

Deliberazione della Giunta Regionale 21 maggio 2014, n. 46-7637

Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007 - Revisione 2014.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Premesso che:

- il DM 28.12.91 istituisce la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) quale parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale;
- la Scheda di dimissione ospedaliera contiene le informazioni necessarie per l'attribuzione dei ricoveri ai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG) e per l'individuazione della tariffa relativa a ciascun episodio di ricovero;
- la compilazione deve avvenire nel rispetto delle indicazioni definite in ambito ministeriale, regionale e delle linee guida adottate dalla Regione Piemonte in merito alla corretta codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la SDO ed in particolare sulla base di quanto previsto Decreto del Ministro della Sanità del 27.10.2000 n. 380 "Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati";
- è necessario che le regioni diano attuazione all'accordo tra Governo e Regioni concernente l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) del 29 aprile 2010 rep. Atti 64/esr;
- con D.G.R. n. 4-10568 del 12.1.2009 la Giunta Regionale ha adottato con decorrenza 1.1.2009 il sistema di classificazione delle schede di dimissione ospedaliera della International Classification of Diseases 9th revision Clinical modification (ICD9CM) nella versione 2007, prevedendo l'utilizzo del grouper 24 per l'attribuzione dei ricoveri ai Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG);
- con D.G.R. n. 17-2559 del 5.9.2011 sono state approvate le linee guida regionali per la corretta codifica delle SDO, con il documento "Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007 - Revisione 2011";

si rende necessario, anche alla luce delle considerazioni che seguono, modificare ed integrare le disposizioni in materia di codificazione delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) predisponendo un nuovo documento "Linee guida per la codificazione delle Schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale ICD-9-CM 2007 .Revisione 2014, allegato al presente provvedimento che ne è parte integrante e sostanziale.

L'introduzione del nuovo sistema di tariffazione delle prestazioni di ricovero determinato con le deliberazioni n. 14-6039 del 2.7.2013 e n. 55-6670 del 11 novembre 2013 ha prodotto significative modificazioni al riconoscimento tariffario di alcune attività, in particolare in campo chirurgico e in postacuzie, introducendo anche alcune innovazioni connesse al tipo di assistenza effettuata durante il ricovero.

L'identificazione delle caratteristiche specifiche del ricovero avviene principalmente con la determinazione del DRG (diagnosis related group) che si forma sostanzialmente attraverso la codificazione delle diagnosi di dimissione dei pazienti e degli interventi/procedure eseguiti durante il ricovero, secondo le indicazioni contenute nelle Linee guida nazionali e regionali per la corretta codificazione sulla base del manuale ICD-9-CM 2007 in vigore e che vengono registrati nel tracciato informatico della SDO.

Alla luce delle modificazioni determinate dalle deliberazioni sopracitate occorre precisare ed integrare la regolazione vigente per la codificazione delle SDO ai fini del corretto riconoscimento economico dei ricoveri modificando conseguentemente le Linee guida regionali vigenti approvate in ultimo con la D.G.R. n. 17-2559 del 5.9.2011.

Altre modificazioni si rendono inoltre necessarie, sia per consentire la piena coerenza delle regole di codificazione con l'evolversi delle procedure diagnostiche e chirurgiche che non sempre trovano immediata traduzione nei codici ICD-9-CM 2007 disponibili, sia per evitare interpretazioni non corrette o disomogenee delle regole già vigenti, in relazione a richieste di chiarimenti pervenute dagli organi di vigilanza delle ASL o dagli operatori addetti.

Inoltre, a seguito delle verifiche effettuate attraverso l'attività di controllo della corretta codificazione delle SDO in coerenza con gli indirizzi dell'art. 79 comma 1 septies del D.L. 112 del 2008 convertito con la Legge 133 del 6.8.2008 e delle Deliberazioni attuative regionali, sono sorti alcuni dubbi interpretativi circa la corretta rappresentazione attraverso i codici ICD-9-CM 2007 delle procedure e degli interventi chirurgici e la non coerenza tra il tipo di DRG che si forma con le attività effettivamente svolte durante il ricovero.

Sono stati quindi approfonditi, anche con la collaborazione di gruppi di clinici esperti nelle discipline di Urologia, Ortopedia, Terapia del dolore e Otorinolaringoiatria, i problemi relativi alla corretta codificazione di procedure ed interventi, analizzando i problemi connessi all'utilizzazione di tecniche innovative o a metodiche particolari che non trovano un' esatta ed immediata interpretazione dei codici ICD-9-CM 2007 da utilizzarsi per la loro registrazione nelle SDO.

Va sottolineato inoltre che le differenziazioni tariffarie dei ricoveri in Recupero e Riabilitazione Funzionale introdotte in particolare nelle tabelle 1 e 2 della D.G.R. n. 55-6670 del 11 novembre 2013 rendono necessarie e non più procrastinabili alcune modificazioni alle linee guida vigenti per evitare codificazioni incoerenti con quanto previsto nella stessa deliberazione.

Si sono rese necessarie anche alcune precisazioni ed integrazioni al testo in vigore per permettere una più agevole interpretazione delle norme già vigenti evitando contenziosi in materia.

Tutte le integrazioni e modificazioni proposte sono indispensabili per evitare comportamenti differenziati tra i vari soggetti erogatori o di tipo opportunistico che potrebbero determinare riconoscimenti tariffari non corretti nella registrazione delle attività svolte durante i ricoveri.

Deve essere ancora menzionato che risulta necessario approvare tale revisione delle linee guida regionali anche per poter procedere in modo coerente nell'attività di controllo della corretta codificazione delle SDO, non solo per adempiere a quanto previsto dal sopracitato art. 79 comma 1 septies del D.L. 112 del 2008 convertito con la Legge 133 del 6.8.2008 ma anche per quanto espressamente indicato dal programma operativo 7.4.3 di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013.

Risulta quindi indifferibile ed urgente la correzione ed integrazione delle linee guida per la corretta codifica delle SDO di cui si approva il testo modificato ed integrato nel suo insieme onde consentirne una facile lettura che è allegato al presente provvedimento di cui fa parte integrante e sostanziale e che sostituisce quello approvato con la precedente D.G.R. n. 17-2559 del 5.9.2011.

Va infine precisato che la proposta del nuovo testo delle Linee guida è stato elaborato dalla Commissione tecnica prevista dalla D.G.R. n. 19-2561 del 5 settembre 2011 e formata da: dott. Orazio Barresi - A.S.L. AL N.C.R.E., dott.ssa Francesca Gandini - A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo - Direzione medica di presidio, dott. Virginio Giordanello - A.S.L. CN2 - Programmazione e Controllo, dott. Giuseppe Guerra - A.S.L. CN1 -Direttore Medico di Presidio Savigliano-Saluzzo, dott. Simone Porretto - A.S.L. AL - Direttore Medico di Presidio Ovada-Acqui Terme, dott. Roberto Sacco - A.S.L. TO3 - Direttore Medico P.O.R. Pinerolo, dott.ssa Paola Sguazzi A.S.O. San Luigi di Orbassano Direzione medica di presidio, Mirko Pia e RosaPatrizia Sproviero del Settore organizzazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali della Regione Piemonte.

Pertanto alla luce delle considerazioni esposte,

visti:

le DD.G.R. n. 14-6039 del 2.7.2013 e n. 55-6670 del 11 11 2013;
la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013;
il D.L. 112 del 2008 convertito con la Legge 133 del 6.8.2008;
la D.G.R. n. 17-2559 del 5.9.2011;

la Giunta Regionale, unanime,

delibera

di approvare il documento allegato “Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007 - Revisione 2014” quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione che sostituisce l’analogo documento approvato con la D.G.R. n. 17-2559 del 5.9.2011;

di stabilire che le direzioni mediche di presidio e tutti i soggetti erogatori di prestazioni di ricovero ospedaliero devono garantirne l’osservanza;

di stabilire che tale documento costituisce riferimento per l’attività di monitoraggio e controllo dell’attività di ricovero da parte della Regione Piemonte e delle ASR.

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

(omissis)

Allegato

Allegato

Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007 - Revisione 2014

Indice

Premessa	1
Variazioni rispetto alla versione precedente	3
Aspetti giuridico-normativi	5
Principi generali e responsabilità	7
SDO e DRG	9
La scheda di dimissione ospedaliera	9
DRG	9
Diagnosi principale	11
Diagnosi secondarie	13
Regole generali	13
Diagnosi secondarie obbligatorie	13
Risultati anomali.....	14
Anamnesi	14
Intervento principale	15
Data di esecuzione.....	17
Correlazione con la diagnosi principale	17
Approccio chirurgico – via d’accesso	18
Prestazioni ricevute in ospedali diversi da quello di ricovero	18
I codici ICD-9-CM 2007 - Regole generali	19
Codici diagnosi	21
Anatomia dei codici diagnosi.....	22
Ricerca dei codici diagnosi.....	23

Codici combinati.....	24
Codifica multipla.....	24
Condizioni acute e croniche riacutizzate.....	26
Codici omnicomprensivi	26
Codifica multipla.....	26
Postumi	27
Condizioni “imminenti”.....	29
Codici V.....	30
Codici E	31
Codici intervento-procedura.....	33
Regole generali di codificazione	33
Codici combinati.....	33
Codifica multipla.....	33
Intervento nel corso di altro intervento	34
Interventi bilaterali	34
Terapie ripetute	35
Biopsie	35
Biopsie endoscopiche	35
Biopsie per spazzolamento (brush) o per aspirazione	35
Biopsie in corso di intervento chirurgico.....	35
Biopsia (osteo)midollare.....	35
Conversione in cielo aperto da laparoscopia o toracoscopia o artroscopia.....	36
I codici ICD-9-CM 2007 - Regole specifiche	37
Capitolo 1 Malattie infettive e parassitarie (001-139)	39
Stato di portatore o portatore sospetto di malattie infettive.....	39
Infezione da HIV, virus dell’immunodeficienza umana.....	39
Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio.....	39
Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico.....	40
Setticemia o sepsi	40

Sepsi severa (SIRS da infezione)	40
Shock settico.....	41
Esempi 41	
SIRS non da infezione	43
Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041 batteriche e 079 da virus e Chlamydiae).....	43
Infezioni nel neonato	43
Capitolo 2 Tumori (140-239).....	45
Tumori di natura non specificata	45
Osservazione per sospetto di neoplasia	45
Ricovero per diagnosi o stadiazione	45
Ricovero finalizzato al follow-up del paziente oncologico	46
Ricovero per intervento o procedura invasiva	46
Radioterapia e/o chemioterapia	46
Ricovero per cicli di immunoterapia	46
Ricovero per brachiterapia o per terapie radiometaboliche	46
Chemioembolizzazione, alcolizzazione, termoablazione	47
Metodica "stop flow"	48
Ricovero per inserimento di "accesso vascolare"	48
Totalmente impiantabile (port-a-cath)	48
Non totalmente impiantabile (Groshong, Midline, PICC).....	48
Ricovero per il trattamento di una complicanza	48
Ricovero per patologia acuta in paziente neoplastico.....	48
Estensione per contiguità o a distanza (metastasi).....	49
Ricovero per cure palliative.....	49
Recidiva neoplastica	49
Linfoma	50
Sindrome Mielodisplastica	50
Ricostruzione chirurgica della mammella in paziente mastectomizzata	50

Linfonodo sentinella	50
Asportazione di linfonodo sentinella effettuata in corso di rimozione di tumore:	50
Asportazione di linfonodo sentinella effettuata dopo la rimozione di tumore.....	51
Radicalizzazioni	53
Melanoma	53
Altre neoplasie	53
Prostata.....	53
Capitolo 3 Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240–279)	55
Tipo di diabete.....	56
Complicazioni a lungo termine o croniche	56
Diabete latente	56
Diabete provocato da terapia con steroidi.....	56
Diabete gestazionale.....	57
Gravidanza in donna diabetica.....	57
Malfunzionamento della pompa di insulina	57
Recentazione necrosi diabetica e rimozione frammenti ossei necrotici	57
Asportazione di tessuto o frammento osseo in piede diabetico.....	58
Asportazione di tessuto necrotico (intervento in sala operatoria).....	58
Asportazione di tessuto necrotico [non in sala operatoria] mediante brushing, washing, scrubbing, ecc.....	58
Capitolo 4 Malattie del sangue e degli organi ematopoietici (280 – 289)	61
Anemia	61
Perdita ematica dopo intervento chirurgico	61
Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali	62
Difetti della coagulazione	62
Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti.....	62
Trattamento con anticoagulanti senza problemi emorragici	62
Tempo di protrombina prolungato	62
Capitolo 5 Disturbi mentali (290 – 319).....	65
Demenze.....	65

Capitolo 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi di dei sensi (320-389)	67
Dolore e terapia antalgica	67
Epilessie.....	70
Emiplegia e altre sindromi paralitiche	70
Biopsia percutanea di lesione cerebrale	71
Iperidrosi (trattamento chirurgico)	71
Chirurgia oftalmica	71
Anestesia 71	
Iniezione intravitreale	71
Innesto di limbus e innesto di membrana amniotica.....	71
Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto	72
Impianto di lipociti per gravi retinopatie	72
Impianto di rete contenitiva per il cristallino.....	72
Interventi sul corpo vitreo	72
Capitolo 7 Malattie del sistema circolatorio (390-459)	73
Ipertensione arteriosa	73
Ipertensione essenziale	73
Cardiopatía ipertensiva	73
Nefropatia cronica ipertensiva.....	74
Cardio-nefropatia cronica ipertensiva.....	74
Cerebrovasculopatía ipertensiva	75
Retinopatía ipertensiva.....	75
Ipertensione transitoria.....	75
Ipertensione non controllata	75
Infarto miocardico acuto (IMA).....	75
Durata superiore alle otto settimane	76
Infarto miocardio pregresso.....	76
Insufficienza cardiaca nell'immediato periodo post-operatorio	76
Vasi cerebrali o pre-cerebrali	76
Vasi coronarici.....	76

Angioplastica coronarica	76
Tecnica laser.....	76
Altri vasi.....	77
Pace maker	77
Ricovero per impianto di pace-maker.....	77
Malfunzionamento del pace-maker	77
Impianto PM permanente.....	77
Apparecchio a camera doppia.....	77
Sostituzione di PM	77
Pacemaker temporaneo.....	78
Sostituzione delle pile	78
Portatori di by-pass, protesi valvolari, pace maker	79
Sindromi dolorose degli arti inferiori da arteriopatìa ostruttiva	79
Applicazione di neurostimolatore spinale	79
Sostituzione del neurostimolatore spinale.....	79
Trombosi arterovenosa in dializzato	79
Intervento di crossing.....	79
Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare.....	80
Intervento di SEPS.....	80
TIPSS.....	80
Brachiterapia	80
Inserimento di “port a cath” o altri accessi vascolari	80
Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria.....	80
Chiusura del difetto interatriale per via percutanea (con inserimento di protesi)	80
Riparazione di difetto del setto atriale e chiusura del forame ovale.....	81
A cielo aperto	81
Via percutanea	81
Follow-up - convalescenza per intervento cardiocirurgico	81
TAVI	81
VAC Therapy.....	83

Loop recorder.....	83
Collocazione.....	83
Rimozione	83
Capitolo 8 Malattie dell'apparato respiratorio (460-519).....	85
BPCO	85
Inserimento di protesi fonatoria in pazienti laringectomizzati.....	85
Sostituzione di protesi fonatoria in pazienti laringectomizzati.....	86
Terapia ventilatoria.....	86
Gestione dell'Insufficienza Respiratoria	86
Terapia respiratoria non invasiva – Gruppo codici 93.9	87
Terapia respiratoria invasiva – Gruppo dei codici 96.7	87
Procedure endoscopiche	88
Tracheali 88	
Bronchiali 90	
Ablazione percutanea	92
Tonsillectomia e adenoidectomia.....	92
OSAS	94
Polisonnografia a 5 canali	95
Polisonnografia a 7 canali	95
Deviazione del setto nasale	96
Deviazione del setto nasale acquisita	96
Deviazione del setto nasale congenita.....	96
Frattura nasale	97
Epistassi.....	97
Vertigini	98
Lesioni delle corde vocali	98
Capitolo 9 Malattie dell'apparato digerente (520-579).....	99
Ernie addominali	99
Chirurgia bariatrica.....	99
Colica addominale.....	99

Complicazioni da colostomia ed enterostomia	99
Codifica di alcune forme di displasia degli organi digerenti	100
Emorroidectomia	100
Intervento di Starr.....	100
Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon	100
Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto.....	100
Protesi dello sfintere anale.....	101
Protesi metallica esofagea	101
Videoendoscopia diagnostica con capsula	101
Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del fegato	101
Esofagite con emorragia e varici esofagee	101
Capitolo 10 Malattie dell'apparato genito-urinario (580-629).....	103
Insufficienze renali acute e croniche	103
Colica renale	103
Intervento per la correzione del varicocele	103
Impianto di pace-maker neurali.....	104
Fimosi e frenulo breve.....	104
Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del rene.....	104
Ematuria.....	104
Mapping prostatico.....	105
ESWL	105
Stenosi ureterale	105
Stenosi uretrale	106
Sfinterotomia vescicale	106
Incontinenza urinaria.....	106
Capitolo 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	107
Note generali sulla SDO materna	107
Parto fisiologico.....	109

