Ustioni di III grado a mano e polso	Codice
Diagnosi principale:	Perdita dell'epidermide e del derma [terzo grado SAI], sedi multiple del polso e della mano	944.38
Diagnosi secondaria:	Ustione coinvolgente meno del 10% della superficie corporea, ustioni di terzo grado coinvolgenti meno del 10% della superficie corporea	948.00

3.8 Neoplasie

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.

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.

Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente o esclusivamente *la radioterapia o la chemioterapia*, anche se nel corso del ricovero 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 (V58.1).

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.

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	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Polmonite acuta	480.0
Diagnosi secondaria:	Tumori maligni della prostata	185

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._.

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 V58.1.

In caso di ricovero esclusivamente per cure palliative la diagnosi principale deve essere codificata con il codice V66.7 mentre la diagnosi secondaria segue le regole della codifica (contrariamente alle indicazioni di codifica fornite da manuale ICD-9-CM 2002).

Nel caso di ricovero per sospetto di tumore primitivo non confermato dalle indagini diagnostiche può essere indicato l'uso del codice V71.1.

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

Esempi:

Diagnosi dimissione:	Recidiva di carcinoma gastrico in sede pilorica	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Tumori maligni del piloro	151.1

Diagnosi dimissione:	Recidiva cutanea di tumore alla mammella operata	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Tumori maligni secondari della cute	198.2

Si ribadisce che non devono essere utilizzati codici M.

3.9 Avvelenamenti e intossicazioni

Nel codificare l'avvelenamento o la reazione ad uso improprio di farmaci (esempio: errore nel dosaggio, nella via di somministrazione, nella selezione del farmaco), il codice relativo all'avvelenamento deve essere riportato per primo, seguito dal codice relativo alla manifestazione.

Esempi:

Diagnosi dimissione:	Alterazione della coscienza per avvelenamento da salicilati	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Avvelenamento da salicilati	965.1
Diagnosi secondaria:	Altre alterazioni della coscienza	780.09

Si ribadisce che non devono essere utilizzati codici M.

3.10 Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale. Se la complicazione è classificata con i codici compresi fra 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo per specificare la natura della complicazione.

Esempio:

Diagnosi dimissione:	Emorragia successiva a cistoscopia	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Emorragia complicante un intervento	998.11
Diagnosi secondaria:	Tumore benigno della vescica	223.3

3.11 Ricovero per parto

Vedi Linee guida sulla medicina perinatale (Appendice B).

4. SELEZIONE DELLE DIAGNOSI SECONDARIE

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

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che si ritiene non abbiano 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 e monitoraggio clinico.

4.1 Codifica delle diagnosi secondarie

Anche le diagnosi secondarie devono essere codificate secondo la Classificazione ICD-9-CM. Il codice utilizzato deve essere a cinque caratteri in tutti i casi per i quali l'ICD-9-CM lo preveda.

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

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

Nel caso di ricovero per parto, sulla **S.D.O. della madre** va sempre riportato come diagnosi secondaria l'esito del parto (codici V27.-).

Esempi:

Diagnosi dimissione:	Parto di gravidanza gemellare con un nato vivo e un nato morto	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Gravidanza gemellare parto con o senza menzione della condizione antepartum	<i>651.01</i>
Diagnosi secondaria:	Parto gemellare un nato vivo e un nato morto	<i>V27.3</i>

Diagnosi dimissione:	Parto in gravidanza normale	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Parto spontaneo in gravidanza fisiologica	<i>650</i>
Diagnosi secondaria	Parto semplice nato vivo	<i>V27.0</i>

4.2 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 non abbiano una particolare rilevanza clinica ed influenzino il ricovero in corso.

4.3 Condizioni pregresse

Vedasi punto V1.1

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

5.1 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. In particolare l'indice alfabetico deve essere utilizzato per primo e il codice individuato deve essere sempre verificato nell'elenco sistematico che contiene le note relative alle condizioni di inclusione ed esclusione.

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero che ha implicato il maggior assorbimento di risorse.

Per l'intervento chirurgico principale indicare:

- la data nella quale è stato eseguito
- il codice corrispondente all'intervento chirurgico, secondo la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica; utilizzare i codici a quattro caratteri, quando l'ICD-9-CM lo preveda.

Il sistema di codici per la classificazione degli interventi e delle procedure è articolato in quattro caratteri numerici, dei quali i primi due identificano generalmente un organo, mentre il terzo e il quarto specificano la sede e il tipo di intervento. In qualche caso i codici si limitano al terzo carattere per interventi che non necessitano di ulteriori specificazioni.

Inoltre vanno riportati gli altri interventi chirurgici eventualmente effettuati nel corso dello stesso ricovero, nonché le procedure diagnostiche e terapeutiche più importanti fra quelle cui è stato sottoposto il paziente.

Per ciascuna procedura va indicato il codice corrispondente all'intervento chirurgico o alla procedura diagnostica o terapeutica, secondo la Classificazione ICD-9-CM.

E' buona norma indicare la data di tutti gli interventi/procedure eseguiti tranne quelli pre e post ricovero.

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.

5.1.1 Diagnosi con indicazione di intervento/procedura correlata

Occorre porre attenzione al fatto che alcune diagnosi principali riportano anche la procedura terapeutica o d'intervento correlata. In tali casi vanno sempre riportati il codice di diagnosi e quello di intervento/procedura.

Esempi:

Diagnosi dimissione:	Chemioterapia in tumore del colon	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Chemioterapia	<i>V58.1</i>
Diagnosi secondaria:	Tumore maligno del colon	<i>I53.6</i>
Intervento/ Procedura	Iniezione od infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	<i>99.25</i>

5.1.2 Criteri per la scelta della sequenza corretta di interventi e di interventi/procedure

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

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

I. interventi chirurgici a cielo aperto

I. interventi per via endoscopica e/o laparoscopica

II. le seguenti procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):

- 87.53 colangiografia intraoperatoria
- 88.52 angiocardiografia nel cuore destro
- 88.53 angiocardiografia nel cuore sinistro
- 88.54 angiocardiografia combinata nel cuore destro e sinistro
- 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
- 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
- 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica
- 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
- 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi
- 92.3 radiocirurgia stereotassica
- 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 sotto anestesia
- 96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
- 96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
- 96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
- 98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica

II. procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica)

III. procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore (cod. da 01.- a 86.-) (es. Gastrosopia)

IV. altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore (cod. da 87.- a 99.-), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, RMN, radioterapia, ecc.).

5.2. Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari

5.2.1 Codici che designano più interventi associati o codici combinati

Alcuni codici consentono di classificare simultaneamente due interventi, identificando completamente una prestazione.

In tali casi, non devono essere utilizzati ulteriori codici (esempio: il codice 72.39 designa il parto con applicazione alta di forcipe, mentre il codice 73.6 indica l'episiotomia).

Se però l'applicazione alta di forcipe è associata ad episiotomia, i due interventi devono essere indicati con il singolo codice 72.31 "Parto con forcipe alto con episiotomia".

5.2.2 Assenza di un unico codice esplicativo di più atti chirurgici nella stessa seduta operatoria

L'esecuzione di più interventi nel corso dello stesso atto operatorio può richiedere la codifica separata, qualora non sia previsto un codice combinato. Esistono codici che segnalano l'esecuzione di un intervento aggiuntivo che avvenga nel corso di un altro.

Esempi:

Intervento eseguito:	Appendicectomia in corso di Ovariectomia	Codice
Intervento principale	Ovariectomia laparoscopica monolaterale	65.31
Intervento/procedura secondario	Appendicectomia laparoscopica in corso di intervento	47.11

5.2.3 Interventi descritti da più codici (Codifica multipla)

Ci sono 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.**

Esempi:

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

5.3. Codici che descrivono approccio chirurgico all'intervento o tecniche chirurgiche d'intervento

Occorre fare attenzione all'individuazione della codifica adeguata nei casi in cui sono previsti codici che descrivono l'approccio chirurgico all'intervento, come quelli che fanno distinzione tra approccio "a cielo aperto" oppure "per via endoscopica" o "laparoscopica" o non invasiva.

Esempi:

Intervento:	Codice
A) Colectomia	51.22
B) Colectomia per via laparoscopica	51.23
C) Rimozione endoscopica di calcoli del tratto biliare	51.88
D) Litotripsia extracorporea della colecisti e/o dotto biliare	98.52

5.3.1 Assenza di codice che descrive l'intervento per via endoscopica

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

Esempi:

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

5.3.2 Codici che descrivono tecniche diverse di esecuzione dell'intervento

Esistono codici diversi che descrivono tecniche diverse di esecuzione dell'intervento cui va posta la dovuta attenzione nella codifica.

Esempi:

Intervento:	Codice
A) Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza	69.01
B) Raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza	69.51

5.4 Codifica di interventi bilaterali

Alcuni codici consentono una distinzione tra interventi monolaterali e bilaterali.

Quando tale possibilità non esista, è possibile utilizzare due volte lo stesso codice di intervento per descrivere l'intervento bilaterale. Tale regola deve essere seguita nei soli casi in cui la completa descrizione ha rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse.

