

Deliberazione della Giunta Regionale 5 giugno 2017, n. 12-5131

**Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con il sistema di Classificazione internazionale ICD-9-CM 2007 - Revisione 2017. Revoca d.g.r. n. 24-918 del 19.01.2015.**

A relazione dell'Assessore Saitta:

Premesso che:

- il D.M. 28.12.1991 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;
- 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 SDO 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 la Regione Piemonte ha recepito l'Accordo del 29.4.2010 tra il Governo, le regioni e le Province Autonome di "Aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera";
- con D.G.R. n. 46 -7637 del 21.5.2014 sono state approvate le linee guida regionali per la corretta codifica delle SDO, con il documento "Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con il sistema di Classificazione internazionale ICD-9-CM 2007 - Revisione 2014";
- con D.G.R. n. 24 -918 del 19.1.2015 sono state modificate ed integrate le linee guida regionali sopracitate.

Vista l'introduzione del nuovo tracciato SDO recepito con D.D. n. 885 del 23.12.2016 in applicazione del decreto del Ministero della Salute del 7.12.2016 n. 261 "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera".

Considerato che la revisione del contenuto informativo della Scheda di Dimissione Ospedaliera ha tra le sue finalità il rafforzamento del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità a supporto, sia dei processi di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria che della rilevazione sistematica a scopi epidemiologici e che pertanto è necessario che la raccolta delle informazioni avvenga in modo omogeneo ai fini della validità e comparabilità dei dati.

Visto l'art. 4 comma 4 del DL 158/2012 il quale dispone che le Regioni debbano promuovere un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni delle singole unità assistenziali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, in raccordo con il Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE) dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali.

Considerata la valenza della SDO anche nella rilevazione degli indicatori del PNE, al fine di procedere nell'attività sopradescritta è necessario predisporre indicazioni che portino a definire la casistica osservata con gli stessi criteri e gli stessi livelli di completezza e qualità in tutti i centri.

Viste le linee guida ministeriali per la codifica nella SDO delle procedure percutanee valvolari (TAVI, ecc.) e le raccomandazioni ministeriali per codificare le sindromi coronariche acute e l'infarto miocardico acuto (IMA) approvati in data 4.7.2016 dalla Cabina di Regia per l'attuazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Considerata l'esigenza di modificare ed integrare le disposizioni in materia di codificazione delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) per consentire la piena coerenza delle regole di codifica alle modificazioni introdotte dai documenti ministeriali sopracitati.

Ritenuto alla luce delle considerazioni soprariportate di aggiornare le linee guida di cui alla D.G.R. n. 24 -918 del 19.1.2015.

A tal fine con il supporto della Commissione tecnica regionale per la valutazione della corretta codifica delle SDO e monitoraggio dell'attività di ricovero prevista dalla D.G.R. n. 7-13150 del 1.2.2010 è stato predisposto un documento di modifica ed integrazione delle disposizioni in materia di codificazione delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla D.G.R. n. 24 - 918 del 19.1.2015, allegato al presente provvedimento che ne è parte integrante e sostanziale.

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

Pertanto alla luce delle considerazioni esposte.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17/10/2016.

Visti:

il Decreto del Ministro della Sanità del 27.10.2000 n. 380;  
l'Accordo tra il Governo, le regioni e le Province Autonome del 29.4.2010;  
il Decreto del Ministero della Salute del 7.12.2016 n. 261;  
la D.G.R. n. 46-7637 del 21.5.2014;  
la D.G.R. n. 24 -918 del 19.1.2015;  
la D.D. n. 885 del 23.12.2016;

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

*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 2017" quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di stabilire che il documento allegato alla presente sostituisce integralmente il documento precedentemente approvato, ai sensi della D.G.R. n. 24 -918 del 19.1.2015;

- di stabilire che le Linee Guida previste dal presente provvedimento devono essere applicate a decorrere dall'attività di ricovero erogata dal 15 giugno 2017;
- di stabilire che tale documento costituisce riferimento per l'attività di monitoraggio e controllo dell'attività di ricovero da parte dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte;
- di richiedere di garantirne l'osservanza ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie, ai Legali rappresentanti di tutti gli Istituti di ricovero eroganti prestazioni per il S.S.N.;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

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. 22/2010.

(omissis)

Allegato

# Linee guida SDO 2017

---

*Linee guida per la codificazione delle informazioni cliniche rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale delle malattie ICD9CM versione 2007*

*Revisione anno 2017*



Assessorato alla Tutela  
della Salute e Sanità

Direzione Sanità - Settore  
Assistenza Specialistica e  
Ospedaliera

Il documento è stato predisposto da:

- Orazio Barresi – A.S.L. AL N.C.R.E. e N.C.I.
- Virginio Giordanello – A.S.L. CN2 – Programmazione, controllo e bilancio
- Giuseppe Guerra – A.S.L. CN1 – Direttore Sanitario del Presidio ospedaliero di Savigliano
- Simone Porretto – A.S.L. AL – Direttore Sanitario dei Presidi ospedalieri dell'ASL di Alessandria
- Roberto Sacco – A.S.L. TO3 – Direttore Sanitario P.O.R. Pinerolo
- Paola Sguazzi – ASO San Luigi Orbassano – Direzione medica di presidio
- Anna Maria Orlando e Patrizia Sproviero – Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera – Regione Piemonte



# Indice

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>20</b>
<b>VARIAZIONI RISPETTO ALLA VERSIONE PRECEDENTE.....</b>	<b>22</b>
<b>ASPETTI GIURIDICO-NORMATIVI.....</b>	<b>24</b>
COMPITI E RESPONSABILITÀ.....	25
<i>Compilazione della SDO</i> .....	25
<i>Verifiche e controlli</i> .....	26
<i>Conclusioni</i> .....	26
<b>CONCETTI FONDAMENTALI .....</b>	<b>28</b>
SDO.....	28
TRASFERIMENTI INTERNI .....	28
IL MANUALE ICD-9-CM .....	28
STRUTTURA DEI CODICI DIAGNOSI .....	29
STRUTTURA DEI CODICI INTERVENTO.....	29
PUNTO TIPOGRAFICO .....	29
DIAGNOSI PRINCIPALE .....	29
DIAGNOSI SECONDARIE .....	30
LATERALITÀ DELLA DIAGNOSI .....	31
STADIAZIONE CONDENSATA .....	31
INTERVENTO PRINCIPALE.....	31
GERARCHIA DEI CODICI INTERVENTO .....	32
INTERVENTI SECONDARI .....	34
LATERALITÀ INTERVENTO .....	34
INIZIO INTERVENTO .....	34
CODICI FISCALI ANESTESISTA E OPERATORI .....	34

RICERCA DEI CODICI DIAGNOSI.....	35
CODICI COMBINATI .....	36
CODIFICA MULTIPLA .....	37
RICERCA DEI CODICI INTERVENTO .....	37
VIA DI ACCESSO.....	37
DRG.....	37
CODICI V.....	38
CODICI E.....	38
<b>PROBLEMI COMUNI .....</b>	<b>39</b>
ACCESSI VASCOLARI .....	39
ANAMNESI .....	39
AVVELENAMENTO E INTOSSICAZIONE DA FARMACI .....	39
BIOPSIE .....	40
<i>Biopsie endoscopiche .....</i>	<i>40</i>
<i>Biopsie per spazzolamento (brush) o per aspirazione .....</i>	<i>40</i>
<i>Biopsie in corso di intervento chirurgico .....</i>	<i>40</i>
<i>Biopsia osteomidollare .....</i>	<i>40</i>
CHIRURGIA PLASTICA DOPO ALTRO INTERVENTO .....	40
COLLOCAZIONE E SISTEMAZIONE DI PROTESI E DISPOSITIVI.....	41
CONDIZIONI IMMINENTI .....	41
CONTROLLO DI APERTURE ARTIFICIALI (V55. _) .....	41
CONVERSIONE IN CIELO APERTO .....	41
CURE PALLIATIVE (V66.7) .....	41
NARCOSI PER DH DIAGNOSTICI .....	42
ORGANO O TESSUTO SOSTITUITO DA TRAPIANTO O SOSTITUITO CON ALTRI MEZZI.....	42
POSTUMI .....	42
PRELIEVO DI SANGUE .....	43

PRESTAZIONI IN ALTRO OSPEDALE .....	43
RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI.....	43
RISULTATI ANOMALI .....	44
TERAPIE RIPETUTE.....	44
TRATTAMENTO NON ESEGUITO (V64.1 - V64.2 - V64.3) .....	45
<i>Ricoveri programmati – mancata effettuazione intervento programmato</i> .....	45
<i>Ricovero ordinario urgente – mancata effettuazione intervento</i> .....	45
TRATTAMENTO ORTOPEDICO ULTERIORE (V54) .....	46
<b>MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE, SETTICEMIA E SEPSI.....</b>	<b>47</b>
STATO DI PORTATORE O PORTATORE SOSPETTO DI MALATTIE INFETTIVE .....	47
INFEZIONE DA HIV, VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA .....	47
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE COMPLICANTI GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	48
SETTICEMIA, SIRS, SEPSI, SEPSI SEVERA, SHOCK SETTICO.....	48
SETTICEMIA O SEPSI .....	49
SEPSI SEVERA (SIRS DA INFEZIONE) .....	49
SHOCK SETTICO .....	49
ESEMPI DI SETTICEMIA E/O SEPSI .....	50
SIRS NON DA INFEZIONE.....	53
INFEZIONI IN CONDIZIONI MORBOSE CLASSIFICATE ALTROVE E DI SEDE NON SPECIFICATA (041 BATTERICHE E 079 DA VIRUS E CLAMIDIA) .....	53
INFEZIONI NEL NEONATO .....	53
<b>TUMORI .....</b>	<b>54</b>
TUMORI DI NATURA NON SPECIFICATA .....	54
TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO .....	54
OSSERVAZIONE PER SOSPETTO DI NEOPLASIA .....	55
RICOVERO PER DIAGNOSI O STADIAZIONE.....	55
RICOVERO FINALIZZATO AL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE ONCOLOGICO.....	55
RICOVERO PER INTERVENTO O PROCEDURA INVASIVA .....	55

RADIOTERAPIA E/O CHEMIOTERAPIA .....	56
RICOVERO PER CICLI DI IMMUNOTERAPIA.....	56
RICOVERO PER BRACHITERAPIA O PER TERAPIE RADIOMETABOLICHE .....	56
CHEMIOEMBOLIZZAZIONE, ALCOLIZZAZIONE, TERMOABLAZIONE .....	56
<i>Chemioembolizzazione</i> .....	57
<i>Alcolizzazione</i> .....	57
<i>Termoablazione</i> .....	57
<i>Radiofrequenza</i> .....	57
METODICA “STOP FLOW”.....	57
RICOVERO PER INSERIMENTO DI “ACCESSO VASCOLARE”.....	58
RICOVERO PER IL TRATTAMENTO DI UNA COMPLICANZA .....	58
RICOVERO PER PATOLOGIA ACUTA IN PAZIENTE NEOPLASTICO .....	58
ESTENSIONE PER CONTIGUITÀ O A DISTANZA (METASTASI).....	58
RICOVERO PER CURE PALLIATIVE .....	59
RECIDIVA NEOPLASTICA .....	59
LINFOMA .....	59
SINDROME MIELODISPLASTICA .....	59
TUMORI DELLA MAMMELLA.....	59
<i>Ricostruzione chirurgica della mammella in paziente mastectomizzata</i> .....	59
<i>Linfonodo sentinella</i> .....	60
<i>Stato dei recettori</i> .....	62
ROLL ESNOL .....	62
RADICALIZZAZIONI .....	62
<i>Melanoma</i> .....	62
<i>Altre neoplasie</i> .....	63
PROSTATA .....	63
<b>DIABETOLOGIA .....</b>	<b>64</b>

<i>Diabete mellito e complicazioni del diabete</i> .....	64
<i>Tipo di diabete</i> .....	64
<i>Complicazioni a lungo termine o croniche</i> .....	65
<i>Diabete latente</i> .....	65
<i>Diabete provocato da terapia con steroidi</i> .....	65
<i>Diabete gestazionale</i> .....	65
<i>Gravidanza in donna diabetica</i> .....	65
<i>Malfunzionamento della pompa di insulina</i> .....	66
<i>Recentazione necrosi diabetica e rimozione frammenti ossei necrotici</i> .....	67
<b>EMATOLOGIA</b> .....	<b>69</b>
ANEMIA .....	69
PERDITA EMATICA DOPO INTERVENTO CHIRURGICO .....	70
TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO E DI CELLULE STAMINALI .....	70
RICOVERO PER DONAZIONE DI MIDOLLO OSSEO O DI CELLULE STAMINALI .....	71
DIFETTI DELLA COAGULAZIONE .....	71
INFUSIONE DI LINFOCITI (AUTOTRASFUSIONE) .....	71
<b>DISTURBI MENTALI</b> .....	<b>74</b>
DEMENZE .....	74
<i>Demenza da m. di Alzheimer</i> .....	74
<i>Demenza degenerativa non da Alzheimer</i> .....	74
<i>Decadimento cognitivo esito di ictus</i> .....	74
<i>Demenza multi infartuale</i> .....	74
<i>Demenza presenile “organica”</i> .....	74
<i>Demenza senile “organica”</i> .....	74
<i>Demenza da trauma cranico</i> .....	75
<i>Demenza – ricovero per motivi socio-familiari</i> .....	75
<b>TERAPIA ANTALGICA</b> .....	<b>77</b>

<i>Inserzione di pompa totalmente impiantabile per infusione spinale</i> .....	77
SOSTITUZIONE O RIMOZIONE POMPA PER INFUSIONE SPINALE .....	77
DENERVAZIONE E INFILTRAZIONE DELLE FACETTE ARTICOLARI .....	78
RADIOFREQUENZA .....	78
<i>Termorizotomia retro gasseriana</i> .....	78
<i>Denervazione e rimodulazione a radiofrequenza</i> .....	78
BLOCCHI SPINALI .....	78
EPIDUROLISI.....	79
EPIDUROSCOPIA .....	79
PNE TEST.....	79
NEUROSTIMOLAZIONE SPINALE .....	79
<i>Impianto provvisorio</i> .....	79
<i>Impianto definitivo</i> .....	81
<i>Reimpianto</i> .....	81
<i>Rimozione neurostimolatore</i> .....	81
<i>Rimozione elettrodi</i> .....	81
<i>Rimozione per inefficacia</i> .....	81
<i>Rimozione per infezione o decubito</i> .....	81
<i>Rimozione per dislocazione</i> .....	81
NEUROSTIMOLAZIONE NERVO PERIFERICO.....	82
EPIDURALE SELETTIVA .....	82
INFILTRAZIONE NEUROLITICA .....	82
ANGINA PECTORIS .....	82
<b>NEUROLOGIA</b> .....	<b>83</b>
EPILESSIE .....	83
EMIPLEGIA E ALTRE SINDROMI PARALITICHE.....	83
SINCOPE .....	84

SCLEROSI MULTIPLA .....	84
BIOPSIA PERCUTANEA DI LESIONE CEREBRALE.....	85
IPERIDROSI (TRATTAMENTO CHIRURGICO) .....	85
<b>OCULISTICA.....</b>	<b>86</b>
ANESTESIA.....	86
INIEZIONE INTRAVITREALE .....	86
INNESTO DI LIMBUS E INNESTO DI MEMBRANA AMNIOTICA.....	86
TRATTAMENTO DEL GLAUCOMA CRONICO AD ANGOLO APERTO.....	86
IMPIANTO DI LIPOCITI PER GRAVI RETINOPATIE .....	87
IMPIANTO DI RETE CONTENITIVA PER IL CRISTALLINO .....	87
INTERVENTI SUL CORPO VITREO.....	87
CATARATTA.....	87
<b>CARDIOLOGIA .....</b>	<b>90</b>
INFARTO MIOCARDICO ACUTO (IMA).....	90
<i>IMA con sopra slivellamento ST (STEMI).....</i>	<i>90</i>
<i>IMA senza sopra slivellamento ST (NSTEMI).....</i>	<i>90</i>
<i>IMA STEMI in BBS o PM o DF.....</i>	<i>91</i>
<i>Re-infarto o estensione della lesione necrotica .....</i>	<i>91</i>
<i>(Re) infarto da occlusione dello stent .....</i>	<i>91</i>
<i>Infarto perioperatorio (periprocedurale).....</i>	<i>92</i>
<i>Angina instabile.....</i>	<i>93</i>
<i>Danno miocardico da causa non specificata (troponinosi).....</i>	<i>93</i>
<i>Malattia coronarica cronica senza infarto .....</i>	<i>93</i>
<i>Durata superiore alle otto settimane.....</i>	<i>93</i>
<i>Complicazioni.....</i>	<i>93</i>
<i>Comorbidità.....</i>	<i>95</i>
<i>Infarto miocardico pregresso.....</i>	<i>95</i>

PCI.....	95
<i>Angioplastica coronarica</i> .....	95
<i>Angioplastica primaria e stadiata</i> .....	95
PACE-MAKER.....	96
<i>Impianto in fase acuta</i> .....	96
<i>Impianto in elezione</i> .....	96
<i>Malfunzionamento del pace-maker</i> .....	96
<i>Sostituzione di pace-maker</i> .....	96
<i>Impianto PM permanente</i> .....	96
<i>Apparecchio a camera doppia</i> .....	96
<i>Sostituzione di PM</i> .....	96
<i>Pacemaker temporaneo</i> .....	97
DEFIBRILLATORI.....	97
<i>Impianto in fase acuta</i> .....	97
<i>Impianto in elezione e sostituzione</i> .....	97
<i>Codici intervento</i> .....	97
LOOP RECORDER.....	99
INSUFFICIENZA CARDIACA.....	99
<i>Codifica dell'insufficienza cardiaca</i> .....	100
<i>Comorbidità</i> .....	101
IPERTENSIONE ARTERIOSA .....	103
<i>Ipertensione essenziale</i> .....	103
<i>Cardiopatìa ipertensiva</i> .....	103
<i>Nefropatia cronica ipertensiva</i> .....	104
<i>Cardio-nefropatia cronica ipertensiva</i> .....	104
<i>Cerebrovasculopatia ipertensiva</i> .....	104
<i>Retinopatia ipertensiva</i> .....	104