Gravidanza multipla	109
Condizioni complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio	109
Condizioni infettive complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio.....	109
Analgesia per il travaglio di parto	110
Taglio cesareo.....	110
Ricovero a seguito di parto avvenuto al di fuori del presidio ospedaliero	112
Riospedalizzazione di mamma in allattamento	112
Aborto farmacologico	114
Scheda ISTAT.....	115
Capitolo 12 Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (680-709)	117
Lesioni da decubito	117
Asportazione di lesioni cutanee	117
Capitolo 13 Malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo (710-739)	131
Fratture patologiche	131
Vertebroplastica e cifoplastica	131
Intervento per via endoscopica	131
Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio	131
Inserzione di Kine-spring.....	132
Legamenti crociati del ginocchio	132
Innesto osteocondrale.....	132
Primo intervento per autoinnesto	132
Altre patologie del ginocchio	132
Interventi sulla spalla.....	132
Rottura atraumatica della cuffia dei rotatori.....	133
Lussazione ricorrente della spalla.....	133
Sindrome del tunnel carpale	133
Aponeurolisi percutanea (con collagene).....	133
Interventi per ernia discale.....	134

Tecnica chirurgica a cielo aperto.....	134
Radiofrequenza o laser	134
Iniezione locale sostanze terapeutiche	134
Rimozione di mezzi di fissazione	134
Metodiche rigenerative.....	135
Capitolo 14 Malformazioni congenite (740-759).....	137
Regole specifiche di codifica.....	137
Capitolo 15 Condizioni morbose di origine perinatale (760-779) e codifica del neonato	139
Note generali SDO neonato (fino a 28 giorni di vita).....	139
Evento nascita.....	139
Diagnosi principale.....	139
Diagnosi secondarie.....	140
Vaccinazioni e screening.....	140
Nato morto	140
Ricovero di neonato successivamente all'evento nascita	140
Neonato sano che accompagna la madre.....	140
Neonato sano, nato fuori dall'ospedale e ricoverato con la madre.....	140
Neonato ricoverato per patologia (ricovero successivo).....	140
Ricovero per osservazione di condizioni morbose sospette.....	141
Cause materne di morbilità e mortalità perinatale.....	141
Infezioni neonatali	141
Disturbi della crescita e del peso alla nascita	141
Traumi ostetrici.....	141
Ipossia intrauterina e problemi respiratori neonatali	142
Sofferenza fetale	142
Asfissia grave.....	142
Sindrome da distress respiratorio neonatale	142
Nato da madre positiva per infezione (nascita).....	142
Neonato sano e con accertamenti negativi	142

Neonato asintomatico ma positivo agli accertamenti colturali e sierologici	142
Neonato sintomatico	142
Neonato asintomatico con accertamenti positivi ma non ancora dirimenti circa la possibile trasmissione dell'infezione	143
Neonato nato da madre con rottura prematura delle membrane	143
Se il neonato è positivo agli accertamenti ed è stato trattato, la codifica è la seguente:	143
Se il neonato è asintomatico:	143
Malattia emolitica del neonato anti Rh o anti AB0.....	143
Ittero neonatale	143
Neonato da madre diabetica (nascita)	144
Nato da madre che assume sostanze potenzialmente tossiche	144
Neonati trasferiti	145
Capitolo 16 Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (780-799).....	147
Capitolo 17 Traumatismi e avvelenamenti (800-999).....	149
Codici E.....	149
Complicazioni di trapianto di rene	149
SIRS da processi non infettivi	149
Avvelenamento e intossicazione da farmaci	149
Capitolo 18 Codici V	151
Ricerca dei codici V.....	151
Condizioni pregresse (V10 - V15).....	152
Circostanze connesse alla riproduzione e allo sviluppo.....	152
Nati vivi secondo il tipo di nascita (V27._ - V39._).....	152
Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi (V42 e V43).....	152
Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica (V51).....	153
Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (V52._ - V53._).....	153
Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54).....	153
Controllo di aperture artificiali (V55._).....	153
Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi (V56 - V58) .	153

Accesso venoso per dializzati	154
Donatori di organi o tessuti (V59.1 - V59.8)	154
Altri motivi giustificati di indisponibilità di servizi medici	154
Trattamento non eseguito (V64.1 - V64.2 - V64.3)	154
Ricovero ordinario urgente	155
Ricoveri programmati (ordinari e DH-day surgery)	156
Ricovero per cure palliative (V66.7)	157
Capitolo 19 Ricoveri riabilitativi	159
Scelta della Diagnosi	159
Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56).	159
Neuroriabilitazione (75) e Unità spinale (28).	160
Day Hospital	160
Interventi-procedure	160
Modalità di accettazione dei ricoveri in Riabilitazione	160

Premessa

In queste linee guida sono contenute:

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

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

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

Variazioni rispetto alla versione precedente

Rispetto alla precedente versione del 2011 sono state apportate significative variazioni e integrazioni in particolare nei seguenti argomenti:

- Malattie infettive (sepsi)
- Malattie del sangue (anemia, trapianto di midollo e cellule staminali)
- Terapia antalgica (termoablazioni, impianti di dispositivi)
- Cuore (pace-maker e procedure invasive percutanee)
- Chirurgia bariatrica
- Chirurgia oftalmica (vitrectomia)
- Apparato respiratorio (procedure invasive endoscopiche)
- Chirurgia ORL (protesi fonatorie, tonsillectomie, settoplastica, rinoplastica, ecc.)
- Chirurgia ortopedica (interventi su spalla e ginocchio)
- Ricoveri in post acuzie (riabilitazione e lungodegenza)
- Chirurgia urologica

Tali variazioni sono indicate da una evidenziazione gialla nell'indice e nei titoli delle rispettive sezioni.

Aspetti giuridico-normativi

La Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) costituisce una rappresentazione sintetica della cartella clinica finalizzata a consentire una raccolta economica e di qualità controllabile di alcune tra le informazioni contenute nella cartella stessa. La corretta rappresentazione della cartella clinica, attraverso il sistema di Classificazione delle malattie ICD-9-CM, è pertanto condizione indispensabile per la raccolta delle informazioni circa le modalità dell'assistenza erogata oltre che strumento di supporto per studi di tipo epidemiologico. Nell'attuale sistema di remunerazione a tariffa l'archivio informatizzato della SDO consente inoltre di valutare i costi e le scelte programmatiche ai vari livelli regionali e aziendali. Quanto sopra pone in evidenza la necessità di avere a disposizione informazioni raccolte in modo accurato e che soddisfino il principio di congruenza e che permettano le necessarie valutazioni da parte degli organismi di controllo. È da tener conto inoltre che il corretto approccio al sistema e alle norme che regolano la corretta codifica della SDO si riflette in particolar modo sulle valutazioni dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri nel loro complesso e pertanto in tale contesto risulta utile procedere, da parte dei medici, in accordo e con il supporto di linee guida clinico-organizzative.

La Regione Piemonte ha svolto nel tempo studi e verifiche finalizzate a valutare e sostenere gli istituti di cura nella ricerca della più corretta identificazione e selezione dei codici di codifica. Nel corso delle operazioni di verifica e controllo sulla corretta codificazione delle SDO effettuate negli ultimi anni, sono state evidenziate alcune difficoltà nell'interpretazione delle stesse regole di codificazione della Scheda di dimissione ospedaliera, soprattutto in relazione alla corretta rappresentazione di alcuni interventi chirurgici e di procedure innovative. Pertanto sono state elaborate ulteriori indicazioni con la collaborazione di gruppi di esperti per specifiche discipline quali ortopedia e traumatologia, urologia, otorinolaringoiatria, anestesia e rianimazione (terapia del dolore), ecc. per facilitare la corretta codifica e che sono contenute nelle presenti linee guida.

La struttura del documento prevede, nella prima parte, la descrizione delle regole generali per la corretta attività di codificazione mentre, nella seconda parte, sono previsti gli approfondimenti di codifica per gruppi di patologie o interventi e le relative modificazioni dei codici.

Il presente documento costituisce quindi un aggiornamento delle precedenti linee guida, sia della parte generale che di quella per gruppi di patologie e sostituisce quelle precedenti.

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

Principi generali e responsabilità

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”) .

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”).

La **compilazione** della SDO, la **codifica** e il **controllo** delle informazioni in essa contenute devono essere effettuate nel rigoroso rispetto delle linee guida nazionali e regionali.

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”).

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.

Il Direttore Sanitario dell’Istituto di cura¹ 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).

Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l’intero ricovero del paziente nell’Istituto di cura nel medesimo regime assistenziale.

Ne consegue che il medico dimettente deve tenere in considerazione, nel compilare la SDO, l’intero percorso diagnostico e terapeutico del paziente **fin dal momento del suo ricovero**, anche compreso il Pronto Soccorso, **inclusi** 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.

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.

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.

¹ Qui “il direttore sanitario dell’istituto di cura” deve essere interpretato come direttore medico di presidio.

SDO e DRG

La scheda di dimissione ospedaliera

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

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

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

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

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

DRG

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

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

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

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

La classificazione DRG, sin dagli albori subì una metamorfosi, e venne strutturata per rimborsare gli ospedali e non per misurare la gravità clinica della casistica. Anche in Italia l'adozione dei DRG ha avuto un primum movens amministrativo e la scelta dei codici è funzionale all'attribuzione di un DRG coerente con il caso trattato. Favorire questa coerenza è lo scopo di queste linee guida.

Diagnosi principale

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

Talora, in presenza di pluri-patologie, può essere oggettivamente difficile stabilire quale sia la diagnosi principale. Un criterio può essere quello di individuare alla fine del ricovero quale malattia abbia determinato il maggior numero di giornate di degenza o quale abbia reso necessario la terapia o la diagnostica più invasiva.

Oppure per quale sia stato necessario praticare un intervento chirurgico.

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

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

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

Le linee guida ministeriali in proposito affermano:

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

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

Diagnosi secondarie

Regole generali

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni documentate che:

- coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito [prima condizione]
- e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza [seconda condizione irrinunciabile].

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

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

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

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

Per quanto riguarda anemia, BPCO, diabete e fibrillazione atriale come diagnosi secondarie vedere i capitoli, rispettivamente, 4, 3, 8, 7.

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

Diagnosi secondarie obbligatorie

Tra le diagnosi secondarie devono essere riportate:

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

Risultati anomali

Le diagnosi secondarie riguardanti risultati anomali di esami diagnostici (codici 790.__ - 796.__) non devono essere riportati e codificati, salvo abbiano una particolare rilevanza clinica e influenzino il ricovero in corso.

Anamnesi

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

Intervento principale

Anche il primo intervento-procedura classicamente è denominato intervento principale, ma non sempre quello indentificato dal codificatore come principale corrisponde all'intervento "principale" individuato dall'algoritmo del software che attribuisce il DRG.

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

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

Tale gerarchia è schematizzata nella tabella seguente.

Rango	Tipologia di intervento-procedura
1	Interventi chirurgici a cielo aperto
2	Interventi per via endoscopica e/o laparoscopica
3	<p>Altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel capitolo 16 – miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche (codici da 87._ a 99._), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, RMN, radioterapia, ecc.). Questo capitolo comprende le procedure elencate a fianco, che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG)</p> <p>00.10 impianto di agenti chemioterapici 00.15 infusione di interleuchina – 2 ad alte dosi (IL-2) 87.53 colangiografia intraoperatoria 88.52 angiocardiografia del cuore destro 88.53 angiocardiografia del cuore sinistro 88.54 angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi 92.30 radiochirurgia stereotassica S.A.I. 92.31 radiochirurgia fotonica a sorgente singola 92.32 radiochirurgia fotonica multi-sorgente 92.33 radiochirurgia particolare 92.39 radiochirurgia stereotassica N.I.A. 94.61 riabilitazione da alcool 94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool 94.64 riabilitazione da farmaci 94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci 94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci 94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci 95.04 esame dell'occhio in anestesia 96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata 96.72 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive 96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più 98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica 99.10 iniezione o infusione di agente trombolitico</p>
4	Procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica).
5	Procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nei capitoli 0 – 15 (cod. da 00._ a 86._), es. gastroscopia.

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

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

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

Esempio 1

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

Esempio 2

Intervento-procedura	Ordine incoerente	Ordine logico
Principale	[nessuno]	87.41 – TAC torace
Secondaria 1	87.41 – TAC torace	[nessuno]

Data di esecuzione

La data di esecuzione dell'intervento o della procedura diagnostico-terapeutica dev'essere sempre segnalata, salvo si tratti di un esame pre o post ricovero.

Correlazione con la diagnosi principale

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

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

I DRG cosiddetti “incoerenti” sono:

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

Approccio chirurgico – via d’accesso

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

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

Prestazioni ricevute in ospedali diversi da quello di ricovero

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

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

Esempio

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

² Tale prestazione, se eseguita in giornata, non deve comportare l’apertura di un ricovero nella struttura esterna. Se, invece, la prestazione comporta il pernottamento, la struttura inviante deve dimettere il paziente e la struttura esterna che esegue la prestazione deve aprire un ricovero, purché non si tratti di passaggi in pronto soccorso provenienti dalle strutture private di postacuzie come previsto dalla DGR 55-6670 del 11 novembre 2013.

I codici ICD-9-CM 2007 - Regole generali

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

Codici diagnosi

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

Struttura ICD-9- CM	Esempio
Capitoli	2. TUMORI (140-239)
Blocchi	TUMORI MALIGNI DEL TESSUTO LINFATICO ED EMATOPOIETICO (200-208)
Categorie	200 Linfosarcoma e reticolosarcoma
Sottocategorie	200.0 Reticolosarcoma
Sottoclassificazioni	200.00 Reticolosarcoma, sito non specificato, organi solidi o siti extranodali 200.01 Reticolosarcoma, linfonodi della testa e del collo 200.02 Reticolosarcoma, linfonodi intratoracici, mediastinici 200.03 Reticolosarcoma, linfonodi intraddominali 200.04 Reticolosarcoma, linfonodi ascellari e dell'arto superiore 200.05 Reticolosarcoma, linfonodi inguinali e dell'arto inferiore 200.06 Reticolosarcoma, linfonodi pelvici 200.07 Reticolosarcoma, milza 200.08 Reticolosarcoma, linfonodi di siti multipli

I capitoli sono i seguenti:

- Malattie infettive e parassitarie (001-139)
- Tumori (140-239)
- Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari (240-279)
- Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)
- Disturbi mentali (290-319)
- Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)
- Malattie del sistema circolatorio (390-459)
- Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)
- Malattie dell'apparato digerente (520-579)
- Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)
- Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)

- Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)
- Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)
- Malformazioni congenite (740-759)
- Alcune condizioni morbose di origine perinatale(760-779)
- Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)
- Traumatismi e avvelenamenti (800-999)

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

Anatomia dei codici diagnosi

I numeri dei codici ICD-9-CM devono essere considerati e trattati come lettere e non come cifre aritmetiche, poiché anche lo zero iniziale ha un suo significato ben preciso (si parla di codici alfanumerici per significare che i numeri non sono cifre).

Ad esempio, il codice 011.24 corrisponde alla *Tubercolosi del polmone cavitaria, esame microscopico dell'espettorato negativo, ma con esame colturale positivo*. Se venisse scritto senza lo zero iniziale, perché si pensa che lo zero sia ininfluenza, diventerebbe 112.4 e con un significato molto differente: *candidiasi del polmone*. Inoltre il punto è solo un espediente tipografico per migliorare la leggibilità; nei sistemi informatici che gestiscono i dati delle SDO i punti non ci sono.

Con punto	Senza punto	Significato
011.24	01124	Tubercolosi del polmone cavitaria, esame microscopico dell'espettorato negativo, ma con esame colturale positivo
112.4	1124	Candidiasi del polmone

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

410	.	0	1
Categoria		Sotto categoria	Sotto classificazione

- Le prime tre cifre (o caratteri) rappresentano la categoria: infarto miocardico.
- La quarta cifra (zero) indica la sede dell'IMA: parete anterolaterale.
- La quinta cifra (uno) specifica che si tratta del ricovero in fase acuta.

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

Ricerca dei codici diagnosi

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

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

Per reperire il codice diagnosi, procedere come segue:

- ricercare la patologia, il sintomo, l'eponimo nell'elenco alfabetico. Ad esempio dobbiamo cercare il codice della polmonite da aspirazione. Il termine *polmonite* si trova a pagina 325.
- scorrere le sottovoci non in grassetto finché troviamo *aspirazione*.
- ci viene proposto un primo codice (507.0) ed un secondo (482.9).
- a questo punto è necessario controllare nella parte sistematica se i codici siano realmente a quattro cifre (talora, per esigenze tipografiche e per non appesantire l'elenco alfabetico, i codici sono esposti senza quarta o quinta cifra) e se la descrizione cui sono associati corrisponda al nostro caso. A pagina 585 si può verificare che il codice 507.0 corrisponde alla *Polmonite da inalazione di cibo o vomito*, mentre a pagina 582 si vede che il 482.9 punta alla *Polmonite batterica, non specificata*.

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

- individuare tutti i termini principali che descrivono nella formulazione diagnostica le condizioni del paziente;
- utilizzare l'Indice Alfabetico per rintracciare ciascun termine principale individuato;
- individuare i modificatori del termine principale;
- analizzare attentamente le sottovoci elencate al di sotto del termine principale;
- analizzare le note e/o i riferimenti;
- selezionare un codice tra quelli forniti dall'Indice alfabetico;
- 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);
- analizzare tutti i codici appartenenti all'intera categoria, per essere sicuri che il codice selezionato rappresenti la scelta migliore;
- esaminare attentamente ogni nota illustrativa;

- assegnare il codice selezionato nell'Elenco sistematico.

