

**Linee guida per la compilazione
e la codifica ICD-9-CM della scheda
di dimissione ospedaliera**

revisione 2007

La redazione del volume è stata curata dal Gruppo regionale per il controllo di qualità della codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera

| | |
|----------------------|---|
| Cristiano Visser | Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali – Assessorato Politiche per la Salute (coordinatore del gruppo di lavoro) |
| Barbara Benoldi | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma |
| Maria Braicovick | Casa di cura accreditata Villa Chiara |
| Salvatore Ferro | Servizio Presidi Ospedalieri – Assessorato Politiche per la Salute |
| Roberto Franchini | Casa di cura accreditata Villa Regina |
| Giuseppina Giugni | Azienda USL di Ravenna |
| Giuseppina Lanciotti | Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali – Assessorato Politiche per la Salute |
| Nicoletta Masini | Azienda USL di Forlì |
| Monica Merlin | Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali – Assessorato Politiche per la Salute |
| Stefania Parisse | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna |
| Chiara Riva | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena |
| Rovena Rubini | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna |
| Gabriella Salciccia | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena |
| Maria Vizioli | Servizio Presidi Ospedalieri – Assessorato Politiche per la Salute |
| Luisa Frontali | Segreteria |

Si ringraziano per la collaborazione e gli utili suggerimenti

| | |
|--|--|
| Enrico Amenta | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna |
| Enrico Clini | Casa di Cura Villa Pineta |
| Sergio Concetti | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna |
| Andrea Contini | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma |
| Giuseppe Crialesi | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma |
| Barbara Dalla Via | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna |
| Daniela Fortuna | Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna |
| Piercarlo Frascioni | Azienda Usl Forlì |
| Mauro Gargiulo | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna |
| Mirco Lusvardi | Azienda Usl Reggio Emilia |
| Antonio Marzocchi | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna |
| Laura Melandri | Servizio Presidi Ospedalieri – Assessorato Politiche per la Salute |
| Rita Melotti | Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna |
| Davide Pacini | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna |
| Stefano Reggiani | Casa di Cura Hesperia Hospital |
| Alberto Rinaldi Ceroni | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna |
| Giovanni Sorrenti | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna |
| Franco Stella | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna |
| Antonio Vaccari | Azienda Usl Modena Osp. S. Agostino-Estense |
| Lonardi Roberto | Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena |
| Gustavo Zanoli | Globe - Università di Ferrara |
| La Commissione Cardiologica-Cardiochirurgica regionale | |
| L'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri - A.I.P.O. - Sezione Emilia-Romagna | |
| La Società Italiana Medicina Respiratoria - SIMeR - Sezione Emilia-Romagna | |
| L'A. I. O. P. - Sezione Emilia-Romagna | |

Editing a cura di

Luisa Frontali, Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali – Assessorato Politiche per la Salute

Stampa, Centro Stampa Giunta regionale, Bologna, giugno 2007

Copia del volume può essere scaricata dal Sito internet

http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere_circ/lineecod/index.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare o duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purchè sia citata la fonte

INDICE

| | |
|---|----|
| Presentazione | 1 |
| Introduzione | 2 |
| Nota informativa | 2 |
| Linee Guida SDO Ministero della Salute: | 3 |
| repertorio atti n° 1457 del 6.6.2002 | 3 |
| Introduzione al Manuale ICD-9-CM..... | 4 |
| Linee guida generali alla selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche. | 7 |
| Diagnosi | 7 |
| Interventi e Procedure | 9 |
| MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE | 13 |
| TUMORI..... | 15 |
| MALATTIE DELLE ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo | 19 |
| MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI | 21 |
| DISTURBI PSICHICI | 22 |
| MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO | 24 |
| E DEGLI ORGANI DI SENSO | 24 |
| MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO..... | 26 |
| CARDIOCHIRURGIA..... | 32 |
| MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO..... | 37 |
| MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE..... | 41 |
| MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO | 44 |
| COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA,..... | 47 |
| DEL PARTO E DEL PUERPERIO | 47 |
| MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO..... | 49 |
| MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO...51 | |
| MALFORMAZIONI CONGENITE..... | 55 |
| ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE..... | 56 |
| SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI | 58 |
| TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI..... | 59 |
| CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI - CODICI V..... | 62 |
| RIABILITAZIONE | 65 |
| ALLEGATO 1..... | 69 |
| ALLEGATO 2..... | 70 |

Presentazione

Il Manuale ICD-9-CM è uno strumento essenziale per la compilazione e la codifica delle variabili cliniche della scheda di dimissione ospedaliera.