<i>I</i> pertensione transitoria.....	105
<i>I</i> pertensione non controllata .....	105
INTERVENTI PERCUTANEI SULLE VALVOLE .....	106
<i>V</i> alvola aortica – TAVI.....	106
<i>V</i> alvola mitrale .....	106
<i>V</i> alvola tricuspide.....	108
<i>V</i> alvola polmonare .....	108
<b>CARDIOCHIRURGIA .....</b>	<b>109</b>
DIFETTI SETTALI.....	109
<i>C</i> hiusura percutanea difetto interatriale.....	109
<i>C</i> hiusura forame ovale .....	109
FOLLOW-UP - CONVALESCENZA PER INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO .....	109
<b>CHIRURGIA VASCOLARE .....</b>	<b>110</b>
ANGIOPLASTICA VASI PERIFERICI .....	110
<i>V</i> asi cerebrali o pre cerebrali.....	110
<i>A</i> ltri vasi .....	110
TRATTAMENTO VARICI .....	110
<i>C</i> rossing.....	110
<i>L</i> aserterapia endovascolare .....	110
<i>S</i> EPS .....	110
<i>T</i> IPSS .....	111
<i>B</i> rachiterapia.....	111
REINTERVENTO PER CONTROLLO DI EMORRAGIA POST-OPERATORIA .....	111
PORTATORI DI BY-PASS, PROTESI VALVOLARI, PACE MAKER.....	111
VAC THERAPY .....	112
<b>PNEUMOLOGIA.....</b>	<b>113</b>
BPCO .....	113

INSERIMENTO DI PROTESI FONATORIA IN PAZIENTI LARINGECTOMIZZATI .....	113
SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA IN PAZIENTI LARINGECTOMIZZATI.....	114
TERAPIA VENTILATORIA .....	114
<i>Gestione dell'Insufficienza Respiratoria.....</i>	<i>114</i>
<i>Terapia respiratoria non invasiva – Gruppo codici 93.9.....</i>	<i>114</i>
<i>Terapia respiratoria invasiva – Gruppo dei codici 96.7 .....</i>	<i>115</i>
PROCEDURE ENDOSCOPICHE .....	116
<i>Tracheali.....</i>	<i>116</i>
<i>Bronchiali.....</i>	<i>117</i>
ABLAZIONE PERCUTANEA .....	119
<b>OTORINOLARINGOIATRIA.....</b>	<b>120</b>
TONSILLECTOMIA E ADENOIDECTOMIA .....	120
OSAS.....	121
<i>Polisonnografia a 5 canali .....</i>	<i>122</i>
<i>Polisonnografia a 7 canali .....</i>	<i>122</i>
DEVAZIONE DEL SETTO NASALE .....	122
<i>Deviazione del setto nasale acquisita.....</i>	<i>123</i>
<i>Deviazione del setto nasale congenita .....</i>	<i>123</i>
FRATTURA NASALE .....	123
<i>Correzione chiusa .....</i>	<i>123</i>
<i>Correzione aperta .....</i>	<i>124</i>
EPISTASSI .....	124
VERTIGINI.....	124
LESIONI DELLE CORDE VOCALI .....	124
<b>APPARATO DIGERENTE E ADDOME.....</b>	<b>127</b>
COLICA ADDOMINALE .....	127
CODIFICA DI ALCUNE FORME DI DISPLASIA DEGLI ORGANI DIGERENTI .....	127

ESOFAGITE CON EMORRAGIA E VARICI ESOFAGEE .....	127
PROTESI METALLICA ESOFAGEA.....	128
CHIRURGIA BARIATRICA.....	128
VIDEOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON CAPSULA.....	128
COMPLICAZIONI DA COLOSTOMIA ED ENTEROSTOMIA.....	128
ENDOPROTESI PER LA DILATAZIONE INTESTINALE DEL COLON .....	129
ENDOPROTESI PER LA DILATAZIONE INTESTINALE DEL RETTO.....	129
EMORROIDECTOMIA .....	129
INTERVENTO DI STARR.....	129
PROTESI DELLO SFINTERE ANALE.....	129
ABLAZIONE PER VIA PERCUTANEA DI LESIONE O TESSUTO DEL FEGATO.....	130
ERNIE ADDOMINALI .....	130
<b>NEFROLOGIA.....</b>	<b>131</b>
INSUFFICIENZE RENALI ACUTE E CRONICHE.....	131
<i>Malattia renale cronica .....</i>	<i>131</i>
<i>Disfunzione renale in trapiantato.....</i>	<i>131</i>
ACCESSO VENOSO PER DIALIZZATI.....	132
<b>UROLOGIA .....</b>	<b>133</b>
COLICA RENALE .....	133
IDRONEFROSI .....	133
ABLAZIONE PER VIA PERCUTANEA DI LESIONE O TESSUTO DEL RENE .....	133
ESWL .....	133
EMATURIA .....	133
STENOSI URETERALE .....	134
STENOSI URETRALE .....	134
SFINTEROTOMIA VESCICALE .....	135
INCONTINENZA URINARIA .....	135

IMPIANTO DI PACE-MAKER NEURALI .....	135
MAPPING PROSTATICO .....	135
INTERVENTO PER LA CORREZIONE DEL VARICOCELE.....	136
FIMOSI E FRENULO BREVE .....	136
<b>GRAVIDANZA, PARTO, PUERPERIO.....</b>	<b>138</b>
NOTE GENERALI SULLA SDO MATERNA .....	138
PARTO FISIOLÓGICO .....	139
GRAVIDANZA MULTIPLA .....	141
CONDIZIONI COMPLICANTI LA GRAVIDANZA, IL PARTO O IL PUERPERIO .....	141
<i>Condizioni infettive complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio.....</i>	<i>141</i>
ANALGESIA PER IL TRAVAGLIO DI PARTO .....	142
TAGLIO CESAREO.....	142
PARTO NON AVVENUTO IN OSPEDALE .....	143
RIOSPEDALIZZAZIONE DI MAMMA IN ALLATTAMENTO .....	143
<i>Ri-ospedalizzazione del neonato.....</i>	<i>143</i>
<i>Prolungamento del ricovero per nascita .....</i>	<i>143</i>
<i>Ricovero per patologia materna .....</i>	<i>143</i>
IVG FARMACOLOGICO.....	144
<i>Scheda ISTAT.....</i>	<i>145</i>
<b>DERMATOLOGIA .....</b>	<b>146</b>
LESIONI DA DECUBITO .....	146
ASPORTAZIONE DI LESIONI CUTANEE .....	146
<b>ORTOPEDIA .....</b>	<b>156</b>
FRATTURE PATOLOGICHE .....	156
VERTEBROPLASTICA E CIFOPLASTICA.....	156
INTERVENTO PER VIA ENDOSCOPICA .....	156
REVISIONE DI SOSTITUZIONE DI ANCA O DI GINOCCHIO.....	156

INSERZIONE DI KINE-SPRING .....	156
LEGAMENTI CROCIATI DEL GINOCCHIO .....	157
INNESTO OSTEOCONDRALE .....	157
<i>Primo intervento per autoinnesto</i> .....	157
ALTRE PATOLOGIE DEL GINOCCHIO .....	157
INTERVENTI SULLA SPALLA .....	157
<i>Rottura della cuffia dei rotatori</i> .....	157
<i>Lussazione ricorrente della spalla</i> .....	158
SINDROME DEL TUNNEL CARPALE .....	158
APONEUROLISI PERCUTANEA (CON COLLAGENE) .....	158
INTERVENTI PER ERNIA DISCALE.....	159
<i>Tecnica chirurgica a cielo aperto</i> .....	159
<i>Radiofrequenza o laser</i> .....	159
<i>Iniezione locale sostanze terapeutiche</i> .....	159
RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE .....	159
<i>Rimozione di mezzi di fissazione interni</i> .....	159
<i>Rimozione di filo di Kirschner o chiodo Steinmann</i> .....	159
<i>Rimozione di altro fissatore esterno</i> .....	159
<i>Rimozione di gesso o ferula</i> .....	159
METODICHE RIGENERATIVE .....	160
<b>MALFORMAZIONI CONGENITE .....</b>	<b>161</b>
REGOLE SPECIFICHE DI CODIFICA.....	161
<b>NEONATOLOGIA – PEDIATRIA.....</b>	<b>162</b>
NOTE GENERALI SDO NEONATO (FINO A 28 GIORNI DI VITA) .....	162
EVENTO NASCITA.....	162
<i>Diagnosi principale</i> .....	162
<i>Diagnosi secondarie</i> .....	162

<i>Vaccinazioni e screening</i> .....	163
<i>Nato morto</i> .....	163
RICOVERO DI NEONATO SUCCESSIVAMENTE ALL'EVENTO NASCITA .....	163
<i>Neonato sano che accompagna la madre</i> .....	163
<i>Neonato sano, nato fuori dall'ospedale e ricoverato con la madre</i> .....	163
<i>Neonato ricoverato per patologia (ricovero successivo)</i> .....	163
<i>Ricovero per osservazione di condizioni morbose sospette</i> .....	164
CAUSE MATERNE DI MORBILITÀ E MORTALITÀ PERINATALE .....	164
INFEZIONI NEONATALI.....	164
DISTURBI DELLA CRESCITA E DEL PESO ALLA NASCITA .....	164
TRAUMI OSTETRICI.....	164
IPOSSIA INTRAUTERINA E PROBLEMI RESPIRATORI NEONATALI.....	165
<i>Sofferenza fetale</i> .....	165
<i>Asfissia grave</i> .....	165
<i>Sindrome da distress respiratorio neonatale</i> .....	165
NATO DA MADRE POSITIVA PER INFEZIONE (NASCITA) .....	165
<i>Neonato sano e con accertamenti negativi</i> .....	165
<i>Neonato asintomatico ma positivo agli accertamenti colturali e sierologici</i> .....	165
<i>Neonato sintomatico</i> .....	165
<i>Neonato asintomatico con accertamenti positivi ma non ancora dirimenti circa la possibile trasmissione dell'infezione</i> .....	167
NEONATO NATO DA MADRE CON ROTTURA PREMATURA DELLE MEMBRANE.....	167
MALATTIA EMOLITICA DEL NEONATO ANTI RH O ANTI ABO .....	167
ITTERO NEONATALE .....	169
NEONATO DA MADRE DIABETICA (NASCITA) .....	169
NATO DA MADRE CHE ASSUME SOSTANZE POTENZIALMENTE TOSSICHE .....	170
NEONATI TRASFERITI .....	171
<b>SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI</b> .....	<b>172</b>

<b>TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI .....</b>	<b>173</b>
CODICI E.....	173
COMPLICAZIONI DI TRAPIANTO DI RENE.....	173
SIRS DA PROCESSI NON INFETTIVI.....	173
AVVELENAMENTO E INTOSSICAZIONE DA FARMACI.....	173
<b>CODICI V.....</b>	<b>174</b>
RICERCA DEI CODICI V .....	175
<b>RICOVERI RIABILITATIVI DISCIPLINA 56 .....</b>	<b>176</b>
DIAGNOSI PRINCIPALE .....	176
<i>Ricoveri in connessione con il ricovero in acuzie.....</i>	<i>176</i>
<i>Ricoveri non in connessione con il ricovero in acuzie.....</i>	<i>178</i>
DIAGNOSI SECONDARIE .....	179
<i>Ricoveri in connessione con l'episodio di acuzie .....</i>	<i>179</i>
<i>Ricoveri non in connessione con l'episodio di acuzie .....</i>	<i>179</i>
INTERVENTI E PROCEDURE .....	179
<b>RICOVERI RIABILITATIVI DISCIPLINE 28 E 75 .....</b>	<b>181</b>
<b>RICOVERI IN DISCIPLINA 60.....</b>	<b>183</b>



# Introduzione

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 ICD9CM. 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 regole di codificazione, 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 cardiologia, ortopedia e traumatologia, urologia, otorinolaringoiatria, anestesia e rianimazione (terapia del dolore) per facilitare la corretta codifica.

In queste linee guida sono contenute:

1. le **regole generali** per individuare i codici delle diagnosi e degli interventi-procedure da inserire nella scheda di dimissione ospedaliera;
2. 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).

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

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



# **Variazioni rispetto alla versione precedente**

Le principali variazioni rispetto alla versione precedente riguardano:

- la parte generale, che è stata riorganizzata e snellita
- i nuovi campi della SDO relativi alle informazioni accessorie sulle diagnosi e sugli interventi
- per la cardiologia l'adeguamento alle linee guida ministeriali per la codifica dell'IMA e degli interventi percutanei e la miglioria della codifica relativamente a pacemaker e defibrillatori
- per la riabilitazione l'uso di diagnosi principali più consone alla post acuzie ed in linea con le altre Regioni, senza alterare l'attribuzione delle MDC.



# Aspetti giuridico-normativi

In base ai decreti ministeriali 28 dicembre 1991 e 27 ottobre 2000 n. 380 (come modificato dal DM 7 dicembre 2016 n. 261)

- la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale, comprensive dell'obbligo di conservazione della documentazione cartacea o di suo equivalente documento digitale;
- tutte le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera devono trovare valida e completa documentazione analitica nelle corrispondenti cartelle cliniche.

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.

I dati raccolti mediante la SDO devono essere funzionali a:

- supportare i processi di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, (come individuato all'articolo 85, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196);
- perseguire le finalità relative ai trattamenti effettuati per scopi statistici dai soggetti pubblici che fanno parte del SISTAN e ai trattamenti effettuati per scopi scientifici (articolo 98, comma 1, lettere b) e c) del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196);
- consentire una rilevazione sistematica a scopi epidemiologici.

Il DM 7 dicembre 2016 n. 261 conferma i seguenti punti:

- La SDO deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati, compresi i neonati.
- La SDO è parte integrante della cartella clinica di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.
- La cartella clinica ospedaliera costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti, che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente.
- Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura; essa, conseguentemente, coincide con la storia

della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno dell'istituto di cura ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura.

- L'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura. Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.
- In caso di ricovero diurno, la cartella clinica, e la corrispondente SDO, devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero ciclo di trattamento; ogni singolo accesso giornaliero del paziente è conteggiato come giornata di degenza e la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale; la cartella clinica, e la corrispondente SDO, relative ai ricoveri diurni, devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, salvo dar luogo a una nuova cartella, e a una nuova SDO, per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero proseguire l'anno successivo.
- Nel caso di trasferimento del paziente dal regime di ricovero diurno ad altro regime di ricovero, o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova cartella clinica e una nuova SDO.

## Compiti e responsabilità

### Compilazione della SDO

Secondo il DM 27/10/2000 n. 380

*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 [...].*

Il medico responsabile dell'assistenza e della dimissione è, di norma, il più qualificato nell'identificare i codici e la loro gerarchia, rispondenti all'episodio di ricovero.

La SDO deve essere firmata dallo 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*)

## Verifiche e controlli

Il **direttore di struttura complessa** è responsabile in vigilando della compilazione e della tenuta della documentazione clinica.

Secondo l'art. 2 c. 4 del D.M. 380 del 27/10/2000

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

## Conclusioni

La **corretta rappresentazione della cartella clinica** nella SDO mediante i codici ICD-9-CM è condizione indispensabile per:

- la raccolta delle informazioni sulle modalità dell'assistenza erogata
- gli studi di tipo epidemiologico.
- le valutazioni dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri nel loro complesso

La cartella clinica ospedaliera e la SDO devono **rappresentare l'intero ricovero** del paziente nell'istituto di cura nel medesimo regime assistenziale, **comprendendo eventuali trasferimenti interni**.

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**, da cui la necessità di una raccolta accurata delle informazioni in base al principio di congruenza e che permettano le necessarie valutazioni da parte degli organismi di controllo.

Il **medico** che compila la SDO deve considerare **l'intero percorso diagnostico e terapeutico** del paziente fin dal momento del suo ricovero, 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 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.



# Concetti fondamentali

## SDO

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) è

*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”).*

In essa le informazioni di carattere clinico sono inserite mediante i codici alfanumerici della classificazione ICD-9-CM.

Nel compilare la SDO deve essere preso in considerazione l'intero percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale e riabilitativo del paziente, dal momento del ricovero alla dimissione e, se si sono verificati trasferimenti interni, anche quanto fatto negli altri reparti.

## Trasferimenti interni

Nell'ambito della stessa struttura di ricovero (si fa riferimento al codice struttura HSP11) il trasferimento del paziente tra due reparti di acuzie non deve dar luogo alla chiusura della SDO e alla apertura di una nuova SDO.

È richiesta, invece, la chiusura della SDO (dimissione) e l'apertura di una nuova SDO perché le modalità di remunerazione sono differenti al passaggio

- da regime diurno a ordinario o viceversa
- da acuzie a post acuzie o viceversa
- da riabilitazione a lungodegenza o viceversa
- da riabilitazione II livello a riabilitazione I livello o viceversa

## Il manuale ICD-9-CM

Il manuale ICD-9-CM versione 2007, edito dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, è strutturato in cinque parti:

- Indice alfabetico delle diagnosi
- Elenco sistematico delle diagnosi

- Indice alfabetico degli interventi
- Elenco sistematico degli interventi
- Codici E di causa esterna

## Struttura dei codici diagnosi

La maggior parte dei codici diagnosi ha cinque cifre, una minoranza quattro, pochissimi solo tre. Poiché si tratta di cifre e non di numeri (codici alfanumerici per gli informatici) gli zeri iniziali hanno un significato preciso: 011.01 indica *Tubercolosi del polmone infiltrativa, esame batteriologico o istologico non effettuato* mentre 110.1 si riferisce a *Dermatofitosi dell'unghia*.

## Struttura dei codici intervento

La maggior parte dei codici intervento ha quattro cifre, una minoranza solo tre. Per alcuni interventi esiste un codice per la procedura monolaterale ed uno per quella bilaterale. Nel caso di un intervento bilaterale, se non esiste il codice specifico per la bilateralità, si deve inserire due volte il codice monolaterale.

## Punto tipografico

Nel manuale ICD-9-CM i codici relativi alle diagnosi e alle procedure contengono dei punti: esempio 574.00 *Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, senza menzione di ostruzione*. Tali punti sono solo un espediente tipografico per agevolare la lettura e non devono essere inseriti nella SDO informatica.

## Diagnosi principale

La definizione ai sensi del DM 380/2000 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.*

Nella SDO la diagnosi principale corrisponde al primo dei sei codici diagnosi inseribili e deve corrispondere alla patologia che ha determinato il maggior consumo di risorse durante il ricovero. Quindi è necessario:

- considerare anche quanto successo in altri reparti, qualora vi siano stati trasferimenti interni;

- non focalizzarsi sulla propria disciplina, perché un reparto di medicina può indicare una patologia chirurgica o viceversa un reparto chirurgico può indicare una patologia medica;
- tenere presente che una sala operatoria o di emodinamica o di radiologia interventistica sono strutture ad alto consumo di risorse.

Gli errori più comuni nell'indicazione della diagnosi principale sono:

- inserire il codice di un segno o di un sintomo anziché la patologia causale (si può fare solo se non esiste alcun'altra informazione);
- inserire il codice di una patologia non coerente con l'intervento chirurgico segnalato nell'apposita sezione della SDO;
- inserire un codice che nel manuale ICD-9-CM parte sistematica (la seconda) è associato a una frase del tipo "codificare prima ...";
- usare un codice (di solito finiscono con uno 0 o un 9) riferibile a un quadro clinico aspecifico quando esistono alternative che forniscono un'informazione più circostanziata.

## Diagnosi secondarie

I restanti cinque spazi nella SDO, riservati alle diagnosi, servono per indicare le complicazioni e le comorbidità.