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

Codici combinati

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

I codici combinati servono per classificare simultaneamente due diagnosi oppure una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata oppure una diagnosi insieme ad una complicazione associata è definito "codice combinato". I codici combinati sono riportati come sottovoci nell'indice alfabetico e come note di inclusione nell'elenco sistematico.

Si deve utilizzare il codice combinato quando esso identifica pienamente tutte le condizioni riportate o quando l'indice alfabetico lo richiede esplicitamente. I termini combinati sono spesso elencati nell'elenco alfabetico come sotto-voci, preceduti da espressioni quali: "associato (con)", "complicato (da)", "conseguente", "secondario". Se il codice combinato descrive tutti gli elementi riportati nella formulazione diagnostica, non devono essere utilizzati ulteriori codici.

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

Esempi di codici combinati:

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

Codifica multipla

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

Nel manuale ICD-9-CM il ricorso alla codifica multipla è sollecitato dalle indicazioni "*utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo*" o "*codificare per primo*" che possono essere riportate all'inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria.

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

Esempio:

- 078.5 – malattia citomegalica
- 484.1 – polmonite da Cytomegalovirus

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

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

Quadro clinico	Diagnosi	Codice
Paziente con sanguinamento delle varici esofagee dovute a cirrosi alcolica	Principale	571.1 - cirrosi epatica alcolica
	Secondaria	456.20 - varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove
Quadro clinico	Diagnosi	Codice
Gangrena in paziente diabetico	Principale	250.70 - diabete di tipo II o non specificato, non definito se scompensato, con complicazioni circolatorie periferiche
	Secondaria	785.4 - gangrena

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

- nell'elenco alfabetico, in corrispondenza della sottovoce Diabetica (qualsiasi sede) sono indicati in successione i codici **250.7 [785.4]** a significare che prima si deve indicare il codice del diabete.
- nella parte sistematica, accanto al codice 785.4, si trova la precisazione "*Prima codificare una delle sottostanti manifestazioni: diabete (250.7), sindrome di Raynaud (443.0)*". Occorre prestare attenzione al numero delle cifre indicate dal manuale ICD-9-CM nei rimandi! Il codice 250.7 non è completo, in quanto manca la quinta cifra, da 0 a 3; invece 443.0 è completo. È sempre necessario verificare in doppio nella relativa sezione della parte sistematica del manuale.

Condizioni acute e croniche riacutizzate

Codici omnicomprensivi

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

Codifica multipla

In altri casi è necessario ricorrere a due codici (**codifica multipla**), citando prima il codice della patologia in fase acuta e poi quello relativo alla fase cronica. Ad esempio, quando la stessa condizione è descritta in cartella sia come acuta (o subacuta) che come cronica, e nell'indice alfabetico non sono riportati specifici **codici omnicomprensivi**, devono essere utilizzati sia il codice della fase acuta che quello della fase cronica, codificando come diagnosi principale la forma acuta (o subacuta), se risponde ai criteri di selezione della diagnosi principale.

Esempio:

Quadro clinico	Diagnosi	Codice
Cistite cronica con riacutizzazione	Principale	595.0 Cistite acuta
	Secondaria	595.2 Cistite cronica

Postumi

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

Il codice relativo alla natura del postumo (ossia l'esito permanente dell'evento acuto) deve essere riportato per primo; il codice relativo alla causa del postumo stesso, se non già ricompreso nel codice precedente, deve essere riportato come ulteriore diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

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

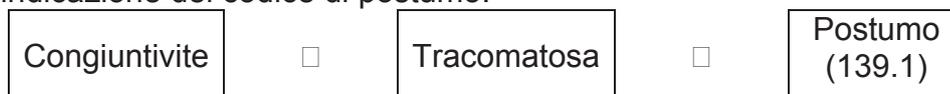
- 137.___ Postumi della Tbc
- 138 ___ Postumi della Poliomielite acuta
- 139.___ Postumi di altre malattie infettive e parassitarie
- 268.1 Rachitismo, postumi
- 326 ___ Postumi di ascesso intracranico o di infezione da piogeni
- 366.5_ Postumi di cataratta
- 429.7 Alcuni postumi di IMA non classificati altrove
- 438.___ Postumi delle malattie cerebrovascolari
- 572.8 Altri postumi di malattie croniche del fegato
- 905.___ Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo
- 906.___ Postumi di traumatismi delle pelle e del tessuto s.c.
- 907.___ Postumi di traumatismi del Sistema Nervoso
- 908.___ Postumi di altri e non specificati traumatismi
- 909.___ Postumi di altre e non specificate cause esterne

Questi codici possono essere reperiti nell'indice alfabetico:

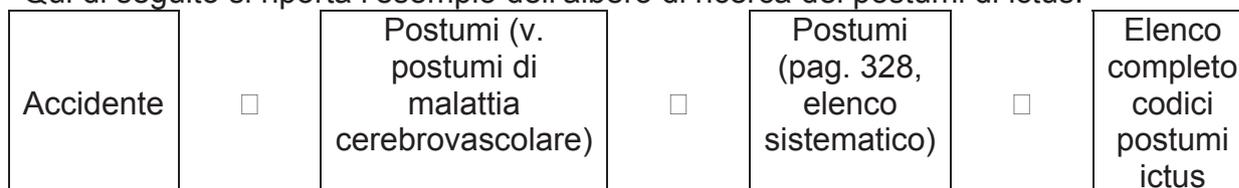
- alla voce Postumi
- alla voce Tardivo/i (effetto/i)
- nelle sotto-voci del termine principale (Tubercolosi, Infarto miocardico, ecc.)

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

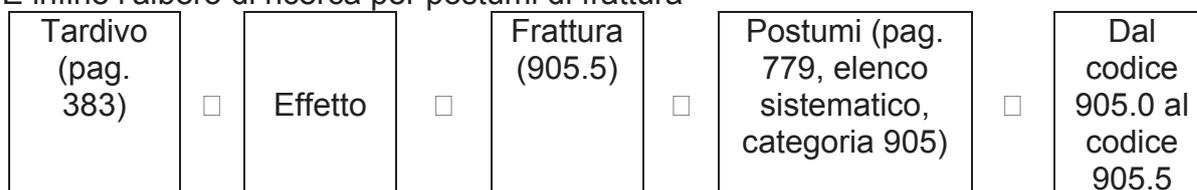
Qui sotto è esemplificato un albero di ricerca che, partendo dalla patologia di base, porta all'indicazione del codice di postumo.



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



E infine l'albero di ricerca per postumi di frattura



Esempio di codifica:

Quadro clinico	Diagnosi	Codice
Consolidamento difettoso di frattura di arto inferiore	Principale (natura del postumo)	733.81 Viziosa saldatura di frattura
	Secondaria (causa del postumo)	905.4 Postumi di fratture di arti inferiori

Condizioni “imminenti”

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

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

Esempio:

Quadro clinico	Diagnosi	Codifica
Paziente in gravidanza dimessa con minaccia di aborto senza menzione di parto	Principale	640.03 Minaccia di aborto, condizione o complicazione antepartum

Codici V

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

I codici V devono essere utilizzati per:

- 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 illustrate nel capitolo 15.

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

Codici E

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

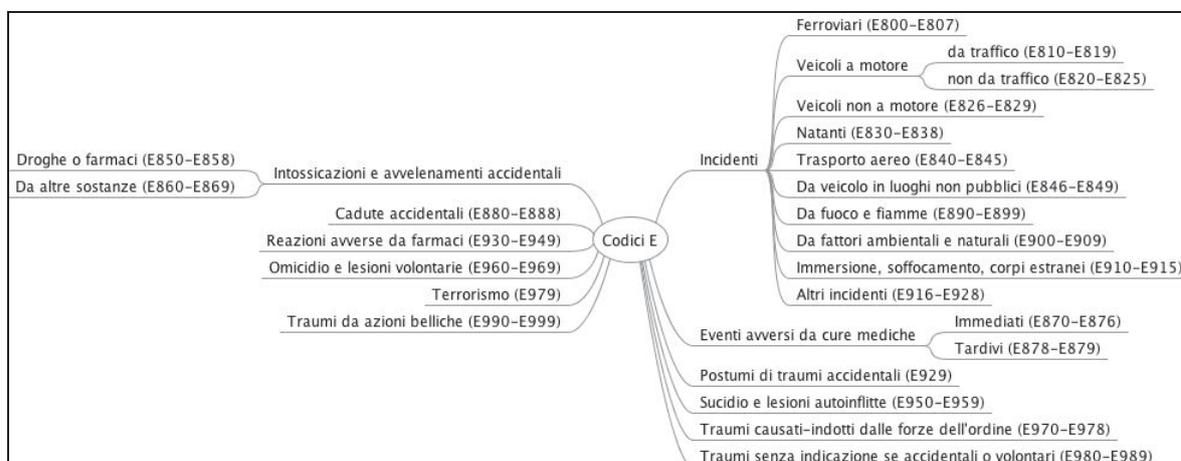
Tali codici non vanno mai inseriti nei campi diagnosi, bensì nell'apposito campo della SDO.

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

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

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

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



Codici intervento-procedura

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

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

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

Regole generali di codificazione

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

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

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

Codici combinati

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

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

Codifica multipla

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

L'espressione "*codificare anche*" viene utilizzata nel manuale per segnalare l'utilizzo di procedure o di strumentazioni complementari o di supporto a un intervento (sempre che nel caso concreto essi siano stati effettivamente eseguiti).

Esempio:

Quadro clinico	Intervento-procedura	Codifica
Intervento per applicazione di pace-maker (PM) permanente	Principale	37.70 Inserzione iniziale di elettrodo non altrimenti specificato
	Secondario	37.80 Inserzione di PM permanente, iniziale o sostituzione, tipo di strumento non specificato

Intervento nel corso di altro intervento

Talora esistono codici per segnalare l'esecuzione di un intervento aggiuntivo che avvenga nel corso di un altro.

Esempio:

Quadro clinico	Intervento-procedura	Codifica
Intervento di ovariectomia ed appendicectomia "en passant"	Principale	65.31 Ovariectomia laparoscopica monolaterale
	Secondario	47.11 Appendicectomia laparoscopica in corso di altro intervento

Interventi bilaterali

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

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

Esempi:

Unico codice	Doppio codice
<ul style="list-style-type: none"> • 53.12 Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta • 62.41 Orchiectomia bilaterale nello stesso intervento • 65.51 Rimozione di entrambe le ovaie nello stesso intervento 	<ul style="list-style-type: none"> • 61.2 Asportazione di idrocele (dx) + 61.2 Asportazione di idrocele (sn)

Terapie ripetute

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

Biopsie

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

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

Biopsie endoscopiche

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

Biopsie per spazzolamento (brush) o per aspirazione

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

Biopsie in corso di intervento chirurgico

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

Esempi:

Tipo biopsia	Codice biopsia
Biopsia gastrica in corso di resezione gastrica per neoplasia	Non usare alcun codice
Biopsia epatica durante una emicolectomia destra per neoplasia colica	Codificare la biopsia epatica a cielo aperto (50.12)

Biopsia (osteo)midollare

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

Conversione in cielo aperto da laparoscopia o toracosopia o artroscopia

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

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

I codici ICD-9-CM 2007 - Regole specifiche

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

Capitolo 1 Malattie infettive e parassitarie (001-139)

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

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

Stato di portatore o portatore sospetto di malattie infettive

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

Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana

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

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

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

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

Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio

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

Nel caso di pazienti con infezione da HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio, in diagnosi principale occorre utilizzare il cod. 647.6__ e in diagnosi

secondaria il cod. 042, per la paziente con HIV sintomatico, o il cod. V08 per la paziente sieropositiva asintomatica. Vedere a tale proposito anche il capitolo 11.

Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico

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

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

Setticemia o sepsi

È necessario utilizzare una codifica multipla:

- per primo si deve inserire il codice della setticemia, ad esempio *038.11 - setticemia da stafilococco aureo*. Se non esiste un codice di setticemia specifico per il microrganismo causale, usare il codice *038.8 - altre forme di setticemie*.
- quindi si deve inserire il codice 995.91 - sepsi (SIRS da processo infettivo).
- inoltre deve essere sempre specificata la patologia che ha causato la setticemia-sepsi (es. influenza con polmonite 487.0).
- in caso di setticemia postoperatoria mettere in diagnosi secondaria anche il codice *998.59 Altra infezione postoperatoria (ascesso, postoperatorio, setticemia postoperatoria)*.
- se non è possibile identificare altro codice E, usare un codice relativo al luogo dell'evento scatenante, ad esempio E8940 per l'abitazione o E4896 per l'ospedale.

Sepsi severa (SIRS da infezione)

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

- codice della setticemia (es. 038.3)
- 995.92 - sepsi severa
- codice/i per la disfunzione d'organo acuta (es. 518.81 - insufficienza respiratoria acuta) [vedere pag. 808 dell'elenco sistematico].

- se non è possibile identificare altro codice E, usare un codice relativo al luogo dell'evento scatenante, ad esempio E8940 per l'abitazione o E4896 per l'ospedale.

Shock settico

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

- codice della setticemia
- 995.92 - sepsi severa
- codice/i per la disfunzione d'organo acuta (es. 518.81 - insufficienza respiratoria acuta) [vedere pag. 808 dell'elenco sistematico]
- 785.52 - shock settico.
- se non è possibile identificare altro codice E, usare un codice relativo al luogo dell'evento scatenante, ad esempio E8940 per l'abitazione o E4896 per l'ospedale.

Esempi

Qui di seguito si riportano alcuni esempi di codifica della setticemia-sepsi. Negli esempi in cui è presente il codice della sepsi si suggerisce anche un codice E di esempio. Si ricorda che i codici E devono essere inseriti nell'apposito campo e non nei campi delle diagnosi.

Quadro clinico	Codifica
Setticemia da infezione di tracheostomia (es. da Staf. aureus)	<ul style="list-style-type: none"> • 038.11 Setticemia da Staf. Aureus • 519.01 Infezioni della tracheostomia
Setticemia da infezione di colostomia o enterostomia	<ul style="list-style-type: none"> • 038._ setticemia da ... • 569.61 infezione di colostomia-enterostomia
Setticemia da catetere vascolare	<ul style="list-style-type: none"> • 038._ Setticemia da ... • 996.62 Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti vascolari • Esempio E8728 Fallim. delle precauzioni per garantire la sterilità durante una procedura - Altre procedure specificate
Setticemia da catetere urinario (es. da Staf. aureus)	<ul style="list-style-type: none"> • 038.11 Setticemia da stafilococco aureo • 996.64 infezione e reazione infiammatoria da dispositivo interno • Esempio E8796 Proc.senza evid. inc. al momento della proc., come causa di reaz. al paz., o di suc. incidente - Cateterismo urinario
Setticemia da polmonite pneumococcica	<ul style="list-style-type: none"> • 038.2 Setticemia pneumococcica • 481 Polmonite pneumococcica

Quadro clinico	Codifica
Sepsi stafilococcica MRSA complicante una polmonite	<ul style="list-style-type: none"> • 03811 - setticemia da stafilococco aureo • 4929 - polmonite batterica non specificata • V090 - infezione da microrganismi resistenti alla penicillina • 99591 – sepsi • Esempio E8496 per l'insorgenza in ospedale
Setticemia da infezione vie urinarie da pseudomonas	<ul style="list-style-type: none"> • 038.43 Setticemia da pseudomonas • 599.0 Infezione del sistema urinario, sito non specificato.
Urosepsi, sepsi secondaria a infezione delle vie urinarie (es. cistite acuta)	<ul style="list-style-type: none"> • 038.42 Setticemia da E. coli • 995.91 Sepsi • 595.0 Cistite acuta • Esempio E8490 per quadro settico insorto a casa
Sepsi da nadir	<ul style="list-style-type: none"> • 038.9 Setticemia non specificata (oppure un codice di setticemia più specifico) • 288.03 Neutropenia indotta da farmaci
Sepsi da neutropenia	<ul style="list-style-type: none"> • 038.9 Setticemia non specificata (oppure un codice di setticemia più specifico) • 288.0_ Neutropenia ...
Influenza complicata da polmonite e shock settico e insufficienza renale acuta.	<ul style="list-style-type: none"> • 038.9 Setticemia non specificata • 487.0 Influenza con polmonite • 995.92 sepsi severa [con disfunzione d'organo] • 785.52 Shock settico • 584.9 IRA non specificata [come esempio di codice di disfunzione d'organo] • Esempio E8490 per quadro settico insorto a casa
Embolia settica arteriosa	<ul style="list-style-type: none"> • 038._ Setticemia da ... • codice infezione di base (es. 421.0 Endocardite o 513.0 Ascenso polmonare) • codice sede dell'embolizzazione (433.00-433.91 o 444.0-444.9) • 995.91 Sepsi o 995.92 Sepsi con disfunzione d'organo, se presenti. • Esempio E8112 Inc.traf. veic.mot.rientrante riguard. col. con altro veic.mot. – Motociclista, se il quadro clinico fosse conseguente a un incidente in motocicletta.
Embolia polmonare settica	<ul style="list-style-type: none"> • 038._ Setticemia da ... • 415.19 Altre forme di embolia polmonare e infarto polmonare

SIRS non da infezione

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

SIRS senza disfunzione d'organo	SIRS con disfunzione d'organo
<ul style="list-style-type: none">• Codice patologia causale, es. pancreatite acuta (577.0)• 995.53 - SIRS senza disfunzione d'organo	<ul style="list-style-type: none">• Codice patologia causale, es. pancreatite acuta (577.0)• 995.54 - SIRS con disfunzione d'organo• codice/i per la disfunzione d'organo acuta (es. 518.81 - insufficienza respiratoria acuta)

Se non è possibile identificare altro codice E, usare un codice relativo al luogo dell'evento scatenante, ad esempio E8940 per l'abitazione o E4896 per l'ospedale.