Esempi:

- Intervento per ernia inguinale bilaterale:	<i>Codice</i>
Riparazione bilaterale di ernia inguinale	531.____
- Protesi di ginocchio bilaterale nel corso del medesimo intervento	69.51
Sostituzione totale del ginocchio (dx)	81.54
Sostituzione totale del ginocchio (sin)	81.54

5.5 Biopsie

Nella codifica delle biopsie si deve prestare attenzione alla distinzione tra biopsie endoscopiche e non endoscopiche, soprattutto per quanto riguarda le biopsie eseguite in corso di intervento chirurgico.

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

E' possibile in molti casi utilizzare un codice combinato che individua sia la biopsia sia l'approccio utilizzato.

In alcune situazioni, tuttavia, nelle quali non si dispone di un codice combinato, si osservano le seguenti regole:

- quando si tratti di una biopsia endoscopica è necessario riportare sia il codice dell'endoscopia, sia quello della biopsia;
- quando si tratti di una biopsia effettuata mediante "brush" o mediante aspirazione, è necessario utilizzare il codice della corrispondente biopsia chiusa.

Si precisa che le "Biopsie osteomidollari" effettuate per via percutanea con agoaspirazione vanno codificate esclusivamente con il codice 41.31 *Biopsia del midollo osseo*.

5.6 Interventi chirurgici non correlati alla 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 ad 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.

5.7 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. Tipico esempio è rappresentato dalle prestazioni di cardiologia invasiva.

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*.

SPECIFICHE INDICAZIONI DI CODIFICA DI DIAGNOSI PER CAPITOLO DELLA CLASSIFICAZIONE

I - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (001-139)

Questo primo capitolo del manuale ICD-9-CM comprende le categorie dal 001 a 139; si precisa che **vanno trascritti anche gli zeri iniziali** così come riportato nella classificazione.

C1.1 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*.

C1.2 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:

- Sindrome da immunodeficienza acquisita
- AIDS
- Sindrome tipo-AIDS
- Complesso collegato all'AIDS
- ARC
- Infezione da HIV, sintomatica.

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

C1.3 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.

C1.4 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 peri e neonatali fare riferimento al Capitolo 15.

II - 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.

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.

C2.1 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.

C2.2 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 tale categoria di codici è da preferire **per i soli casi in cui non venga rilevata la presenza di una patologia o di un sintomo**.

C2.3 Ricovero finalizzato esclusivamente al trattamento di una complicanza della neoplasia

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.

C2.4 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 cod. 200.10 *Linfosarcoma, sito non specificato, organi solidi o sito extranodale*.

C2.5 Sindrome Mielodisplastica

Per la Sindrome mielodisplastica va utilizzato il codice 238.7 *Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici*.

C2.6 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.

C2.7 Chemioterapia e Radioterapia (vedi parte generale, punto 3.8)

Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente o esclusivamente **la radioterapia o la chemioterapia**, anche se nel corso del ricovero 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 (V58.1).

C2.8 Ricovero per immunoterapia antineoplastica

- diagnosi principale: V58.0 *Radioterapia* o V58.1 *Chemioterapia di mantenimento*
- diagnosi secondarie: codice di tumore (se non asportato) o di metastasi se presenti
- procedure: 99.28 *Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici (immunoterapia antineoplastica)* oppure 92.29 *Altre procedure radioterapiche* (radioisotopi per os).

C2.9 Ricovero per brachiterapia o per terapie radiometaboliche

- Codificare come diagnosi principale il tumore
- Codificare la procedura a seconda del trattamento effettuato con codici
 - 92.27 *Impianto di elementi radioattivi*, oppure
 - 92.28 *Iniezione di radioisotopi*, oppure
 - 92.29 *Altre procedure radioterapiche*.

C2.10 Inserimento di “accesso vascolare”

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.*

Invece nel caso di inserimento di accesso vascolare non totalmente impiantabile (Groshong) la procedura è invece 38.93 *Altro cateterismo venoso non classificato altrove.*

C2.11 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:

a) se l'intervento ricostruttivo prevede l'impianto di protesi:

Diagnosi principale: V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario;*

b) se l'intervento ricostruttivo non prevede l'impianto di protesi

(ad esempio ricostruzione del capezzolo):

Diagnosi principale: 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 della classificazione degli interventi chirurgici.

C2.12 Trattamento di chemioembolizzazione o di alcolizzazione di tumore epatico

Indicare come diagnosi principale il tumore o la metastasi trattata.

Per la codifica delle procedure utilizzare:

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

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

C3.1 Diabete

Diabete mellito (250._):

- il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza (descritte nel capitolo 11):
 - diabete senza menzione di complicanze: 250.0
 - complicazioni metaboliche acute:
 - 250.1- Diabete con chetoacidosi
 - 250.2- Diabete con iperosmolarità
 - 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
 - per diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il codice 250.9-
- il quinto carattere del codice identifica il tipo di diabete e se è controllato o scompensato:
 - 0- tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, non definito se scompensato
 - 1- tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non definito se scompensato
 - 2- tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, scompensato
 - 3- tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), scompensato

Il diabete è definito scompensato solo se il medico lo ha diagnosticato esplicitamente come tale.

- 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 come diagnosi principale e la complicazione tra le diagnosi secondarie.

Esempi:

Diagnosi dimissione:	Amputazione in arto con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Diabete con complicanze circolatorie periferiche	250.7_
Diagnosi secondaria:	Angiopatia periferica	443.81

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_).

Nel caso di diabete con molteplici complicanze, ciascuna di esse deve essere opportunamente codificata secondo le regole di selezione della diagnosi principale.

- 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.

C3.1.1 In caso di **diabete latente** usare il codice 790.2 *Curva da carico al glucosio alterata*, con esclusione delle complicazioni di gravidanza, parto o puerperio (648.8_).

C3.1.2 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*).

C3.1.3 Diabete gestazionale

In caso di diabete gestazionale si ricorre alla categoria 648.8 *Altre condizioni morbose in atto della madre complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio: alterata tolleranza al glucosio*, utilizzando la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata prima del parto, durante il parto o dopo il parto.

C3.1.4 Gravidanza in diabetica

In caso di gravidanza in diabetica, va utilizzato un codice della categoria 648.0 *Altre condizioni morbose in atto della madre complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio: diabete mellito*, 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.

IV - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATO-POIETICI (280 – 289)

L'ICD-9-CM 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
- Emolitica (282-283) (è prevista una quinta cifra al cod. 282.6)
- Aplastica (284)
- Altre e non specificate (285).

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 avvenga dopo un intervento chirurgico, non sarà necessariamente una complicanza e quindi non dovrà essere codificata prima di averne approfondito la causa.

- 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._

C4.1 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 41.04.

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

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

Nota bene: Al di fuori di 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 trapianto).

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

In questo caso per la diagnosi principale valgono le regole espresse al punto V.1.11.

V - DISTURBI PSICHICI (290 – 319)

Con l'introduzione della ICD-9-CM è stato eliminato il glossario; il sottocapitolo dei disturbi psichici è stato integrato con ulteriori disturbi non presenti nell'ICD-9.

- Psicosi (290-299)
- Stati psicotici organici (290-294)
- Altre psicosi (295-299)
- Disturbi nevrotici e della personalità ed altri disturbi psichici non psicotici (300-316)
- Ritardo mentale (317-319)

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

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

C6.1 Emiplegia ed 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 illustrate nella categoria 343_.

C6.2 Collocazione e sostituzione di neuro-stimolatore spinale

C6.2.1 Ricovero per effettuare il PNE Test

(test di elettrostimolazione percutanea di un nervo sacrale)

- Diagnosi principale: Codice dalle categorie 355._, 356_, 357._;

- Diagnosi secondarie:

788.32 Incontinenza urinaria da sforzo nel maschio oppure 625.6 Incontinenza urinaria da sforzo 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;

- Intervento chirurgico principale:

04.19 Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli.

C6.2.2 Ricovero per collocazione di impianto o re-impianto di stimolatore spinale

Per la diagnosi principale e le diagnosi secondarie valgono le indicazioni fornite al punto precedente.

Intervento chirurgico principale: *03.93 Collocazione di neurostimolatore spinale.*

In caso di impianto di neurostimolatore spinale in due tempi (provvisorio / definitivo) nel secondo ricovero si userà in diagnosi principale il codice V53.02 mentre l'intervento resterà 03.93.

C6.2.3 Rimozione di neuro-stimolatore spinale

- Ricovero per rimozione del neurostimolatore spinale per inefficacia:

Diagnosi principale:

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...);

Intervento chirurgico principale:

03.94 Rimozione di neurostimolatore spinale.

- Ricovero per rimozione del solo elettrodo con mantenimento in situ del neurostimolatore nel caso di infezioni e/o deiscenze nella sede di impianto dell'elettrodo o per rimozione

di neurostimolatore spinale con mantenimento in situ dell'elettrodo (nel caso di infezioni e/o deiscenze, decubiti della tasca):

Diagnosi principale:

996.63 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso;*

Diagnosi secondaria:

V45.89 *Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico* (a indicare la presenza dell'elettrodo o del neurostimolatore);

Intervento chirurgico:

03.94 *Rimozione di neurostimolatore spinale.*

C6.3 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.*

C6.4 Interventi di chirurgia oftalmica

C6.4.1 Per gli interventi di chirurgia oftalmica, come per tutti gli altri interventi, non va codificata l'anestesia.