Per le seguenti circostanze è obbligatorio inserire un codice nelle diagnosi secondarie:

- esito della nascita nella SDO della madre (es. V27.0 nato singolo vivo)
- infezioni
- codici aggiuntivi che servono a definire meglio la condizione clinica utilizzata come diagnosi principale (nel manuale ICD-9-CM si trova una frase del tipo "codificare anche ...")

In tutti gli altri casi nelle diagnosi secondarie si devono indicare le complicazioni e le comorbidità **solo se**

- 1) la cartella clinica contiene chiara evidenza di maggior consumo di risorse rispetto a un caso normale per:
  - a) diagnostica mirata aggiuntiva
  - b) maggiore assistenza medica
  - c) maggiore assistenza infermieristica
- 2) è specificato nelle presenti linee guida

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

## Lateraltà della diagnosi

Nella classificazione ICD-9-CM per alcune patologie esiste un codice specifico per la condizione bilaterale; in caso contrario è necessario usare due volte il codice relativo alla patologia monolaterale, che non distingue tra destra e sinistra.

Nella nuova SDO ad ogni campo diagnosi è associato un campo dove indicare il lato della patologia, ovviamente se non si tratta di una localizzazione anatomica unica.

## Stadiazione condensata

Nella nuova SDO ad ogni campo diagnosi è associato un campo dove indicare lo stadio della neoplasia maligna utilizzando una stadiazione condensata.

## Intervento principale

Il primo dei codici intervento inseribile nella SDO è detto intervento principale e deve ospitare:

- il codice dell'eventuale intervento chirurgico
- oppure, se non è stato eseguito alcun intervento chirurgico, l'atto terapeutico o diagnostico più invasivo (es. PTCA, CPRE, ecc.) oppure la terapia o l'esame più oneroso, in termini di costi di struttura, personale, materiale (vedere prospetto con la gerarchia).

Il Grouper, il programma che attribuisce i DRG, identifica l'intervento-procedura a maggior consumo di risorse in base ad una classificazione interna (v. paragrafo successivo) a prescindere dalla posizione in cui è inserito il codice (dalla prima all'undicesima) e lo confronta con la diagnosi principale. Se non riscontra una coerenza logica tra i due codici, assegna un DRG incoerente (468, 470, 476, 477). Nella maggior parte dei casi ciò avviene in presenza di una diagnosi principale medica a fronte di un intervento chirurgico. Se, ad esempio, la diagnosi principale è *482.83 Polmonite da altri batteri gram-negativi* e l'intervento secondario 2 è *81.51 Sostituzione totale dell'anca*, il Grouper assegna il DRG *468 Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale* perché non trova un nesso logico tra polmonite e PTA.

Inserire i codici intervento in ordine decrescente di assorbimento di risorse serve al compilatore per valutare a colpo d'occhio l'appropriatezza del codice diagnosi inserito in posizione principale.

In alcuni casi, specie in presenza di una diagnosi medica grave e responsabile della maggior parte della degenza, è inevitabile l'attribuzione di un DRG incoerente.

## Gerarchia dei codici intervento

- 1) Interventi chirurgici a cielo aperto
- 2) Interventi per via endoscopica e/o laparoscopica
- 3) 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)
  - a) 00.10 — impianto di agenti chemioterapici
  - b) 00.15 — infusione di interleuchina – 2 ad alte dosi (IL-2)
  - c) 87.53 — colangiografia intraoperatoria
  - d) 88.52 — angiocardigrafia del cuore destro
  - e) 88.53 — angiocardigrafia del cuore sinistro
  - f) 88.54 — angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro
  - g) 88.55 — arteriografia coronarica con catetere singolo
  - h) 88.56 — arteriografia coronarica con catetere doppio
  - i) 88.57 — altra e non specificata arteriografia coronarica
  - j) 88.58 — roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
  - k) 92.27 — impianto o inserzione di elementi radioattivi
  - l) 92.30 — radiochirurgia stereotassica S.A.I.
  - m) 92.31 — radiochirurgia fotonica a sorgente singola
  - n) 92.32 — radiochirurgia fotonica multi-sorgente
  - o) 92.33 — radiochirurgia particolare
  - p) 92.39 — radiochirurgia stereotassica N.I.A.
  - q) 94.61 — riabilitazione da alcool
  - r) 94.63 — disintossicazione e riabilitazione da alcool
  - s) 94.64 — riabilitazione da farmaci
  - t) 94.66 — disintossicazione e riabilitazione da farmaci
  - u) 94.67 — riabilitazione combinata da alcool e farmaci
  - v) 94.69 — riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci

- w) 95.04 — esame dell'occhio in anestesia
  - x) 96.70 — ventilazione meccanica continua, durata non specificata ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
  - y) 96.72 — ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
  - z) 98.51 — litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica
  - aa) 99.10 — iniezione o infusione di agente trombolitico
- 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 (codici da 00.\_\_ a 86.\_\_), es. gastroscopia.

## Interventi secondari

I restanti spazi per i codici intervento servono a ospitare

- atti chirurgici accessori all'intervento principale (codifica multipla)
- codici relativi a terapie o atti diagnostici meno onerosi-invasivi di quello indicato in posizione principale.

In alcuni casi il manuale ICD-9-CM nella parte sistematica (mai in quella alfabetica) avvisa che è necessario o opportuno utilizzare un codice intervento aggiuntivo, in posizione secondaria, per descrivere meglio quanto fatto.

## Lateralità intervento

Per alcuni interventi esiste un codice specifico per la bilateralità; in caso contrario è necessario usare due volte il codice relativo all'intervento monolaterale, che non distingue tra destra e sinistra.

Nella nuova SDO ad ogni campo intervento è associato un campo dove indicare il lato.

## Inizio intervento

Per ogni codice intervento nella SDO sono presenti altri quattro campi per inserire data e ora di inizio e data e ora di fine. L'obbligo di inserire tali informazioni esiste solo per un certo numero di interventi (vedere tabella allegata al disciplinare tecnico regionale) appartenenti alla classe 4 AHRQ. Per gli altri si inserisce solo la data di esecuzione (la prima).

La data e ora di inizio dell'intervento sono quelle corrispondenti all'incisione della cute. Se manca la fase di incisione con il bisturi deve essere preso a riferimento l'introduzione del catetere, dell'endoscopio, ecc.

La data e ora di fine intervento sono quelle corrispondenti alla sutura della cute, oppure all'estrazione del catetere o dell'endoscopio, ecc.

Nella SDO, *convenzionalmente*, se un codice intervento secondario fa parte dell'intervento principale, i momenti di inizio e fine devono essere quelli dell'intervento principale, sebbene nel verbale operatorio possano essere più dettagliati.

## Codici fiscali anestesista e operatori

Per ogni codice intervento sono presenti quattro campi per inserire i codici fiscali dell'anestesista e di tre operatori. L'obbligo esiste solo per un certo numero di interventi

(vedere tabella allegata al disciplinare tecnico regionale) appartenenti alla classe 4 AHRQ.

Nel campo codice fiscale dell'anestesista deve essere inserito il codice fiscale dell'anestesista che pratica l'anestesia. Se nel corso dell'intervento ruotano più anestesisti, si deve inserire il codice fiscale dell'**anestesista che ha seguito per più tempo il paziente**.

**Anestesista come operatore:** se è l'anestesista a eseguire l'intervento, il suo codice fiscale deve essere inserito nel campo del codice fiscale dell'operatore.

I campi codici fiscali dei chirurghi (o degli operatori) sono riservati ai medici che eseguono l'intervento o la procedura invasiva.

## Ricerca dei codici diagnosi

Dalla formulazione diagnostica o descrizione del quadro clinico scegliere un termine da ricercare nella parte alfabetica del manuale ICD-9-CM.

Esempio:

- descrizione del quadro clinico: insufficienza **cardiaca congestizia** in **cardiomiopatia dilatativa**
- patologia **causale:** cardiomiopatia dilatativa
- termine da cercare nella parte alfabetica: cardiomiopatia

Il termine "cardiomiopatia" si trova a pagina 78 della sezione alfabetica abbinato al

**Cardiomiopatia (congestizia) (costrittiva)  
(familiare) (infiltrativa) (ostruttiva)  
(restrittiva) (sporadica) 425.4**

- Africana, (ad eziologia oscura) 425.2
- Alcoolica 425.5
- Amiloide 277.39 [425.7]
- Beri-beri 265.0 [425.7]
- Congenita 425.3

codice 425.4 con solo quattro cifre.

Purtroppo nella parte alfabetica spesso è riportato un codice con quattro cifre anche quando ne esistono a cinque, perché si ferma alla sottocategoria. Quindi, il codice individuato nella parte alfabetica deve essere cercato anche nella parte sistematica.

Riprendendo l'esempio precedente, il codice 425.4 nella parte sistematica si trova a pagina 567 e per esclusione risulta quello più adatto (vedere figura).

### 425.4 Altre cardiomiopatie primitive

Cardiomiopatia:

SAI

congestizia

costrittiva

familiare

idiopatica

ipertrofica

non ostruttiva

ostruttiva

restrittiva

Cardiovascolare collagenosi

Per completare la descrizione del quadro clinico si può cercare nella parte alfabetica il termine “insufficienza” (l’elenco inizia a pagina 214, vedere figura).

- Cardiaca (v. anche insufficienza, miocardica) 428.0
- Complicante intervento chirurgico 997.1
- Cardiaca (v. anche insufficienza, miocardica) (continua)
- Da presenza di protesi (cardiaca) 429.4
- Post operatoria 997.1

Controllando nella parte sistematica il codice 428.0 (pagina 568) finalmente compaiono i termini “cardiaca” e “congestizia” e si scopre che il codice 428.0 (finisce con zero) è aspecifico ed è meglio utilizzare uno di quelli successivi, che precisano se si tratta di una insufficienza sistolica, o diastolica, ecc.

Questo è un classico esempio di quadro clinico che deve essere descritto con due codici diagnosi (codifica multipla).

**428.0 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)**

Malattia cardiaca congestizia  
Insufficienza cardiaca destra (secondaria a insufficienza cardiaca sinistra)

*Escl.: Replezione di volume SAI (276.6)*

**428.1 Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)**

Asma cardiaco  
Edema acuto del polmone con malattia cardiaca SAI o insufficienza cardiaca  
Edema polmonare acuto con malattia cardiaca SAI o insufficienza cardiaca  
Insufficienza ventricolare sinistra

**428.2 Insufficienza cardiaca sistolica**

*Escl.: insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata (428.40-428.43)*

**428.20 Insufficienza cardiaca sistolica non specificata**

**428.21 Insufficienza cardiaca sistolica acuta**

**428.22 Insufficienza cardiaca sistolica cronica**

**428.23 Insufficienza cardiaca sistolica acuta e cronica**

## Codici combinati

I codici combinati (o codifica combinata) sono codici che da soli descrivono quadri clinici complessi. Ad es. 404.01 indica la cardionefropatia ipertensiva maligna (ipertensione non controllata) con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica dallo stadio I allo stadio IV. Quindi non servono i codici dell’ipertensione scompensata né quello dell’insufficienza cardiaca. Bisogna, però, indicare lo stadio di IRC (codici 585.1-585.6 oppure 585.9, che essendo generico e aspecifico sarebbe meglio non usare).

Fenomeno analogo per alcuni codici intervento: ad es. il codice 65.31 indica sia l'ovariectomia monolaterale che l'approccio laparoscopico.

## Codifica multipla

In altri casi, all'opposto, per descrivere un quadro clinico o un intervento sono necessari più codici. Tale necessità è sempre indicata nel manuale con frasi del tipo "codificare anche ...", "codificare prima ...".

## Ricerca dei codici intervento

Il meccanismo della ricerca dei codici intervento è analogo a quello delle diagnosi.

## Via di accesso

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

- 1) codici specifici per una determinata via d'accesso, ad esempio colecistectomia per via laparotomica (51.22) e colecistectomia per via laparoscopica (51.23);
- 2) codici generici per i quali è necessario aggiungere in posizione secondaria un codice per specificare l'approccio mini-invasivo, per esempio
  - a) artroscopia del ginocchio (80.26) da abbinare al codice della meniscectomia (80.6)
  - b) laparoscopia (54.21) da abbinare a una prostatectomia laparoscopica o a una plastica erniaria laparoscopica
  - c) toracosopia (34.21) per un'asportazione di lesione polmonare in toracosopia.

## DRG

Le 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 (costi) di tutto l'ospedale, mediamente necessarie a trattare casi clinici di quel tipo.

Il sistema DRG, essendo basato sull'assorbimento delle risorse ospedaliere misurate mediante i costi, talora non è sensibile alla gravità clinica.

## **Codici V**

I codici V sono un tipo particolare di codici diagnosi utili a descrivere una serie di circostanze che possono determinare il ricorso a prestazioni sanitarie o che comunque influenzano le condizioni di salute del paziente (vedere capitolo dedicato).

## **Codici E**

Non devono essere inseriti nei campi riservati ai codici diagnosi, bensì nell'apposito e unico campo ad essi dedicato.

I codici E servono per 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.

# Problemi comuni

## Accessi vascolari

### Inserimento

Per il ricovero aperto per eseguire esclusivamente o principalmente per l'inserimento di accesso vascolare, la diagnosi principale deve essere *V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*.

L'inserimento si segnala con uno dei seguenti codici:

- totalmente impiantabile (es. port-a-cath): 86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
- non totalmente impiantabile (es. Groshong, Midline, PICC): 38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

### Rimozione

Se il ricovero è aperto per eseguire esclusivamente o principalmente la rimozione di accesso vascolare, la diagnosi principale deve essere *V58.81 Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*.

La rimozione si indica con *86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo*.

## 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.

## Avvelenamento e intossicazione da farmaci

È un classico caso di codifica multipla:

- codice della sostanza che ha determinato l'avvelenamento o gli effetti tossici (pagina 798 e seguenti del manuale ICD-9-CM)
- codice relativo alle sintomatologie o manifestazioni

## 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.

### Biopsia osteomidollare

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*.

## Chirurgia plastica dopo altro intervento

Per i pazienti che hanno bisogno di chirurgia plastica in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero mettere in diagnosi principale uno dei codici appartenenti alla categoria V51.

## Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi

Nel caso dei ricoveri eseguiti per posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi in diagnosi principale inserire un codice appartenente alle categorie V52 e V53.

Se si tratta di un malfunzionamento o di una complicazione scegliere la diagnosi principale tra le categorie 996 e 997.

Un ricovero, se necessario e appropriato, per solo impianto di protesi della mammella come diagnosi principale deve avere il codice V52.4.

## Condizioni imminenti

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

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

## 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).

## Conversione in cielo aperto

Se l'intervento dall'approccio mini invasivo passa a quello a “cielo aperto”, in uno dei campi diagnosi secondaria si deve inserire il codice *V64.4\_ - intervento per via ... convertito in intervento a cielo aperto*. La quinta cifra indica la via d'accesso mini-invasiva di partenza: 1=laparoscopia, 2=toracosopia, 3=artroscopia.

## Cure palliative (V66.7)

Il codice V66.7, *Cure palliative, Assistenza terminale*, si deve utilizzare come diagnosi principale per ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative, utilizzando la diagnosi di tumore, o altra patologia, come secondaria.

## Narcosi per DH diagnostici

Per codificare la narcosi o la sedazione durante DH diagnostici, usare convenzionalmente uno dei codici seguenti:

- Narcosi senza intubazione, con maschera: 89.38 Altre misure respiratorie non invasive
- Narcosi con intubazione: 96.05 Altra intubazione del tratto respiratorio
- Sedazione (valium, ...): 99.26 Iniezione di tranquillanti

## Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi

I codici V42.\_\_ e V43.\_\_ possono essere utilizzati in diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza o per il follow up del paziente.

## 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 riguardante il 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 del manuale ICD-9-CM indichino diversamente.

I codici per indicare la causa dei postumi 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). Ad esempio, un difetto di consolidamento di frattura dell'arto inferiore si codifica con:

1. 733.81 Viziosa saldatura di frattura [*natura del postumo o esito permanente*]

## 2. 905.4 Postumi di fratture di arti inferiori [*causa del postumo*]

### **Prelievo di sangue**

Il prelievo di sangue venoso per eseguire esami ematologici non si codifica, perciò non usare *38.99 Altra puntura di vena*.

### **Prestazioni in altro ospedale**

Se durante il ricovero il paziente viene portato presso un altro ospedale per essere sottoposto a una procedura diagnostica o terapeutica e ritorna nella stessa giornata:

- in uno dei campi diagnosi secondaria è necessario inserire il codice V63.8, altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici;
- in uno dei campi intervento segnalare la procedura eseguita fuori.

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.

Se il paziente viene portato al pronto soccorso, è necessario chiudere la SDO. A questo proposito fare riferimento alla Deliberazione della Giunta Regionale 7 novembre 2016, n. 17-4167.

### **Resistenza agli antibiotici**

Se il ricovero è complicato da una resistenza agli antibiotici, in diagnosi secondaria utilizzare uno dei seguenti codici V:

- V09.0 Infezione da microrganismi resistenti alla penicillina. Infezione da staphylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA)
- V09.1 Infezione da microrganismi resistenti alle cefalosporine e ad altri antibiotici B-lattamici
- V09.2 Infezione da microrganismi resistenti ai macrolidi
- V09.3 Infezione da microrganismi resistenti alle tetracicline
- V09.4 Infezione da microrganismi resistenti agli aminoglicosidi
- V09.50 Infezione da microorganismi resistenti a chinoloni e fluorochinoloni **non** multipli
- V09.51 Infezione da microorganismi resistenti a chinoloni e fluorochinoloni multipli

- V09.6 Infezione da microorganismi resistenti a sulfamidici
- V09.70 Infezione da microorganismi resistenti ad altri agenti antimicobatterici specifici senza menzione di resistenza ad agenti antimicobatterici multipli
- V09.71 Infezione da microorganismi resistenti ad altri agenti antimicobatterici specifici con resistenza ad agenti antimicobatterici multipli
- V09.80 Infezione da microorganismi resistenti ad altri farmaci specificati senza menzione di resistenza a farmaci multipli (es. vancomicina)
- V09.81 Infezione da microorganismi resistenti ad altri farmaci specificati con resistenza a farmaci multipli (es. vancomicina)

## **Risultati anomali**

I risultati anomali di esami diagnostici (790.\_\_ — 796.\_\_) non devono essere riportati nella SDO, salvo abbiano una particolare rilevanza clinica e influenzino il ricovero in corso.

## **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.

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

I codici V64.\_ servono a indicare la mancata esecuzione dell'intervento programmato; non servono a indicare il rinvio nei giorni successivi nell'ambito dello stesso ricovero.

### **Ricoveri programmati – mancata effettuazione intervento programmato**

Se la causa della mancata esecuzione dell'intervento programmato

1. era rintracciabile mediante la valutazione preoperatoria (fatta alcuni giorni prima o nello stesso giorno del ricovero)
2. è dovuta a problemi di accessibilità-disponibilità della sala operatoria

il ricovero deve essere annullato (purché non vi sia pernottamento). Parimenti deve essere annullato se la mancata esecuzione deriva dalla revoca del consenso.