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

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

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

Infezioni nel neonato

Le infezioni specifiche del periodo perinatale (quelle acquisite prima e durante il parto o entro i 28 giorni dalla nascita) 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.

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

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

Capitolo 2 Tumori (140-239)

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

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

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

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

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

Tumori di natura non specificata

I codici della categoria 239 *Tumori di natura non specificata [benigno/maligno]*, sono da usare soltanto nei casi in cui il manuale ICD-9-CM indica specificatamente l'uso di tali codici.

Osservazione per sospetto di neoplasia

Se non è stata trovata alcuna lesione neoplastica dopo approfondito iter diagnostico e non è possibile identificare alcuna altra patologia (es. flogosi, fibrosi, ecc.), si utilizzerà in DP il codice V71.1.

Ad esempio, nel caso di biopsie prostatiche negative per neoplasie con referto istologico di:

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

Ricovero per diagnosi o stadiazione

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

Ricovero finalizzato al follow-up del paziente oncologico

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

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

Ricovero per intervento o procedura invasiva

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

Radioterapia e/o chemioterapia

Premesso che la radioterapia e la chemioterapia sono prestazioni da effettuarsi in generale in regime ambulatoriale, nel caso in cui sia necessario il ricovero (ordinario o day hospital) devono essere specificate le motivazioni clinico-sociali che giustificano il ricovero. Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente o esclusivamente la radioterapia o la chemioterapia, anche se nel corso del ricovero (ordinario o diurno) si sviluppano delle complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale diagnosi principale la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia (V58.11).

Ricovero per cicli di immunoterapia

Utilizzare i seguenti codici:

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

Ricovero per brachiterapia o per terapie radiometaboliche

Per il ricovero finalizzato all'esecuzione di brachiterapia o di terapie radiometaboliche per neoplasie maligne, codificare nel modo seguente:

Campo della SDO	Codice
Diagnosi principale	V58.0 - radioterapia
Diagnosi secondaria	codice della neoplasia maligna

Campo della SDO	Codice
Intervento principale	92.2_ - (la quarta cifra varia in base al trattamento radioterapico; vedere pag. 1105 del manuale ICD-9-CM)

Il codice 92.27 *impianto e inserzione elementi radioattivi* deve essere utilizzato solo per la **brachiterapia invasiva**, codificando anche la sede di incisione. Mentre per l'iniezione, l'instillazione o l'endocavitaria si utilizza il codice 92.28.

Chemioembolizzazione, alcolizzazione, termoablazione

Per il trattamento di chemioembolizzazione, di alcolizzazione o di termoablazione di tumore indicare come diagnosi principale il tumore o la metastasi trattata.

Per la codifica delle procedure utilizzare (per alcune metodiche si utilizza la codifica multipla):

Metodica	Organo	Codifica
Chemioembolizzazione	Fegato	<ul style="list-style-type: none"> • 50.94 Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato • 38.91 Cateterismo arterioso
	Tutti gli altri	<ul style="list-style-type: none"> • 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore
Alcolizzazione	Fegato	<ul style="list-style-type: none"> • 50.94 Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato • 38.91 Cateterismo arterioso
	Tutti gli altri	<ul style="list-style-type: none"> • 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche • 38.91 Cateterismo arterioso
Termoablazione	Qualsiasi	<ul style="list-style-type: none"> • 99.85 Ipertermia per il trattamento di tumore.
Radiofrequenza	Polmone	<ul style="list-style-type: none"> • 32.24 Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
	Fegato	<ul style="list-style-type: none"> • 50.24 Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatica
	Rene	<ul style="list-style-type: none"> • 55.33 Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali
	Prostata	<ul style="list-style-type: none"> • 60.97 Ablazione percutanea di tessuto o lesione prostatica

Metodica “stop flow”

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

- 38.08 Incisione di arterie dell'arto inferiore
- 38.91 Cateterismo arterioso
- 99.29 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove
- 39.97 Altra perfusione.

Ricovero per inserimento di “accesso vascolare”

Totalmente impiantabile (port-a-cath)

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

Non totalmente impiantabile (Groshong, Midline, PICC)

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

Ricovero per il trattamento di una complicanza

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

Ricovero per patologia acuta in paziente neoplastico

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

Esempi:

Quadro clinico	Diagnosi	Codifica
----------------	----------	----------

Polmonite acuta in portatore di adenocarcinoma della prostata	Principale	480.0 Polmonite acuta non specificata (se si conosce l'eziologia usare un codice più specifico)
	Secondaria	185 Tumori maligni della prostata

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

Estensione per contiguità o a distanza (metastasi)

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

Quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia pregressa deve essere segnalata utilizzando il codice V10. __ in diagnosi secondaria. Quando un paziente è ricoverato a causa di una neoplasia primitiva metastatizzata e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale anche se la forma primitiva fosse ancora presente; se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma secondaria, la diagnosi principale deve essere codificata con V58.0 o V58.11.

Ricovero per cure palliative

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

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

Recidiva neoplastica

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

Esempi:

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

Linfoma

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

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

Sindrome Mielodisplastica

Per la Sindrome mielodisplastica si devono utilizzare i codici previsti nella sottocategoria 238.7_ della versione 2007 del Manuale ICD-9-CM utilizzando sempre la quinta cifra.

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 la diagnosi principale sarà: *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), la diagnosi principale diventa *V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica*.

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

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

Linfonodo sentinella

Asportazione di linfonodo sentinella effettuata in corso di rimozione di tumore:

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

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

Asportazione di linfonodo sentinella effettuata dopo la rimozione di tumore

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

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

In sintesi

LN sentinella	Asportazione del LN nel corso dell'asportazione della neoplasia principale		Asportazione del LN dopo l'asportazione della neoplasia principale	
Positivo	DP	Codice neoplasia primitiva	DP	196.__ Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi
	DS1	196.__ Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi	DS1	V10.__ Anamnesi personale di tumore maligno
	IP	Codice asportazione neoplasia primitiva	IP	40.2__ Asportazione semplice di strutture linfatiche
	P1	40.2__ Asportazione semplice di strutture linfatiche	P1	
	P2	88.34 Linfografia arto superiore oppure 88.36 Linfografia arto inferiore	P2	
Negativo	DP	Codice neoplasia primitiva	DP	V10.__ Anamnesi personale di tumore maligno
	DS1		DS1	
	IP	Codice asportazione neoplasia primitiva	IP	40.2__ Asportazione semplice di strutture linfatiche
	P1	40.2__ Asportazione semplice di strutture linfatiche	P1	

LN sentinella	Asportazione del LN nel corso dell'asportazione della neoplasia principale	Asportazione del LN dopo l'asportazione della neoplasia principale
	P2 88.34 Linfografia arto superiore oppure 88.36 Linfografia arto inferiore	P2

Radicalizzazioni

Melanoma

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

Campo della SDO	Istologico negativo del tessuto asportato	Istologico positivo del tessuto asportato
Diagnosi principale	V58.49 altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato	172._ Melanoma maligno ...
Diagnosi secondaria	V10.82 anamnesi personale di melanoma maligno della pelle	
Intervento principale	86.4 asportazione radicale di lesione della cute	
Procedura secondaria 1	86.74 trasferimento di innesto pedunculato a lembo in altre sedi [se eseguito]	
Procedura secondaria 2	40.3 asportazione di linfonodi regionali [se eseguito]	

Altre neoplasie

Lo stesso schema logico di codifica deve essere utilizzato anche per altre radicalizzazioni:

- Con istologico negativo, V58.49 altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato in diagnosi principale e V10.___ anamnesi personale di tumore ...;
- Se l'istologico è positivo, in diagnosi principale il codice della neoplasia primitiva.

Prostata

Vedere capitolo 10.

Capitolo 3 Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240–279)

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

Diabete mellito e complicazioni del diabete

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

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

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

Quadro clinico	Codici a 5 cifre
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
Complicazioni non specificate	250.8_ Diabete con altre complicanze specificate
	Per diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il codice 250.9_

Tipo di diabete

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

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

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

Complicazioni a lungo termine o croniche

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

Esempio:

Quadro clinico	Diagnosi	Codifica
Amputazione in arto con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica	Principale	250.82 Diabete di tipo II o non specificato, scompensato, con altre complicazioni specificate
	Secondaria	707.15 Ulcera di altre parti del piede ...

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

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

Diabete latente

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

Diabete provocato da terapia con steroidi

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

Diabete gestazionale

In caso di diabete gestazionale si codifica con:

- 648.8_ - Alterata tolleranza al glucosio

Gravidanza in donna diabetica

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

Malfunzionamento della pompa di insulina

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

Recentazione necrosi diabetica e rimozione frammenti ossei necrotici

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

Qui di seguito vi sono alcuni esempi.

Asportazione di tessuto o frammento osseo in piede diabetico

Campo della SDO	Codifica
Diagnosi principale	250.82 Diabete tipo II o non specificato, scompensato, con altre complicazioni specificate
Diagnosi secondaria 1	730.07 Osteomielite acuta, ossa del piede
Diagnosi secondaria 2	731.8 Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove
Diagnosi secondaria 3	V58.67 Uso a lungo termine (in corso) di insulina
Intervento principale	80.88 Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del piede e delle dita del piede

Asportazione di tessuto necrotico (intervento in sala operatoria)

Campo della SDO	Codifica
Diagnosi principale	250.70 Diabete tipo II o non specificato, non definito se scompensato, con complicazioni circolatorie periferiche
Diagnosi secondaria 1	443.81 Angiopatia periferica in malattie classificate altrove
Diagnosi secondaria 2	V58.67 Uso a lungo termine (in corso) di insulina
Intervento principale	86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione

Asportazione di tessuto necrotico [non in sala operatoria] mediante brushing, washing, scrubbing, ecc.

Campo della SDO	Codifica
Diagnosi principale	250.72 Diabete tipo II o non specificato, scompensato, con complicazioni circolatorie periferiche
Diagnosi secondaria 1	707.14 Ulcera del tallone e del tarso-metatarso
Diagnosi secondaria 2	V58.67 Uso a lungo termine (in corso) di insulina
Intervento principale	86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione.

Capitolo 4 Malattie del sangue e degli organi ematopoietici (280 – 289)

Anemia

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

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

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

Perdita ematica dopo intervento chirurgico

La **perdita ematica acuta dopo intervento chirurgico** si segnala con due codici, 998.11 emorragia complicante un intervento e 285.1 anemia post emorragica acuta, e deve essere segnalata solo se:

1. esula dal normale decorso post operatorio (è normale che dopo un intervento sulla prostata o sulla vescica vi sia ematuria) **e**
2. richiede un monitoraggio aggiuntivo e specifico **o**
3. necessita di trasfusioni (valgono le linee guida sul buon uso del sangue).

Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali

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

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

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

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

Nota bene: al di fuori delle indicazioni specificamente oncologiche, la infusione di cellule staminali autologhe deve essere codificata con *99.09 trasfusione di altre sostanze* e l'iniezione con *99.29*.

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

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

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

Difetti della coagulazione

Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti

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

Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti intrinseci.

Trattamento con anticoagulanti senza problemi emorragici

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

Tempo di protrombina prolungato

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

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

Quadro clinico	Diagnosi principale	Diagnosi secondaria
Anemia in mielodisplasia	285.22 Anemia in malattia neoplastica	742.59 Altre anomalie del midollo spinale specificate
Anemia secondaria a chemioterapia	284.8 Altre anemie aplastiche specificate	
Anemia secondaria a malattia cronica (es. nefropatia)	285.21 Anemia in malattia cronica renale	585.6 Malattia renale cronica, stadio finale
Neutropenia da chemioterapia: 1) durante ricovero per CT	V58.11 CT antineoplastica	288.03 Neutropenia indotta da farmaci
Neutropenia da chemioterapia: 2) NON durante ricovero per CT	288.03 Neutropenia indotta da farmaci	780.6 Febbre

Capitolo 5 Disturbi mentali (290 – 319)

Demenze

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

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

Demenza	Diagnosi principale	Diagnosi secondaria
da m. di Alzheimer	331.0 - m. di Alzheimer	294.1_ - demenza in condizioni patologiche classificate altrove (la quinta cifra specifica l'assenza o la presenza di disturbi comportamentali).
degenerativa non da Alzheimer	331.2 - degenerazione senile dell'encefalo	-
decadimento cognitivo esito di ictus	290.4_ - demenza vascolare ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)	438.0 - postumi delle malattie cerebrovascolari - deficit cognitivo
multi infartuale	290.4_ - demenza vascolare ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)	437.0 - aterosclerosi cerebrali
presenile “organica” (senza evidenza di natura aterosclerotica)	290.1_ - demenza presenile con ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)	-
senile “organica” (senza evidenza di natura aterosclerotica)	290.2_ - demenza senile con ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)	
da trauma cranico	294.1_ - demenza in condizioni patologiche classificate altrove (la quinta cifra specifica l'assenza o la presenza di disturbi comportamentali).	

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

Capitolo 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi di dei sensi (320-389)

Dolore e terapia antalgica

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

Trattamento praticato	Diagnosi principale	Intervento principale-procedure
Inserzione di pompa totalmente impiantabile per infusione peridurale	338.___ Dolore ...	80.86 - Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile + 03.90 Posizionamento di catetere nel canale vertebrale
Denervazione faccette	338.___ Dolore ...	03.96 Denervazione per cutanea della faccetta articolare
Infiltrazione faccette	338.___ Dolore ...	04.81 Infiltrazione di anestetico in nervo periferico + 81.92 Infiltrazione intrarticolare
Termorizotomia retro gasseriana	338.19 Altri dolori acuti + 3501 Nevralgia del trigemino	04.79 Altra neuroplastica
Denervazione a radiofrequenza	338.___ Dolore ...	04.79 Altra neuroplastica
Rimodulazione a radiofrequenza pulsata	338.___ Dolore ...	04.79 Altra neuroplastica
Blocchi spinali	338.___ Dolore ...	03.92 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale
Epidurolisi (farmacologica o con radiofrequenza)	3492 disturbi delle meningi (aderenze). Codificare l'eventuale sindrome post laminectomia con 722.8.	03.6 Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi.

Trattamento praticato	Diagnosi principale	Intervento principale-procedure
Epiduroscopie (con lisi farmacologica o con radiofrequenza)	3492 disturbi delle meningi (aderenze). Codificare l'eventuale sindrome post laminectomia con 722.8.	03.6 Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi + 80.29 Artroscopia di altra sede specificata Colonna vertebrale.
Ricovero per effettuare il PNE Test (test di elettrostimolazione percutanea di un nervo sacrale)	Diagnosi principale: 355._ o 356._ o 357._ Diagnosi secondaria: Incontinenza urinaria da sforzo (788.32 nel maschio e 625.6 nella donna) oppure 597.81 Sindrome uretrale SAI oppure 788.20 Ritenzione urinaria oppure 788.0 Dolore del Sistema Urinario oppure 788.9 Dolore vescicole o altre patologie concomitanti o complicitanze della malattia principale	Ricovero per effettuare il PNE Test (test di elettrostimolazione percutanea di un nervo sacrale)
Stimolatore spinale: impianto o reimpianto	Come sopra	03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale
Stimolatore spinale: impianto provvisorio	Come sopra	Come sopra

Trattamento praticato	Diagnosi principale	Intervento principale-procedure
Stimolatore spinale: impianto definitivo	Diagnosi principale: V53.02	03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale e uno dei seguenti codici procedura: 86.94 o 86.95 o 86.96 o 86.97 o 86.98³
Stimolatore spinale: rimozione per inefficacia	V.53.0 Collocazione, sistemazione di dispositivi relativi al Sistema nervoso e organi di senso oppure V45.89 Altro stato post-chirurgico (presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico)	Stimolatore spinale: rimozione per inefficacia
Stimolatore spinale: rimozione per infezione, deiscenza, decubito del solo elettrodo	Diagnosi principale: 996.63 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso	03.94 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale
Stimolatore spinale: rimozione per infezione, deiscenza, decubito del neurostimolatore	Diagnosi secondaria: V45.89 Altro stato post-chirurgico (presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico)	03.94 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale

³ Affinché i centri autorizzati possano ottenere la tariffa specifica per l'impianto definitivo dell'elettrostimolatore è essenziale che nella SDO siano presenti il codice 03.93 86.94 e 86.95 o 86.96 o 86.97 o 86.98.

Epilessie

I codici con quarta cifra

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

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

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

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

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

Emiplegia e altre sindromi paralitiche

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

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

Le paralisi cerebrali infantili sono comprese nella categoria 343.

Biopsia percutanea di lesione cerebrale

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

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

Iperidrosi (trattamento chirurgico)

Campo della SDO	Codifica
Diagnosi principale	337.0 Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo
Diagnosi secondaria	780.8 Iperidrosi generalizzata oppure 705.2_ Iperidrosi focale ...
Intervento principale	05.2_ Simpatectomia ...

Chirurgia oftalmica

Anestesia

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

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

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

Iniezione intravitreale

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

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

Innesto di limbus e innesto di membrana amniotica

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

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

In presenza di un innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale, il codice di procedura raccomandato è *11.62 - Altra cheratoplastica lamellare*.

Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto

In diagnosi principale, indicare la patologia specifica e come interventi usare i codici: *12.65 Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia* oppure *12.69 Altri interventi di fistolizzazione della sclera*. In aggiunta, per identificare l'impianto di collagene suino o sostanza reticolare derivata dall'acido ialuronico, utilizzare il codice *99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

Impianto di lipociti per gravi retinopatie

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

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

Impianto di rete contenitiva per il cristallino

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

Interventi sul corpo vitreo

Nel caso di interventi sul corpo vitreo (14.71-14.79 escluso 14.75) convenzionalmente si possono non codificare le procedure correlate sul cristallino.

Capitolo 7 Malattie del sistema circolatorio (390-459)

Ipertensione arteriosa

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

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

L'**ipertensione maligna** è l'improvvisa e rapida comparsa di un'elevata pressione sanguigna. La pressione diastolica spesso supera i 130 mmHg. Questo disturbo colpisce circa l'1% degli ipertesi, bambini e adulti compresi. È più frequente nei giovani adulti. Compare anche nelle donne con tossiemia gravidica e nei nefropatici e nelle persone con collagenopatie vascolari (fonte: NIH).

Ipertensione essenziale

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

Cardiopatía ipertensiva

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

Se è presente anche uno scompenso cardiaco, si deve indicare in diagnosi secondaria uno dei codici della categoria 428.___ (pagina 568 del manuale ICD-9-CM). Se l'ipertensione non è la causa della cardiopatia, non usare il codice combinato 402.___ bensì utilizzare codici separati, uno per l'ipertensione e uno per la cardiopatia, secondo i classici criteri di individuazione della diagnosi principale e di quelle secondarie.

Esempi:

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

Nefropatia cronica ipertensiva

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

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

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

Cardio-nefropatia cronica ipertensiva

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

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

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

Cerebrovasculopatia ipertensiva

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

Retinopatia ipertensiva

- diagnosi principale, 362.11 - retinopatia ipertensiva

Ipertensione transitoria

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

Ipertensione non controllata

L'ipertensione non controllata può essere dovuta ad una terapia non adeguata oppure alla mancata risposta al trattamento (resistenza alla terapia). In entrambi i casi utilizzare uno dei codici delle categorie 401 - 404

Infarto miocardico acuto (IMA)

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

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

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

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

Durata superiore alle otto settimane

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

Infarto miocardio pregresso

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

Insufficienza cardiaca nell'immediato periodo post-operatorio

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

Vasi cerebrali o pre-cerebrali

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

Vasi coronarici

Angioplastica coronarica

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

Tecnica laser

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

Altri vasi

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

Pace maker

Ricovero per impianto di pace-maker

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

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

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

Malfunzionamento del pace-maker

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

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

Impianto PM permanente

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

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

Apparecchio a camera doppia

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

Sostituzione di PM

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

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

- 37.86 - Sostituzione di eventuale PM con apparecchio a camera singola
- 37.87 - Sostituzione di eventuale apparecchio di PM con camera doppia

Pacemaker temporaneo

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

Sostituzione delle pile

Le precedenti indicazioni di codifica sono state eliminate, in quanto si sostituisce l'intero PM e non solo le pile.

Defibrillatori

Nel caso di un ricovero **specificamente finalizzato** all'inserimento o alla sostituzione del defibrillatore e/o degli elettrodi, la diagnosi principale deve essere: V53.32 per la prima collocazione; 996.04 in caso di sostituzione per problemi meccanici (compreso esaurimento pile-generatore), unitamente al codice E87.48 nell'apposito campo; 996.61 in caso di sostituzione per infezione (unitamente al codice di infezione specifico per il microrganismo e al codice E87.68 nell'apposito campo).

Qualora il primo impianto del defibrillatore **non sia programmato**, cioè avvenga nell'ambito di un ricovero urgente per una sintomatologia legata ad aritmia, la diagnosi principale deve essere il codice corrispondente all'aritmia o, comunque, relativo alla patologia cardiaca causale. Il codice "diagnosi" 780.2 (sincope e collasso) dovrebbe essere usato come principale solo in casi eccezionali (es. quando non è stato possibile fare una diagnosi).

Per quanto riguarda i codici per indicare l'inserimento-sostituzione, la maggior parte della casistica rientra nello schema seguente.

Procedura	AICD	CRT-P	CRT-D
Impianto/sostituzione sistema totale	37.94	00.50	00.51
Impianto/sostituzione solo generatore	37.96	00.53	
Impianto/sostituzione solo elettrodo	37.97	00.52	00.52
Impianto/sostituzione solo cardiovertore/defibrillatore	37.98		00.54

Portatori di by-pass, protesi valvolari, pace maker

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

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

Sindromi dolorose degli arti inferiori da arteriopatia ostruttiva

Applicazione di neurostimolatore spinale

Nel trattamento con applicazione di **neurostimolatore spinale** delle sindromi dolorose degli arti inferiori, causate da arteriopatie ostruttive, 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 all'arteriopatia (440.2_) e come procedura il codice 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale* e uno dei codici 86.94 o 86.95 o 86.96 o 86.97 o 86.98.

Sostituzione del neurostimolatore spinale

Vedere capitolo 6 per le istruzioni complete sulla codifica.

In caso di ricovero per sostituzione del neurostimolatore spinale in diagnosi principale utilizzare il codice V53.0 *Collocazione e sistemazione di dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi di senso* e tra le procedure utilizzare il codice 03.93 e uno dei codici 86.94 o 86.95 o 86.96 o 86.97 o 86.98.

Trombosi arterovenosa in dializzato

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

Intervento di crossing

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

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

Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare.

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

Intervento di SEPS

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

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

TIPSS

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

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

Brachiterapia

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

Inserimento di “port a cath” o altri accessi vascolari

Vedi Capitolo 2.

Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria

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

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

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

Riparazione di difetto del setto atriale e chiusura del forame ovale

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

A cielo aperto

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

Via percutanea

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

Follow-up - convalescenza per intervento cardiocirurgico

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

TAVI

Per la TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) codificare come segue.

Procedura	Trans femorale	Trans apicale	Trans aortico
SVA biologica	3521 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	3521 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	3521 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
Valvulotomia/valvuloplastica (solo se viene eseguita)	3596 Valvuloplastica percutanea	3596 Valvuloplastica percutanea	3596 Valvuloplastica percutanea
Impianto graft endovascolare (solo se è stato inserito un graft endoaortico)	3973 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica	3973 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica	3973 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica
Accesso femorale	38.91 Cateterismo arterioso		
Toracotomia		3401 Incisione della parete toracica	-

Ministero	-	-	7781 Altra osteotomia parziale della scapola, della clavicola e del torace (coste e sterno)
-----------	---	---	---

VAC Therapy

La VAC therapy (Vacuum Assisted Closure) o NPWT (Negative Pressure Wound Therapy) o TPN (Terapia a Pressione Negativa) è una medicazione occlusiva per piaghe e ferite a lenta rimarginazione che sfrutta la pressione negativa per far aderire meglio la medicazione ai tessuti ed evacuare l'essudato.

Il regime assistenziale (ricovero o ambulatoriale) dipende dalle condizioni generali del paziente e non dalla metodica in sé.

Le indicazioni alla VAC therapy sono:

- lesioni trattate con medicazioni avanzate per 4 settimane senza riduzione delle dimensioni della lesione, con previsione di guarigione di almeno 6 mesi ed eccessiva trasudazione che non può essere gestita con un cambio giornaliero della medicazione;
- ferite acute (traumi, ustioni);
- ferite croniche (da decubito, ulcere arti inferiori, ulcere diabetiche);
- ferite deiscendenti, ferite infette, ferite infette post-sternotomia;
- ferite chirurgiche (trapianti di cute, lembi, preparazione del letto della ferita).

Campo della SDO	Codifica
Diagnosi principale	875.1 Ferita del torace (parete) con complicazioni
Intervento principale	93.59 Altra immobilizzazione, pressione e cura per ferita

Loop recorder

L'impianto del loop recorder o registratore ciclico è indicato nella diagnosi causale delle sincopi.

Collocazione

La collocazione del loop recorder o registratore ciclico si codifica con:

Campo della SDO	Codifica
Diagnosi principale	V5339: collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco
Intervento principale	3779: [...] Inserzione di loop recorder

Rimozione

La rimozione del loop recorder si codifica con:

Campo della SDO	Codifica
------------------------	-----------------

Diagnosi principale	V5339: collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco
Intervento principale	8605: [...] Rimozione di loop recorder

Capitolo 8 Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)

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

BPCO

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

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

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

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

Inserimento di protesi fonatoria in pazienti laringectomizzati

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

Campo della SDO	Codifica
Diagnosi principale	V52.8 - Collocazione sistemazione di altra protesi
Diagnosi secondaria	V10.21 - Anamnesi tumore maligno laringe
Intervento	31.69 - Altra riparazione della laringe

Sostituzione di protesi fonatoria in pazienti laringectomizzati

La sostituzione di protesi fonatoria in paziente laringectomizzato si codifica nel modo seguente.

Campo della SDO	Sostituzione di protesi fonatoria
Diagnosi principale	V52.8 - Collocazione sistemazione di altra protesi
Diagnosi secondaria	V10.21 - Anamnesi tumore maligno laringe
Intervento principale	96.03 Inserzione di via aerea esofagea otturatoria
Procedura 1	42.23 – Altra esofagoscopia

Terapia ventilatoria

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

Gestione dell'Insufficienza Respiratoria

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

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

Terapia respiratoria non invasiva – Gruppo codici 93.9

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

Terapia respiratoria invasiva – Gruppo dei codici 96.7

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

Procedure endoscopiche

Si propongono le seguenti codifiche per permettere una standardizzazione nella rilevazione delle più frequenti attività di broncologia interventistica poiché tali attività non trovano corrispondenza immediata nei codici ICD9CM.

Si suggerisce altresì il regime di ricovero generalmente appropriato per l'esecuzione della procedura, quando in elezione.

Tracheali

Procedura	Codifica diagnosi principale	Codifica procedure	Regime
Toracosopia transpleurica	Patologia riscontrata	<ul style="list-style-type: none"> • 34.21 toracosopia transpleurica (a cui aggiungere ogni altra procedura effettuata; es: talcaggio: 34.92) • 99.26= sedazione 	RO
Disostruzione endotracheale in anestesia generale	Patologia riscontrata	<ul style="list-style-type: none"> • 315 asportazione o demolizione locale di tessuto della trachea • 31.42 laringoscopia o tracheoscopia • 89.38 narcosi 	RO
Disostruzione endotracheale in anestesia generale + inserimento protesi	Patologia riscontrata	<ul style="list-style-type: none"> • 315 asportazione o demolizione locale di tessuto della trachea • 31.42 laringoscopia o tracheoscopia • 31.99 altri interventi sulla trachea • 89.38 narcosi 	RO

Procedura	Codifica diagnosi principale	Codifica procedure	Regime
Disostruzione endotracheale in anestesia generale + inserimento protesi	Patologia riscontrata	<ul style="list-style-type: none"> • 315 asportazione o demolizione locale di tessuto della trachea • 31.42 laringoscopia o tracheoscopia • 96.05 altra intubazione del tratto respiratorio (inserzione stent) • 89.38 narcosi 	RO
Posizionamento protesi endotracheale (in elezione) in anestesia generale	V528 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata	<ul style="list-style-type: none"> • 31.42 laringoscopia o tracheoscopia • 31.99 altri interventi sulla trachea • 89.38 narcosi • 9605 altra intubazione del tratto respiratorio (inserzione stent) • 89.38 narcosi 	RO
Rimozione di protesi (Tracheale o bronchiale)	V528 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata	<ul style="list-style-type: none"> • 31.99 altri interventi sulla trachea • 89.38 narcosi • 33.78 rimozione endoscopica di dispositivo e sostanze bronchiali (da aggiungersi nel caso di rimozione di protesi bronchiale 	RO

Bronchiali

Procedura	Codifica diagnosi principale	Codifica procedure	Regime
Biopsia transbronchiale su parenchima polmonare (TBB)	Patologia riscontrata, oppure, se non vi è riscontro di alcuna patologia, neanche infiammatoria, usare <i>V7189 osservazione per sospetto di altre manifestazioni morbose specificate.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 33.27 biopsia endoscopica del polmone • 99.26 sedazione 	DH
Biopsia transbronchiale con agoaspirato (TBNA)	Patologia riscontrata, oppure, se non vi è riscontro di alcuna patologia, neanche infiammatoria, usare <i>V7189 osservazione per sospetto di altre manifestazioni morbose specificate.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 40.11 biopsia di strutture linfatiche • 33.22 broncoscopia con fibre ottiche • 99.26 sedazione 	DH
Laserterapia di lesioni sanguinanti	Patologia riscontrata	32.01 asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi	DH
Toracoscopia transpleurica	Patologia riscontrata	<ul style="list-style-type: none"> • 34.21 toracoscopia transpleurica (a cui aggiungere ogni altra procedura effettuata; es: talcaggio: 34.92) • 99.26= sedazione 	RO
Disostruzione endobronchiale in anestesia generale	Patologia riscontrata	<ul style="list-style-type: none"> • 3201 asportazione o demolizione endoscopica di tessuto dei bronchi • 89.38 narcosi 	RO

Procedura	Codifica diagnosi principale	Codifica procedure	Regime
Disostruzione endobronchiale in anestesia generale + inserimento protesi	Patologia riscontrata	<ul style="list-style-type: none"> • 3201 asportazione o demolizione endoscopica di tessuto dei bronchi • 96.05 altra intubazione del tratto respiratorio (inserzione stent) • 89.38 narcosi 	RO
Posizionamento protesi endobronchiale (in elezione) in anestesia generale	V528 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata	<ul style="list-style-type: none"> • 33.23 altra broncoscopia • 89.38 narcosi • 96.05 altra intubazione del tratto respiratorio (inserzione stent) • 33.98 altri interventi sui bronchi 	RO
Rimozione di protesi (Tracheale o bronchiale)	V528 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata	<ul style="list-style-type: none"> • 31.99 altri interventi sulla trachea • 89.38 narcosi • 33.78 rimozione endoscopica di dispositivo e sostanze bronchiali (da aggiungersi nel caso di rimozione di protesi bronchiale) 	RO
Inserimento endoscopico di valvola bronchiale	V528 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata	<ul style="list-style-type: none"> • 33.71 inserzione endoscopica di valvola bronchiale • 89.38 narcosi • 33.98 altri interventi sui bronchi 	RO

Si sottolinea che il codice *32.09 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dei bronchi* **non** deve essere usato per documentare le attività per via endoscopica.

Il codice 33.98 *Altri interventi sui bronchi* **non** deve essere usato in concomitanza a diagnosi principale di patologia ma solo nei casi convenzionalmente definiti nello schema con diagnosi principale V578.

Si ricorda che la codifica di diagnosi secondarie deve essere limitata alle patologie che hanno richiesto un effettivo impegno clinico ed assistenziale, come in generale è regola di codifica secondo ICD9CM, in particolare per i ricoveri brevi legati ad attività in elezione o in DH.

Ablazione percutanea

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

Tonsillectomia e adenoidectomia

La tonsillectomia e l'adenoidectomia devono essere eseguite preferenzialmente in day surgery (o con ricovero ordinario con un solo pernottamento) nel rispetto delle indicazioni delle linee guida nazionali (<http://www.snlg-iss.it/PNLG/LG/007tonsille/tonsille.pdf>) così sintetizzate nella pagina web dell'Istituto Superiore di Sanità:

Nei bambini con sindrome dell'apnea ostruttiva (nei quali il flusso respiratorio può ridursi o interrompersi durante il sonno a causa del restringimento dello spazio faringeo) la tonsillectomia è consigliabile sulla base di criteri clinici (sonno molto disturbato, russamento intenso, sonnolenza diurna) e dei risultati di esami strumentali (polissonnografia, fibroendoscopia transnasale) e di laboratorio (percentuale di saturazione dell'emoglobina) che consentono di stabilire la gravità della condizione.

Nei bambini e negli adulti con tonsillite batterica acuta ricorrente la tonsillectomia è consigliata solo se gli episodi di tonsillite si ripetono 5 o più volte all'anno, se i sintomi sono di gravità tale da interferire con le normali attività quotidiane (scuola o lavoro) e se perdurano da almeno 12 mesi, e deve comunque essere preceduta da altri 6 mesi di osservazione. L'indicazione all'intervento può essere più elastica in presenza di condizioni patologiche associate (infiammazione persistente dei linfonodi del collo anche dopo terapia antibiotica, ascesso peritonsillare, convulsioni febbrili, malformazioni dell'apparato respiratorio o cardiovascolare, malattie croniche).

In presenza di segni o sintomi che inducano il sospetto di una neoplasia maligna (tonsillare oppure del collo o del capo) è consigliabile la tonsillectomia.

Per i soggetti (per lo più sono adolescenti o adulti) con ascesso peritonsillare ricorrente mancano prove definitive sull'opportunità di eseguire la tonsillectomia. Si preferisce dunque consigliare il trattamento con drenaggio e antibiotici e riservare l'intervento ai casi in cui l'ascesso si riformi dopo la terapia e in cui siano presenti i criteri considerati per la tonsillite ricorrente.

In presenza di infezione da streptococco beta emolitico di gruppo A sintomatica o non sintomatica (purché non associata a tonsillite ricorrente) è efficace la terapia con antibiotici. Qualora si accompagnino altre condizioni patologiche connesse all'infezione, l'opzione della tonsillectomia va valutata caso per caso.