Il codice 95.04 *Esame dell'occhio sotto anestesia* ed il codice 10.91 *Iniezione sottocongiuntivale* ed il codice 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 99.2_ *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*

C6.4.2 Per l'iniezione vitreale di sostanze terapeutiche va utilizzato il codice 14.75 *Iniezione di sostituti vitreali.*

C6.5 Interventi oculistici di innesto di limbus e di innesto di membrana amniotica

Trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore, codici di procedura raccomandati:

11.61 *Cheratoplastica lamellare autologa* per l'autotrapianto e

11.62 *Altra cheratoplastica lamellare* per il trapianto da altro donatore.

Innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale, codice di procedura raccomandato: 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare.*

C6.6 Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto

In diagnosi principale indicare la patologia specifica e come interventi 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*.

C6.7 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*.

C6.8 Impianto di rete contenitiva per il cristallino

Indicare come codice di intervento il 13.9 *Altri interventi sul cristallino*.

VII - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390-459)

C7.1 Infarto miocardico acuto (categoria 410)

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 sopraslivellamento del tratto S/T (STEMI).

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

C7.1.1 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.

C7.1.2 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.

C7.2 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*.

C7.3 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*.

C7.3.1 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.

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

C7.3.2 La sola sostituzione delle pile all'impianto di pace-maker andrà codificato con il cod. *V53.31* di diagnosi (*Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco*) e il cod. *37.89* di procedura (*Revisione o rimozione di pace-maker*).

C7.3.3 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*.

C7.3.4 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

C7.3.5 Il codice sufficiente a descrivere da solo l'**inserzione di PM temporaneo transvenoso** è il *37.78*.

C7.4 Portatori di by-pass, protesi valvolari, pace maker.

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

1) *V43.3 Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi*

2) *V45.01 Stimolatore cardiaco in situ*

- 3) V45.81 *Stato postchirurgico di by-pass aortocoronarico*
- 4) V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi (protesi vascolari)*

C7.5 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 Arteriopatia (440.2_) e come procedura il codice 03.93 *Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale*.

C7.5.1 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.

C7.6 Trombosi arterovenosa in dializzato

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

C7.7 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*

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

C7.8 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*

C7.9 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*

C7.10 Le procedure di angioplastica per via percutanea sui vasi

A. Per interventi di **PTCA con l'applicazione di stent** è indicata la seguente codifica combinata:

Intervento chir. principale: 36.0- *di angioplastica coronarica*

Altri interventi: 36.06 *Inserzione di stent nell'arteria coronarica*

B. Per interventi di **PTA di altri vasi, con l'applicazione di stent,**

la codifica è la seguente:

Intervento chir. principale: 39.50 *Angioplastica di vaso non coronarico*

Altri interventi: 39.90 *Inserzione di stent su arteria non coronarica.*

C7.11 Se viene effettuata **brachiterapia** il codice da utilizzare è il 92.29

C7.12 Inserimento di "port a cath"

Vedi Capitolo 2

C7.13 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.*

VIII – 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”.

C8.1 Pazienti laringectomizzati: inserimento di protesi fonatoria

Vanno così descritti:

- Diagnosi principale 478.79 *Altre malattie della laringe*
- Intervento chirurgico 31.69 *Altra riparazione della laringe.*

C8.2 Applicazione di stent tracheali

Il codice da utilizzare è il 31.99 *Altri interventi sulla trachea* e per gli stent bronchiali il codice 33.98 *Altri interventi sui bronchi.*

C8.3 Criteri per l'appropriato utilizzo dei codici di riferimento per la terapia ventilatoria (con esclusione dell'età neonatale)

Gruppo dei codici 93.9_	TERAPIA RESPIRATORIA NON INVASIVA*	INDICAZIONI
93.90	Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)	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
93.90	Respirazione a pressione positiva a due livelli (BiLevel)	PaCO ₂ >45 mmHg pH<=7,35
93.91	Respirazione a pressione positiva intermittente	PaCO ₂ >45 mmHg pH<=7,35
93.96	Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)	Ipossiemia isolata (PaO ₂ <60 mmHg) che necessita di ossigenoterapia continua per almeno 48 ore con controllo emogasanalitico arterioso (PaO ₂ , PaCO ₂ e pH) giornaliero e monitoraggio continuo della SaO ₂ per almeno 48 ore
93.99	Altre procedure respiratorie (Polmone di Acciaio)	PaCO ₂ >45 mmHg pH<=7,35

Gruppo dei codici 96,7	INVASIVA	INDICAZIONI
96.70	Altra ventilazione meccanica continua	Non utilizzare il codice 96.70 in quanto non specifica la durata
96.71	per meno di 96 ore consecutive	PaO ₂ < 40 mmHg e/o PaO ₂ /FiO ₂ < 200 pH ≤ 7,35 e PaCO ₂ > 60 mmHg Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva
96.72	per 96 ore consecutive o più	PaO ₂ < 40 mmHg e/o PaO ₂ /FiO ₂ < 200 pH ≤ 7,35 e PaCO ₂ > 60 mmHg Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva

*** Gestione dell'Insufficienza Respiratoria**

L'insufficienza respiratoria è una condizione conseguente al deterioramento della funzione respiratoria, ad 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.

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

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

C9.1 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.

C9.2 Complicazioni da colostomia ed enterostomia

Vanno così codificate:

- non specificata cod. *569.60*
- infezione da entero/colostomia cod. *569.61* + cod. agente infettivo
- malfunzionamento di entero/colostomia cod. *569.62*
- altra complicità specificata cod. *569.69*

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

9.3 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 (codd. 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.

C9.4 Emorroidectomia secondo Longo e secondo Hall

Per segnalare l'intervento di emorroidectomia eseguito secondo la tecnica "di Longo" o secondo la tecnica di Hall, utilizzare il codice di procedura 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi*.

C9.5 Endoprotesi per la dilatazione Intestinale del Colon

Codice 46.79 *Altra riparazione dell'intestino* e codice 45.23 *Colonscopia con endoscopio flessibile*.

C9.6 Endoprotesi per la dilatazione Intestinale del Retto

Codice 48.79 *Altra riparazione del retto* e codice 48.23 *Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido*.

C9.7 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*.

C9.8 Protesi metallica esofagea

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

C9.9 Videoendoscopia diagnostica con capsula

Utilizzare il codice 45.19 *Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue* per indicare le procedure diagnostiche eseguite sul tratto gastrointestinale (intestino tenue).

X - MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO (580-629)

C10.1 Insufficienze renali acute e croniche

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

L'insufficienza renale acuta è codificata solo dalla categoria 584, mentre l'insufficienza renale cronica e la malattia renale allo stadio finale sono codificate dalla categoria 585.

La sottocategoria 593.9 *Patologia non specificata del rene e dell'uretere*, si riferisce allo stadio precoce del danno renale, evidenziato da diminuita *clearance* della creatinina e da creatinina sierica mediamente elevata.

C10.2 Colica renale

In assenza di calcolosi documentata la si codifica con 788.0, 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.

C10.3 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:

63.1 *Asportazione di varicocele* + 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche*;

si richiede inoltre la segnalazione del codice di procedura 88.6_ *Flebografia con m.d.c. di _ _ _*.

C10.4 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*.

C10.5 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),

sia nel caso in cui 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, il codice da utilizzare negli spazi relativi agli interventi è: 57.96 *Impianto di stimolatore vescicale elettrico*.

XI - 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.

Vedi Linee guida sul percorso nascita (appendice B).

XII - MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTO CUTANEO (680-709)

C12.1 Lesioni da decubito

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

C12.2 L'asportazione di lesioni cutanee

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

- 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*, mentre in caso di coinvolgimento dei piani sottostanti il codice da utilizzarsi è 86.4 *Asportazione radicale di lesione della cute*.

XIII - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEO-MUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO (710 – 739)

C13.1 Vertebroplastica

In caso di ricovero per vertebroplastica, coerentemente alle regole generali di selezione della diagnosi principale, il codice della frattura patologica (733.1_) **deve essere utilizzato in diagnosi principale**; in diagnosi secondaria si deve indicare il codice relativo alla patologia di base (anche in caso di neoplasia primitiva).

Esempio:

Frattura patologica delle vertebre da metastasi ossee:

- Diagnosi principale: codice 733.13 *Frattura patologica della vertebre*
- Diagnosi secondaria: codice 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo*
- Procedura: codice 78.49 *Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa*

Frattura patologica delle vertebre da osteoporosi:

- Diagnosi principale: codice 733.13 *Frattura patologica della vertebre*
- Diagnosi secondaria: codice 733.01 *Osteoporosi senile*
- Procedura: codice 78.49 *Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa*

C13.2 Intervento di autotrapianto di cartilagine in artroscopia

Occorre fare attenzione nell'individuazione della codifica adeguata nei casi in cui sono previsti codici che descrivono l'approccio chirurgico all'intervento, come quelli che fanno distinzione tra approccio "a cielo aperto" oppure "per via endoscopica" o "laparoscopica" o non invasiva.