Il ricovero non deve essere annullato se la controindicazione compare a ridosso dell'intervento (es. deformità tracheale che rende impossibile l'intubazione, aritmia durante l'induzione dell'anestesia, ecc.) o se la revoca del consenso avviene in extremis.

Nel rispetto delle precedenti limitazioni, la mancata esecuzione dell'intervento programmato si indica con uno dei seguenti tre codici diagnosi:

- V64.1 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione
- V64.2 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per decisione del paziente
- V64.3 Procedura non eseguita per altre ragioni

### **Ricovero ordinario urgente – mancata effettuazione intervento**

Nel caso di ricovero ordinario urgente, nell'ambito del quale il necessario intervento chirurgico non viene eseguito per la comparsa di una controindicazione, per il rifiuto del paziente, per altri motivi, le diagnosi devono essere codificate come segue:

- diagnosi principale: codice della patologica causa del ricovero urgente
- diagnosi secondaria 1: V64.1 o V64.2 o V64.3
- diagnosi secondaria 2: codice diagnosi della patologia controindicante oppure di comorbilità o complicanza

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

Se la patologia controindicante si trasforma nel problema principale del ricovero, essa diventa la diagnosi principale e non è necessario utilizzare il codice V64.1.

## **Trattamento ortopedico ulteriore (V54)**

Inserire in diagnosi principale un codice della categoria V54 per i ricoveri eseguiti per la rimozione di placche o di viti; in tali casi non deve essere indicata la patologia di base (vedere capitolo "Ortopedia").

# Malattie infettive e parassitarie, setticemia e sepsi

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 riportati i codici 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 codice 647.6\_ e in diagnosi secondaria il codice 042, per la paziente con HIV sintomatico, o il cod. V08 per la paziente sieropositiva asintomatica. Vedere a tale proposito anche il capitolo "Gravidanza, parto e puerperio".

## 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
<b>SIRS</b>	Devono essere presenti due o più dei seguenti criteri <ul style="list-style-type: none"><li>• Ipotermia (&lt;36°) o ipertermia (&gt;38°)</li><li>• Tachicardia (&gt;90 battiti al minuto)</li><li>• Tachipnea (&gt;20 respiri al minuto) o tensione CO<sub>2</sub>&lt;32 mmHG</li><li>• Leucopenia (&lt;4000 mm<sup>3</sup>) o leucocitosi (&gt;12000 mm<sup>3</sup>)</li></ul>
<b>Sepsi</b>	SIRS dovuta a infezione
<b>Sepsi severa</b>	Sepsi con evidenze d'ipoperfusione d'organo
<b>Shock settico</b>	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).

## 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].

## 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.

## Esempi di setticemia e/o sepsi

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.

### **Setticemia da infezione di tracheostomia (es. da Staf. aureus)**

- 038.11 Setticemia da Staf. Aureus
- 519.01 Infezioni della tracheostomia

### **Setticemia da infezione di colostomia o enterostomia**

- 038.\_ setticemia da ...
- 569.61 infezione di colostomia-enterostomia

### **Setticemia da catetere vascolare**

- 038.\_ Setticemia da ...
- 996.62 Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti vascolari
- Esempio E8728 Fallimento delle precauzioni per garantire la sterilità durante una procedura - Altre procedure specificate

### **Setticemia da catetere urinario (es. da Staf. aureus)**

- 038.11 Setticemia da stafilococ-co 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**

- 038.2 Setticemia pneumococcica
- 481 Polmonite pneumococcica

### **Sepsi stafilococcica MRSA complicante una polmonite**

- 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***

- 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)***

- 038.42 Setticemia da E. coli
- 995.91 Sepsi
- 595.0 Cistite acuta
- Esempio E8490 per quadro settico insorto a casa

***Sepsi da nadir***

- 038.9 Setticemia non specificata (oppure un codice di setticemia più specifico)
- 288.03 Neutropenia indotta da farmaci

***Sepsi da neutropenia***

- 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.***

- 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***

- 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***

- 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.

### ***Senza disfunzione d'organo***

- Codice patologia causale, es. pancreatite acuta (577.0)
- 995.93 - SIRS senza disfunzione d'organo

### ***Con disfunzione d'organo***

- Codice patologia causale, es. pancreatite acuta (577.0)
- 995.94 - SIRS con disfunzione d'organo
- codice/i per la disfunzione d'organo acuta (es. 518.81 - insufficienza respiratoria acuta)

Qualora sia richiesta la presenza di un codice E, se non è possibile identificarne un altro, usare un codice relativo al luogo dell'evento scatenante, ad esempio E849.0 per l'abitazione o E849.7 per l'ospedale [vale solo per i ricoveri ordinari; vedere disciplinare tecnico del flusso SDO].

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

Sono diagnosi aggiuntive che possono essere utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile (es. Prostatite acuta da streptococco A: codice 601.0 + codice 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 "Neonatologia-Pediatria".

# Tumori

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 poiché 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 è eseguito 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 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 o nei casi in cui non sia stato possibile arrivare ad una diagnosi certa (es. impossibilità di ottenere un riscontro citologico-istologico, trasferimento ad altra struttura prima dell'esecuzione di una biopsia). **Questi codici non servono come escamotage qualora non sia ancora a disposizione il referto anatomopatologico.**

## Tumori di comportamento incerto

I tumori di comportamento incerto (dal codice 235.0 al 238.9) sono tumori ben definiti sul piano isto-morfologico, dei quali non può essere previsto, al momento della diagnosi, il successivo comportamento clinico benigno o maligno. **Questi codici non servono come escamotage qualora non sia ancora a disposizione il referto anatomopatologico.**

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

## Ricovero per diagnosi o stadiazione

Quando il ricovero è finalizzato alla diagnosi della neoplasia primaria o secondaria, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia rispettivamente primitiva 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.

Per l'inserzione di dispositivi necessari al trattamento vedere capitolo "Problemi comuni a tutte le specialità".

## **Radioterapia e/o chemioterapia**

Premesso che la radioterapia e la chemioterapia sono prestazioni da eseguirsi in generale in regime ambulatoriale, nel caso in cui sia necessario il ricovero (ordinario o day hospital) devono essere specificate in cartella le motivazioni 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:

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

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.

## **Chemoembolizzazione, alcolizzazione, termoablazione**

Per il trattamento di chemoembolizzazione, 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).

## **Chemioembolizzazione**

### **Chemioembolizzazione del fegato**

- Intervento principale: 50.94 Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato
- Intervento secondario: 38.91 Cateterismo arterioso

### **Chemioembolizzazione di altri organi**

- Intervento principale: 99.25 Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

## **Alcolizzazione**

### ***Alcolizzazione del fegato***

- Intervento principale: 50.94 Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato
- Intervento secondario: 38.91 Cateterismo arterioso

### ***Alcolizzazione di altri organi***

- Intervento principale: 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche
- Intervento secondario: 38.91 Cateterismo arterioso

## **Termoablazione**

- Intervento: 99.85 Ipertermia per il trattamento di tumore

## **Radiofrequenza**

- Polmone: 32.24 Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
- Fegato: 50.24 Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatica
- Rene: 55.33 Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali
- Prostata: 60.97 Ablazione percutanea di tessuto o lesione prostatica

## **Metodica “stop flow”**

È 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”**

Vedere capitolo “Problemi comuni a tutte le specialità”.

## **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. Ad esempio una polmonite acuta in portatore di adenocarcinoma della prostata si codifica così:

- Diagnosi principale: 480.0 Polmonite acuta non specificata (se si conosce l'eziologia usare un codice più specifico)
- Diagnosi 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:

- 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, a 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.

## **Tumori della mammella**

### **Ricostruzione chirurgica della mammella in paziente mastectomizzata**

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

- se l'intervento ricostruttivo prevede l'impianto di protesi la diagnosi principale sarà: V52.4 Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario;

- se l'intervento ricostruttivo non prevede l'impianto di protesi (ad esempio ricostruzione del capezzolo), la diagnosi principale diventa V51 Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica.

In entrambi i casi 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 durante la rimozione di tumore**

Nel caso di asportazione del linfonodo sentinella nell'ambito dell'intervento di asportazione del tumore codificare come segue.

#### Linfonodo sentinella negativo

Campo	Codifica
<b>Diagnosi principale</b>	Codice tumore
<b>Diagnosi secondaria</b>	V86.0 Positività dei recettori degli estrogeni [ER+] oppure V86.1 Negatività dei recettori degli estrogeni [ER-]
<b>Diagnosi secondaria</b>	V63.8 se la scintigrafia è eseguita presso un altro ospedale
<b>Intervento principale</b>	Codice asportazione tumore
<b>Intervento secondario</b>	40.2_ per l'asportazione del linfonodo
<b>Intervento secondario</b>	92.16 Scintigrafia del sistema linfatico

#### Linfonodo sentinella positivo

Campo	Codifica
<b>Diagnosi principale</b>	Codice tumore
<b>Diagnosi secondaria</b>	196.3 per la localizzazione linfonodale ascellare
<b>Diagnosi secondaria</b>	V86.0 Positività dei recettori degli estrogeni [ER+] oppure V86.1 Negatività dei recettori degli estrogeni [ER-]
<b>Diagnosi secondaria</b>	V63.8 se la scintigrafia è eseguita presso un altro ospedale
<b>Intervento principale</b>	Codice asportazione tumore
<b>Intervento secondario</b>	40.2_ per l'asportazione del linfonodo
<b>Intervento secondario</b>	92.16 Scintigrafia del sistema linfatico

### **Asportazione successiva alla rimozione di tumore**

Nel caso di asportazione del linfonodo sentinella in un intervento successivo a quello dell'asportazione del tumore la codifica è la seguente.

#### Linfonodo sentinella negativo

- Diagnosi principale: V10.\_ Anamnesi di tumore
- Intervento principale: 40.2\_

### **Linfonodo sentinella positivo**

- Diagnosi principale: 196.3 per la localizzazione linfonodale ascellare
- Diagnosi secondaria: V10.\_ Anamnesi di tumore
- Intervento principale: 40.2\_

## Stato dei recettori

In diagnosi secondaria ricordarsi di indicare lo stato dei recettori mediante i codici:

- V86.0 Positività dei recettori degli estrogeni [ER+]
- V86.1 Negatività dei recettori degli estrogeni [ER-]

## ROLL ESNOL

L'individuazione del nodulo tumorale occulto si codifica con 92.19 Scintigrafia di altre sedi, mentre la localizzazione del linfonodo sentinella con 92.16 Scintigrafia del sistema linfatico. Per le indicazioni riguardo ai codici diagnosi vedere i paragrafi precedenti.

## 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 la seguente.

#### Istologico negativo

Campo	Codifica
Diagnosi principale	V58.49 altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato
Diagnosi secondaria	V10.82 anamnesi personale di melanoma maligno della pelle
Diagnosi secondaria	
Diagnosi secondaria	
Intervento principale	86.4 asportazione radicale di lesione della cute
Intervento secondario	86.74 trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi [se eseguito]
Intervento secondario	40.3 asportazione di linfonodi regionali [se eseguito]

#### Istologico positivo

Campo	Codifica
Diagnosi principale	172._ Melanoma maligno ...
Intervento principale	86.4 asportazione radicale di lesione della cute
Intervento secondario	86.74 trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi [se eseguito]
Intervento secondario	40.3 asportazione di linfonodi regionali [se eseguito]

## Altre neoplasie

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

<b>Campo</b>	<b>Codifica con istologico negativo</b>	<b>Codifica con istologico negativo</b>
<b>Diagnosi principale</b>	V58.49 altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato	codice della neoplasia primitiva
<b>Diagnosi secondaria</b>	V10.__ anamnesi personale di tumore ...;	

## Prostata

Vedere capitolo riguardante l'apparato genito-urinario.

# Diabetologia

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 "Gravidanza, parto e puerperio" del manuale ICD-9-CM).

1. Diabete senza menzione di complicanze: 250.0\_
2. Complicazioni metaboliche acute
  - a. 250.1\_ Diabete con chetoacidosi
  - b. 250.2\_ Diabete con iperosmolarità
  - c. 250.3\_ Diabete con altri tipi di coma
3. Complicazioni croniche o a lungo termine
  - a. 250.4\_ Diabete con complicanze renali
  - b. 250.5\_ Diabete con complicanze oculari
  - c. 250.6\_ Diabete con complicanze neurologiche
  - d. 250.7\_ Diabete con complicanze circolatorie periferiche
  - e. 250.8\_ Diabete con altre complicanze specificate
4. Complicazioni non specificate Per diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il codice 250.9\_

## Tipo di diabete

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

Tipo	Compensato	Scompensato
I	1	3
II	0	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. Ad esempio l'amputazione in arto con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica si codifica così:

- Diagnosi principale: 250.82 Diabete di tipo II o non specificato, scompensato, con altre complicazioni specificate
- Diagnosi 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. Salvo che il diabete sia stato provocato da dosi eccessive assunte per errore (962.0 Avvelenamento da adrenocorticosteroidi).

## Diabete gestazionale

Il 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 morbbose 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

Utilizzare i seguenti codici:

Procedura	Codifica
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	Codifica
<b>Diagnosi principale</b>	250.82 Diabete tipo II o non specificato, scompensato, con altre complicazioni specificate
<b>Diagnosi secondaria</b>	730.07 Osteomielite acuta, ossa del piede
<b>Diagnosi secondaria</b>	731.8 Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove
<b>Diagnosi secondaria</b>	V58.67 Uso a lungo termine (in corso) di insulina
<b>Intervento principale</b>	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	Codifica
<b>Diagnosi principale</b>	250.70 Diabete tipo II o non specificato, non definito se scompensato, con complicazioni circolatorie periferiche
<b>Diagnosi secondaria</b>	443.81 Angiopatia periferica in malattie classificate altrove
<b>Diagnosi secondaria</b>	V58.67 Uso a lungo termine (in corso) di insulina
<b>Intervento principale</b>	86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione

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

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



# Ematologia

## 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 e 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.\_

È 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).

### Anemia in mielodisplasia

- 285.22 Anemia in malattia neoplastica
- 238.7\_ Sindrome mielodisplastica ...

### 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 durante ricovero per CT

- V58.11 CT antineoplastica
- 288.03 Neutropenia indotta da farmaci

### Neutropenia da chemioterapia durante ricovero per NON CT

- 288.03 Neutropenia indotta da farmaci
- 780.6 Febbre

## 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:

- esula dal normale decorso post operatorio (è normale che dopo un intervento sulla prostata o sulla vescica vi sia ematuria) e
- richiede un monitoraggio aggiuntivo e specifico o
- 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, l'infusione di cellule staminali autologhe deve essere codificata con 99.09 trasfusione di altre sostanze e l'iniezione con 99.29.

## **Ricovero per donazione di midollo osseo o di cellule staminali**

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 sia per allotrapianto).

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

In sintesi:

### **Prelievo di midollo osseo**

- **Diagnosi principale:** V59.3 Donatori di midollo osseo
- **Intervento principale:** 41.91 Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto

### **Prelievo di cellule staminali**

- **Diagnosi principale:** V59.8 Donatori di altro organo o tessuto specificato
- **Intervento principale:** 99.79 Altre aferesi terapeutiche. Aferesi di cellule staminali

## **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 s'indicano con il codice 790.92 Anomalie della coagulazione.

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

## **Infusione di linfociti (autotrasfusione)**

Il prelievo dei linfociti s'indica con 99.72 Leucoafèresi terapeutica; l'irradiazione dei linfociti si codifica "convenzionalmente" con 99.82 Terapia a luce ultravioletta; per la

reinfusione dei linfociti trattati usare il codice 99.02 Autotrasfusione di sangue precedentemente raccolto.



# Disturbi mentali

## 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 (multi infartuale) 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 da m. di Alzheimer

- **Diagnosi principale:** 331.0 - m. di Alzheimer
- **Diagnosi secondaria:** 294.1\_ - demenza in condizioni patologiche classificate altrove (la quinta cifra specifica l'assenza o la presenza di disturbi comportamentali).

### Demenza degenerativa non da Alzheimer

Usare 331.2 - degenerazione senile dell'encefalo

### Decadimento cognitivo esito di ictus

- **Diagnosi principale:** 290.4\_ - demenza vascolare ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)
- **Diagnosi secondaria:** 438.0 - postumi delle malattie cerebrovascolari - deficit cognitivo

### Demenza multi infartuale

- **Diagnosi principale:** 290.4\_ - demenza vascolare ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)
- **Diagnosi secondaria:** 437.0 - aterosclerosi cerebrali

### Demenza presenile “organica”

La demenza **presenile** “organica” senza evidenza di natura aterosclerotica si indica con il codice 290.1\_ - demenza presenile con ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)

### Demenza senile “organica”

La demenza **senile** senza evidenza di natura aterosclerotica si codifica con 290.2\_ - demenza senile con ... (la quinta cifra specifica il quadro clinico)

## **Demenza da trauma cranico**

Usare 294.1\_ - demenza in condizioni patologiche classificate altrove (la quinta cifra specifica l'assenza o la presenza di disturbi comportamentali).

## **Demenza – ricovero per motivi socio-familiari**

Nell'eventualità di un ricovero in un reparto per acuti o di post acuzie 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.



# Terapia antalgica

I codici della categoria 338 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 riguardante la patologia di base.

Il codice 03.90 indica l'inserzione di catetere nel canale vertebrale senza distinzione di tipologia di spazio (sottodurale, epidurale o subaracnoideo).

Per l'iniezione di farmaci nel canale vertebrale (di nuovo senza distinzione fra spazi) esistono due codici:

- 03.91 per l'analgesia
- 03.92 per qualsiasi altro farmaco non analgesico

## **Inserzione di pompa totalmente impiantabile per infusione spinale**

Nella SDO del ricovero per inserzione di pompa totalmente impiantabile per infusione spinale la codifica deve essere come segue:

- **Diagnosi principale:**
  - 338.\_\_\_ Dolore ... oppure
  - 781.0 in caso di infusione di farmaci per risolvere la spasticità oppure
  - 337.2\_ Distrofia riflessa del simpatico arto ... con, in diagnosi secondaria, un codice relativo all'arteriopatia (440.2\_)
- **Intervento principale:** 86.06 - Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile
- **Intervento secondario 1:** 03.90 Posizionamento di catetere nel canale vertebrale

## **Sostituzione o rimozione pompa per infusione spinale**

Nel caso il ricovero sia fatto per sostituire o rimuovere la pompa, in diagnosi principale mettere il codice V53.09 Collocazione e sistemazione di altri dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi di senso.

La sostituzione della pompa si indica con il codice 86.06 Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile e la rimozione con il codice 86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo.

## Denervazione e infiltrazione delle faccette articolari

In entrambi i casi la diagnosi principale è: 338.\_\_\_ Dolore ...