Nei bambini affetti da sindrome PFAPA (cioè con episodi periodici di febbre alta accompagnata da stomatite, faringite e infiammazione dei linfonodi del collo) non è consigliata la tonsillectomia, sia per la mancanza di dati scientifici certi sia in considerazione della buona risposta della sindrome ai cortisonici e della sua tendenza a risolversi spontaneamente nel tempo.

Nei bambini con otite media acuta ricorrente gli studi consigliano l'adenoidectomia solo dopo il posizionamento del tubo di ventilazione timpanostomica, ma in Italia si preferisce praticarla prima o in combinazione con questa procedura quando le adenoidi determinano un'ostruzione. Nell'otite media cronica effusiva non si consiglia di ricorrere all'adenoidectomia in prima istanza, tranne, ancora una volta, in presenza di adenoidi ostruenti.

Nei bambini con sinusite ricorrente o cronica vi è indicazione all'adenoidectomia, associata o meno alla chirurgia endoscopica dei seni nasali, solo dopo il fallimento della terapia antibiotica.

Quadro clinico	Criteri di indicazione alla tonsillectomia
Nei bambini con sindrome dell'apnea ostruttiva (nei quali il flusso respiratorio può ridursi o interrompersi durante il sonno a causa del restringimento dello spazio faringeo)	<ul style="list-style-type: none">• criteri clinici (sonno molto disturbato, russamento intenso, sonnolenza diurna)• risultati di esami strumentali (polisonnografia, fibroendoscopia transnasale)• risultati di laboratorio (percentuale di saturazione dell'emoglobina)

Quadro clinico	Criteri di indicazione alla tonsillectomia
Bambini e adulti con tonsillite batterica acuta ricorrente	<ul style="list-style-type: none">▪ gli episodi di tonsillite si ripetono 5 o più volte all'anno▪ i sintomi sono di gravità tale da interferire con le normali attività quotidiane (scuola o lavoro)▪ i sintomi perdurano da almeno 12 mesi e vi è stata un'osservazione ulteriore di 6 mesi▪ presenza di condizioni patologiche associate (infiammazione persistente dei linfonodi del collo anche dopo terapia antibiotica, ascesso peritonsillare, convulsioni febbrili, malformazioni dell'apparato respiratorio o cardiovascolare, malattie croniche).

OSAS

La sigla OSAS sta per Obstruction Sleep Apnea Syndrome.
I codici nell'ICD-9-CM sono i seguenti.

Di origine organica	Nel capitolo "Segni e sintomi"
<ul style="list-style-type: none">• 327.20 Apnea nel sonno di tipo organico non specificata• 327.21 Apnea nel sonno primaria centrale• 327.22 Respiro periodico da elevate altitudini• 327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)• 327.24 Apnea idiopatica correlata a ipoventilazione alveolare non ostruttiva. Ipossia correlata al sonno• 327.25 Sindrome congenita da ipoventilazione alveolare centrale• 327.26 Ipoventilazione/ipossiemia correlate al sonno in malattie classificabili altrove. Codificare per prima la patologia di base• 327.27 Apnea del sonno di tipo centrale in malattie classificabili altrove. Codificare per prima la patologia di base• 327.29 Altre apnee nel sonno organiche	<ul style="list-style-type: none">• 780.53 Ipersonnia con apnea del sonno, non specificata• 786.09 Altre dispnee e anomalie respiratorie [per codificare la roncopia]

Polisonnografia a 5 canali

Nell'ambito dell'iter diagnostico dell'OSAS la polisonnografia a 5 canali può essere fatta in regime ambulatoriale (preferenzialmente) o in regime diurno (DH diagnostico). In quest'ultimo caso la codifica da utilizzare è la seguente:

Campo della SDO	Codifica
Diagnosi principale	327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)
Intervento- Procedura	89.17 Polisonnogramma

Polisonnografia a 7 canali

La polisonnografia a 7 canali, non essendo previsto un DH diagnostico con pernottamento, non può che essere attuata mediante un ricovero ordinario con un pernottamento.

La codifica è la seguente:

Campo della SDO	Codifica
Diagnosi principale	327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)
Intervento- Procedura	89.17 Polisonnogramma

Deviazione del setto nasale

In cartella clinica deve essere presente il seguente supporto diagnostico.

Intervento praticato	Evidenza documentale in cartella clinica
Settoplastica (21.88)	1. fotografia endoscopica 2. TAC (opzionale)
Rinosettoplastica (21.84)	1. fotografia esterna (frontale, laterale destra e sinistra, sub mento-vertice) 2. fotografia endoscopica oppure TAC

La rinomanometria può essere di supporto, ma non è dirimente, e la radiografia nasale in tre proiezioni è obsoleta.

Deviazione del setto nasale acquisita

La deviazione del setto nasale acquisita (post traumatica o prevalentemente post traumatica) si codifica con 470.

Deviazione del setto nasale congenita

La deviazione del setto nasale congenita si codifica con **748.1**.

Il codice *754.0 Malformazioni congenite del cranio, della faccia e della mascella* può essere impiegato unicamente in un contesto di **gravi anomalie congenite** del cranio o del massiccio facciale.

Il codice del postumo 905.0 di traumatismo nasale si può mettere in diagnosi secondaria.

In conclusione gli interventi per deviazione del setto nasale si devono codificare nel seguente modo:

Campo della SDO	Deviazione del setto nasale acquisita	Deviazione del setto nasale congenita
Diagnosi principale	<ul style="list-style-type: none"> • 470 - Deviazione del setto nasale (setto) oppure <ul style="list-style-type: none"> • 738.0 - Deformazioni acquisite del naso (cartilagine) 	748.1 - Altre anomalie del naso
Diagnosi secondaria	905.0 Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia	
Intervento principale	21.88 - nel caso di settoplastica e 21.84 nel caso di rinosectoplastica	21.88 - nel caso di settoplastica e 21.84 nel caso di rinosectoplastica

Frattura nasale

La correzione della deviazione del setto nasale per frattura attuale si codifica nel seguente modo:

Campo della SDO	Correzione chiusa	Correzione aperta
Diagnosi principale	802.0 – Frattura chiusa delle ossa nasali	802.1 Frattura esposta delle ossa nasali
Intervento principale	21.71 – Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto	21.72 – Riduzione aperta di frattura nasale a cielo aperto

Epistassi

Il codice *784.7 epistassi*, è relativo ad un sintomo dovrebbe essere messo in diagnosi secondaria. In diagnosi principale mettere il codice della patologia causale, ad esempio *964.2 avvelenamento da anticoagulanti* nel caso di sovradosaggio di dicumarolici, oppure *448.9 altre e non specificate malattie capillari* nel caso di teleangectasie, oppure *401.0 ipertensione non controllata per una crisi ipertensiva*.

Vertigini

Usare in diagnosi principale il codice della causa della vertigine, ad esempio:

- da disfunzione del labirinto (codici 386.5_);
- da malattia di Meniere (codici 386.00 – 386.04)
- parossistica benigna (386.11);
- da otoliti (386.19).

L'elenco completo dei codici per le vertigini causate da malattie dell'apparato uditivo si trova a pagina 556 del manuale ICD-9-CM.

Il codice 780.4 può essere usato per segnalare stordimento e capogiro, intordimento (essere intontito), sensazione di testa vuota, vertigini non meglio identificate.

Trattandosi di un sintomo, può essere usato in diagnosi principale solo quando non è possibile identificare la patologia causale.

Il codice 438.85 deve essere usato unicamente per le vertigini residuanti una malattia cerebrovascolare (postumo).

Si ricorda che è sempre necessario codificare la terapia endovenosa praticata (es. 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche).

Lesioni delle corde vocali

L'asportazione di lesione laringe-corde vocali è indicata dai codici intervento *30.01 Marsupializzazione di cisti laringea*, *30.09 Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe*, *30.22 Cordectomia* e *31.42 Laringoscopia e altra tracheoscopia*.

Nel caso di interventi che interessino anche gli **strati profondi** (muscolo e cartilagine) occorre utilizzare i seguenti codici *30.1 Emilaringectomia* o *30.29 Altra laringectomia parziale*, specificando la via d'accesso endoscopica *31.42 Laringoscopia e altra tracheoscopia*.

Capitolo 9 Malattie dell'apparato digerente (520-579)

Ernie addominali

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

Chirurgia bariatrica

Quadro clinico	Diagnosi	Procedure
Gastroresezione sec. Sleeve	278.01 obesità grave + V85.____ indice di massa corporea ...	43.89 Altra gastrectomia parziale + 44.99 Altri interventi sullo stomaco
Gastroplastica verticale laparoscopica		44.68 Gastroplastica laparoscopica + eventuale 44.38 Gastroenterostomia laparoscopica
Banding gastrico laparoscopico		44.95 Procedura laparoscopica di restrizione gastrica

Colica addominale

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

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

Complicazioni da colostomia ed enterostomia

Sono specificamente individuate le complicazioni da:

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

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

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

Codifica di alcune forme di displasia degli organi digerenti

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

Esempi a tale riguardo sono costituiti dalla **displasia grave/severa**, supportata da referto istologico, su polipi adenomatosi dell'apparato digerente (cod. 230._) o su ulcera gastrica (cod. 230.2) o quando associata a rettocolite ulcerosa o a morbo di Crohn (codici 230.3 o 230.4).

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

Emorroidectomia

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

Intervento di Starr

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

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

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del colon

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

Endoprotesi per la dilatazione intestinale del retto

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

Protesi dello sfintere anale

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

Protesi metallica esofagea

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

Videoendoscopia diagnostica con capsula

Tale procedura è di tipo ambulatoriale.

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

Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del fegato

L'ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del fegato è identificata dal codice 50.24 (vedere capitolo 2).

Esofagite con emorragia e varici esofagee

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

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

Esempio:

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

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

Esempio:

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

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

Capitolo 10 Malattie dell'apparato genito-urinario (580-629)

Insufficienze renali acute e croniche

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

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

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

Colica renale

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

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

Intervento per la correzione del varicocele

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

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

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

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

Impianto di pace-maker neurali

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

- ritenzione urinaria (codice diagnosi principale 788.2_),
- incontinenza urinaria (codice diagnosi principale 788.3_),
- pollachiuria o poliuria (codice diagnosi principale 788.41, 788.42),

il codice procedura da utilizzare è *57.96 Impianto di stimolatore vescicale elettrico*, sia nel caso si tratti di un elettrodo temporaneo per la stimolazione del nervo sacrale sia nel caso in cui, con test positivo, venga inserito il pace-maker neurale definitivo.

Fimosi e frenulo breve

L'intervento chirurgico di correzione di fimosi, circoncisione, deve essere codificato con il codice 64.0 evitando l'utilizzo improprio del codice 64.93 Liberazione di sinechie peniene. Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere codificate con il codice 64.91 (prestazione quasi sempre ambulatoriale) mentre la diagnosi principale è 605 o 607.9.

Il regime di erogazione normalmente più appropriato della circoncisione non rituale (quest'ultima non è garantita dal SSN) è l'ambulatoriale.

Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del rene

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

Ematuria

In molti interventi l'ematuria è **fisiologica**. L'ematuria post intervento, durante lo stesso ricovero dell'intervento, si segnala solo quando viene modificato in modo sostanziale la programmazione dell'assistenza per quel ricovero (monitoraggio supplementare, trattamenti aggiuntivi, indicazione alla trasfusione).

Nel caso di **ematuria come complicanza** tardiva è necessario indicare l'ematuria in diagnosi principale utilizzando i codici tra le categorie *996 - 999 Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove*.

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

Mapping prostatico

La diagnosi principale è quella risultante dal referto dell'esame anatomopatologico. Se tale referto è completamente negativo (assenza sia di neoplasia che di flogogeni o altro) usare il codice V71.1 (sospetto tumore della prostata).

La procedura è *60.11 biopsia della prostata con approccio transrettale o perineale*.

Il regime di erogazione appropriato per la normale agobiopsia prostatica è quello ambulatoriale, mentre per quella di saturazione può essere il ricovero diurno, sempre tenendo conto le condizioni generali del paziente. Si stima che le agobiopsie prostatiche di saturazione possano rappresentare il 5-10% di tutte le agobiopsie prostatiche eseguite.

Lesione prostatica	Codice ICD-9-CM 2007
ASAP *	239.5 Tumori di natura non specificata di altri organi urogenitali
PIN I	602.3 Displasia della prostata
PIN II	602.3 Displasia della prostata
PIN III	233.4 Carcinomi in situ della prostata
Neoplasia maligna	185 Tumori maligni della prostata

* Atypical Small Acinar Proliferation

ESWL

Il regime più appropriato di erogazione dell'ESWL è quello ambulatoriale (codici 98.51.1, 98.51.2, 98.51.3 DGR 54).

Qualora, stante le particolari condizioni del paziente, sia eseguita in DH si codifica con 98.51 Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica.

Stenosi ureterale

La stenosi ureterale acquisita si indica con il codice 593.3.

Il codice per la dilatazione mediante **utereterotomia** è 56.2 e quello per l'inserzione di un **doppio J** è 59.8.

Il DRG risultante è il 304 Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC, se è presente una diagnosi secondaria complicante (ad es. idronefrosi o IVU), o il 305 Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC, in assenza di complicazioni.

Nell'eventuale secondo ricovero per la sostituzione o la rimozione dello stent ureterale la diagnosi principale sarà *V53.6 Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari*, e si dovrà usare il codice 59.8 per la sostituzione e il codice 97.62 per la rimozione definitiva dello stent.

Stenosi uretrale

Le modalità di codifica differiscono fra primo ricovero per il trattamento della stenosi e i ricoveri successivi.

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 (il codice 58.6 indica sia la dilatazione sia l'inserimento di uno stent uretrale).

L'**uretrotomia endoscopica** per dilatare l'uretra si codifica con 58.5, mentre la **dilatazione con palloncino** dell'uretra prostatica si indica con il codice 60,95. Per ricoveri finalizzati alla sola collocazione o rimozione di dispositivi (cateteri) occorre utilizzare in diagnosi principale il codice V536 e non si ritiene logica la contemporanea presenza in diagnosi secondaria del codice di idronefrosi (59.1). Nell'eventuale secondo ricovero per la sostituzione o la rimozione dello stent uretrale la diagnosi principale sarà *V53.6 Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari*, e si dovrà usare il codice 58.6 per la sostituzione dello stent e il codice 97.62 per la sua rimozione definitiva.

Sfinterotomia vescicale

La sfinterotomia vescicale generalmente è da codificare solo nel caso di vescica neurologica

- Diagnosi principale: 596.54 Vescica neurologica SAI
- Intervento principale: 57.91 Sfinterotomia vescicale

Incontinenza urinaria

Nel caso fosse necessario ricorrere al ricovero per somministrare sostanze per l'incontinenza urinaria, come codice procedura utilizzare 5972.

Capitolo 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)

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

Note generali sulla SDO materna

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

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

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

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

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

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

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

- 0 = nato vivo da parto semplice V27.0
- 1 = nato morto da parto semplice V27.1
- 2 = due nati vivi da parto gemellare V27.2
- 3 = un nato vivo e un nato morto da parto gemellare V27.3
- 4 = due nati morti da parto gemellare V27.4
- 5 = tutti nati vivi da parto multiplo V27.5
- 6 = alcuni nati vivi da parto multiplo V27.6
- 7 = tutti nati morti da parto multiplo V27.7
- 9 = parto con esito non specificato, da **non utilizzare!**

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

Esempio 1:

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

Esempio 2:

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

Parto fisiologico

Il codice 650 è un codice di diagnosi, identifica l'assistenza a un parto fisiologico, in gravidanza fisiologica, con travaglio fisiologico (parto spontaneo, cefalico, vaginale, a termine, di feto singolo e vitale, che richiede poca o nessuna assistenza, con o senza episiotomia, senza intervento manuale [es. rotazione] o strumentale [es. forcipe]). Questo codice va usato in diagnosi principale, non può essere associato a nessun altro codice in diagnosi secondaria, fatta eccezione per il V27.0.

Esempio:

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

Gravidanza multipla

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

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

Condizioni complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio

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

Condizioni infettive complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio

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

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

Sono presenti i codici per lo stato di portatrice:

- portatore di Streptococco gruppo B = V02.51;

- portatore di epatite B = V02.61.

Esempio 1: parto di donna **portatrice** di streptococco B

Campo della SDO	Codifica
Diagnosi principale	646.61 Parto di donna con infezione apparato genitourinario ⁴
Diagnosi secondaria 1	V02.51 Portatrice di streptococco gruppo B
Diagnosi secondaria 2	V27.0 Parto semplice nato vivo
Intervento principale	75.34 Monitoraggio fetale

Esempio 2: parto di donna **con infezione** da streptococco B

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

Analgesia per il travaglio di parto

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

Taglio cesareo

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

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

⁴ Si utilizza il codice 646.61 perché l'impegno terapeutico-assistenziale equivale a quello dell'infezione sintomatica.

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

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

Quadro clinico	Campo della SDO	Codifica
TC eseguito per retinopatia	Diagnosi principale	659.81 Altre specifiche indicazioni per l'assistenza o l'intervento relative al travaglio e al parto
	Diagnosi secondaria 1	362.__ Retinopatia ...
	Diagnosi secondaria 2	V27.0 Parto semplice nato vivo
	Intervento principale	74.1 Taglio cesareo cervicale basso

Il codice 669.71 - *Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto, con o senza menzione delle manifestazioni ante-partum*, dal momento che manca la segnalazione clinica della motivazione, può essere impiegato solo nei casi in cui il ricorso al cesareo è dovuto ad una precisa volontà della donna.