C13.3 Intervento per endoscopia

Laddove non sia presente il codice che descrive l'intervento per via endoscopica o quello laparoscopico, 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

C13.4 Legamenti crociati del ginocchio

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

C13.5 Riprotesizzazione

Utilizzare uno solo tra i codici di revisione o sostituzione di protesi (anca/ginocchio):

81.51 *Sostituzione totale dell'anca*

oppure

81.53 *Revisione e sostituzione dell'anca.*

C13.6 Sindrome del tunnel carpale

Nel caso di ricovero per intervento di tunnel carpale andrà codificato in Diagnosi principale il cod. 354.0 *Sindrome del tunnel carpale* e in secondaria le eventuali complicanze (es. dito a scatto 727.03) e i codici intervento 04.43 *Liberazione del tunnel carpale* e per la complicanza es. cod. 82.12 *Fasciotomia della mano Sezione di fascia della mano.*

C13.7 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:

Esempio:

- Diagnosi principale codice 726.10 *Disturbi non specificati della borsa e dei tendini della spalla*
- Procedura:
 - codice 81.83 *Altra riparazione della spalla*
 - codice 80.21 *Artroscopia della spalla*
 - codice 83.13 *Altra tenotomia*

XIV – MALFORMAZIONI CONGENITE (740-759)

C14.1 Regole specifiche di codifica

L'età del paziente è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo 14 .

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

In particolare per l'età neonatale fare riferimento al capitolo O della successiva appendice B (Linee guida per la codifica in medicina perinatale).

I seguenti codici danno origine a DRG "impropri" se utilizzati in diagnosi principale al di là del periodo neonatale, nel senso che afferiscono sempre a DRG neonatali anche per età successive:

758.9 Condizioni dovute ad anomalie di cromosomi non specificati

759.7 Anomalie congenite multiple, così descritte

759.81 Sindrome di Prader-Willy

759.82 Sindrome di Marfan

759.83 Sindrome della X fragile

759.89 Altro

759.9 Anomalie congenite, non specificate

758.5 Altre condizioni dovute ad anomalie autosomiche

Esempio: Sindrome di Prader Willy

in diagnosi principale = DRG 390 indipendentemente dall'età del paziente

Obesità in diagnosi principale + Prader-Willy in secondaria = DRG 297 se età > 18

DRG 296 se età < 18

Pertanto, per l'attribuzione del caso trattato ad un DRG congruo, prima di utilizzare i codici di questo capitolo in diagnosi principale deve essere attentamente analizzato il motivo del ricovero e la condizione che ha assorbito maggiori risorse:

1. in caso di diagnosi o trattamento **specifico** della malformazione è questa che va messa in diagnosi principale
2. per ricoveri miranti al trattamento di un sintomo o manifestazione **correlate** alla malformazione:
 - in diagnosi principale va posta la condizione oggetto di trattamento senza specificare l'origine congenita della patologia,
 - in secondaria la malformazione, se presente oppure il codice di anamnesi se la malformazione è stata corretta ma la condizione ha comportato una particolare situazione assistenziale.

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.

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

Vedi Linee guida sulla medicina perinatale (appendice B).

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

I codici compresi in questo capitolo del manuale di classificazione possono essere utilizzati in diagnosi principale quando non c'è un'indicazione diagnostica più precisa.

XVII - TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI (800 – 999)

C17.1 Avvelenamento e intossicazione da farmaci

In diagnosi principale si riporta il codice della sostanza che ha determinato l'avvelenamento o gli effetti tossici; la descrizione delle sintomatologie o manifestazioni deve essere riportata in diagnosi secondaria.

XVIII - 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 traumi, che determinano il ricorso ai servizi sanitari (es. paziente portatore di neoplasia, che viene ricoverato per chemioterapia o radioterapia).
- *Altre circostanze* che descrivono circostanze 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:

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

e come *diagnosi secondaria* nei seguenti casi:

- 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.

V.1 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.

V.1.1 Condizioni pregresse (V10 - V19)

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

I codici anamnestici (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero.

V.1.2 Codici riguardanti circostanze connesse alla riproduzione e allo sviluppo

Le regole di utilizzazione di tali codici sono previste dalle linee guida sul percorso nascita (appendice B).

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

V.1.3 Nati vivi secondo il tipo di nascita (V20._ - V39._)

Per ogni nato vivo va compilata la SDO.

Le regole di utilizzo di questi codici sono previste dalle linee-guida di cui all'appendice B.

V.1.4 Portatori di by-pass, protesi valvolari, pace maker

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

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

V.1.5 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.

V.1.6 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 (codificati con le categorie 996 e 997).

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

V.1.7 Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54._)

I codici V54.0 – V54.8 si devono utilizzare in diagnosi principale se il paziente si ricovera per rimuovere un dispositivo di fissazione ortopedica interna segnalando tra le diagnosi secondarie il codice della frattura pregressa.

V.1.8 Controllo di aperture artificiali (V55._)

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

V.1.9 Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi (V56 - V58)

Con tali codici si identificano i ricoveri per dialisi (V56._), chemioterapia (V58.1) e radioterapia (V58.0).

Nel caso in cui il ricovero sia stato effettuato selettivamente per eseguire sia la chemioterapia che la radioterapia, entrambi i codici V devono essere riportati individuando la diagnosi principale secondo le regole generali di selezione della diagnosi principale.

V.1.10 - Accesso venoso per dializzati

Esempio:

Diagnosi principale: V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi

Intervento: 38.95 Cateterismo venoso per dialisi renale

Intervento: 39.27 Arteriovenostomia per dialisi renale

Per la **Revisione di fistola**: 39.42 Revisione di anastomosi arterovenoso per dialisi renale

V.1.11 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.

Esempi:

Diagnosi dimissione:	Paziente ricoverato per donazione di midollo	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Donatori di midollo osseo	V59.3

V.1.12 Altri motivi giustificati di indisponibilità di servizi medici

Vedi punto 5.7.

V.1.13 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:

- 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 dimissione:	Appendicite acuta senza peritonite, perforazione o rottura, intervento non eseguito per volontà del paziente (intervento non programmato)	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Appendicite acuta senza menzione di peritonite, perforazione o rottura	540.9
Diagnosi secondaria:	Intervento chirurgico non eseguito per decisione del paziente	V64.2

- Quando un ricovero ordinario è stato **programmato** per eseguire un particolare trattamento e questo non viene eseguito, va riportato come diagnosi principale uno dei 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 dimissione:	sostituzione protesica di anca	<i>Codice</i>
Diagnosi principale:	Intervento chirurgico non eseguito per controindicazione	V64.1
Diagnosi secondaria:	Iperpiressia	780.6
Diagnosi secondaria	Tonsillite e adenoidite conica	474.02

Per la 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.

V.1.14 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.

V.1.15 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 richieda una specifica valutazione e al termine del ricovero risulti essere non confermata.

APPENDICE A**PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA
EROGATE IN REGIME DI DEGENZA**

Estratto dalla D.G.R. 44-22844 del 27.10.1997 e successive modificazioni ed integrazioni

Premessa

- poiché la descrizione e la classificazione della prestazione avvengono grazie ai dati introdotti all'atto della dimissione nella voce "Diagnosi Principale" della SDO, frequentemente, in ricoveri riabilitativi direttamente connessi ad un evento acuto, viene persa traccia delle prestazioni fornite da altri reparti della stessa struttura ospedaliera o di altre che hanno trasferito il paziente in un reparto di Riabilitazione;
- qualora, al contrario, il medico che dimette il paziente voglia privilegiare la descrizione della patologia acuta, i cui postumi necessitano di un trattamento riabilitativo, verrebbe a perdersi la descrizione dell'iter terapeutico riabilitativo. Il sistema di Classificazione della patologia ospedaliera (DRG) risulta infatti mutuamente esclusivo nell'attribuzione del DRG qualora si utilizzi per la diagnosi principale un codice di patologia o un codice V57.0-V57.9 che porterà sempre all'attribuzione del DRG 462;
- le considerazioni sopra riportate, oltre ad una deficitaria descrizione delle prestazioni erogate, conducono ad un rimborso tariffario che risulta insufficiente a rifondere l'assorbimento di risorse che le strutture eroganti hanno dovuto sostenere per garantire la specificità dell'attività.
- Appare invece corretto classificare i ricoveri non in diretta connessione con l'evento scatenante secondo le regole tipiche consigliate per la descrizione dell'iter terapeutico di recupero e riabilitazione funzionale, utilizzando i codici V57.0-V57.9 che porteranno all'attribuzione del DRG 462.
- Infatti è necessario distinguere l'assorbimento di risorse delle prestazioni che i reparti di Recupero e Riabilitazione Funzionale erogano nei confronti di pazienti che sono stati direttamente trasferiti da reparti per acuti. In questi casi molto spesso la patologia di base non risulta completamente stabilizzata così che le necessità diagnostico-terapeutiche ed assistenziali risultano maggiori rispetto ai ricoveri elettivi di riabilitazione effettuati in periodi successivi ed intercalati al ritorno del paziente presso il domicilio o presso strutture socio-assistenziali protette.