La variabilità della casistica medico-chirurgica, l'affinamento di cure sempre meno invasive, l'aggiornamento tecnologico e il progresso della ricerca scientifica, propongono protocolli assistenziali che, per strutturazione o complessità, richiedono una capacità descrittiva articolata e versatile, non sempre propria del naturale schematismo di ogni logica classificatoria.

Lo scopo delle Linee-guida è quello di affiancare il Manuale di riferimento, nell'intento di migliorare la qualità delle informazioni cliniche della SDO e conseguire una elevata omogeneità di codifica di diagnosi, interventi e procedure, nel rispetto delle regole generali di codifica riportate nel D.M. n° 380 del 27/10/2000, in accordo con le indicazioni approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 6 giugno 2002.

Dal confronto continuo con Clinici e Specialisti della codifica sono giunti spunti e osservazioni che sono diventati "regole", raccomandando l'aggiornamento delle linee guida ad un anno dalla precedente edizione e rendendone auspicabile la frequente revisione.

Le novità introdotte riguardano aspetti patologici e tecniche chirurgico-interventistiche che sono sistematizzate nei capitoli ICD-9-CM di competenza; i settori maggiormente interessati sono i **Tumori** (cachessia neoplastica e rimozione profilattica di mammella e ovaio), le **Malattie del Sangue e degli Organi Ematopoietici** (trapianto di cellule staminali), le **Malattie del Sistema Nervoso e degli Organi di Senso** (epilessia refrattaria ai farmaci, iniezione intravitreale di farmaci, esame vestibolare otofunzionale con videoculografia computerizzata, blocco continuo perinervoso), il **Sistema Circolatorio** (pseudoaneurismi, valvuloplastica esterna, by-pass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca, sostituzione di valvola cardiaca con tecnica endovascolare), l'**Apparato Respiratorio** (sindrome dell'apnea notturna trattata con radiofrequenza, sleep endoscopy, ricostruzioni con lembi ossei e innesti dopo interventi per neoplasie oro-faringo-laringee, chirurgia endoscopica dei seni paranasali), l'**Apparato Digerente** (protesi metallica duodenale), l'**Apparato Genitourinario** (impianto di pace-maker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico, deinfibulazione), le **Malattie della Pelle e del Tessuto Sottocutaneo** (trattamento della lipodistrofia localizzata in pazienti con HIV sintomatico), le **Malattie del Sistema Osteomuscolare e del tessuto Connettivo** (utilizzo di protesi del disco intervertebrale, nucleoplastica a radiofrequenza per il trattamento dell'ernia del disco, protesi del capitello radiale, inserzione di spaziatore di cemento dopo rimozione di protesi articolare, notchplasty, shaving cartilagineo, sindrome della plica del ginocchio, sindrome ipocinetica e da immobilizzazione).

Il decreto ministeriale del 21 novembre 2005 prevede l'aggiornamento biennale dei sistemi di classificazione dell'attività di ricovero; in questo senso la puntuale revisione delle linee guida di codifica ICD-IX-CM fa parte dello stesso processo di miglioramento della descrizione del case-mix ospedaliero.

Introduzione

Nella stesura della presente revisione delle Linee Guida per la codifica è parso opportuno un richiamo iniziale alle linee guida nazionali emanate nel 2002 e alle regole generali di codifica contenute nel D.M. n° 380 del 27/10/2000, oltre alle note introduttive del manuale ICD-9-CM aggiornamento 2002.

Tutti i capitoli della ICD-9-CM sono stati rivisitati e aggiornati nel rispetto del percorso che ha ispirato le precedenti versioni delle linee guida della regione Emilia-Romagna; si è deciso infatti di mantenere l'ordinamento dei vari capitoli così come si presenta nel Manuale di Classificazione, inserendo per ciascuna sezione i codici di diagnosi e procedura specifici.