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

Quadro clinico	Campo della SDO	Codifica
TC eseguito per retinopatia	Diagnosi principale	669.71 TC senza menzione della indicazione
	Diagnosi secondaria 1	V27.0 Parto semplice nato vivo
	Intervento principale	74.1 Taglio cesareo cervicale basso

Ricovero a seguito di 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 11) con 5a cifra = 4.

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

Riospedalizzazione di mamma in allattamento

Quando per le condizioni di salute del neonato ri-ospedalizzato, si apre una SDO anche per la madre con diagnosi principale *V65.0 Persona sana che accompagna*

persona malata, in questo caso non ci sarà l'esito del parto perché già presente sulla SDO relativa al ricovero per assistenza al parto.

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

Aborto farmacologico

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

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

Campo della SDO	Codifica
Diagnosi principale	635.92 Aborto completo , indotto legalmente, senza complicazioni
Intervento principale	89.07 Consulto definito complessivo
Procedura secondaria 1	[eventuale] 88.78 Diagnostica ecografica dell'utero gravido
Procedura secondaria 2	99.99 Altre procedure (per convenzione sarà interpretata come assunzione di RU486)

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

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

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

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

Scheda ISTAT

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

Capitolo 12 Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (680-709)

Lesioni da decubito

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

Asportazione di lesioni cutanee

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

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

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

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

Ne consegue che in caso di asportazione di lesione cutanea che **interessa la cute e il sottocute** il codice procedura da utilizzarsi è *86.3 Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo*, che, se è l'unica procedura eseguita, dovrebbe essere effettuata in regime ambulatoriale, mentre in caso di

coinvolgimento (asportazione) dei piani sottostanti il codice da utilizzarsi è 86.4 *Asportazione radicale di lesione della cute.*

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

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

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.01	Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo, aspirazione di: <ul style="list-style-type: none"> • ascesso • ematoma • sieroma 	Incisione per drenaggio di raccolta sottocutanea o profonda o sottoungueale In caso di: <ul style="list-style-type: none"> • ascesso • ematoma • sieroma <p>Esclusa: Incisione di cisti o seno pilonidale (86.03) Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente</p>

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.02	<p>Iniezione o tatuaggio di lesioni o difetti della cute. Iniezione di materiale di riempimento. Inserzione di materiale di riempimento. Pigmentazione della pelle.</p>	<p>Le prestazioni indicate sono da considerarsi di carattere estetico e quindi non erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale ad eccezione dei casi di chirurgia ricostruttiva e post-traumatica. Si considerano materiale di riempimento le iniezioni/inserzioni di sostanze impiantabili (riassorbibili e non) quali acido ialuronico, collagene, silicone etc. Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente</p>
86.05	<p>Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo. Rimozione di espansore tessutale dalla pelle o dai tessuti molli diversi dalla mammella. Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio) Rimozione di loop recorder. Escluso: rimozione di corpo estraneo senza incisione (98.20-98.29)</p>	<p>Codificare quando si esegue la eventuale procedura di rimozione di espansore cutaneo anche l'eventuale procedura connessa alla chiusura della ferita (es.: 86.70 innesti peduncolati o a lembo).</p>
86.06	<p>Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile. Codificare anche eventuale cateterizzazione associata. Escluso: inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile (86.07).</p>	<p>Si deve escludere oltre che l'inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile (86.07) anche il generatore di impulsi (cod. da 86.94 a 86.95).</p>

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.09	<p>Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo</p> <p>Esplorazione di: tratto sinusale, cute fossa superficiale</p> <p>Undercutting di follicolo pilifero</p> <p>Creazione di tasca per neurostimolatore del talamo, nuova sede.</p> <p>Escarotomia</p> <p>Riapertura di tasca sottocutanea per revisione di dispositivo senza sostituzione</p> <p>Escluso quella per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tasca di pace-maker, nuova sede (37.79) • compartimenti fasciali di viso e bocca (27.0) • creazione di tasca per loop recorder, nuova • sede e inserzione/riposizionamento del dispositivo (37.79) • creazione di tasca per registratore cardiaco impiantabile attivato dal paziente ed inserzione/riposizione del dispositivo (37.79) • rimozione di catetere dalla scatola cranica (01.27) 	<p>Trattasi di piccoli interventi la cui esecuzione può essere effettuata anche ambulatorialmente. Pertanto il ricovero è giustificato solo da particolari condizioni cliniche del paziente.</p>

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.11	Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo	Da usarsi solo nei casi di interventi rivolti al solo prelievo diagnostico. Non devono essere codificate le biopsie che avvengono nel corso della seduta operatoria sull'organo oggetto di intervento (vedi punto 5.5 delle linee guida regionali). Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.
86.19	Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo.	Da utilizzarsi solo per procedure diagnostiche di tipo chirurgico.
	Escluso: esame istologico di cute e tessuto sottocutaneo (91.61-91.79)	

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.22	<p>Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione. Rimozione per mezzo di asportazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tessuto devitalizzato • necrosi • massa di tessuto necrotico. <p>Escluso sbrigliamento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • parete addominale (ferita) (54.3) • osso (77.60-77.69) • muscolo (83.45) • della mano (82.36) • unghia (matrice ungueale) (plica) (86.27) <p>Escluso sbrigliamento non asportativo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ferita, infezione o ustione (86.28) • frattura aperta (79.60-79.69) • impianto di lembo peduncolato (86.75) 	<p>Le rimozioni si intendono eseguite con metodo chirurgico tradizionale.</p> <p>Es. Escarectomia (necrectomia/necrosectomia). Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.</p>
86.24	<p>Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs Peeling chimico della cute</p>	<p>Nei casi di chirurgia di Mohs di sede specifica utilizzare i seguenti codici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 49.39 ano • 85.20 seno • 18.29 orecchio • 08.25 sopracciglia • 08.25 palpebra • 71.3 v ulva • 27.43 labbra • 21.32 naso

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.25	<p>Dermoabrasione. Quella con laser (o mezzo meccanico)</p> <p>Escluso: dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)</p>	<p>Dermoabrasione mediante mola rotante o altro mezzo meccanico. Inclusa: Laserdermoablazione. Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.</p>
86.26	<p>Legatura di appendice dermica.</p> <p>Escluso: asportazione di appendice preauricolare (18.29)</p>	<p>Attività esclusivamente ambulatoriale (cod. 86.30.0 del nomenclatore tariffario). L'eventuale codificazione in regime di ricovero è dovuta alla presenza di altri interventi più complessi.</p>

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.28	<p>Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione. Rimozione SAI. Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brushing • irrigazione (sotto pressione) • washing • scrubbing <p>Terapia con le larve di mosca. Rimozione con bisturi ad acqua (a getto, jet).</p>	<p>Escarectomia superficiale o necrolisi o sbrigliamento superficiale eseguiti mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • curettage • brushing • irrigazione (sotto pressione) • washing • scrubbing <p>Terapia con le larve di mosca. Rimozione con bisturi ad acqua (a getto, jet). Dispositivi ad ultrasuoni. Da utilizzarsi solo in presenza di codici di diagnosi di lesioni di pressione o ulcerazione (cod. 707.__) o di ustione (da 940.__ a 949.__). Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.</p>

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.3	<p>Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo.</p> <p>Distruzione di cute mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cauterizzazione • criochirurgia • folgorazione • raggio laser • asportazione di cicatrice con plastica a Z <p>Escluso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adipectomia (86.83) • biopsia della pelle (86.11) • asportazione di cute radicale o ampia (86.4) • plastica a "Z" senza asportazione (86.84) 	<p>Da utilizzarsi per interventi di exeresi riparabile con sutura diretta, anche quando sia effettuata indagine istologica. Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.</p>
86.4	<p>Asportazione radicale di lesione della cute.</p> <p>Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti.</p> <p>Codificare anche eventuale resezione linfonodale (40.3-40.5).</p>	<p>Si utilizza come già indicato all'inizio del capitolo e nei casi di asportazione radicale nei quali sia effettuata indagine istologica e con intervento chirurgico tradizionale.</p>
86.51	<p>Reimpianto del cuoio capelluto.</p>	<p>Reimpianto quale sutura e riposizionamento del cuoio capelluto.</p> <p>Escluso impianto (86.64) e innesti (86.60, 86.63)</p>

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.59	<p>Chiusura di cute e tessuto sottocutaneo di altre sedi. Adesivi (chirurgico) (tessuto) Punti metallici Suture</p> <p>Escluso: applicazione di strip adesivi (butterfly) ^ omettere il codice</p>	<p>Sutura cutanea e sottocutanea Incluso: Sutura mediante applicazione di preparati adesivi sintetici o naturali (colla). Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità cliniche del paziente.</p>
86.60	Innesto cutaneo libero, SAI.	<p>Innesto cutaneo autologo , SAI, innesto intero o a rete. Incluso: prelievo di cute per innesto autologo Escluso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesto eterologo (86.65) • innesto omologo (86.66) • costruzione o ricostruzione di: • pene (64.43-64.44) • trachea (31.75) • vagina (70.61-70.62) • Innesto cutaneo a spessore parziale o totale nella mammella (85.82 85.83).
86.61	<p>Innesto di cute a tutto spessore sulla mano.</p> <p>Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)</p>	<p>Innesto cutaneo autologo a tutto spessore sulla mano Incluso: prelievo di cute per innesto autologo. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)</p>
86.62	<p>Altro innesto di cute sulla mano. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66).</p>	<p>Innesto cutaneo autologo sottile o di medio spessore sulla mano. Incluso: prelievo di cute per innesto autologo. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66).</p>

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.63	Innesto di cute a tutto spessore in altra sede. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66).	Innesto cutaneo autologo a tutto spessore in sede diversa dalla mano. Incluso: prelievo di cute per innesto autologo. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66), innesto intero o a rete. Escluso: <ul style="list-style-type: none"> • costruzione o ricostruzione di: <ul style="list-style-type: none"> ○ pene (64.43-64.44) ○ trachea (31.75) ○ vagina (70.61-70.62) • Innesto a tutto spessore nella mammella (85.83).
86.64	Trapianto di capelli. Escluso: trapianto di follicolo pilifero nelle sopracciglia o ciglia (08.63).	Indicato in caso di condizioni post traumatiche e/o iatrogene di particolare rilevanza. Diversamente la prestazione è da considerarsi trattamento estetico.
86.66	Omoinnesto sulla cute Innesto sulla cute di membrana amniotica da donatore cute.	Omoinnesto cutaneo Innesto sulla cute di cute da donatore. Incluso: Innesto di derma omologo disepitelizzato e/o decellularizzato (Alloderma) Innesto di membrana amniotica

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.67	<p>Innesto di derma rigenerativo. Cute artificiale SAI. Creazione di "neoderma". Alloderma decellularizzato. Impianto di matrice tegumentaria. Impianto protesico di derma. Derma rigenerato Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)</p>	<p>Innesto sulla cute di sostituto cutaneo o dermico sintetico in grado di attecchire definitivamente (interamente o in sua parte). Incluso: matrici dermiche sintetiche biocompatibili mono o bilaminari Esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • innesto di derma omologo disepitelizzato e/o decellularizzato (Alloderma) (86.66) • innesto omologo (86.66) • innesto eterologo (86.65)
86.69	<p>Altro innesto di cute su altre sedi (Innesto: di derma, adiposo, dermo-adiposo, di cartilagine SAI). Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)</p>	<p>Si intende innesto autologo di derma, adipe, cartilagine. Da usarsi per lipofilling. Escluso: innesto dermolipidico cod. 86.60</p>
86.7	<p>Impianto di lembi peduncolati. Escluso: costruzione o ricostruzione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pene (64.43-64.44) • trachea (31.75) • vagina (70.61-70.62) 	<p>Escluso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lembo peduncolato nella mammella (85.84) • Ricostruzione mammaria con lembo muscolare o muscolocutaneo (85.85) • Trasposizione del capezzolo (85.86) • Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo (85.87) • Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita (82.61, 82.81)
86.72	<p>Avanzamento di lembo peduncolato.</p>	<p>Lembo locale di avanzamento, rotazione, trasposizione (di piccole dimensioni).</p>

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.73	Trasferimento di innesto peduncolato o a lembo sulla mano. Escluso: ricostruzione del pollice o trasferimento di dita (82.61, 82.81).	Trasferimento di lembo locale, di vicinanza o a distanza sulla mano Incluso: lembo microchirurgico.
86.74	Trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi Trasferimento di: <ul style="list-style-type: none"> • lembo di avanzamento • lembo doppiamente peduncolato • lembo di rotazione lembo di scorrimento • lembo a tubo 	Utilizzare unicamente per lembi tubulati indiretti a distanza.
86.82	Ritidectomia facciale Lifting facciale Escluso: ritidectomia della palpebra (08.86- 08.87).	Intervento da considerarsi quasi esclusivamente di natura estetica equindi da non effettuarsi a carico del SSN.
86.83	Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza. Riduzione del tessuto adiposo di: <ul style="list-style-type: none"> • parete addominale (pendula) • braccia (batwing) • natiche • coscia (lipomatosi trocanterica) Liposuzione Escluso: mammella (85.31-85.32).	Lipectomia (adipectomia)
86.84	Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute. Plastica a "Z" della cute. Escluso: plastica a "Z" con asportazione di lesione (86.3)	Riparazione di difetto cutaneo o correzione di cicatrice mediante plastiche a Z singole o multiple.

Codice ICD9C	Descrizione	Indicazioni di codifica
86.89	Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo. Escluso: mentoplastica (76.67-76.68)	Utilizzare per codificare ricostruzione mediante materiale protesico. In chirurgia plastica post-traumatica o post-chirurgica malformativa o oncologica. Escluso: ricostruzione mammaria cod. 85.__ e mentoplastica (76.67-76.68).
86.93	Inserzione di espansore tessutale. Inserzione (sottocutanea) (nel tessuto molle) di espansore tessutale (uno o piu') nello scalpo (spazio sub galeale), faccia, collo, estremita' superiori e inferiori, tronco eccetto la mammella, per formazione di cute come lembo. Escluso: preparazione di innesto a lembo (86.71), espansione di tessuto mammario (85.95).	Inserzione di espansore tessutale. Inserzione sottocutanea o nello spazio sub galeale di uno o più espansori faccia, collo, estremita' superiori e inferiori, tronco eccetto la mammella. Escluso: espansione di tessuto mammario (85.95).
86.99	Altri interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo. Escluso: <ul style="list-style-type: none"> • rimozione di suture da: <ul style="list-style-type: none"> ○ addome (97.83) ○ capo e collo (97.38) ○ torace (97.43) ○ tronco SAI (97.84) • irrigazione di catetere (96.58) • sostituzione di catetere (97.15) 	Da utilizzare esclusivamente per interventi innovativi non riconducibili a codici di questo capitolo.

Capitolo 13 Malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo (710-739)

Fratture patologiche

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

Vertebroplastica e cifoplastica

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

Intervento per via endoscopica

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

Esempio: meniscectomia mediante artroscopia del ginocchio destro

Campo della SDO	Codifica
Intervento principale	80.6 Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio
Intervento-procedura secondario	80.26 Artroscopia del ginocchio

Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio

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

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

Pertanto non devono più essere utilizzati i codici 81.53 e 81.55 relativi alla revisione, rispettivamente, di protesi dell'anca e del ginocchio non altrimenti specificata.

Inserzione di Kine-spring

La metodica di inserzione di Kine-spring, se ritenuta appropriata, deve essere codificata con il codice 8147 (altre riparazioni del ginocchio) e non va utilizzato il codice 8154 di sostituzione del ginocchio in quanto l'intervento non è correlato all'inserzione di artroprotesi per sostituzione della relativa articolazione del ginocchio.

Legamenti crociati del ginocchio

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

Innesto osteocondrale

Nella codificazione dell'innesto si deve indicare in **diagnosi principale** la patologia di base e come codice intervento 8147 per il ginocchio, 8149 per la caviglia.

Primo intervento per autoinnesto

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

Altre patologie del ginocchio

Le artropatie del ginocchio (compresa la rotula) sono identificate dalla categoria 711 alla 716 e la quinta cifra è sempre un "6", ad esempio 715.36 *Artrosi localizzata, non specificata se primaria o secondaria, ginocchio*.

L'instabilità articolare del ginocchio si indica con il codice 718.86 *Altre lesioni articolari non classificate altrove, ginocchio*.

Le calcificazioni articolari o le condromatosi o le ossificazioni eterotopiche del ginocchio-rotula sono individuate dal codice 719.86 *Altri disturbi specifici delle articolazioni, ginocchio*.

Fanno eccezione alla regola del 6 come quinta cifra i codici della categoria 717, che è interamente dedicata alle patologie del ginocchio.

Interventi sulla spalla

Per alcuni interventi della spalla sono stati posti dagli esperti del settore diversi problemi inerenti la corretta interpretazione delle regole di codificazione e alle relative conseguenze nelle attribuzioni del rispettivo DRG. Pertanto, è stata effettuata una revisione delle regole precedenti. In particolare, la risoluzione delle problematiche legate alla definizione dei codici di intervento deve tener conto dell'esatta

determinazione della diagnosi principale, senza considerare quelle che possono intendersi come correlate o propedeutiche alla stessa, codificando di conseguenza gli interventi.

Rottura atraumatica della cuffia dei rotatori

L'intervento per la rottura della cuffia dei rotatori si codifica come segue

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

senza segnalare i codici delle procedure complementari a tale intervento quali l'acromionplastica, la bursectomia o la tenotomia.

Quando si utilizzano particolari ausili (es. ancorette) per migliorare la tenuta della riparazione della cuffia dei rotatori, si può usare il codice intervento **81.83 Altra riparazione della spalla**.