In funzione di quanto sopra si ritiene di fornire le seguenti indicazioni:

- la classificazione degli eventi di ricovero in diretta connessione con l'evento lesivo scatenante è effettuata descrivendo nella Diagnosi Principale quest'ultima patologia e le eventuali patologie concorrenti o concomitanti. Nella voce "Altri interventi e

Procedure” della SDO andranno descritti gli interventi riabilitativi effettuati utilizzando non più i codici V57.0-V57.9 (codici di diagnosi) ma i codici corrispondenti alla classificazione ICD-9-CM utilizzati in tutte le strutture ospedaliere per interventi e procedure.

[esempio: cod. procedura 93._].

- In tutti i casi di ricovero elettivo in riabilitazione, caratterizzati da interruzione dell’iter terapeutico per dimissione a domicilio o protetta e stabilizzazione delle condizioni patologiche del paziente, dovrà essere descritta come diagnosi principale del paziente l’iter terapeutico riabilitativo utilizzando i codici V57.0-V57.9 ed i codici ICD-9-CM per le procedure.
[esempio: cod. procedura 93._].
- I pazienti trattati in divisioni o reparti per acuti (es.: Medicine generali, Neurologie, Neurochirurgie, Ortopedie, Rianimazioni, ecc.) ed indirizzati ad un reparto di Riabilitazione (Codice reparto 28, 56 o 75) dovranno essere dimessi e descritti secondo le comuni e correnti regole per la compilazione della SDO.
- Il reparto di Recupero e Rieducazione Funzionale (56), di Unità spinale (28) o di Unità gravi cerebrolesioni acquisite (75) che accetta il paziente dovrà aprire una nuova cartella clinica e quindi attivare una nuova SDO secondo le regole vigenti previste per la compilazione della SDO.
- Qualora il reparto di Recupero e Rieducazione Funzionale o l’Unità spinale o L’Unità Gravi Cerebrolesioni acquisite, a causa di una riacutizzazione o di una sopravvenuta complicanza, debba trasferire il paziente in un reparto per acuti, il ricovero dovrà essere chiuso e dovrà essere aperta una nuova SDO per l’episodio di ricovero in acuzie.
- Se il paziente è stato prima ricoverato in un reparto di Lungodegenza (codice 60) valgono le regole testé esplicitate che prevedono la dimissione del paziente e il ricovero in un reparto di Recupero e Rieducazione Funzionale.
- Nel caso il paziente venga trasferito in un reparto di Recupero e Rieducazione Funzionale più vicino al domicilio quest’ultimo è autorizzato ad utilizzare le regole sopra descritte qualora non vi sia soluzione di continuità tra i ricoveri (Reparto acuti⇒Riabilitazione⇒Riabilitazione).
[Poiché tale fattispecie riveste carattere di eccezionalità, la Regione si riserva la facoltà di effettuare un monitoraggio specifico.]

APPENDICE B**LINEE GUIDA PER LA CODIFICA IN MEDICINA PERINATALE
(DIAGNOSI DI DIMISSIONE, PRINCIPALE E SECONDARIE, DI MAMMA E NEONATO)**

Estratto da:

Circolare n. 8032/28.2 del 7.7.1999 della Direzione Regionale Programmazione Sanitaria

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.

NOTE GENERALI SDO MATERNA

Le diagnosi di dimissione di donna ricoverata in Gravidanza/parto devono essere ricondotte al Capitolo XI (cod. da 630 a 677) "Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio".

L'applicativo CEDAP-CSI fornisce in automatico le codifiche relative a tutte le voci valorizzate nell'anamnesi della gravidanza-travaglio-parto: la gerarchia tra le varie diagnosi evidenziate sarà stabilita dal medico responsabile della SDO, tenendo presente che non sono deducibili dal Cedap le complicanze insorte in puerperio.

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 e le procedure (codici di procedura compresi tra 72.0 e 75.9).

Si rammenta che la 5a cifra (obbligatoria per i codici da 651 a 659) definisce temporalmente il ricovero:

0 = episodio di cura non specificato (**non deve essere mai utilizzato**)

1 = ricovero per parto di donna con anamnesi di gravidanza positiva o meno per complicanze

2 = ricovero per parto con complicanze insorte nel postpartum

3 = ricovero per complicanze della gravidanza (ricoveri **antecedenti** il ricovero per parto)

4 = ricovero per complicanze postpartum (ricoveri **successivi** a quello per il parto)

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

0 = nato vivo da parto semplice

1 = nato morto da parto semplice

2 = due nati vivi da parto gemellare

3 = un nato vivo e un nato morto da parto gemellare

- 4 = due nati morti da parto gemellare
- 5 = tutti nati vivi da parto multiplo
- 6 = alcuni nati vivi da parto multiplo
- 7 = tutti nati morti da parto multiplo
- 9 = parto con esito non specificato da non utilizzare !

Il campo "Codice Intervento **chirurgico** principale" indica il codice del parto (da 72.0 a 73.99) o dell'intervento **chirurgico** (da 74.0 a 74.99), eventualmente verificatosi, che ha assorbito più risorse; mentre il campo "Altro intervento o **procedura**" indica il codice di eventuale procedura diagnostica o terapeutica, o di eventuale altro intervento che abbia assorbito minor quantità di risorse rispetto all'intervento principale.

Diagnosi principale: parto di donna con ipertensione essenziale 642.01
Diagnosi secondaria : Toxoplasmosi 647.81
Diagnosi secondaria : parto semplice nato vivo V27.0
Intervento principale: TC 741

Diagnosi principale: parto di donna con anamnesi positiva per minaccia di aborto 640.01
Diagnosi secondaria: esito del parto = parto semplice nato vivo V27.0
Procedura: monitoraggio fetale 75.34

Il codice 650 identifica l'assistenza ad 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

Diagnosi principale: parto fisiologico 650
Diagnosi secondaria : parto semplice nato vivo V27.0
Procedura: episiotomia 73.6

Nel caso di condizioni complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio la diagnosi principale sarà quella della complicanza.

Nel caso di 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.

Sono stati introdotti nuovi codici per lo stato di portatrice : portatore di Streptococco gruppo B = V02.51; portatore di epatite B = V02.61.

Diagnosi principale: assistenza al parto di donna con infezione apparato genitourinario 646.61
Diagnosi secondaria : portatrice di Streptococco gruppo B V02.51
Diagnosi secondaria: parto semplice nato vivo V27.0
Procedura: monitoraggio fetale 75.34

*Diagnosi principale: assistenza al parto di donna con infezione
apparato genitourinario 646.61*
Diagnosi secondaria: agente eziologico Streptococco 041.02
Diagnosi secondaria: parto semplice nato vivo V27.0
Procedura: antibioticoterapia intrapartum 99.22

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.

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.

Le indicazioni al Tc per patologie che non sono comprese nel capitolo XI 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 Epilessia, Retinopatia, ecc) + intervento principale TC

Diagnosi principale: taglio cesareo per patologia materna 659.81
Diagnosi secondaria: Retinopatia 362
Diagnosi secondaria: parto semplice nato vivo V27.0
Intervento principal taglio cesare 74.1

Diagnosi principale: taglio cesareo per gravidanza a rischio 659.81
Diagnosi secondaria: gravidanza a rischio V23
Diagnosi secondaria: parto semplice nato vivo V27.0
Intervento principale: taglio cesareo 74.1

Il codice 669.71 = TC senza menzione della indicazione va utilizzato il meno possibile dal momento che manca la segnalazione clinica della motivazione. Può essere impiegato 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: parto semplice nato vivo V27.0
Intervento principale: taglio cesareo 74.1

Il ricovero per trattamenti successivi ad un parto 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 XI) con 5a cifra = 4; in diagnosi secondaria va posto il codice relativo all'esito del parto V 27._

Nel caso di riospedalizzazione di mamma in allattamento, legato alle condizioni di salute del neonato ospedalizzato, si apre una SDO 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

IL codice 656.3 = sofferenza fetale identifica le seguenti situazioni: acidosi fetale, anomalie dell'equilibrio acido-base del feto, meconio nel LA.

Sono stati aggiunti i seguenti codici:

659.71 = Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto, parto con o senza menzione della condizione antepartum

659.73 = Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto, condizione o complicazione antepartum

655.71 = Diminuzione dei movimenti fetali, parto con o senza menzione della condizione ante partum

655.73 = Diminuzione dei movimenti fetali, condizione o complicazione antepartum

NOTE GENERALI SDO NEONATO

Per ogni nuovo nato nel presidio sarà aperta alla nascita una cartella clinica e SDO relativa all'episodio di assistenza ospedaliera neonatale. Il sistema di controllo regionale sulle SDO identifica il ricovero legato alla nascita attraverso:

codice di disciplina di accesso che deve essere 31

tipo di ricovero ordinario = 5 nuovo nato (nella stessa struttura di ricovero)

provenienza assistito = 0 nuovo nato (nella stessa struttura di ricovero)

presenza sulla SDO neonatale del numero della SDO della madre

valorizzazione del codice allattamento

La diagnosi principale sarà una diagnosi neonatale che deve ricondurre sempre al MDC XV = "Condizioni originatesi nel periodo perinatale" e deve evidenziare una corrispondenza con le situazioni registrate sulla SDO materna.