L'adozione della classificazione ICD-9-CM 2002 dal 1 gennaio 2005 in Emilia-Romagna e dal 1 gennaio 2006 su tutto il territorio nazionale, ha comportato l'introduzione di nuovi codici, generalmente segnalati all'interno del capitolo di appartenenza con note relative al loro uso appropriato.

Molte indicazioni di codifica nascono dalle richieste di chiarimenti pervenute dagli operatori delle Aziende Sanitarie, che hanno illustrato le criticità esistenti proponendo soluzioni e suggerimenti.

Infine la determinante collaborazione dei Clinici ha permesso al gruppo di lavoro di interpretare alcune tra le procedure diagnostiche e chirurgiche più innovative e meno rappresentate, che hanno trovato illustrazione in questo volume.

Nota informativa

Sono state introdotte utili funzionalità internet relative alla Scheda Nosologica, al fine di migliorare la modalità e la tempistica delle comunicazioni con le Aziende Sanitarie.

Nel sito della SDO al seguente indirizzo (<http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/faq.htm>), sono disponibili le FAQ aggiornate e ordinate per categoria, con possibilità di proporre quesiti compilando l'apposito modulo.

E' stata inoltre inserita, nella sezione ICD-9-CM 2002, classificazione adottata a partire dal 1.1.2005, (<http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/icd9cm.htm>), l'errata corripge del Manuale di Classificazione da considerarsi non esaustiva, vista la dinamica del processo di verifica.

Linee Guida SDO Ministero della Salute: repertorio atti n° 1457 del 6.6.2002

- **Finalità**

Uniformare la codifica di diagnosi, interventi e procedure in modo da migliorarne l'utilizzo ai fini sia amministrativi che epidemiologici.

- **Obiettivi**

1. Fornire regole generali circa:
 - l'utilizzo della classificazione ICD-9-CM
 - la selezione e la codifica della diagnosi principale
 - la selezione e la codifica delle diagnosi secondarie e degli interventi/procedure
2. Fornire indicazioni per la soluzione di eventuali situazioni di rilievo in quanto di difficile codifica (interpretazione della classificazione o codifica di patologie/interventi/procedure non chiaramente identificabili) o perché frequentemente oggetto di errori o di comportamenti di codifica non omogenei. Le linee guida, pertanto, non sono esaustive rispetto al complesso delle problematiche di codifica; tuttavia, è intenzione del Ministero della salute realizzare successivi aggiornamenti ed integrazioni.
3. Le linee guida presenti non sostituiscono né il manuale ICD-9-CM¹, alle cui indicazioni si deve in ogni caso far riferimento, né le regole generali di codifica stabilite con il D.M. 27 ottobre 2000, n. 380². Rispetto a tali fonti, le presenti linee guida rappresentano una integrazione ed una maggiore specificazione.

- **Metodologia**

Sono state utilizzate fonti bibliografiche ed istituzionali, sia italiane che estere.

In particolare, si è tenuto conto delle esperienze già realizzate presso alcune regioni italiane.

La bozza di linee guida è sottoposta alla verifica e al parere degli esperti regionali.

La bozza di linee guida è stata messa a disposizione anche delle società medico-scientifiche che si occupano di problematiche inerenti a quanto trattato, che hanno espresso commenti e suggerimenti che sono stati esaminati e ove possibile recepiti dal gruppo di lavoro.

Nella presente prima edizione delle linee guida sono state analizzate situazioni di codifica scelte secondo i seguenti criteri di priorità:

- Situazioni cliniche frequentemente causa di ricovero, per le quali siano state evidenziate prassi di codifica disomogenee, ad esempio: diabete mellito, ipertensione arteriosa, malattie ischemiche del cuore, demenze, epatiti croniche e loro complicanze, sostituzione di protesi d'anca e/o di ginocchio, malformazioni congenite, traumatismi.
- Situazioni e prestazioni innovative con particolare riguardo all'oncologia, alla cardiologia, gastroenterologia, oftalmologia.
- Utilizzo dei codici V.

¹ di seguito verranno utilizzate le espressioni "decreto" e "regole generali" con riferimento al D.M. 27.10.2000; per "manuale" si intende la

"Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche" - Versione italiana dell'ICD9CM.