Invece, per l'eliminazione del conflitto acromion-claveare, anche con l'inserzione di Inspace orthospace, se ritenuto appropriato nel caso trattato, **non deve essere utilizzato il codice 81.83** bensì il codice **78.41 Altri interventi di riparazione o plastica su scapola, clavicola e torace** oltre al codice 80.21, se l'intervento viene fatto per via artroscopica.

Lussazione ricorrente della spalla

Campo della SDO	A cielo aperto	Artroscopia
Diagnosi principale	718.31	718.31
Intervento principale	81.82	81.82
Intervento secondario	-	80.21

Sindrome del tunnel carpale

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

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

Aponeurolisi percutanea (con collagene)

Tale procedura deve essere effettuata in regime ambulatoriale (procedura codice 81.92 del nomenclatore tariffario ambulatoriale) con caricamento del costo del farmaco in file F.

Interventi per ernia discale

Attenzione!

Il codice 80.50 (Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata) non deve essere utilizzato.

Tecnica chirurgica a cielo aperto

L'utilizzo dei codici 80.51 e 80.59 è indicato esclusivamente per gli approcci chirurgici, sia classici sia mini-invasivi, che determinino una discectomia totale o parziale.

Radiofrequenza o laser

Deve essere utilizzato il codice *89.59 Altra distruzione di disco intervertebrale*.

Iniezione locale sostanze terapeutiche

Il trattamento dell'ernia discale con sostanze terapeutiche, quali ozono o gel, di norma deve essere effettuato in regime ambulatoriale.

Nei casi in cui si rendesse necessario il ricovero, deve essere utilizzato il codice *80.52 Chemionucleolisi intervertebrale*.

Rimozione di mezzi di fissazione

La codifica della rimozione dei mezzi di fissazione varia a seconda che siano interni o esterni.

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

Metodiche rigenerative

L'utilizzo di metodiche sperimentali, per le quali non esiste ancora evidenza scientifica di efficacia, non devono essere eseguite se non sono supportate da specifici protocolli di sperimentazione.

Nel caso di iniezione di **gel piastinico** il relativo intervento va segnalato con il codice *81.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento.*

Capitolo 14 Malformazioni congenite (740-759)

Regole specifiche di codifica

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

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

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

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

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

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

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

Capitolo 15 Condizioni morbose di origine perinatale (760-779) e codifica del neonato

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

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

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

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

Dal manuale ICD-9-CM:

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

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

Evento nascita

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

Diagnosi principale

Tutte le nascite avvenute in ospedale devono essere identificate riportando sulla SDO in diagnosi principale i codici da V30._ a V39._ indipendentemente dal fatto che il neonato sia prematuro o a termine, sia sano o patologico, perché questi codici, per convenzione, indicano solo l'avvenuta nascita e non lo stato di buona salute.

Diagnosi secondarie

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

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

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

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

Vaccinazioni e screening

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

Nato morto

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

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

Ricovero di neonato successivamente all'evento nascita

Queste indicazioni valgono per i ricoveri successivi a quello della nascita fino ai 28 giorni di vita.

Neonato sano che accompagna la madre

Vedere capitolo 11.

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

Vedi capitolo 11.

Neonato ricoverato per patologia (ricovero successivo)

Nel caso di un ricovero per patologia, successivo a quello della nascita, non si devono usare in diagnosi principale i codici V30.__ - V39.__, bensì utilizzare, ove si

trovi riscontro, un codice da 760 a 779 che riporta all'MDC 15 di *Condizioni morbose di origine perinatale*.

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

Ricovero per osservazione di condizioni morbose sospette

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

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

Cause materne di morbidità e mortalità perinatale

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

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

Infezioni neonatali

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

Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi.

Disturbi della crescita e del peso alla nascita

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

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

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

Traumi ostetrici

Sono descritti nei codici 767._

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

Ipossia intrauterina e problemi respiratori neonatali

Sofferenza fetale

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

Asfissia grave

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

Sindrome da distress respiratorio neonatale

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

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

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

Nato da madre positiva per infezione (nascita)

Neonato sano e con accertamenti negativi

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

Neonato asintomatico ma positivo agli accertamenti colturali e sierologici

- Diagnosi principale: V3_._
- Diagnosi secondaria 1: 760.2 - malattie infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato ma senza manifestazione di malattia
- Diagnosi secondaria 2: codice da V02.0 a V 02.9 per indicare lo stato di portatore o portatore sospetto di malattia infettiva

Neonato sintomatico

- Diagnosi principale: V3_._
- Diagnosi secondaria 1: 771.2 altre infezioni congenite del periodo neonatale
- Diagnosi secondaria 2: codice specifico dell'agente etiologico

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

- Diagnosi principale: V3_._
- Diagnosi secondaria 1: codici da V01.0 a V01.89 "contatto o esposizione a..."

Per ricoveri successivi all'evento nascita omettere V3_._.

Neonato nato da madre con rottura prematura delle membrane

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

Diagnosi principale: V3_._ (se evento nascita)

Diagnosi secondaria 1: 761.1 "rottura delle membrane con ripercussioni su feto o neonato"

Diagnosi secondaria 2: V771.8 altri tipi di infezione specifiche del periodo neonatale (ovviamente se c'è l'infezione)

Se il neonato è asintomatico:

- Diagnosi principale: V3_._ (se evento nascita)
- Diagnosi secondaria 1: 760.8 "altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato ma senza manifestazioni della malattia"

Malattia emolitica del neonato anti Rh o anti AB0

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

- Diagnosi principale: V3_._
- Diagnosi secondaria 1: 760.8 - altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato ma senza manifestazioni della malattia (per segnalare la condizione clinica che rende necessaria l'osservazione clinica e gli accertamenti seriati)

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

- Diagnosi principale: V3_._
- Diagnosi secondaria 1: 773._ malattia emolitica del feto o neonato dovuta ad isoimmunizzazione"

Ictero neonatale

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

Pertanto l'ittero neonatale fisiologico si codifica:

- Diagnosi principale: V3_._
- Diagnosi secondaria: 774.6 Ictero fetale e neonatale non specificato

Nel caso di iperbilirubinemia la codifica è la seguente:

Bilirubina totale	Diagnosi principale	Diagnosi secondaria 1	Diagnosi secondaria 2
con necessità di accertamenti o causa di patologia	V3_._	774._ - ittero neonatale ...	Codice altra patologia
con necessità di fototerapia	V3_._	779.89 altre manifestazioni che hanno origine nel periodo neonatale	774.3_ - ittero neonatale da ... oppure 774.6 - ittero neonatale non specificato (iperbilirubinemia transitoria)

Neonato da madre diabetica (nascita)

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

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

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

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

Invece se il neonato è sintomatico:

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

Nato da madre che assume sostanze potenzialmente tossiche

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

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

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

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

Se il neonato è sintomatico:

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

Neonati trasferiti

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

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

Capitolo 16 Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (780-799)

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

Capitolo 17 Traumatismi e avvelenamenti (800-999)

Codici E

Quando si utilizzano i codici diagnosi compresi tra 800.__ e 999.__ deve essere inserito anche il corrispondente codice E nell'apposito campo della SDO.

Complicazioni di trapianto di rene

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

SIRS da processi non infettivi

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

Avvelenamento e intossicazione da farmaci

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

Capitolo 18 Codici V

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

I codici V possono essere utilizzati per segnalare:

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

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

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

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

I codici V che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente non devono essere utilizzati nel caso in cui il codice della diagnosi già indichi la presenza dello stato del paziente. Ad esempio, nel caso di "complicazioni di trapianto di rene" – codice 996.81, il codice *V42.0 Rene sostituito da trapianto* non deve essere indicato).

Ricerca dei codici V

L'Indice alfabetico riporta un'ampia terminologia riferita alle diagnosi espresse con i codici V: ammissione, impianto (rigetto), anamnesi (personale) di, applicazione di, assistenza di, consigli NIA, contatto per, controllo di, donatore, esame (generale) (di

routine) (di) (per), follow-up (visita) (routine) (controllo), osservazione (per), problema (con), screening (per), sorveglianza di, status (post-), terapia, test, trapianto (trapiantato), trattamento ulteriore, verifica di, ed altri.

Condizioni pregresse (V10 - V15)

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate. A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno. Ad esempio, il codice V10._ può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo quali TAC, endoscopie, scintigrafie, ecc. Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, mettere in prima diagnosi il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi. Per una trattazione completa dei codici da utilizzare in caso di neoplasia vedere capitolo 2.

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

Circostanze connesse alla riproduzione e allo sviluppo

Le categorie V27._, relative all'esito del parto, sono obbligatorie tra le diagnosi secondarie della SDO della donna ricoverata per parto. Per la trattazione completa della codifica in tali circostanze vedere capitoli 11 e 15.

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

Per ogni nato vivo va compilata la SDO. Le regole di utilizzo di questi codici sono previste nel capitolo 15.

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

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

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

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

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

L'uso dei codici V52._ e V53._ è consentito come diagnosi principale per descrivere il ricovero per posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di attività programmate da tenere distinte rispetto ai malfunzionamenti (che vanno invece codificati con le categorie 996 e 997). Un ricovero, se necessario e appropriato, per solo impianto di protesi della mammella deve essere identificato dal codice V52.4 in diagnosi principale.

Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54)

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

Controllo di aperture artificiali (V55._)

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

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

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

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

Accesso venoso per dializzati

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

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

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

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

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

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

Esempio

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

Altri motivi giustificati di indisponibilità di servizi medici

Vedi parte generale a pagina 18.

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

Se l'intervento non viene eseguito per problemi organizzativi, senza ulteriore impegno al di là dell'accoglienza, o se l'annullamento è legato alla "remissione" della patologia, il ricovero deve essere annullato.

Qualora il trattamento non venisse eseguito per l'insorgenza-riscontro di un'altra patologia, di gravità tale da diventare la condizione che determina il maggior assorbimento di risorse, 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 nei modi illustrati più avanti.

Se l'intervento risulta semplicemente rimandato nei giorni successivi **senza interruzione del ricovero**, il codice V64._ non deve essere utilizzato.

Ricovero ordinario urgente

Trattandosi di un ricovero ordinario urgente, nell'ambito del quale viene attuato comunque un iter diagnostico-terapeutico, la diagnosi principale è sempre la patologia per la quale è stata posta l'indicazione all'intervento, salvo il caso dell'emergere di una condizione controindicante ancora più grave e da trattare durante lo stesso ricovero.

Tipo ricovero	Motivo della mancata esecuzione	Diagnosi
Ordinario urgente	Controindicazione che non richiede il trattamento in regime di ricovero.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi principale: patologia per cui era necessario l'intervento • Diagnosi secondaria 1: V64.1 - intervento non eseguito per controindicazione • Diagnosi secondaria 2: patologia o condizione controindicante
	Controindicazione che necessita trattamento in regime di ricovero e non consente di effettuare l'intervento.	La patologia controindicante diventa la diagnosi principale. Non si deve usare il codice V64.1.
	Non eseguito per volontà del paziente.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi principale: patologia per cui era necessario l'intervento • Diagnosi secondaria 1: V64.2 - intervento non eseguito per volontà del paziente
	Altri motivi (indisponibilità della sala, guasti, ecc.).	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi principale: patologia per cui era necessario l'intervento • Diagnosi secondaria 1: V64.3 - intervento non eseguito per altri motivi

Ricoveri programmati (ordinari e DH-day surgery)

Tipo ricovero	Motivo della mancata esecuzione	Diagnosi
Ordinario programmato	Controindicazione che non richiede il trattamento in regime di ricovero. [1]	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi principale: V64.1 - intervento non eseguito per controindicazione • Diagnosi secondaria 1: patologia per cui era necessario l'intervento • Diagnosi secondaria 2: patologia o condizione controindicante
	Non eseguito per volontà del paziente. [2]	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi principale: V64.2 - intervento non eseguito per volontà del paziente • Diagnosi secondaria 1: patologia per cui era necessario l'intervento
	Altri motivi (indisponibilità della sala, guasti, ecc.). [1]	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi principale: V64.3 - intervento non eseguito per altri motivi • Diagnosi secondaria 1: patologia per cui era necessario l'intervento
Day surgery	Controindicazione che non richiede il trattamento in regime di ricovero [1]	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi principale: V64.1 - intervento non eseguito per controindicazione • Diagnosi secondaria 1: patologia o condizione controindicante • Diagnosi secondaria 2: patologia per cui era necessario l'intervento <p>Il DH diventa diagnostico!</p>
	Non eseguito per volontà del paziente	Annullare il DH. Gli accertamenti preoperatori sono a carico del paziente.
	Altri motivi (indisponibilità della sala, guasti, ecc.). [1]	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi principale: V64.3 - intervento non eseguito per altri motivi • Diagnosi secondaria 1: patologia per cui era necessario l'intervento

[1] Il ricovero viene annullato e riprogrammato in data successiva. La codifica della SDO illustrata qui accanto serve per i casi in cui la controindicazione è emersa poco prima, durante o dopo l'induzione dell'anestesia. Nei ricoveri ordinari il pernottamento impedisce, ovviamente, l'annullamento del ricovero.

[2] La codifica qui accanto serve per i casi di rifiuto avvenuti a ricovero già in atto con preparazione all'intervento già iniziata o pernottamento. Negli altri casi il ricovero deve essere annullato e il costo degli esami preoperatori deve essere addebitato al paziente.

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.

Capitolo 19 Ricoveri riabilitativi

Questo capitolo riguarda i ricoveri in reparti di recupero e riabilitazione funzionale (56), neuroriabilitazione (75) e unità spinale (28).

Scelta della Diagnosi

Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56).

Paziente non proveniente da reparti di acuzie (o oltre il termine massimo consentito per il riconoscimento tariffario in diretta connessione da reparto di acuzie).	Se il paziente non proviene da un reparto di acuzie o non viene ricoverato entro il termine massimo consentito per il riconoscimento tariffario in diretta connessione da reparto di acuzie, occorre selezionare per la diagnosi principale un codice V57._ (si sconsiglia l'uso del codice V57.9 in quanto aspecifico; tale codice è da utilizzarsi solo nei casi in cui i trattamenti non siano compresi in altri codici), oltre che le eventuali diagnosi secondarie e le procedure eseguite, secondo le normali regole di codificazione.
Paziente proveniente da acuzie a seguito di intervento per fratture o per altre complicazioni in MDC 8.	Nella DGR 11 novembre 2013, n. 55-6670 alla tabella 2 vengono indicate particolari modalità per la codificazione delle diagnosi per i ricoveri di Riabilitazione codice 56 riguardanti la MDC 8. Per distinguere le tipologie riabilitative che riguardano i ricoveri in cui è prevista la soglia di 30 gg prima dell'abbattimento tariffario giornaliero occorre che siano utilizzati i codici da 805__ a 809__ e da 820__ a 828__ e 9964_, 99677 e 99678 per l'identificazione della diagnosi principale.
Paziente proveniente da acuzie che non rientra nella casistica precedente.	Negli altri casi di ricovero di riabilitazione 56 direttamente connessi ad un ricovero in acuzie, si deve indicare come diagnosi principale quella che indica il bisogno assistenziale riabilitativo o, se non identificabile nei codici ICD9CM, la causa scatenante lo stesso bisogno e nelle diagnosi secondarie andranno specificati i codici V descrittivi del tipo di riabilitazione eseguita (Categoria V57_).

Neuroriabilitazione (75) e Unità spinale (28).

Nelle SDO dei ricoveri nelle discipline 28 e 75 devono essere sempre utilizzate le diagnosi scatenanti il bisogno assistenziale di tipo riabilitativo.

Day Hospital

Per i ricoveri in day hospital, in riferimento alla DGR 12-1665 del 7 marzo 2011, devono essere seguite le stesse regole concernenti la scelta della diagnosi principale ma deve essere sempre indicata convenzionalmente in diagnosi secondaria, anche quella riguardante la situazione clinica pregressa o ancora in atto e che ha causato la patologia inserita in diagnosi principale. (es: codici V di anamnesi)

Interventi-procedure

È necessario segnalare sempre i codici di intervento-procedura relativi all'attività di cura e diagnostica erogata durante il ricovero, che sono prevalentemente compresi nella rubrica 93.

Modalità di accettazione dei ricoveri in Riabilitazione

Si ricorda che per tutti i ricoveri di riabilitazione di II e I livello, deve essere sempre presente la **scheda di proposta di percorso riabilitativo** redatta dal fisiatra della struttura inviante o dallo specialista fisiatra dell'Asl di residenza del cittadino per i ricoveri provenienti dal domicilio, nonché del **progetto riabilitativo**, che deve essere sempre presente in cartella clinica, redatto dalla struttura riabilitativa che accetta il paziente. Per i ricoveri provenienti da reparti di acuzie deve essere anche presente la **proposta di ricovero** (protocollo operativo).

Il documento è stato predisposto da:

Orazio Barresi - A.S.L. AL N.C.R.E., Francesca Gandini - A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo - Direzione Sanitaria, Virginio Giordanello - A.S.L. CN2 - Programmazione e Controllo, Giuseppe Guerra - A.S.L. CN1 -Direttore Sanitario di Presidio Savigliano-Saluzzo, Simone Porretto - A.S.L. AL - Direttore Sanitario di Presidio Ovada-Acqui Terme, Roberto Sacco - A.S.L. TO3 - Direttore Sanitario P.O.R. Pinerolo, Paola Sguazzi ASO San Luigi Orbassano Direzione medica di presidio, Mirko Pia e Patrizia Sproviero, Settore organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali Regione Piemonte