SDO mamma

Diagnosi principale: parto di donna con sofferenza fetale 656.31

Diagnosi secondaria : parto semplice nato vivo V27.0

Intervento principale: taglio cesareo 74.1

SDO neonato con sintomi

Diagnosi principale: sofferenza fetale 768.3

SDO neonato senza sintomi

Diagnosi principale: anomalie del battito fetale durante il travaglio 763.82

Se la diagnosi non è riconducibile al MDC 15, in prima diagnosi usare sempre V30.00 (= nato singolo in ospedale senza menzione di taglio cesareo) o V30.01 (= nato singolo in ospedale con taglio cesareo): la condizione che ha richiesto il maggior impegno di risorse è stata l'assistenza globale alla nascita, aggravata dalla condizione patologica rilevata. La traduzione in DRG riconoscerà un costo di assistenza a neonato a termine con problemi minori = 390 oppure neonato a termine con problemi maggiori = 389.

es. nato con piede talo valgo

Diagnosi principale: assistenza alla nascita V30.00
Diagnosi secondaria : piede talo valgo 754.60

I codici delle categorie 760-763 (cause materne di morbilità e mortalità perinatale) non devono essere riportati se il problema pur avendo provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, tuttavia non ha determinato un'influenza sulla assistenza al neonato.

Nel caso in cui la condizione della madre abbia provocato nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle categorie 760-763.

I codici 768.0 (Morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio o in un momento non specificato), 768.1 (Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio) e 779.6 (Interruzione della gravidanza – riferita al feto) non devono essere utilizzati in quanto non si apre una SDO se nato morto, vanno utilizzati sulla SDO materna i corrispondenti codici V27.1 ecc

La documentazione clinica relativa al nato morto, redatta dal neonatologo e comprendente gli esami strumentali messi in atto, deve essere allegata alla cartella materna.

Se è stato attivato un percorso diagnostico per una sospetta patologia questa costituisce la diagnosi principale. Il criterio che giustifica questa codifica è che il carico di lavoro diagnostico e l'approccio terapeutico iniziale sono sostanzialmente analoghi nelle forme sospette in quelle accertate. Aggiungere sempre come codice secondario il codice V29.(da .0 a .9) = osservazione e valutazione per condizioni neonatali sospette non accertate

es. diagnosi prenatale di dilatazione del bacinetto renale non confermata alla nascita

Diagnosi principale: assistenza alla nascita V30.00
Diagnosi secondaria: difetto ostruttivo della pelvi renale e dell'uretere 753.29
Diagnosi secondaria: osservazione per sospetto di condizione morbosa specificata V29.8
Procedura = ecografia renale neonatale 88.75;

es. diagnosi prenatale di cisti dei plessi corioidei non confermata alla nascita

Diagnosi principale: assistenza alla nascita V30.00
Diagnosi secondaria: cisti cerebrale congenita 742.4
Diagnosi secondaria: osservazione per sospetto di condizione morbosa neurologia V29.1
Procedura = ecografia cerebrale neonatale, se eseguita, 88.71;

I codici V possono circostanziare l'episodio di ricovero dal punto di vista clinico o dal punto di vista organizzativo:

- i codici anamnestici (V10 – V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi

secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero"

*es. neonato con **familiarità** per malattia cistica del rene*

*Diagnosi principale: assistenza alla nascita **V30.00***

Diagnosi secondaria: rene policistico 753.12

*Diagnosi secondaria: anamnesi familiare di malattie renali **V18.6***

*Procedura = ecografia renale **88.75**;*

es. neonato da madre con varicella

*Diagnosi principale: nato da madre con varicella **760.2***

*Diagnosi secondaria: neonato che richiede isolamento **V07***

A. NEONATO FISIOLÓGICO = che non ha richiesto assistenza per condizioni patologiche

A) Nato singolo codice V30. + 4^a cifra relativa a nato in Ospedale = 0 + 5^a cifra relativa a parto spontaneo = 0 codice complessivo V30.00 = la condizione che ha richiesto l'assistenza ospedaliera è stata la sua nascita in ospedale in assenza di condizioni di patologia e di sospetto di patologia

L'esecuzione di screening sui neonati (ad esempio screening tiroideo o per la fenilchetonuria) non comporta l'assegnazione di ulteriori codici né di diagnosi né di procedure, si tratta, infatti, di prestazioni facenti parte dell'assistenza al neonato.

B. GEMELLARITA'

- a) Gemello = gemelli nati da parto spontaneo, non prematuri, di peso adeguato, in buona salute codice **V31.00**
- b) Gemello nato da TC (=TC operativamente impegnativo per l'équipe neonatale) codice 763.4 seguito da seconda diagnosi 76 1.5 = gravidanza multipla
- c) Gemello con patologia (es. prematuranza e/o SGA) codice della patologia seguito da seconda diagnosi di gravidanza multipla **76 1.5**

C. NEONATO NATO DA TAGLIO CESAREO

Distinguiamo due tipi di codifiche:

- 1) Nato da cesareo di elezione o programmato
- 2) Nato da cesareo d'urgenza

Si definiscono TC "tipo 1":

- a) TC iterativo eseguito secondo i tempi programmati

- b) TC per presentazione podalica del feto
- c) TC per patologia materna che non sia influente sulla salute del neonato
(es. bacino limite, cardiopatia materna compensata, ernia del disco materna, ecc.)

I nati da TC del tipo 1, che non presentino alcuna patologia neonatale, saranno codificati con **V30.01**; qualora presentino patologia, la diagnosi principale sarà quella della patologia neonatale che ha impegnato le maggiori risorse.

Si definiscono TC “tipo 2”:

- a) TC d’urgenza per qualsiasi patologia o situazione di rischio del feto

I nati da TC del tipo 2 saranno codificati con **763.4** = TC con ripercussioni sul feto
Si aggiunge in seconda diagnosi quella relativa alla patologia fetale che ha determinato il cesareo d’urgenza

es. neonato nato da TC d’urgenza per anomalie del battito fetale

Diagnosi principale: nato da taglio cesareo 763.4
Diagnosi secondaria: anomalia del battito fetale durante il travaglio 763.82

La diagnosi di patologia neonatale diventa la diagnosi principale se ha richiesto un impegno dell’equipe neonatale maggiore dell’assistenza al TC.

es. neonato nato da TC d’urgenza con polmone umido

Diagnosi principale: tachipnea transitoria 770.6
Diagnosi secondaria: taglio cesareo con ripercussioni sul feto 763.4
Procedura: ossigenoterapia 93.96

D. NEONATO PREMATURO E POSTMATURO

Si definisce **prematuro** il neonato di **meno di 37 settimane di età gestazionale**

si codifica: **765.0** se <28 settimane e.g. + **5^a** cifra in base al peso

765.1 tra 28 e 36 settimane e.g.+6 giorni+ **5^a** cifra in base al peso

N.B. quando c’è prematuranza questa diagnosi deve essere **la prima, eventualmente** seguita dalle diagnosi complicanti: il Grouper (programma computerizzato per la lettura delle SDO) considera la diagnosi PREMATURANZA - NON PREMATURANZA la prima scelta del suo schema di scelte

SDO madre

Diagnosi principale: parto prematuro 644.21
Diagnosi secondaria: esito parto V27.0
Intervento principale: taglio cesareo 74.1
Procedura: Profilassi steroidea 99.23

SDO neonato

Diagnosi principale: prematuro di 1300 grammi 765.15

Diagnosi secondaria: tachipnea transitoria 770.6

Procedura: ossigenoterapia 93.96

Si definisce **postmaturo** il neonato di più di 42 settimane di e.g. (da 42 settimane + 1 giorno) si codifica con **766.2**.

SDO madre

Diagnosi principale: parto in gravidanza protratta 645.01

Diagnosi secondaria: esito parto V27.0

Intervento principale: taglio cesareo 74.1

SDO neonato

Diagnosi principale: postmaturo 766.2

E. NEONATO PICCOLO PER L'ETA' GESTAZIONALE E GROSSO PER L'E.G.

Secondo le indicazioni della letteratura internazionale vengono fissati i limiti del 10° e 90° percentile alle diverse e.g. per definire rispettivamente i piccoli per l'e.g. (<10°) ed i grossi per l'e.g. (>90°). (Battaglia; Lubchenco J.Pediatr. 71:159 1967)

Fino alla pubblicazione degli standards aggiornati le curve di riferimento sono gli standard antropometrici neonatali dell'Italia Nord Occidentale (R.I.P.1999) inseriti nell'applicativo Cedap.