La denervazione delle faccette articolari si indica con un unico codice, 03.96 Denervazione percutanea della faccetta articolare, mentre per l'infiltrazione sono necessari due codici: 04.81 Infiltrazione di anestetico in nervo periferico e 81.92 Infiltrazione intra articolare. Se sono rimossi anche gli elettrodi, ricordarsi di segnalare anche 01.22 Rimozione di elettrodo/i di neurostimolatore intracranico.

## Radiofrequenza

In considerazione della complessità della procedura e del costo dei dispositivi si è ritenuto di codificare in questo caso l'uso della radiofrequenza con il codice 04.79 Altra neuroplastica anziché il codice 04.2 Demolizione di nervi cranici e periferici (Demolizione di nervi cranici o periferici mediante: ablazione con radiofrequenza, crioanalgesia, iniezione di agenti neuroolitici, radiofrequenza).

### Termorizotomia retro gasseriana

Per la termorizotomia retrogasseriana utilizzare la seguente codifica:

Campo	Codifica
Diagnosi principale	338.19 Altri dolori acuti
Diagnosi secondaria	350.1 Nevralgia del trigemino
Intervento principale	04.79 Altra neuroplastica

### Denervazione e rimodulazione a radiofrequenza

La denervazione a radiofrequenza e la rimodulazione a radiofrequenza pulsata si codificano nel modo seguente.

Campo	Codifica
Diagnosi principale	338.___ Dolore ...
Intervento principale	04.79 Altra neuroplastica

## Blocchi spinali

La diagnosi principale deve essere 338.\_\_\_ Dolore ..., mentre la procedura si indica con 03.92 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale.

## **Epidurolisi**

L'epidurolisi, farmacologica o con radiofrequenza, s'indica con il codice 03.6 Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi. La diagnosi principale sarà 349.2 Disturbi delle meningi, non classificati altrove, eventualmente associata alla diagnosi secondaria di sindrome post laminectomia (722.8\_).

## **Epiduroscopia**

L'epiduroscopia con lisi farmacologica o con radiofrequenza s'indica con due codici:

- 03.6 Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi
- 80.29 Artroscopia di altra sede specificata - Colonna vertebrale

Come diagnosi principale usare 349.2 Disturbi delle meningi, non classificati altrove, cui associare eventualmente 722.8\_ Sindrome post laminectomia ...

## **PNE test**

Nel caso di ricovero per effettuare il PNE Test (test di elettrostimolazione percutanea di un nervo sacrale) la diagnosi principale deve appartenere ad una delle categorie 353-357 (pagine 534-535 del manuale ICD-9-CM) o 722.8\_ (sindrome post laminectomia).

In diagnosi secondaria è possibile inserire uno dei seguenti codici:

- Incontinenza urinaria da sforzo (788.32 nel maschio e 625.6 nella donna)
- 597.81 Sindrome uretrale SAI
- 788.20 Ritenzione urinaria
- 788.0 Dolore del Sistema Urinario
- 788.9 Dolore vescicole o altre patologie concomitanti o complicanze della malattia principale

La procedura PNE test si segnala con 04.19 Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli.

## **Neurostimolazione spinale**

### **Impianto provvisorio**

In diagnosi principale mettere la patologia di base che determina la necessità di impiantare il neurostimolatore. L'impianto si codifica con 03.93 Impianto o sostituzione

di elettrodo/i di neurostimolatore spinale. Poiché nella fase provvisoria il neurostimolatore rimane esterno, non si devono usare i codici 86.94, 86.95, 86.96, 86.97, 86.98.

## **Impianto definitivo**

La diagnosi principale deve essere V53.02 Neuropacemaker, così da ottenere un DRG differente dal ricovero per impianto provvisorio e non determinare un “ricovero ripetuto”. L'impianto-tunnellizzazione degli elettrodi definitivi si indica con il codice 03.93. Per l'impianto sottocute del neurostimolatore utilizzare uno dei codici 86.94, 86.95, 86.96, 86.97, 86.98. L'accoppiata dei codici 03.93+86.9\_ consente l'attribuzione ai centri autorizzati della tariffa specifica, indipendente dal DRG, remunerativa dei maggiori costi.

## **Reimpianto**

Codificare come descritto nel paragrafo precedente.

## **Rimozione neurostimolatore**

Nella classificazione ICD-9-CM per la **rimozione del neurostimolatore** esiste solo il codice 86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo. [...] Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio).

## **Rimozione elettrodi**

Per la rimozione degli elettrodi vi è il codice 03.94 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale. Codificare anche eventuale rimozione del generatore di impulsi del neuro- stimolatore (86.05).

## **Rimozione per inefficacia**

Nel caso di rimozione per inefficacia la diagnosi principale deve essere V53.02 Neuropacemaker oppure V45.89 Altro stato post-chirurgico (presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico).

## **Rimozione per infezione o decubito**

Se la rimozione è dovuta a infezione, decubito, la diagnosi principale diventa 996.63 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso, cui abbinare in posizione secondaria il codice relativo all'eziologia, se si tratta di un'infezione.

## **Rimozione per dislocazione**

Nel caso di un malfunzionamento da dislocazione come diagnosi principale usare il codice 996.2 Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti del sistema nervoso. Utilizzare i codici procedura 86.05 e/o 03.94 in base al dispositivo rimosso.

## Neurostimolazione nervo periferico

La codifica dell'impianto (provvisorio e definitivo) e della rimozione segue gli stessi principi dello stimolatore spinale, con la sola differenza per quanto riguarda gli elettrodi, il cui impianto-sostituzione-rimozione si indica con i codici:

- 04.92 Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici
- 04.93 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici

La collocazione-sostituzione-rimozione del neurostimolatore si indica con i codici 86.94–86.98.

## Epidurale selettiva

Usare 03.91 nel caso di infusione di farmaci analgesici e 03.92 per gli altri farmaci, abbinati al codice 03.90 se viene posizionato un catetere spinale a permanenza. Non esiste un codice specifico per la collocazione di reservoir.

## Infiltrazione neurolitica

L'infiltrazione neurolitica di gangli si indica con il codice 05.32 Iniezione di agenti neurolitici nei nervi simpatici.

## Angina pectoris

Per l'applicazione del neurostimolatore per il trattamento dell'angina pectoris, codificare come segue:

- **Diagnosi principale:** 413.9 Altre e non specificate forme di angina pectoris per l'impianto provvisorio e V53.02 per l'impianto definitivo;
- **Procedure:** Usare i codici indicati precedentemente nella parte generale sui neurostimolatori spinali

Per la rimozione, seguire le istruzioni riguardanti il neurostimolatore spinale.

# Neurologia

## 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 di epilessia	Trattabile	Non trattabile
<b>Generalizzata non convulsiva</b>	345.00	345.01
<b>Generalizzata convulsiva</b>	345.10	345.11
<b>Parziale complessa</b>	345.40	345.41
<b>Parziale semplice</b>	345.50	345.51
<b>Parziale continua</b>	345.70	345.71
<b>Spasmi infantili</b>	345.60	345.61
<b>Altre forme e crisi ricorrenti</b>	345.80	345.81
<b>Non specificata</b>	345.90	345.91
<b>Piccolo male</b>	345.2	345.2
<b>Grande male</b>	345.3	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. Quindi, devono essere usati come diagnosi secondarie nei ricoveri per acuti e come diagnosi principali nei ricoveri riabilitativi (v. capitolo sulla riabilitazione).

Le paralisi cerebrali infantili sono comprese nella categoria 343.

## Sincope

Vedere capitolo relativo all'apparato cardio-vascolare.

## Sclerosi multipla

Qualora sia necessario ricorrere al ricovero, ordinario o day hospital, per la somministrazione di bolo cortisonico, Gilenya, terapia immunosoppressiva, codificare come illustrato nello schema seguente (ovviamente sono codificabili altre procedure, se eseguite).

### Bolo cortisonico

Campo	Codifica
Diagnosi principale	V58.69 Uso a lungo termine (in corso) di altre cure - Cure ad alto rischio
Diagnosi secondaria	340 Sclerosi multipla
Intervento principale	99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche
Intervento secondario	99.23 Iniezione di steroidi
Intervento secondario	89.52 Elettrocardiogramma

### Gilenya

Campo	Codifica
Diagnosi principale	V58.83 Trattamento per il monitoraggio di farmaci terapeutici
Diagnosi secondaria	340 Sclerosi multipla
Intervento principale	99.13 Immunizzazione per malattia autoimmune
Intervento secondario	89.61 Monitoraggio della pressione arteriosa sistemica
Intervento secondario	89.54 Monitoraggio elettrocardiografico

### Terapia immunosoppressiva

Campo	Codifica
Diagnosi principale	V58.69 Uso a lungo termine (in corso) di altre cure - Cure ad alto rischio
Diagnosi secondaria	340 Sclerosi multipla
Intervento principale	99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche
Intervento secondario	99.13 Immunizzazione per malattia autoimmune
Intervento secondario	89.52 Elettrocardiogramma

## **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)**

- **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 ...

# Oculistica

## 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. È 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.

## **Cataratta**

Premesso che l'intervento per cataratta deve essere eseguito prevalentemente in regime ambulatoriale, qualora sia eseguito in regime di ricovero per la complessità del quadro clinico locale o per le condizioni generali del paziente, codificare come segue.

### **Cataratta senile**

- **Diagnosi principale:** 366.1x
- **Diagnosi secondaria:** Complicazioni e/o comorbidità che determinano il ricorso al ricovero

**Dove x = 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9**

### **Cataratta traumatica**

- **Diagnosi principale:** 366.2y
- **Diagnosi secondaria:** Complicazioni e/o comorbidità che determinano il ricorso al ricovero

**Dove y = 0, 1, 2, 3**

### **Cataratta diabetica**

- **Diagnosi principale:** 250.5z (diabete con complicanze oculari)
- **Diagnosi secondaria:** 366.41

- **Diagnosi secondaria:** Complicazioni e/o comorbidità che determinano il ricorso al ricovero

Dove  $z = 0, 1, 2, 3$

### **Dislocazione di IOL**

- **Diagnosi principale:** 996.53
- **Diagnosi secondaria:** 366.53 Postumi di cataratta disturbanti la vista
- **Diagnosi secondaria:** V43.1 Cristallino sostituito con altri mezzi

### **Infezione IOL**

- **Diagnosi principale:** 996.69
- **Diagnosi secondaria:** 360.01 (endoftalmite acuta)
- **Diagnosi secondaria:** 041\_ (la quarta cifra varia in base al microrganismo causale)
- **Diagnosi secondaria:** 366.53 Postumi di cataratta disturbanti la vista
- **Diagnosi secondaria:** V43.1 Cristallino sostituito con altri mezzi

### **Altre complicazioni da IOL**

- **Diagnosi principale:** 996.79
- **Diagnosi secondaria:** 366.53 Postumi di cataratta disturbanti la vista
- **Diagnosi secondaria:** V43.1 Cristallino sostituito con altri mezzi

Per l'estrazione della cataratta usare un codice intervento principale compreso tra 13.11 e 13.69, mentre per l'inserzione contestuale della IOL usare 13.71 come intervento secondario.

Per la sostituzione della IOL mettere come intervento principale 13.71 e come intervento secondario 13.8.

In caso di impianto di IOL correttiva usare il codice 13.91.

# Cardiologia

Questo capitolo è stato rivisto alla luce delle recenti linee guida ministeriali.

## Infarto miocardico acuto (IMA)

Tutti i codici relativi all'IMA possiedono cinque cifre. La quarta cifra identifica la sede della lesione. La quinta cifra (0, 1, o 2) serve a specificare l'episodio di assistenza.

- **0 – Episodio di assistenza non specificato.** Non si devono utilizzare i codici con quinta cifra 0 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 (esempio ricoveri in post acuzie).

## IMA con sopra slivellamento ST (STEMI)

Le sottocategorie da 410.0\_ a 410.6\_ e 410.8\_ identificano i casi di IMA con sopra slivellamento del tratto ST (STEMI). Se c'è una evoluzione da STEMI a NSTEMI, mantenere comunque il codice dell'IMA STEMI:

- **Diagnosi principale:** 410.x1
- **Diagnosi secondarie:** Vedere paragrafi “Complicazioni e Comorbidità” più avanti

**Dove x = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8**

## IMA senza sopra slivellamento ST (NSTEMI)

La sottocategoria 410.7\_ identifica i casi di IMA senza sopra slivellamento del tratto ST (NSTEMI). In caso di trasformazione da NSTEMI a STEMI, assegnare un codice di IMA STEMI:

- **Diagnosi principale:** 410.x1
- **Diagnosi secondarie:** Vedere paragrafi “Complicazioni e Comorbidità” più avanti

## **IMA STEMI in BBS o PM o DF**

- **Diagnosi principale:** 410.91
- **Diagnosi secondaria 1:** 426.3 o V45.01 o V45.02
- **Altre diagnosi secondarie:** Vedere paragrafi “Complicazioni e Comorbidità” più avanti

## **Re-infarto o estensione della lesione necrotica**

Se durante il ricovero si verifica una estensione dell'area necrotica o un re-infarto nella stessa sede, usare comunque un solo codice. Se l'IMA interessa due differenti sedi, usare due codici, specifici per la rispettiva sede:

- **Diagnosi principale:** 410.x1 (primo IMA)
- **Diagnosi secondaria 1:** 410.y1 (secondo IMA)
- **Diagnosi secondarie:** Vedere paragrafi “Complicazioni e Comorbidità” più avanti

**Dove x e y = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e y ≠ x**

## **(Re) infarto da occlusione dello stent**

Nel caso di un paziente ricoverato per IMA causato dalla trombosi-occlusione dello stent, codificare le diagnosi come segue.

### ***Stent impiantato in un ricovero precedente***

Quadro clinico non preso in considerazione dalla circolare ministeriale. Si suggerisce la seguente codifica:

- **Diagnosi principale:** 996.72 Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti cardiaci
- **Diagnosi secondaria 1:** 410.x1
- **Diagnosi secondaria 2:** Vedere paragrafi “Complicazioni e Comorbidità” più avanti

**Dove x = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9**

### ***Stesso ricovero, dopo alcune ore dall'impianto dello stent per IMA***

Quadro clinico non preso in considerazione dalla circolare ministeriale. La codifica suggerita è la seguente.

- **Diagnosi principale:** 410.x1 (primo IMA)
- **Diagnosi secondaria 1:** 996.72
- **Diagnosi secondaria 2:** 410.y1 (secondo IMA)
- **Diagnosi secondaria 3:** Vedere paragrafi “Complicazioni e Comorbidità” più avanti

Dove x e y = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e y ≠ x

## Infarto perioperatorio (periprocedurale)

Si parla di infarto miocardico associato a procedure di rivascularizzazione (PTCA o CABG), IMA tipi 4 e 5, solo quando ricorrono i seguenti criteri (European Heart Journal (2012) 33, 2551-2567):

1. Peri PTCA
  - a. Deve verificarsi un aumento della troponina
    - i. se i livelli di troponina prima della procedura sono normali, l'aumento deve essere superiore a 5\*99° percentile
    - ii. se i livelli di troponina prima della procedura sono elevati ma stabili o in diminuzione, l'aumento deve essere superiore al 20%
  - b. Inoltre deve essere presente almeno uno dei seguenti criteri:
    - i. evidenza di ischemia prolungata (≥20 minuti)
    - ii. modificazioni ischemiche del tratto ST o nuove onde Q patologiche
    - iii. evidenza angiografica di riduzione della perfusione (perdita della pervietà di una collaterale, flusso lento persistente o no reflow, embolizzazione)
    - iv. evidenza di nuova perdita di miocardio vitale o nuova anomalia nella motilità della parete
2. Peri CABG
  - a. L'aumento della troponina deve essere superiore a 10\*99° percentile
  - b. Inoltre deve essere presente almeno uno dei seguenti criteri:
    - i. nuove onde Q patologiche o nuovo BBSn
    - ii. documentazione angiografica di occlusione
    - iii. evidenza di nuova perdita di miocardio vitale o nuova anomalia nella motilità della parete

Il valore soglia "10\*99° percentile" è un compromesso, che tiene parzialmente in conto l'esecuzione contemporanea di intervento sulle valvole e le differenti metodiche chirurgiche.

La codifica suggerita dalle linee guida ministeriali è la seguente:

- **Diagnosi principale:** 997.1 Complicazioni cardiache non classificate altrove
- **Diagnosi secondaria 1:** 410.x1

- **Diagnosi secondaria 2:** Vedere paragrafi “Complicazioni e Comorbidità” più avanti

**Dove x = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9**

Nella circolare ministeriale non viene fatta distinzione fra paziente con IMA che durante le manovre di rivascolarizzazione subisce un reinfarto e paziente con coronaropatia senza ancora IMA, che sviluppa un IMA durante l’angioplastica.

## **Angina instabile**

Il codice per l’angina instabile è 411.1.

## **Danno miocardico da causa non specificata (troponinosi)**

La “troponinosi” si codifica con 429.89.

## **Malattia coronarica cronica senza infarto**

La stenosi coronarica cronica senza infarto si indica con un codice compreso tra 414.00-414.07, indicante l’aterosclerosi coronarica.

## **Durata superiore alle otto settimane**

Le linee guida ministeriali recitano: “Ove il successivo ricovero avvenga oltre le otto settimane dall’infarto non deve essere utilizzata la categoria 410.\_ ma il codice 414.8 (Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica).”

## **Complicazioni**

Se sono presenti, ricordarsi di segnalare le seguenti complicazioni:

- insufficienza cardiaca e shock [vedi paragrafo sull’insufficienza cardiaca]
- shock cardiogeno [785.51]
- cardio(nefro)patia ipertensiva con insufficienza cardiaca
- sindrome post infartuale [411.0]
- aneurisma della parete cardiaca [414.10]
- aneurisma coronarico [414.11]
- dissezione arteria coronarica [414.12]
- embolia/infarto polmonare iatrogeno [415.11]
- altra embolia/infarto polmonare [415.19]
- blocchi (A-V, di branca)
- tachicardie parossistiche, fibrillazione, flutter
- rottura corda tendinea [429.5] o di muscolo papillare [429.6]

- emorragie cerebrali
- trombo-embolie cerebrali
- polmoniti
- insufficienza respiratoria
- insufficienza renale acuta
- ulcere da decubito
- infezioni da catetere (venoso, urinario, ecc.)
- complicazioni da stent [es. 996.03, 996.62, 996.72]
- complicazioni da protesi valvolare [es. 996.71]
- emopericardio [423.0]
- difetto settale acquisito [429.71]

## **Comorbidità**

Si ricorda di segnalare le seguenti comorbidità quando comportano un maggiore impegno di risorse (evidenza in cartella clinica):

- Cardio(mio)patie
- Cardiopatie (valvulopatie, presenza di protesi valvolari o di pacemaker, pregressi IMA, by pass coronarico, angioplastica)
- Tumori (codici 140.0 – 208.9, V10)
- Diabete mellito (250-250.9)
- Malattie cerebrovascolari (430-432, 433, 434, 436-438)
- Malattie vascolari (440-448, 557, 557.1)
- Malattia polmonare cronica ostruttiva (491-492, 494, 496)
- Nefropatie croniche (582-583, 585-588)
- Malattie croniche fegato, pancreas, intestino (571-572, 577.1-577.9, 555, 556)
- Malattie ematologiche (280-285, 288, 289)

## **Infarto miocardico 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 rilevante in termini assistenziali per il ricovero attuale.