² con l'eccezione dell'indicazione di codifica prevista per la categoria 433_ (occlusione e stenosi delle arterie precerebrali)

Introduzione al Manuale ICD-9-CM

La **Classificazione Internazionale delle Malattie ICD-9-CM versione 2002** (volume unico) rappresenta lo strumento di lavoro fondamentale per la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o delle procedure diagnostiche e terapeutiche per la corretta compilazione delle schede nosologiche dei pazienti dimessi dagli Istituti di cura.

La classificazione riportata nel manuale *Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche - versione 2002*, rappresenta la traduzione italiana della International Classification of disease - 9 th revision - Clinical Modification-2002. Essa contiene oltre undicimila codici di diagnosi ed oltre tremila codici di procedure.

I codici presenti nella ICD-9-CM relativi alle diagnosi sono costituiti da caratteri numerici o alfanumerici in numero di tre, quattro o cinque; nei codici con più di tre caratteri, un punto decimale è interposto tra il terzo e quarto carattere.

I codici presenti nella ICD-9-CM relativi alle procedure sono costituiti da caratteri numerici, in numero di due, tre o quattro. Il punto decimale, in questo caso, è interposto tra il secondo e terzo carattere.

Il manuale è così strutturato:

- Indice alfabetico delle malattie
- Elenco sistematico delle malattie
- Indice alfabetico delle procedure
- Elenco sistematico delle procedure

L'indice alfabetico e l'elenco sistematico delle due classificazioni sono concepiti per integrarsi reciprocamente.

L'indice alfabetico consente la ricerca della singola voce.

L'elenco sistematico contiene tutte le indicazioni accessorie per verificare la correttezza del codice scelto.

L'INDICE ALFABETICO DELLE MALATTIE E DEI TRAUMATISMI

L'indice alfabetico deve essere consultato sempre per primo nelle operazioni di codifica. Esso contiene l'indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi, dei sintomi e di altre cause di ricorso ai servizi sanitari.

Comprende inoltre, classificazioni specifiche per:

- Tumori
- Ipertensione arteriosa.

Organizzazione dell'indice alfabetico

Una formulazione diagnostica è, in generale, composta da due parti: un **termine principale** ed uno o più **modificatori**.

Il **termine principale** descrive una malattia, un traumatismo, un problema o un sintomo, e rappresenta la voce di accesso alla classificazione; viene evidenziato in grassetto e può essere:

un sostantivo "generico": shock, vertigine, paralisi;

un sostantivo "specifico": otite, polmonite, pleurite;

un aggettivo: piatto(a), acuta, gialla;

un nome proprio (eponimo): Hodgking, Pick, Alzheimer.

I modificatori (sotto-voci) forniscono informazioni aggiuntive al codificatore. L'elenco alfabetico li riporta, al disotto del termine principale, in parentesi o rientrati.

L'ELENCO SISTEMATICO DELLE MALATTIE E DEI TRAUMATISMI

L'elenco sistematico riporta in ordine progressivo i codici delle malattie, dei traumatismi, dei sintomi e di altre cause di ricorso ai servizi sanitari con relativa descrizione.

L'elenco sistematico comprende:

1. la classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi;
2. la classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V).

1. *Classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi*

È articolata in **17 capitoli**, dei quali 10 sono dedicati a specifici organi o apparati, mentre gli altri 7 descrivono diverse condizioni morbose che interessano l'intero organismo. La classificazione contiene codici unicamente numerici, compresi fra 001 e 999.9.

2. *Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V).*

La classificazione è composta da codici alfanumerici che iniziano con la lettera "V". Sono usati per descrivere le circostanze, diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso ai servizi sanitari o che comunque influenzano le condizioni di salute del paziente.

Organizzazione dell'elenco sistematico

Ciascuno dei 17 capitoli è articolato in:

- **Blocco:** insieme di condizioni tra loro strettamente correlate (es.: Tubercolosi 010-018)
- **Categorie:** codici a tre caratteri, alcuni dei quali molto specifici e non ulteriormente suddivisibili (es.: 024 Morva, 463 Tonsillite acuta), mentre altri (la maggior parte) sono ulteriormente suddivisi a quattro o a cinque caratteri.
- **Sottocategorie:** codici a quattro caratteri; il quarto carattere fornisce specificità o informazione
- relativamente ad eziologia, localizzazione o manifestazione clinica.
- **Sottoclassificazioni:** codici a cinque caratteri; anche questi forniscono maggiore specificità alla categoria di riferimento.