N.B. se vi è anche prematuranza. è la diagnosi di prematuranza a comparire per prima. Quella di piccolo o grosso per l'e.g. comparirà in seconda o terza diagnosi

Piccolo per l'e.g.

codifica **764.** + **4ª cifra** relativa a presenza o meno di malnutrizione

+ **5ª cifra** relativa alla classe di peso

SDO madre

Diagnosi principale: sviluppo fetale insufficiente 656.51

Diagnosi secondaria: esito parto V27.0

Intervento principale: taglio cesareo 74.1

SDO neonato

Diagnosi principale: nato di 2000 g, basso peso per età gestazionale 764.08

Diagnosi secondaria: ittero 774.30

Procedura: fototerapia 99.83

Grosso per l'e.g.

codifica **766.0** se eccezionalmente grande: >4500 g
766.1 gli altri grossi per l'e.g

SDO madre

Diagnosi principale: sviluppo fetale eccessivo 656.61

Diagnosi secondaria: esito parto V27.0

Procedura: episiotomia 73.6

SDO neonato

Diagnosi principale: grosso per l'età gestazionale 766.1

Diagnosi secondaria: frattura clavicola 767.2

F. ITTERO

Se vi è **malattia emolitica** e/o patologie correlate **773**. +4^a cifra a seconda della patologia

es. **773.0** MEN da Rh

773.4 Kernittero

ecc.

Il riscontro di Coombs positivo associato ad incompatibilità di gruppo **773.1**

Se **non** vi è malattia emolitica codifica **774**. +4^a cifra a seconda del tipo di patologia

N.B.: se ittero "fisiologico" in neonato a termine, che non richiede fototerapia si codifica **774.6** se richiede fototerapia non è più fisiologico e sarà necessario classificarlo con una 4^a cifra diversa dal .6

Le linee guida per la fototerapia sono quelle redatte dalla SIN (Società Italiana Neonatologia)

SDO madre

Diagnosi principale: incompatibilità Rh 656.11

Diagnosi secondaria: esito parto V27.0

Procedura: profilassi anti D 99.11

SDO neonato

Diagnosi principale: malattia emolitica da isoimmunizzazione Rh 773.0

Procedura: fototerapia 99.83

G. SOFFERENZA PERINATALE

Sono stati introdotti i codici:

763.81 anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto prima dell'inizio del travaglio

- 763.82 anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto durante il travaglio
763.83 anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto non specificata rispetto al momento dell'insorgenza
793.89 altre complicazioni specificate del travaglio e del parto con ripercussioni sul feto sul neonato

ASFISSIA NEONATALE

- a) Con sintomi neurologici codice 779. + 4^a cifra a seconda del tipo di sintomo; con aggiunta di seconda diagnosi da 768.2; 768.3; 768.4; 768.5; 768.6 = diagnosi di sofferenza feto-neonatale a seconda del tempo d'insorgenza.
b) Senza sintomi neurologici codice 768. + 4^a cifra che definisce il tempo di insorgenza e/o il grado di asfissia

Le procedure di rianimazione saranno codificate con i codici:

- ossigenoterapia 93.96
massaggio cardiaco 99.63
intubazione 96.04
farmaci e.v. 99.29
respirazione a pressione pos continua 93.90 intermittente 93.91
ventilazione meccanica < 96 ore 96.71

EMORRAGIA CEREBRALE

- 772.10 Grado non specificato
772.11 Grado I
772.12 Grado II
772.13 Grado III
772.14 Grado IV
779.7 Leucomalacia periventricolare

H. LIQUIDO AMNIOTICO TINTO/MALEODORANTE

- a) Liquido tinto espressione di sofferenza fetale codici di sofferenza fetale 768.+ 4^a cifra
b) Liquido maleodorante per sospetta infezione amniotica non documentata ma ricercata codice V29.0
c) Liquido maleodorante per infezione amniotica documentata (esami positivi) codice 762.7

I. NEONATO DA MADRE DIABETICA

(diabete materno preesistente oppure comparso in gravidanza = diabete gestazionale)

- a) Neonato di madre diabetica CON ipoglicemia neonatale 775.0
b) Neonato di madre diabetica che non presenta né patologia, né sintomi, ma che comporta sorveglianza e/o accertamenti: prima diagnosi V30.00 + seconda diagnosi V29.8

SDO madre

Diagnosi principale: diabete gestazionale 648.81
Diagnosi secondaria: esito parto V27.0
Procedura: monitoraggio fetale 75.34

SDO neonato

Diagnosi principale: ipoglicemia 775.0
Procedura: infusione 99.15

**J. NEONATO CON PATOLOGIA DELL'ANCA O
CON FATTORI DI RISCHIO DI PATOLOGIA DELL'ANCA**

a) Lussazione codice **754.3 + 5^a cifra** a seconda se mono o bilaterale

b) Displasia codice **755.63**

Patologia sospettata sulla base di fattori di rischio (familiarità, posizione podalica in utero, altri): tale neonato meriterà accertamenti (ecografia) che vanno riportati nelle procedure e quindi giustificati con diagnosi coerenti, anche qualora gli accertamenti risultino negativi.

* Se gli esami risultano positivi si rientra nei casi di patologia dell'anca accertata = **V30.00 + 755.63** + procedure diagnostiche

* Se gli accertamenti non confermano:

a) Neonato da parto podalico vaginale codice = **763.0** + procedure diagnostiche (88.79 = ecografie anche)

b) Neonato da TC per podalico programmato codice **V30.01**+ presentazione podalica **761.7+ V71.8** + procedure diagnostiche

c) Neonato da parto normale con familiarità per DCA codice **V30.00** + seconda diagnosi **V17.8** (= anamnesi familiare positiva per malattie osteomuscolari) + procedure diagnostiche

**K. NEONATO FIGLIO DI MADRE POSITIVA PER HBsAg; HCV; HiV;
con varicella perinatale; ecc.**

HBsAg positivo della madre

a) Neonato senza sintomi codice **760.2**

si aggiunge, in seconda diagnosi **V05.3** = necessità di vaccinazione profilattica contro epatite, inoltre nelle procedure andrà segnalata la somministrazione di gammaglobuline 99.14 e la vaccinazione 99.59

b) Neonato che manifesta i sintomi della malattia materna codice **771.2** + un codice della categoria 070_ Epatite virale

SDO madre*Diagnosi principale: parto di donna portatrice di HbsAg 655.41**Diagnosi secondaria: stato di portatore di epatite B V02.61**Diagnosi secondaria: esito parto V27.0**Procedura: monitoraggio fetale 75.34***SDO neonato senza sintomi***Diagnosi principale: nato da madre portatrice 760.2**Diagnosi secondaria: necessità di vaccinazione profilattica contro epatite V05.3**Procedura: somministrazione di gammaglobuline 99.14 vaccinazione 99.59***Toxoplasmosi**

- 1) nel caso di neonato apparentemente sano, ma la cui madre ha contratto la Toxoplasmosi in gravidanza, l'infezione congenita è probabile, si attiva il protocollo di sorveglianza (secondo il protocollo regionale Toxonet) si usa il codice 771.2.

SDO madre*Diagnosi principale: parto di donna con toxoplasmosi 655.41**Diagnosi secondaria: toxoplasmosi 130.9**Diagnosi secondaria: esito parto V27.0**Procedura: monitoraggio fetale 75.34***SDO neonato senza sintomi***Diagnosi principale: nato da madre toxo positiva 771.2**Procedura: ecografia cerebrale 88.71*

Nato da madre con tampone vaginale positivo per Streptococco B

- madre correttamente profilassata V30.00 o V3001
- neonato sano con madre non profilassata o non correttamente profilassata 760.8 + V29.0 osservazione per sospetto di condizione morbosa infettiva + 041.02 infezione Streptococco B + procedure
- neonato infetto 771.8 infezioni specifiche del periodo perinatale + 041.02 infezione Streptococco B + procedure

SDO madre*Diagnosi principale: parto di donna con tampone vaginale positivo 646.61**Diagnosi secondaria: portatore Streptococco B V02.51**Diagnosi secondaria: esito parto V27.0**Procedura: monitoraggio fetale 75.34***SDO neonato senza sintomi di madre non profilassata***Diagnosi principale: nato da madre Strepto positiva 760.8**Diagnosi secondaria: osservazione per sospetta infezione V29.0**Diagnosi secondaria: infezione da Strepto 041.02**Procedura: iniezione antibiotici 99.21*

L. NEONATO DA MADRE CHE ASSUME SOSTANZE TOSSICHE

- a) presenza di sindrome di astinenza neonatale (SAN): codice **779.5**
- b) assenza di SAN: codice 760.7 + 5^a cifra relativa alla sostanza assunta
- c) sospetto di assunzione di sostanze tossiche da parte della madre, non confermata: prima diagnosi V30.00 seconda diagnosi V29.8

M. NEONATO SANO ABBANDONATO O OSPEDALIZZATO PER PROBLEMI MATERNI

- a) codice **V20.0** = neonato sano abbandonato = **V30.00 + V20.0**
- b) codice **V60.4** = ospedalizzazione legata all'inabilità di chi normalmente attende alla sua cura, va posta in seconda diagnosi nel caso di ricovero del neonato prolungato a causa delle condizioni materne
- c) **V65.0** = in prima diagnosi nel caso di riammissione per patologia materna (= persona sana che accompagna persona malata)

N.B questo tipo di ricovero comporta sempre l'apertura di cartella clinica e relativa SDO; il codice di disciplina del ricovero non può essere 31, ma sarà 62 o 39 a seconda dell'organizzazione aziendale dell'assistenza alla patologia neonatale.