## **PCI**

### **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 (codici 00.40 – 00.44). L'eventuale inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (medicato codice 36.07, non medicato codice 36.06), l'altro per indicare il numero di stent inseriti (codici 00.45 – 00.48).

### **Angioplastica primaria e stadiata**

In caso di angioplastica eseguita in due tempi nell'ambito dello stesso ricovero (primaria e stadiata) si deve segnalare il codice 00.66 Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica due volte con le rispettive date di esecuzione, iniziando dal primo campo disponibile della SDO (cosiddetto "intervento principale").

# Pace-maker

## Impianto in fase acuta

La diagnosi principale è l'aritmia se il ricovero è stato causato da essa e l'impianto del pace maker fa parte dei vari trattamenti messi in atto. Se l'aritmia fosse la sindrome del seno carotideo, utilizzare il codice 427.89 Altre aritmie cardiache.

## Impianto in elezione

Se il ricovero è specificamente programmato per il **primo inserimento del pacemaker**, in diagnosi principale deve essere segnalato il codice relativo al disturbo di conduzione.

## 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.

La procedura di sostituzione si indica con il codice 37.85 o 37.86 o 37.87 a seconda del tipo di dispositivo impiantato al posto del precedente.

## Sostituzione di pace-maker

Nel caso di ricovero per sostituire il generatore scarico, la diagnosi principale deve essere V53.31 Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco. La procedura di sostituzione si indica con il codice 37.85 o 37.86 o 37.87 a seconda del tipo di dispositivo impiantato al posto del precedente.

## 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 trans venoso 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 trans venosi in atrio e ventricolo unicamente con il codice 37.72 - Inserzione iniziale di elettrodi trans venosi 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 per descrivere l'inserzione di PM temporaneo trans venoso è il 37.78.

## **Defibrillatori**

### **Impianto in fase acuta**

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).

### **Impianto in elezione e sostituzione**

Nel caso di un ricovero specificamente finalizzato all'inserimento o alla sostituzione del defibrillatore e/o degli elettrodi, la diagnosi principale deve essere:

- Il codice relativo al disturbo della conduzione, per la prima collocazione;
- 996.04 in caso di sostituzione per problemi meccanici (compreso esaurimento pile-generatore);
- 996.61 in caso di sostituzione per infezione.

## **Codici intervento**

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

### **AICD**

- Impianto/sostituzione sistema totale: 37.94
- Impianto solo generatore o impianto generatore sottocutaneo: 37.96
- Sostituzione solo elettrodo: 37.97
- Sostituzione solo cardiovertore/defibrillatore: 37.98

### **CRT-P**

- Impianto/sostituzione sistema totale: 00.50
- Impianto solo generatore o impianto generatore sottocutaneo: 00.53

- Sostituzione solo elettrodo: 00.52

#### **CRT-D**

- Impianto/sostituzione sistema totale: 00.51
- Sostituzione solo elettrodo: 00.52
- Sostituzione solo cardiovertore/defibrillatore: 00.54

## Loop recorder

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

### Collocazione

- Diagnosi principale: V53.39 collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco
- Intervento principale: 37.79 [...] Inserzione di loop recorder

### Rimozione

- Diagnosi principale: V53.39 collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco
- Intervento principale: 86.05 [...] Rimozione di loop recorder

## Insufficienza cardiaca

L'insufficienza cardiaca può essere definita come un'anomalia della struttura o della funzione cardiaca tale da rendere il cuore incapace di fornire ossigeno a un tasso commisurato alle richieste metaboliche dei tessuti, nonostante normali pressioni di riempimento (o soltanto al costo di un incremento delle pressioni di riempimento).

L'insufficienza cardiaca è definita, dal punto di vista clinico, come una sindrome in cui i pazienti presentano sintomi tipici (es. dispnea, edemi declivi, affaticamento) e segni (es. aumento pressione venosa giugulare, crepitii polmonari, spostamento dell'itto della punta) causati da un'anomalia della struttura o della funzione cardiaca.

Per inserire nella SDO uno dei codici di insufficienza cardiaca, in cartella clinica devono essere presenti uno o più di questi elementi:

- dispnea dopo attività lieve-moderata;
- ortopnea;
- dispnea parossistica notturna;
- facile stancabilità;
- distensione delle vene giugulari;
- edemi declivi;
- congestione polmonare all'rx torace.

I codici per segnalare lo scompenso cardiaco sono i seguenti:

<b>398.91</b>	insufficienza reumatica del cuore (congestizia)
<b>402.01</b>	cardiopatía ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca
<b>402.11</b>	cardiopatía ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca
<b>402.91</b>	cardiopatía ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca
<b>404.01</b>	cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica
<b>404.03</b>	cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di
<b>404.11</b>	cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica
<b>404.13</b>	cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di
<b>404.91</b>	cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca e con patologia renale
<b>404.93</b>	cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca e con patologia renale
<b>428.0</b>	insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)
<b>428.1</b>	insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)
<b>428.20</b>	insufficienza cardiaca sistolica non specificata
<b>428.21</b>	insufficienza cardiaca sistolica acuta
<b>428.22</b>	insufficienza cardiaca sistolica cronica
<b>428.23</b>	insufficienza cardiaca sistolica acuta e cronica
<b>428.30</b>	insufficienza cardiaca diastolica non specificata
<b>428.31</b>	insufficienza cardiaca diastolica acuta
<b>428.32</b>	insufficienza cardiaca diastolica cronica
<b>428.33</b>	insufficienza cardiaca diastolica acuta e cronica
<b>428.40</b>	insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata non specificata
<b>428.41</b>	insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata acuta
<b>428.42</b>	insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata cronica
<b>428.43</b>	insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata acuta e cronica
<b>428.9</b>	insufficienza cardiaca non specificata (scompenso cardiaco non specificato)

Il DRG che ne deriva è il 127, insufficienza cardiaca e shock. Altre complicazioni e comorbilità non modificano l'attribuzione del DRG, anche se possono servire a circostanziare meglio il quadro clinico. Se il paziente fosse sottoposto a ventilazione meccanica per più di 96 ore (4 gg.) il DRG diventa il 542.

## **Codifica dell'insufficienza cardiaca**

Per definire lo scompenso cardiaco generalmente è necessaria una codifica multipla (almeno due codici diagnosi). L'edema polmonare è implicito nei codici di insufficienza cardiaca, quindi non si deve usare 518.81.

### **Insufficienza cardiaca da cardiopatía ipertensiva**

- Diagnosi principale: 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93

- Diagnosi secondaria: 428.0 – 428.9

#### **Insufficienza cardiaca acuta su cronica**

- Diagnosi principale: 428.43
- Diagnosi secondaria: 428.0

#### **Insufficienza cardiaca nell'immediato periodo postoperatorio**

- Diagnosi principale: 997.1
- Diagnosi secondaria: 428.0 – 428.9 + eventuali codici per aritmie + se presenti 573.0 (congestione epatica), 511.9 (versamento pleurico)

#### **Insufficienza cardiaca a distanza da intervento cardiocirurgico**

- Diagnosi principale: 429.4
- Diagnosi secondaria: 428.0 – 428.9

#### **Insufficienza cardiaca in sindrome coronarica**

- Diagnosi principale: Codici relativi all'IMA o all'angina instabile
- Diagnosi secondaria: 428.0 – 428.9

#### **Insufficienza cardiaca in endocardite**

- Diagnosi principale: Codici relativi all'endocardite
- Diagnosi secondaria: 428.0 – 428.9

### **Comorbidità**

Si ricorda di segnalare le seguenti comorbidità quando comportano un maggiore impegno di risorse (evidenza in cartella clinica):

- Cardio(mio)patie
- Cardiopatie (valvulopatie, presenza di protesi valvolari o di pacemaker, pregressi IMA, by pass coronarico, angioplastica)
- Tumori (codici 140.0 – 208.9, V10)
- Diabete mellito (250-250.9)
- Malattie cerebrovascolari (430-432, 433, 434, 436-438)
- Malattie vascolari (440-448, 557, 557.1)
- Malattia polmonare cronica ostruttiva (491-492, 494, 496)
- Nefropatie croniche (582-583, 585-588)

- Malattie croniche fegato, pancreas, intestino (571-572, 577.1-577,9, 555, 556)
- Malattie ematologiche ( 280-285, 288, 289)

## **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 "Malformazioni congenite").

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. Qui di seguito alcuni esempi.

### **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 inserire la cerebrovasculopatia (categorie codici 430 - 438).

### **Retinopatia ipertensiva**

La diagnosi principale è 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

## Interventi percutanei sulle valvole

### Valvola aortica – TAVI

Secondo le linee guida ministeriali la codifica è la seguente.

Natura della valvola	Diagnosi principale
Nativa	424.1 o 395.0/1/2/9 o 396.0/1/2/3/8/9
Protesi	996.02 o 996.61 o 996.71

Procedura TAVI	Intervento principale	Intervento secondario 1	Intervento secondario 2
Accesso trans femorale o succlavia	35.21	37.22	
Accesso trans apicale o trans aortico	35.21	37.22	37.11

37.22 è usato come codice convenzionale

Nella circolare ministeriale mancano le seguenti indicazioni:

- Valvulotomia-valvuloplastica percutanea aortica (35.96)
- Impianto percutaneo di graft endoaortico (39.73)
- Accesso mediante mini sternotomia (77.81)

### Valvola mitrale

Secondo le linee guida ministeriali la codifica è la seguente.

Natura della valvola	Diagnosi principale
Nativa	424.0 o 394.0/1/2/9 o 396.0/1/2/3/8/9
Protesi	996.02 o 996.61 o 996.71

Procedura	Intervento principale	Intervento secondario 1	Intervento secondario 2
Impianto per via trans femorale o succlavia	35.23	37.22	
Impianto per via trans apicale o trans aortica	35.23	37.22	37.11
Valvuloplastica con Mitraclip per via trans femorale o succlavia	35.12	37.22	
Sistema di riduzione anello per via trans femorale o succlavia	35.12	37.22	
Impianto neocorde per via via trans apicale	35.12	37.22	37.11

37.22 è usato come codice convenzionale.



## Valvola tricuspide

Secondo le linee guida ministeriali la codifica è la seguente.

Natura della valvola	Diagnosi principale
Nativa	424.2 o 397.0
Protesi	996.02 o 996.61 o 996.71

Procedura	Intervento principale	Intervento secondario 1	Intervento secondario 2
Impianto via transfemorale o succlavia o giugulare	35.27	37.22	
Impianto con toracotomia e transatriale dx	35.27	37.22	37.11
Valvuloplastica con clip o anuloplastica per via transfemorale o succlavia	35.14	37.22	

37.22 è usato come codice convenzionale

## Valvola polmonare

Secondo le linee guida ministeriali la codifica è la seguente.

Natura della valvola	Diagnosi principale
Nativa	424.3 o 397.1
Protesi	996.02 o 996.61 o 996.71

Procedura	Intervento principale	Intervento secondario 1
Impianto per via trans femorale o succlavia	35.25	27.22

37.22 è usato come codice convenzionale

# Cardiologia

## Difetti settali

### Chiusura percutanea difetto interatriale

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*.

### Chiusura 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).

# Chirurgia vascolare

## Angioplastica vasi periferici

### Vasi cerebrali o pre cerebrali

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

### 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 (codici 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 (codici 00.45 – 00.48).

## Trattamento varici

### 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

### Laserterapia 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.

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

## **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*.

## **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)

## 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).

Esempio:

- Diagnosi principale: 875.1 Ferita del torace (parete) con complicazioni
- Intervento principale: 93.59 Altra immobilizzazione, pressione e cura per ferita

# Pneumologia

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 d'inclusione che specifica di "Codificare per prima la malattia di base".

## BPCO

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

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

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

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

## Inserimento di protesi fonatoria in pazienti laringectomizzati

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

Campo	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	Codifica
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
Intervento secondario	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

#### Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)

- Codice da usare: 93.90
- Usare solo se:  $PaO_2 < 60$  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)

- Codice da usare: 93.90

- Usare solo se:
  - PaCO<sub>2</sub> >45 mmHg
  - pH ≤ 7,35

#### **Respirazione a pressione positiva intermittente**

- Codice da usare: 93.91
- Usare solo se:
  - PaCO<sub>2</sub> >45 mmHg
  - pH ≤ 7,35

#### **Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)**

- Codice da usare: 93.96
- Usare solo se: Ipossiemia isolata (PaO<sub>2</sub> <60 mmHg) che necessita di ossigenoterapia continua per almeno 48 ore con controllo emogasanalitico arterioso (PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub> e pH) giornaliero e monitoraggio continuo della SaO<sub>2</sub> per almeno 48 ore

#### **Altre procedure respiratorie (polmone d'acciaio)**

- Codice da usare: 93.99
- Usare solo se:
  - PaCO<sub>2</sub> >45 mmHg
  - pH ≤ 7,35

### **Terapia respiratoria invasiva – Gruppo dei codici 96.7**

**Non utilizzare** il codice 96.70 in quanto non specifica la durata.

Usare:

- 96.71 Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive
- 96.72 Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più

Condizioni cliniche

- PaO<sub>2</sub> < 40 mmHg e/o PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <200
- pH ≤ 7,35 e PaCO<sub>2</sub> >60 mmHg
- Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva

## Procedure endoscopiche

Le seguenti codifiche permettono 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

#### Toracoscopia transpleurica

Campo	Codifica
Diagnosi principale	patologia riscontrata
Intervento principale	34.21 toracoscopia transpleurica
Intervento secondario	34.92 talcaggio (se eseguito)
Intervento secondario	99.26 per la sedazione

#### Disostruzione endotracheale in anestesia generale

Campo	Codifica
Diagnosi principale	patologia riscontrata
Intervento principale	31.5 asportazione o demolizione locale di tessuto della trachea
Intervento secondario	31.42 laringoscopia o tracheoscopia
Intervento secondario	89.38 narcosi

#### Disostruzione endotracheale in anestesia generale senza inserimento protesi

Campo	Codifica
Diagnosi principale	patologia riscontrata
Intervento principale	31.5 asportazione o demolizione locale di tessuto della trachea
Intervento secondario	31.42 laringoscopia o tracheoscopia
Intervento secondario	31.99 altri interventi sulla trachea
Intervento secondario	89.38 narcosi

#### Disostruzione endotracheale in anestesia generale con inserimento protesi

Campo	Codifica
Diagnosi principale	patologia riscontrata
Intervento principale	31.5 asportazione o demolizione locale di tessuto della trachea
Intervento secondario	31.42 laringoscopia o tracheoscopia
Intervento secondario	96.05 altra intubazione del tratto respiratorio (inserzione stent)
Intervento secondario	89.38 narcosi

### Posizionamento protesi endotracheale (in elezione) in anestesia generale

Campo	Codifica
Diagnosi principale	V52.8 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata
Intervento principale	31.42 laringoscopia o tracheoscopia
Intervento secondario	31.99 altri interventi sulla trachea
Intervento secondario	96.05 altra intubazione del tratto respiratorio (inserzione stent)
Intervento secondario	89.38 narcosi

### Rimozione di protesi (Tracheale o bronchiale)

Campo	Codifica
Diagnosi principale	V52.8 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata
Intervento principale	31.99 altri interventi sulla trachea
Intervento secondario	89.38 narcosi
Intervento secondario	33.78 rimozione endoscopica di dispositivo e sostanze bronchiali (in caso di rimozione di protesi bronchiale)

## Bronchiali

### Biopsia transbronchiale su parenchima polmonare (TBB)

Campo	Codifica
Diagnosi principale	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>
Intervento principale	33.27 biopsia endoscopica del polmone
Intervento secondario	99.26 sedazione

### Biopsia transbronchiale con agoaspirato (TBNA)

Campo	Codifica
Diagnosi principale	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>
Intervento principale	40.11 biopsia di strutture linfatiche
Intervento secondario	33.22 broncoscopia con fibre ottiche
Intervento secondario	99.26 sedazione

### Laserterapia di lesioni sanguinanti

Campo	Codifica
Diagnosi principale	Patologia riscontrata
Intervento principale	32.01 asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi

<b>Intervento secondario</b>	99.26 sedazione
------------------------------	-----------------

### Toracosopia transpleurica

<b>Campo</b>	<b>Codifica</b>
<b>Diagnosi principale</b>	Patologia riscontrata
<b>Intervento principale</b>	34.21 toracosopia transpleurica
<b>Intervento secondario</b>	34.92 talcaggio (se eseguito) o altra procedura
<b>Intervento secondario</b>	99.26 sedazione

### Disostruzione endobronchiale in anestesia generale

<b>Campo</b>	<b>Codifica</b>
<b>Diagnosi principale</b>	Patologia riscontrata
<b>Intervento principale</b>	3201 asportazione o demolizione endoscopica di tessuto dei bronchi
<b>Intervento secondario</b>	89.38 narcosi

### Disostruzione endobronchiale in anestesia generale + inserimento protesi

<b>Campo</b>	<b>Codifica</b>
<b>Diagnosi principale</b>	Patologia riscontrata
<b>Intervento principale</b>	3201 asportazione o demolizione endoscopica di tessuto dei bronchi
<b>Intervento secondario</b>	96.05 altra intubazione del tratto respiratorio (inserzione stent)
<b>Intervento secondario</b>	89.38 narcosi

### Posizionamento protesi endobronchiale (in elezione) in anestesia generale

<b>Campo</b>	<b>Codifica</b>
<b>Diagnosi principale</b>	V528 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata
<b>Intervento principale</b>	33.23 altra broncoscopia
<b>Intervento secondario</b>	89.38 narcosi
<b>Intervento secondario</b>	96.05 altra intubazione del tratto respiratorio (inserzione stent)
<b>Intervento secondario</b>	33.98 altri interventi sui bronchi

### Rimozione di protesi (Tracheale o bronchiale)

<b>Campo</b>	<b>Codifica</b>
<b>Diagnosi principale</b>	V528 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata
<b>Intervento principale</b>	31.99 altri interventi sulla trachea
<b>Intervento secondario</b>	89.38 narcosi
<b>Intervento secondario</b>	33.78 rimozione endoscopica di dispositivo e sostanze bronchiali (da aggiungersi nel caso di rimozione di protesi bronchiale)

### Inserimento endoscopico di valvola bronchiale

Campo	Codifica
<b>Diagnosi principale</b>	V528 Collocazione o sistemazione di altra protesi specificata
<b>Intervento principale</b>	33.71 inserzione endoscopica di valvola bronchiale
<b>Intervento secondario</b>	89.38 narcosi
<b>Intervento secondario</b>	33.98 altri interventi sui bronchi

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 e 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.

# Otorinolaringoiatria

## 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 (polisonnografia, fibroendoscopia trans nasale) 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 l'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 alla 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.