LA CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

La classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche contiene l'indice alfabetico e l'elenco sistematico.

È articolata in **rubriche** comprese fra **01** e **86** che riguardano **interventi chirurgici maggiori, endoscopie e biopsie**. Queste rubriche sono raggruppate in 15 sezioni, identificate sulla base del criterio anatomico (sede dell'intervento o della procedura).

Le rubriche comprese fra **87** e **99** riguardano **altre procedure diagnostiche e terapeutiche**; le ritroviamo contenute nel capitolo **16. Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche (87-99)**.

Il sistema dei codici utilizzato è articolato in quattro caratteri numerici, dei quali i primi due identificano generalmente un organo, mentre il terzo e il quarto specificano la sede e il tipo di intervento. In alcuni casi i codici sono soltanto a tre caratteri.

Il terzo e il quarto carattere sono separati dai primi due con punto decimale.

Anche per questa classificazione l'indice alfabetico deve essere utilizzato per primo ed il codice scelto deve essere controllato nell'elenco sistematico che contiene le note relative alle condizioni di inclusione ed esclusione.

SIMBOLOGIA CONVENZIONALE

La simbologia utilizzata nella classificazione ICD-9-CM, finalizzata a facilitare l'attività del codificatore, è così suddivisa:

1. Simbologia convenzionale nell'indice alfabetico
2. Simbologia convenzionale nell'elenco sistematico
3. Simbologia convenzionale comune all'indice alfabetico e all'elenco sistematico.

1. *Simbologia convenzionale nell'indice alfabetico*

1.1 **Modificatori**

Come già descritto in precedenza, i modificatori forniscono ulteriori specificazioni al termine principale. Si trovano nell'Indice Alfabetico al di sotto di ciascun termine principale.

Esistono due tipi di modificatori:

Essenziali sono riportati al di sotto di ciascun termine principale, in ordine alfabetico e rientranti e devono essere utilizzati solo quando siano esplicitamente riportati nella formulazione diagnostica.

Non essenziali sono riportati tra parentesi dopo il termine principale a cui si riferiscono e non influiscono sulla selezione del codice.

1.2 **Riferimenti incrociati**

I riferimenti incrociati aiutano a localizzare il codice corrispondente alla diagnosi o all'intervento segnalato e sono di tre tipi:

v. (vedi), indirizza il codificatore a consultare un'altra parte dell'indice alfabetico;

v. anche (vedi anche), fornisce al codificatore la possibilità di verificare un ulteriore termine principale nell'indice alfabetico. Es.: Arnold-Chiari (v. anche spina bifida);

v. seguito dall'indicazione di una categoria, che rimanda all'elenco sistematico. Es.: Parto completamente normale - v. categoria 650;

Osteolisi - v. categoria 78.4.

1.3 **Note**

L'indice alfabetico contiene delle note che definiscono termini, forniscono od illustrano eventuali sottoclassificazioni; sono racchiuse in riquadri e sono presenti solo per le malattie.

1.4 **Codici racchiusi in parentesi quadra**

I codici racchiusi in parentesi quadra **non devono essere utilizzati in diagnosi principale**, ma soltanto tra le diagnosi secondarie, Es: nefropatia diabetica 250.4 [583.81].

2. *Simbologia convenzionale nell'elenco sistematico*

2.1 **Segni di interpunzione**

Nell'elenco sistematico sono utilizzati quattro tipi di segni:

[] le **parentesi quadre** racchiudono i termini alternativi, i sinonimi o le frasi di spiegazione;

() le **parentesi tonde** racchiudono i termini supplementari che possono essere presenti nella formulazione diagnostica, senza per questo influenzare l'attribuzione del codice.

{ la **parentesi graffa** racchiude una serie di termini, ognuno dei quali è modificato dalla informazione riportata alla destra della parentesi stessa.

: **due punti** sono usati per indicare un termine incompleto; e indicano i modificatori necessari per poter attribuire la diagnosi ad una determinata categoria.

Linee guida generali alla selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche.