N. NEONATO NATO DA MADRE CON ROTTURA PREMATURA DI MEMBRANE >18 ORE

Se richiede monitoraggio infettivologico e/o terapia antibiotica **761.1** + procedure

O. NEONATI CON MALFORMAZIONI codici da 740 a 759 nel MDC 14

L'assistenza al piccolo malformato, prestata nel reparto di nascita, deve essere riconducibile all'assistenza neonatale MDC 15: la malformazione **rilevata** alla nascita va indicata come diagnosi principale solo se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza.

- a) Se la malformazione produce sintomatologia neonatale, questa costituirà la prima diagnosi.

Es. neonato con ernia diaframmatica: distress respiratorio in 1° diagnosi + ernia diaframmatica in 2° + modalità di dimissione 6 = trasferimento. DRG 385

L'ernia diaframmatica sarà la prima diagnosi del reparto di chirurgia pediatrica
Idem per la cardiopatia congenita chirurgica.

- b) se il piccolo è asintomatico, ma la situazione richiede approfondimenti diagnostici: l'evento nascita sarà la 1° diagnosi V30.00 + la malformazione sarà la 2° diagnosi + procedure. DRG possibili 390 o 389.

Es. neonato con sindrome di Down: 1° diagnosi V30.00 + 2° diagnosi 758.0 = S. di Down
+ procedure diagnostiche

P. LESIONI TRAUMATICHE LEGATE AL PARTO

Hanno codifiche neonatali specifiche nel MDC 15 da 767.0 a 767.9

Es. frattura della clavicola **767.2**
paralisi del facciale **767.5**
paralisi plesso brachiale **767.6**

Q. EMORRAGIE NEONATALI

Hanno codifiche specifiche nel MDC 15 da 772.0 a 772.9

Es. emorragie gastrointestinali **772.4**
emorragia intraventricolare **772.1**
ingestione di sangue materno **777.3**

R. INFEZIONI specifiche del periodo perinatale

Hanno codifiche specifiche nel MDC 15 da 771.0a 771.8

Es. IVU **771.8**
candidiasi **771.7**
sepsi **771.8** **N.B. con specifica del germe in diagnosi secondaria quando
sia stato evidenziato il germe responsabile**

N.B. tra le diagnosi secondarie devono essere **obbligatoriamente** riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero

S. DISTURBI EMATOLOGICI specifici del periodo neonatale (anemia, policitemia, trombocitopenia)

Hanno codifiche specifiche nel MDC 15 da 776.0 a 776.9

T. ERITEMA TOSSICO

778.8 non usare il codice dermatologico

U. SINTOMI”

La categoria "SINTOMI" che sono stati indagati senza condurre ad una diagnosi sono raggruppati nel MDC 16 (da 780 a 799) ma escludono quasi sempre il periodo neonatale per la presenza nel MDC 15 delle situazioni specifiche

Es. cianosi **778.0**

V. PROBLEMI NEONATALI DI DISIDRATAZIONE, IPERTERMIA

Hanno codifiche specifiche nel MDC 15 da **778.0 a 778.9, 779.3**

W. CALO PONDERALE

> 15% nel nato a termine; > 20% nel pretermine **783.2**

X. NEONATI TRASFERITI

In caso di neonato trasferito porre attenzione a che la diagnosi principale sia sempre riconducibile al MDC 15 :

- a) Il neonato trasferito per patologia neonatale non chirurgica, avrà in prima diagnosi la patologia stessa per la quale è richiesto il trasferimento (es.: R.D.S., prematuranza estrema, ecc.) e modalità di dimissione 6 = trasferito. DRG 385
- b) Il neonato con patologia chirurgica avrà in prima diagnosi la sintomatologia che rende necessario il trasferimento urgente; in seconda diagnosi la diagnosi malformativa che essendo un codice chirurgico non può essere attribuito ad un reparto di medicina neonatale, modalità di dimissione 6. DRG 385
- c) Le TIN che chiudono la SDO di un nato per il quale hanno prestato assistenza al trasporto (STEN) dal Punto Nascita di livello inferiore al III livello debbono inserire il codice V68.8_
- d) In caso di Back trasporto
 - la TIN chiuderà la cartella con modalità di dimissione 8 = trasferimento ad altra postacuzie (= DRG 386)
 - il Punto Nascita ricevente riammetterà il neonato in disciplina 62, se presente, o 39, **non può essere riammesso in disciplina 31** codificando la situazione clinica presente al momento della riammissione (**non la patologia che ha causato il trasporto alla TIN**): es. neonato di basso peso con peso attuale 764. _
neonato prematuro 765._

SDO neonato trasferito a TIN

Diagnosi principale: prematuranza (con peso di 750 grammi) 765.03

Diagnosi secondaria: RDS 769

Procedura: intubazione endotracheale 96.04

Codice di dimissione 6

SDO ritrasferito da TIN al Centro di nascita

Diagnosi principale: RDS 769

Diagnosi secondaria: prematuranza (con peso di 750 grammi) 765.03

Diagnosi secondaria: back transport V68.8
Procedura: ventilazione meccanica >96 ore 96.72

Codice di dimissione 8

SDO del Centro di nascita a domicilio

Diagnosi principale: prematuranza con peso di 1800 grammi 765.17
Diagnosi secondaria: anemia del prematuro 776.6
Procedura: trasfusione 99.04

Codice di dimissione 2

In tutte le SDO neonatali va codificata la modalità di allattamento secondo i codici predefiniti sulla base delle denominazioni O.M.S

- Allattamento al seno esclusivo cod. 11
- Allattamento al seno prevalente cod. 12
- Allattamento al seno parziale cod. 13

- Allattamento artificiale per agalattia cod. 21
- Allattamento artificiale per blocco della montata latte per decisione medica cod. 22
- Allattamento artificiale per blocco intenzionale prenatale cod. 23
- Allattamento artificiale per blocco intenzionale postatale cod. 24
- Impossibilità a reperire il dato per trasferimento cod. 31

Il codice allattamento deve essere attribuito al momento della dimissione come sintesi dell'intero percorso di allattamento durante la degenza: es. si intende per allattamento esclusivo un allattamento in cui **durante l'intera degenza** sia stata offerto al neonato come fonte di alimentazione esclusivamente il seno materno o latte spremuto dal seno materno, senza aggiunta di nessun altro tipo di bevanda.

Agalattia è una diagnosi non presuntiva ma la conclusione di un percorso in cui dopo avere offerto il seno ripetutamente durante la degenza, non essendoci stata risposta positiva da parte della mammella, al momento della dimissione si decide di continuare con allattamento artificiale totale.

Per TUTTI i ricoveri di bambini fino a 12 mesi è obbligatorio riportare il peso neonatale nell'apposito spazio; per i nati di basso peso nei ricoveri successivi a quello della nascita va riportato tra le diagnosi secondarie il V corrispondente al peso neonatale:

V21.31 stato di basso peso alla nascita < 500 grammi

V21.32 stato di basso peso alla nascita 500- 999 grammi

V21.33 stato di basso peso alla nascita 1000- 1499 grammi

V21.34 stato di basso peso alla nascita 1500- 1999 grammi

V21.35 stato di basso peso alla nascita 2000- 2500 grammi

Riferimenti bibliografici

3M Health Information Systems. *Diagnosis Related Groups. Definitions Manual. Version 14.0.* Wallingford, CT, 1996.

3M Health Information Systems. *Diagnosis Related Groups. Definitions Manual. Version 19.0.* Wallingford, CT, 2001.

Averill RF, Muldoon JH, Vertrees JC, Goldfield NI, Mullin RL, Fineran EC, Zhang MZ, Steinback B, Grant T. *The Evolution of Casemix Measurement Using Diagnosis Related Groups.* In Goldfield N. *Physician Profiling and Risk Adjustment* (2nd Edition). Aspen, Maryland 1999.

Department of Health and Human Services. *Medicare Program: Changes to the Hospital Inpatient Prospective Payment Systems and Rates and Costs of Graduate Medical Education: Fiscal Year 2002 Rates; Final Rule.* Federal Register 2001; 66 (148): 39827-39876.

Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. *Case-Mix Definition by Diagnosis Related Groups.* Med Care 1980; 18 (Suppl.): 1-53.

Fetter RB (Edt). *DRGs. Their Design and Development.* Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan, 1991.

Taroni F. *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali.* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1996.

Ministero della Salute. *Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche- versione italiana 2002.* Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato 2004

Nonis M., Corvino G., Fortino A., *La scheda di dimissione ospedaliera,* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- **Decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991**
Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera
- **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
- **Decreto del Ministro della Sanità del 26 luglio 1993**
Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati
- **Decreto del Ministro della Sanità del 27 ottobre 2000 n. 380**
Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati
- **Allegato 1 dell'Accordo Stato Regioni del 6 giugno 2002**
Accordo tra il Ministro della Salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano di approvazione delle Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO).
- **Accordo Stato Regioni del 16 giugno 2005**
Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per l'adozione della versione 19 della classificazione Diagnosis Related Groups, ai fini della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera.
- **D.G.R. n. 50-1062 del 10.10.2005**
Aggiornamento del sistema di codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera – ICD9CM 2002 versione 19.