### **Sindrome apnea ostruttiva nei bambini**

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) le indicazioni alla tonsillectomia sono:

- criteri clinici (sonno molto disturbato, russamento intenso, sonnolenza diurna)
- risultati di esami strumentali (polisonnografia, fibroendoscopia trans nasale)
- risultati di laboratorio (percentuale di saturazione dell'emoglobina)

### **Tonsillite batterica acuta ricorrente**

Nei bambini e negli adulti con tonsillite batterica acuta ricorrente le indicazioni alla tonsillectomia sono le seguenti:

- gli episodi di tonsillite si ripetono 5 o più volte l'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:

1) Di origine organica

a) 327.20 Apnea nel sonno di tipo organico non specificata

- b) 327.21 Apnea nel sonno primaria centrale
  - c) 327.22 Respiro periodico da elevate altitudini
  - d) 327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)
  - e) 327.24 Apnea idiopatica correlata a ipoventilazione alveolare non ostruttiva. Ipossia correlata al sonno
  - f) 327.25 Sindrome congenita da ipoventilazione alveolare centrale
  - g) 327.26 Ipoventilazione/ipossiemia correlate al sonno in malattie classificabili altrove. *Codificare per prima la patologia di base*
  - h) 327.27 Apnea del sonno di tipo centrale in malattie classificabili altrove. *Codificare per prima la patologia di base*
  - i) 327.29 Altre apnee nel sonno organiche
- 2) Nel capitolo "Segni e sintomi"
- a) 780.53 Ipersonnia con apnea del sonno, non specificata
  - b) 786.09 Altre dispnee e anomalie respiratorie [per codificare la **roncopatia**]

### 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	Codifica
Diagnosi principale	327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)
Intervento	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	Codifica
Diagnosi principale	327.23 Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)
Intervento	89.17 Polisonnogramma

### Deviazione del setto nasale

In cartella clinica deve essere presente il seguente supporto diagnostico.

### Settoplastica (21.88)

Presenza in cartella clinica di evidenza di una deviazione del setto quale la descrizione accurata del quadro rinoscopico.

### Rinosecto-plastica (21.84)

Evidenza documentale in cartella clinica di:

- fotografia esterna (frontale, laterale destra e sinistra, sub mento-vertice)
- fotografia endoscopica oppure TAC [Tenere presente il rapporto rischi/benefici dell'esposizione alle radiazioni ionizzanti.]

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 nel seguente modo:

Campo	Codifica
Diagnosi principale	470 - Deviazione del setto nasale (setto) oppure 738.0 - Deformazioni acquisite del naso (cartilagine)
Diagnosi secondaria	905.0 Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia
Intervento	21.88 nel caso di settoplastica o 21.84 nel caso di rinosectoplastica

### Deviazione del setto nasale congenita

La deviazione del setto nasale congenita si codifica come segue:

Campo	Codifica
Diagnosi principale	748.1 - Altre anomalie del naso
Intervento	21.88 nel caso di settoplastica o 21.84 nel caso di rinosectoplastica

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.

### Frattura nasale

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

#### Correzione chiusa

- Diagnosi principale: 802.0 – Frattura chiusa delle ossa nasali
- Intervento: 21.71 – Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto

## Correzione aperta

- Diagnosi principale: 802.1 Frattura esposta delle ossa nasali
- Intervento: 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.*



# Apparato digerente e addome

## 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 “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.

## 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.

## 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 “Chirurgia vascolare”). 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.

## Protesi metallica esofagea

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

## Chirurgia bariatrica

Diagnosi

- principale: 278.01 obesità grave
- secondaria: V85.\_\_\_ indice di massa corporea ...

Intervento

- Gastroresezione sec. Sleeve: 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

## Videoendoscopia diagnostica con capsula

Tale procedura è di tipo **ambulatoriale**; nel caso sia eseguita durante un ricovero utilizzare il codice *45.19 Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue*.

## 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.

## 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

## 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 trans anale con stapler (Stapled Trans-Anal Rectal Resection) è praticata in caso di rettocele o di prolasso del retto con sindrome da defecazione ostruita e si codifica con *48.74 retto-rettostomia*. Tali casi sono attribuiti al DRG 149.

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

## 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.

## **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 "Tumori").

## **Ernie addominali**

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

# Nefrologia

## Insufficienze renali acute e croniche

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

### Malattia renale cronica

La malattia renale cronica è 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:

- 585.1 Malattia renale cronica, stadio I
- 585.2 Malattia renale cronica, stadio II (lieve)
- 585.3 Malattia renale cronica, stadio III (moderata)
- 585.4 Malattia renale cronica, stadio IV (grave)
- 585.5 Malattia renale cronica, stadio V, che non richiede dialisi cronica
- 585.6 Malattia renale cronica, stadio finale, che necessita di dialisi cronica

### Disfunzione renale in trapiantato

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.

## Accesso venoso per dializzati

Qui si seguono le codifiche per le situazioni più comuni relative alle fistole arterovenose per dialisi.

<b>Procedura</b>	<b>Diagnosi</b>	<b>Intervento</b>
<b>Posizionamento di catetere venoso per dialisi</b>	V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi	38.95 Cateterismo venoso per dialisi renale
<b>Confezionamento di fistola AV per dialisi</b>	V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi	39.27 Arteriovenostomia per dialisi renale
<b>Inserimento di catetere per dialisi renale tunnellizzato permanente in angiografia</b>	V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi	86.07 Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
<b>Disocclusione mediante angioplastica percutanea in caso di embolia, occlusione, trombosi della fistola</b>	996.73 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale	39.50 Angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i + 00.40 Procedure su un singolo vaso
<b>Rimozione di fistola AV per complicazione</b>	996.73 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale	39.43 Rimozione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale
<b>Revisione di fistola AV in sala operatoria</b>	996.73 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale	39.42 Revisione di anastomosi arterovenosa per dialisi renale
<b>Confezionamento di una seconda fistola (senza rimozione della prima)</b>	V56.1 Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi + 996.73 Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale	39.27 Arteriovenostomia per dialisi renale

# Urologia

## 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.

## Idronefrosi

L'**idronefrosi**, che complica la calcolosi renale o ureterale o altra patologia ostruttiva, deve essere segnalata in diagnosi secondaria con il codice 591 **purché sia clinicamente rilevante e sia documentata in cartella clinica**. Per la dilatazione della pelvi o bacinetto renale (idronefrosi di primo grado) **clinicamente rilevante** usare il codice 591.

L'idroureteronefrosi si codifica anch'essa con il codice 591, mentre il solo idrouretere si indica con 593.5.

## Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del rene

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

## 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.

## 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 cartella, che evidenzino un trattamento aggiuntivo.

## 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 (a 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 V53.6 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.

## 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.

## Mapping prostatico

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

La procedura è *60.11 biopsia della prostata con approccio trans rettale o perineale*; **non** si deve usare il codice 60.15 per il mapping prostatico.

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.

La codifica in base al referto istologico è la seguente:

- 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

## **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*.

## **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.



# Gravidanza, parto, puerperio

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 (V27.\_)
- 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 quinta 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 post partum immediato
- 3 = ricovero per complicanze della gravidanza (ricoveri antecedenti il ricovero per parto)
- 4 = ricovero per complicanze post partum tardive (ricoveri successivi al ricovero per il parto)

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

- V27.0 - nato vivo da parto semplice

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

Nel campo *intervento 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 nei campi interventi secondari si deve indicare il codice delle procedure diagnostiche o terapeutiche (da 75.31 a 75.99), o di eventuale altro intervento che abbia assorbito minor quantità di risorse rispetto all'intervento principale.

#### Esempio 1

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

#### Esempio 2

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

## Parto fisiologico

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

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

- 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 quarta 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 quinta cifra definisce temporalmente l'episodio di ricovero (1 ricovero per parto, 3 ricovero antecedente il parto). L'esito del parto sarà V27.\_ con quarta cifra da 2 a 7.

Sono stati aggiunti i codici per gravidanza multipla con elettiva riduzione fetale 651.7 + quinta 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.

Si deve differenziare lo **stato di portatrice** dalla **condizione di infezione** (evidenza di trattamento specifico nella cartella clinica). I codici per indicare lo stato di portatrice sono, ad esempio:

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

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

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

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

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

Campo	Codifica
Diagnosi principale	646.61 Parto di donna con infezione apparato genitourinario
Diagnosi secondaria	041.02 Infezione streptococcica in manifestazioni morbose classificate altrove e di sede non specificata, Streptococco, gruppo B
Diagnosi secondaria	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

La diagnosi principale deve riportare la patologia o la situazione che ha costituito l'indicazione al cesareo:

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

Le indicazioni al taglio cesareo per patologie non comprese nel capitolo 11 del manuale ICD-9-CM 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.

Ad esempio il taglio cesareo eseguito per la presenza di retinopatia si codifica come segue:

Diagnosi principale	659.81 Altre specifiche indicazioni per l'assistenza o l'intervento
Diagnosi secondaria	362.____ Retinopatia ...
Diagnosi secondaria	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*, poiché 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.**

## **Parto non avvenuto in ospedale**

Nel caso di una donna ricoverata dopo un parto avvenuto non in ospedale

- in assenza di complicazioni, mettere in diagnosi principale 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 del manuale ICD-9-CM) con 4 come quinta cifra.

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

## **Riospedalizzazione di mamma in allattamento**

### **Ri-ospedalizzazione del neonato**

Se il neonato viene nuovamente ricoverato per problemi si saluta, 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 nella SDO relativa al precedente ricovero per assistenza al parto.

### **Prolungamento del ricovero per nascita**

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.

### **Ricovero per patologia materna**

Se la madre viene ricoverata ed il neonato è ospitato in ospedale (nido o rooming in), non si apre un ricovero e una SDO per il neonato sano; le annotazioni sulla presenza del neonato e sulle sue condizioni devono essere apposte/allegate nella cartella clinica materna. **Convenzionalmente** nella SDO materna inserire in una delle diagnosi secondarie il codice V20.1 *Cure ad altro neonato o bambino sano*.

## IVG 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	Codifica
<b>Diagnosi principale</b>	635.92 Aborto completo, indotto legalmente, senza complicazioni
<b>Intervento principale</b>	89.07 Consulto definito complessivo
<b>Intervento secondario</b>	[eventuale] 88.78 Diagnostica ecografica dell'utero gravido
<b>Intervento secondario</b>	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	Codifica
<b>Diagnosi principale</b>	635.91 Aborto incompleto, indotto legalmente, senza complicazioni
<b>Intervento principale</b>	89.07 Consulto definito complessivo
<b>Intervento secondario</b>	[eventuale] 88.78 Diagnostica ecografica dell'utero gravido
<b>Intervento secondario</b>	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	Codifica
<b>Diagnosi principale</b>	635.92 Aborto completo, indotto legalmente, senza complicazioni
<b>Intervento principale</b>	89.07 Consulto definito complessivo
<b>Intervento secondario</b>	88.78 Diagnostica ecografica dell'utero gravido
<b>Intervento secondario</b>	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**.

# Dermatologia

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

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
<b>86.01</b>	<p>Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo, aspirazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ascesso</li> <li>• ematoma</li> <li>• sieroma</li> </ul>	<p>Incisione per drenaggio di raccolta sottocutanea o profonda o sottoungueale In caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ascesso</li> <li>• ematoma</li> <li>• sieroma</li> </ul> <p>Esclusa: Incisione di cisti o seno pilonidale (86.03) <b>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.</b></p>
<b>86.02</b>	<p>Iniezione o tatuaggio di lesioni o difetti della cute. Iniezione di materiale di riempimento. Inserzione di materiale di riempimento. Pigmentazione della pelle. Utilizzare il codice 86.02 anche per l'iniezione di <b>gel piastrinico</b>.</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. <b>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.</b></p>

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
<b>86.05</b>	<p>Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo.</p> <p>Rimozione di espansore tessutale dalla pelle o dai tessuti molli diversi dalla mammella.</p> <p>Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio)</p> <p>Rimozione di loop recorder.</p> <p>Escluso: rimozione di corpo estraneo senza incisione (98.20-98.29)</p>	<p>Codificare quando si esegue l'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>
<b>86.06</b>	<p>Inserzione di pompa d'infusione totalmente impiantabile.</p> <p>Codificare anche eventuale cateterizzazione associata.</p> <p>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>
<b>86.09</b>	<p>Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo</p> <p>Esplorazione di: tratto sinusale, cute fossa superficiale</p> <p><b>Undercutting</b> di follicolo pilifero</p> <p>Creazione di tasca per neurostimolatore del talamo, nuova sede.</p> <p><b>Escarotomia</b></p> <p><b>Riapertura di tasca sottocutanea</b> per revisione di dispositivo senza sostituzione</p> <p>Escluso quella per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tasca di pace-maker, nuova sede (37.79)</li> <li>• compartimenti fasciali di viso e bocca (27.0)</li> <li>• creazione di tasca per loop recorder, nuova</li> <li>• sede e inserzione/riposizionament o del dispositivo (37.79)</li> <li>• creazione di tasca per registratore cardiaco impiantabile attivato dal paziente e inserzione/riposizione del dispositivo (37.79)</li> <li>• rimozione di catetere dalla scatola cranica (01.27)</li> </ul>	<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 ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
<b>86.11</b>	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.
<b>86.19</b>	Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo. Escluso: esame istologico di cute e tessuto sottocutaneo (91.61-91.79)	Da utilizzarsi solo per procedure diagnostiche di tipo chirurgico.
<b>86.22</b>	Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione. Rimozione per mezzo di asportazione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tessuto devitalizzato</li> <li>• necrosi</li> <li>• massa di tessuto necrotico.</li> </ul> Escluso sbrigliamento di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• parete addominale (ferita) (54.3)</li> <li>• osso (77.60-77.69)</li> <li>• muscolo (83.45)</li> <li>• della mano (82.36)</li> <li>• unghia (matrice ungueale) (plica) (86.27)</li> </ul> Escluso sbrigliamento non asportativo di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ferita, infezione o ustione (86.28)</li> <li>• frattura aperta (79.60-79.69)</li> <li>• impianto di lembo peduncolato (86.75)</li> </ul>	Le rimozioni si intendono eseguite con metodo chirurgico tradizionale. Es. Escarectomia (necrectomia-necrosectomia). <b>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.</b>

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
<b>86.24</b>	Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs Peeling chimico della cute	Nei casi di chirurgia di Mohs di sede specifica utilizzare i seguenti codici: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 49.39 ano</li> <li>• 85.20 seno</li> <li>• 18.29 orecchio</li> <li>• 08.25 sopracciglia</li> <li>• 08.25 palpebra</li> <li>• 71.3 vulva</li> <li>• 27.43 labbra</li> <li>• 21.32 naso</li> </ul>
<b>86.25</b>	Dermoabrasione. Quella con laser (o mezzo meccanico) Escluso: dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	Dermoabrasione mediante mola rotante o altro mezzo meccanico. Inclusa: Laserdermoablazione. <b>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.</b>
<b>86.26</b>	Legatura di appendice dermica. Escluso: asportazione di appendice preauricolare (18.29)	<b>Attività esclusivamente ambulatoriale (cod. 86.30.0 del nomenclatore tariffario).</b> L'eventuale codificazione in regime di ricovero è dovuta alla presenza di altri interventi più complessi.
<b>86.28</b>	Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione. Rimozione SAI. Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: <ul style="list-style-type: none"> <li>• brushing</li> <li>• irrigazione (sotto pressione)</li> <li>• washing</li> <li>• scrubbing</li> </ul> Terapia con le larve di mosca. Rimozione con bisturi ad acqua (a getto, jet).	Escarectomia superficiale o necrolisi o sbrigliamento superficiale eseguiti mediante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• curettage</li> <li>• brushing</li> <li>• irrigazione (sotto pressione)</li> <li>• washing</li> <li>• scrubbing</li> </ul> Terapia con le larve di mosca. Rimozione con bisturi ad acqua (a getto, jet). Dispositivi a 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.__). <b>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.</b>

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
<b>86.3</b>	<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"> <li>• cauterizzazione</li> <li>• criochirurgia</li> <li>• folgorazione</li> <li>• raggio laser</li> <li>• asportazione di cicatrice con plastica a Z</li> </ul> <p>Escluso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• adipectomia (86.83)</li> <li>• biopsia della pelle (86.11)</li> <li>• asportazione di cute radicale o ampia (86.4)</li> <li>• plastica a "Z" senza asportazione (86.84)</li> </ul>	<p>Da utilizzarsi per interventi di exeresi riparabile con sutura diretta, anche quando sia effettuata indagine istologica.</p> <p><b>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.</b></p>
<b>86.4</b>	<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>
<b>86.51</b>	<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>
<b>86.59</b>	<p>Chiusura di cute e tessuto sottocutaneo di altre sedi.</p> <p>Adesivi (chirurgico) (tessuto)</p> <p>Punti metallici</p> <p>Suture</p> <p>Escluso: applicazione di strip adesivi (butterfly) - omettere il codice</p>	<p>Sutura cutanea e sottocutanea</p> <p>Incluso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sutura mediante applicazione di preparati adesivi sintetici o naturali (colla).</li> </ul> <p><b>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.</b></p>

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
<b>86.60</b>	Innesto cutaneo libero, SAI.	Innesto cutaneo autologo, SAI, innesto intero o a rete. Incluso: prelievo di cute per innesto autologo Escluso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• innesto eterologo (86.65)</li> <li>• innesto omologo (86.66)</li> <li>• costruzione o ricostruzione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pene (64.43-64.44)</li> <li>• trachea (31.75)</li> <li>• vagina (70.61-70.62)</li> </ul> </li> <li>• Innesto cutaneo a spessore parziale o totale nella mammella (85.82 85.83).</li> </ul>
<b>86.61</b>	Innesto di cute a tutto spessore sulla mano. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)	Innesto cutaneo autologo a tutto spessore sulla mano Incluso: prelievo di cute per innesto autologo. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)
<b>86.62</b>	Altro innesto di cute sulla mano. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66).	Innesto cutaneo autologo sottile o di medio spessore sulla mano. Incluso: prelievo di cute per innesto autologo. Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66).
<b>86.63</b>	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"> <li>• costruzione o ricostruzione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pene (64.43-64.44)</li> <li>• trachea (31.75)</li> <li>• vagina (70.61-70.62)</li> </ul> </li> <li>• Innesto a tutto spessore nella mammella (85.83).</li> </ul>
<b>86.64</b>	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.

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
<b>86.66</b>	Omoinnesto sulla cute Innesto sulla cute di membrana amniotica da donatore cute.	Omoinnesto cutaneo Innesto sulla cute di cute da donatore. Incluso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innesto di derma omologo disepitelizzato e/o decellularizzato (Alloderma)</li> <li>• Innesto di membrana amniotica</li> </ul>
<b>86.67</b>	Innesto di derma rigenerativo. Cute artificiale SAI. Creazione di "neoderma". Alloderma decellularizzato. Impianto di matrice tegumentaria. Impianto protesico di derma. Derma rigenerato Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)	Innesto sulla cute di sostituto cutaneo o dermico sintetico in grado di attecchire definitivamente (interamente o in sua parte). Incluso: matrici dermiche sintetiche biocompatibili mono o bilaminari Esclusi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• innesto di derma omologo disepitelizzato e/o decellularizzato (Alloderma) (86.66)</li> <li>• innesto omologo (86.66)</li> <li>• innesto eterologo (86.65)</li> </ul>
<b>86.69</b>	Altro innesto di cute su altre sedi (Innesto: di derma, adiposo, dermo-adiposo, di cartilagine SAI). Escluso: innesto eterologo (86.65), innesto omologo (86.66)	Si intende innesto autologo di derma, adipe, cartilagine. Da usarsi per lipofilling. Escluso: innesto dermolipidico cod. 86.60
<b>86.7</b>	Impianto di lembi peduncolati. Escluso: costruzione o ricostruzione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pene (64.43-64.44)</li> <li>• trachea (31.75)</li> <li>• vagina (70.61-70.62)</li> </ul>	Escluso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lembo peduncolato nella mammella (85.84)</li> <li>• Ricostruzione mammaria con lembo muscolare o muscolocutaneo (85.85)</li> <li>• Trasposizione del capezzolo (85.86)</li> <li>• Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo (85.87)</li> <li>• Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita (82.61, 82.81)</li> </ul>
<b>86.72</b>	Avanzamento di lembo peduncolato.	Lembo locale di avanzamento, rotazione, trasposizione (di piccole dimensioni).
<b>86.73</b>	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.

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
<b>86.74</b>	Trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi Trasferimento di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• lembo di avanzamento</li> <li>• lembo doppiamente peduncolato</li> <li>• lembo di rotazione</li> <li>• lembo di scorrimento</li> <li>• lembo a tubo</li> </ul>	Utilizzare unicamente per lembi tubulati indiretti a distanza.
<b>86.82</b>	Ritidectomia facciale Lifting facciale Escluso: ritidectomia della palpebra (08.86- 08.87).	Intervento da considerarsi quasi esclusivamente di natura estetica e quindi da non effettuarsi a carico del SSN.
<b>86.83</b>	Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza. Riduzione del tessuto adiposo di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• parete addominale (pendula)</li> <li>• braccia (batwing)</li> <li>• natiche</li> <li>• coscia (lipomatosi trocanterica)</li> </ul> Liposuzione Escluso: mammella (85.31-85.32).	Lipectomia (adipectomia)
<b>86.84</b>	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.
<b>86.89</b>	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).
<b>86.93</b>	Inserzione di espansore tessutale. Inserzione (sottocutanea) (nel tessuto molle) di espansore tessutale (uno o più) nello scalpo (spazio sub galeale), faccia, collo, estremità 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, estremità superiori e inferiori, tronco eccetto la mammella. Escluso: espansione di tessuto mammario (85.95).

Codice ICD9CM	Descrizione	Indicazioni di codifica
<b>86.99</b>	<p>Altri interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo.</p> <p>Escluso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rimozione di suture da:</li> <li>• addome (97.83)</li> <li>• capo e collo (97.38)</li> <li>• torace (97.43)</li> <li>• tronco SAI (97.84)</li> <li>• irrigazione di catetere (96.58)</li> <li>• sostituzione di catetere (97.15)</li> </ul>	<p>Da utilizzare esclusivamente per interventi innovativi non riconducibili a codici di questo capitolo.</p>

# Ortopedia

## 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 codice 81.65 mentre la procedura di cifoplastica è identificata dal codice 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). Ad esempio, la meniscectomia mediante artroscopia del ginocchio si codifica come segue:

- Intervento principale: 80.6 Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio
- Intervento-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 d'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**, le **condromatosi**, 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 alla 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 d'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 della cuffia dei rotatori

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

- Diagnosi principale: *727.61 Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori* oppure *840.4 Distorsione e distrazione cuffia dei rotatori (capsula)*
- Intervento principale: 83.63
- Intervento secondario: 80.21 (se l'intervento è eseguito in artroscopia)

**senza segnalare** i codici delle procedure complementari a tale intervento quali l'acromionoplastica, 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**

Nel caso di trattamento della lussazione ricorrente della spalla usare la seguente codifica:

- Diagnosi principale: 718.31
- Intervento principale
  - A cielo aperto: 81.82
  - Per via artroscopica: 81.82 + 80.21

### **Sindrome del tunnel carpale**

L'ambito assistenziale più appropriato per l'intervento per tunnel carpale è il **regime ambulatoriale**. Qualora fosse necessario il ricovero, 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 il trattamento dell'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 interni**

- Diagnosi principale: V54.01 - Trattamento per rimozione di mezzo di fissazione interno
- Intervento principale: 78.6\_ - Rimozione di dispositivo impiantato da ... (la quarta cifra varia in base alla sede)

### **Rimozione di filo di Kirschner o chiodo Steinmann**

- Diagnosi principale: V54.89 - Trattamento ortopedico ulteriore
- Intervento principale: 97.88 - Rimozione di dispositivo esterno di immobilizzazione.

### **Rimozione di altro fissatore esterno**

- Diagnosi principale: V54.89 - Trattamento ortopedico ulteriore
- Intervento principale: 78.6\_ - Rimozione di dispositivo impiantato da ... (la quarta cifra varia in base alla sede)

### **Rimozione di gesso o ferula**

- Diagnosi principale: V54.89 - Trattamento ortopedico ulteriore
- Intervento principale: 97.88 - Rimozione di dispositivo esterno di immobilizzazione.

## **Metodiche rigenerative**

Le 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 piastrinico** il relativo intervento va segnalato con il codice *81.92 Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento.*

# Malformazioni congenite

## 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) del manuale ICD-9-CM, 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" è 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 del manuale ICD-9-CM.

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 "Neonatologia-Pediatria".

# Neonatologia – Pediatria

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

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

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

Tutte la SDO redatte dal nido devono produrre DRG afferenti all'MDC 15, *Condizioni originatesi nel periodo perinatale*, quindi caratterizzate da manifestazioni che hanno origine da prima della nascita fino i primi 28 giorni di vita anche se la patologia può evidenziarsi successivamente. Dal manuale ICD-9-CM:

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

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

## Evento nascita

### 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, a intervento chirurgico per patologia malformativa congenita o patologia intercorrente: in tal caso la diagnosi principale deve riportare la patologia trattata chirurgicamente, la diagnosi secondaria deve riportare il codice da V30.\_ a V39.\_. L'intervento eseguito deve essere indicato nell'apposito campo.

## **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 "Gravidanza, parto e puerperio".

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

Vedi capitolo "Gravidanza, parto e puerperio".

### **Neonato ricoverato per patologia (ricovero successivo)**

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

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

## **Ricovero per osservazione di condizioni morbose sospette**

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

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

## **Cause materne di morbilità e mortalità perinatale**

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

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

## **Infezioni neonatali**

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

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

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



## Ittero neonatale

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

### Ittero neonatale fisiologico

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

### Iperbilirubinemia con necessità di accertamenti o causa di patologia

- V3\_.\_\_\_
- 774.\_ - ittero neonatale ...
- Codice altra patologia

### Iperbilirubinemia 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** e 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 e una dall'ospedale B.

### SDO centro nascita inviante

- Diagnosi principale: V3\_.\_
- Diagnosi secondaria 1: Patologia neonatale
- Reparto di ammissione: Nido (31)
- Modalità di dimissione: 6 – trasferito ad altra struttura per acuti

### SDO TIN

- Diagnosi principale: Patologia neonatale
- Diagnosi secondaria 1: V68.89 per segnalare l'eventuale trasporto assistito o il back-transport
- Reparto di ammissione: TIN
- Modalità di dimissione: 8 - trasferimento a istituto pubblico o privato di riabilitazione e altra postacuzie, o in reparto pediatrico di minor intensità, se il neonato è trasferito al centro nascita

### SDO centro nascita ricevente

- Diagnosi principale: Utilizzare codici V o codici relativi ai postumi
- Reparto di ammissione: Neonatologia (62) o Pediatria (39)

# **Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti**

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).

# Traumatismi e avvelenamenti

## Codici E

Quando si utilizzano i codici diagnosi compresi tra 800.\_\_ e 904.\_\_ oppure tra 910.\_\_ e 995.89 (vedere controllo LC9 disciplinare tecnico flusso SDO) deve essere inserito anche il corrispondente codice E nell'apposito campo della SDO se il regime di ricovero è ordinario.

## 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 "Malattie infettive e parassitarie".

## 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.

# 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 o 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 un'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, e altri.

Per una trattazione completa sull'uso dei codici V vedere capitolo "Problemi comuni a tutte le specialità".

# Ricoveri riabilitativi disciplina 56

Questo capitolo è stato completamente rivisto per uniformare la codifica delle SDO di postacuzie alle modalità usate a livello nazionale.

## Diagnosi principale

### Ricoveri in connessione con il ricovero in acuzie

Per i ricoveri nella disciplina 56 in connessione con il precedente ricovero in acuzie (ricovero indice), nella diagnosi principale deve essere inserito un codice ICD9CM relativo all'esito della patologia acuta e coerente con il maggior impegno riabilitativo. Un codice di altro tipo può essere usato solo se non esiste alcun'altra alternativa per descrivere il quadro clinico. Si riportano qui di seguito alcuni esempi.

Diagnosi	MDC
344.01 Quadriplegia, C1 - C4, completa	1
344.02 Quadriplegia, C1 - C4, incompleta	1
344.03 Quadriplegia, C5 - C7, completa	1
344.04 Quadriplegia, C5 - C7, incompleta	1
344.09 Altre quadriplegie	1
344.1 Paraplegia	1
344.2 Diplegia degli arti superiori	1
344.3 Monoplegia dell'arto inferiore. Escluso monoplegia dell'arto inferiore dovuta a postumi di accidente cerebrovascolare (438.40-438.42)	1
344.30 Monoplegia dell'arto inferiore a sede emisferica non specificata	1
344.31 Monoplegia dell'arto inferiore dell'emisfero dominante	1
344.32 Monoplegia dell'arto inferiore dell'emisfero non dominante	1
344.40 Monoplegia dell'arto superiore a sede emisferica non specificata	1
344.41 Monoplegia dell'arto superiore dell'emisfero dominante	1
344.42 Monoplegia dell'arto superiore dell'emisfero non dominante	1
344.5 Monoplegia non specificata	1
344.60 Cauda Equina senza vescica neuro- logica	1
344.61 Cauda Equina con vescica neurologica	1
344.8 Altre sindromi paralitiche specificate	1
344.81 Sindrome dell'Uomo Incatenato	1
344.89 Altra sindrome paralitica specificata	1
344.9 Paralisi, non specificata	1
429.4 Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca	5
438.0 Deficit cognitivo	1
438.1 Deficit nella parola e nel linguaggio	1
438.10 Deficit nella parola e nel linguaggio, non specificato	1
438.11 Afasia	1
438.12 Disfasia	1
438.19 Altri deficit nella parola e nel linguaggio	1
438.20 Emiplegia a sede emisferica non specificata	1

<b>Diagnosi</b>	<b>MDC</b>
438.21 Emiplegia dell'emisfero dominante	1
438.22 Emiplegia dell'emisfero non dominante	1
438.30 Monoplegia degli arti superiori a sede emisferica non specificata	1
438.31 Monoplegia degli arti superiori dell'emisfero dominante	1
438.32 Monoplegia degli arti superiori dell'emisfero non dominante	1
438.40 Monoplegia degli arti inferiori a sede emisferica non specificata	1
438.41 Monoplegia degli arti inferiori dell'emisfero dominante	1
438.42 Monoplegia degli arti inferiori relativa dell'emisfero non dominante	1
438.50 Altre sindromi paralitiche a sede emisferica non specificata + sindrome dell'Uomo incatenato (344.81) o quadriplegia (344.00-344.09)	1
438.51 Altre sindromi paralitiche dell'emisfero dominante + sindrome dell'Uomo incatenato (344.81) o quadriplegia (344.00-344.09)	1
438.52 Altre sindromi paralitiche dell'emisfero non dominante + sindrome dell'Uomo incatenato (344.81) o quadriplegia (344.00-344.09)	1
438.53 Altre sindromi paralitiche, bilaterali + sindrome dell'Uomo incatenato (344.81) o quadriplegia (344.00-344.09)	1
438.81 Aprassia	1
438.82 Disfagia	1
438.84 Atassia	1
438.85 Vertigini	1
438.89 Altri postumi di malattie cerebrovascolari	1
438.9 Postumi non specificati di malattie cerebro- vascolari	1
518.5 Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico	4
905.0 Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia	1
905.1 Postumi di fratture della colonna vertebrale e del tronco senza menzione di lesioni del midollo spinale	8
905.2 Postumi di fratture degli arti superiori	8
905.3 Postumi di fratture del collo del femore	8
905.4 Postumi di fratture degli arti inferiori	8
905.5 Postumi di fratture di ossa multiple e non specificate	8
905.6 Postumi di lussazioni	8
905.7 Postumi di distorsioni e distrazioni senza menzione di traumatismo dei tendini	8
905.8 Postumi di traumatismi dei tendini	8
907.0 Postumi di traumatismi intracranici senza menzione di frattura del cranio	8
907.1 Postumi di traumatismi dei nervi cranici	1
907.2 Postumi di traumatismi del midollo spinale	1
907.3 Postumi di traumatismi delle radici dei nervi, dei plessi spinali e di altri nervi del tronco	1
907.4 Postumi di traumatismi dei nervi periferici del cingolo scapolare e dell'arto superiore	1
907.5 Postumi di traumatismi dei nervi periferici del cingolo pelvico e dell'arto inferiore	1
907.9 Postumi di traumatismi di altri e non specificati nervi	1
V42.1 Cuore sostituito da trapianto	5
V42.2 Valvola cardiaca sostituita da trapianto	5
V42.6 Polmone sostituito da trapianto	4
V43.3 Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi	5
V43.4 Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi	5
V43.61 Sostituzione spalla	8

<b>Diagnosi</b>	<b>MDC</b>
V43.62 Sostituzione gomito	8
V43.64 Sostituzione di articolazione dell'anca	8
V43.65 Sostituzione di articolazione del ginocchio	8
V43.66 Sostituzione di articolazione della caviglia	8
V43.69 Altra sostituzione di articolazione	8
V44.0 Presenza di tracheostomia	23
V45.81 Stato postchirurgico di bypass aorto- coronarico	23
V45.82 Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale	23
V45.86 Condizione successiva a chirurgia bariatrica	23
V47.2 Altri problemi cardiorespiratori. Riabilitazione cardiologica per presenza di angor a riposo o nell'attività ordinaria.	23
V57.0 Fisioterapia respiratoria	23
V57.1 Altra fisioterapia: esercizi terapeutici e correttivi, eccetto respiratori.	23
V57.2 Cura che richiede l'impiego di terapia occupazionale e rieducazione professionale	23
V57.21 Cura che richiede l'impiego di terapia occupazionale	23
V57.22 Cura che richiede l'impiego di terapia professionale	23
V57.3 Logoterapia	23
V57.4 Esercizi ortottici	23
V57.81 Cura che richiede l'impiego di addestramento ortosico. Insegnare la deambulazione con l'uso di arti artificiali	23
V57.89 Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione	23
V57.9 Cura che richiede l'impiego di procedimento di riabilitazione non specificato	23
V66.0 Convalescenza successiva a chirurgia	23
V66.4 Convalescenza successiva a trattamento di frattura	23

### **Ricoveri non in connessione con il ricovero in acuzie**

Per i ricoveri **non** in diretta connessione con il ricovero in acuzie (esempio da domicilio o con un intervallo maggiore di 45 giorni rispetto alla dimissione da acuzie, v. DGR 17-4167 del 07/11/2016) la diagnosi principale deve essere scelta tra uno dei seguenti codici V:

- V57.0 Fisioterapia respiratoria
- V57.1 Altra fisioterapia. Esercizi terapeutici e correttivi, eccetto respiratori
- V57.21 Cura che richiede l'impiego di terapia occupazionale
- V57.22 Cura che richiede l'impiego di terapia professionale
- V57.3 Logoterapia
- V57.4 Esercizi ortottici
- V57.81 Cura che richiede l'impiego di addestramento ortosico. Insegnare la deambulazione con l'uso di arti artificiali.

- V57.89 Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione
- V57.9 Cura che richiede l'impiego di procedimento di riabilitazione non specificato

## Diagnosi secondarie

### Ricoveri in connessione con l'episodio di acuzie

In uno dei campi diagnosi secondaria inserire uno dei codici della categoria V57 in base al trattamento riabilitativo prevalente. Per il resto valgono le regole generali.

### Ricoveri non in connessione con l'episodio di acuzie

Inserire eventuali complicazioni o comorbidità secondo le regole generali.

## Interventi e procedure

Partendo dal primo campo riservato ai codici intervento, inserire il codice relativo al trattamento che ha assorbito maggiori risorse e, via via, tutti gli altri. Inserire un solo codice per tipo di trattamento (non ripetere più volte lo stesso codice) indicando la data di inizio trattamento nell'apposito campo data.

Qui di seguito si riporta un elenco esemplificativo dei codici relativi ai trattamenti riabilitativi:

- |   |  |
|---|--|
| • 93.11 Esercizi assistiti                        | • 93.19 Esercizi, non classificati altrove                     |
| • 93.12 Altri esercizi muscoloscheletrici attivi  | • 93.21 Trazioni manuali e meccaniche                          |
| • 93.13 Esercizi contro resistenza                | • 93.22 Training deambulatori e del passo                      |
| • 93.14 Allenamento nei movimenti articolari      | • 93.23 Messa a punto di apparecchio ortesico                  |
| • 93.15 Mobilizzazione della colonna vertebrale   | • 93.24 Addestramento all'uso di protesi o apparecchi ortesici |
| • 93.16 Mobilizzazione di altre articolazioni     | • 93.25 Estensione forzata degli arti                          |
| • 93.17 Altri esercizi muscoloscheletrici passivi | • 93.26 Rottura manuale di aderenze articolari                 |
| • 93.18 Esercizi respiratori                      |  |

- 93.27 Stretching di muscoli o tendini
- 93.28 Stretching di fascia
- 93.29 Altre correzioni forzate di deformità.
- 93.31 Esercizi assistiti in piscina
- 93.32 Trattamento a vortice
- 93.33 Altra idroterapia
- 93.34 Diatermia
- 93.35 Altra terapia con calore
- 93.36 Riabilitazione cardiologica
- 93.38 Terapia fisica combinata senza menzione dei componenti
- 93.39 Altra terapia fisica

# **Ricoveri riabilitativi discipline 28 e 75**

Il codice della diagnosi principale preferibilmente deve essere scelto fra quelli che determinano l'attribuzione alla MDC 08 (vedere elenco nel capitolo dedicato alla disciplina 56).



# Ricoveri in disciplina 60

In diagnosi principale utilizzare uno dei codici elencati nel capitolo dedicato alla disciplina 56.