Diagnosi

1. Definizione di Diagnosi Principale

La **diagnosi principale di dimissione** è la condizione morbosa, 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.

Quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, per la codifica della diagnosi principale possono essere utilizzati i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel Capitolo 16 Sintomi, Segni e Stati Morbosi Mal Definiti, (cod. 780-799).

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

2. Diagnosi Secondarie

Le **altre diagnosi di dimissione**, sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata di degenza. **Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.** Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico. La corretta individuazione delle diagnosi secondarie compete al medico responsabile dell'assistenza al paziente nel corso del ricovero.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più condizioni morbose, che rispondano ai criteri sopradescritti di identificazione delle diagnosi secondarie, devono essere selezionate e codificate quelle che a giudizio del medico che ha formulato la diagnosi possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente. Qualora vi sia necessità di segnalare più di tre diagnosi secondarie, è possibile ricorrere alla scheda di continuazione.

3. Condizioni acute e croniche

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

4. Osservazione e valutazione di condizioni sospette

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

5. Trattamento non eseguito

Quando un ricovero sia stato programmato per eseguire un particolare trattamento e questo non venga eseguito per circostanze impreviste, va riportato come diagnosi principale il codice V64._ e come diagnosi secondarie la condizione che avrebbe determinato il trattamento.

6. Avvelenamenti e intossicazioni

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

7. Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici

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

8. Condizioni pregresse

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

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

9. Postumi

Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo sia terminata. Non vi è limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato.

10. Ustioni

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

11. Traumi multipli

Quando traumi multipli sono identificati come diagnosi principale, riportare per primo il codice che descrive il trauma di maggiore gravità.

12. Complicazioni della gravidanza

Quando una paziente è ricoverata a causa di una condizione che complica la gravidanza oppure consegue a quest'ultima, il codice relativo alla complicazione ostetrica deve essere selezionato come diagnosi principale. Può essere utilizzato un codice aggiuntivo per conferire maggiore specificità.

Si ricorda che:

- L'uso dei codici **V** in diagnosi principale deve avvenire solamente per quelli contenuti nell'elenco appositamente predisposto. I rimanenti codici **V**, possono essere utilizzati solo per la compilazione delle diagnosi secondarie.
- Il codice prescelto per la descrizione delle diagnosi deve essere a cinque cifre in tutti i casi in cui ne è prevista la possibilità, e la quinta cifra zero non va utilizzata, in quanto aspecifica, quando sono presenti sottoclassificazioni più specifiche.

Interventi e Procedure**1. Selezione e codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche**

Il D.M. n. 380 del 27.10.2000 specifica le regole generali per la codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero. Nel caso siano stati effettuati nel corso dello stesso ricovero più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

- a) in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato un maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse in termini di uso di sala operatoria, équipe operatoria, medico anestesista, ecc.;
- b) nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
- c) quando nella cartella clinica vengono riportati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei campi previsti dalla SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque presente il seguente ordine decrescente di priorità:
 - interventi chirurgici a cielo aperto;
 - interventi per via endoscopica e/o laparoscopica
 - procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica);
 - procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore (cod. da 01._ a 86._) (es. gastroscopia);
 - altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore (cod. da 87._ a 99._), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, NMR, litotripsia, radioterapia, ecc.).

Di seguito vengono riportate alcune procedure, previste nella "Miscellanea", che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):

- 87.53 colangiografia intraoperatoria
- 88.52 angiocardigrafia del cuore destro
- 88.53 angiocardigrafia del cuore sinistro
- 88.54 angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro
- 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
- 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
- 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica
- 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
- 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi

92.30 radiocirurgia stereotassica S.A.I.
92.31 radiocirurgia fotonica a sorgente singola
92.32 radiocirurgia fotonica multi-sorgente
92.33 radiocirurgia articolata
92.39 radiocirurgia stereotassica S.A.I.
94.61 riabilitazione da alcool
94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool
94.64 riabilitazione da farmaci
94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci
94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci
94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
95.04 esame dell'occhio in anestesia
96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica.

Ad integrazione di tali regole, si precisano alcuni aspetti frequentemente oggetto di problemi inerenti il corretto utilizzo della classificazione ICD-9-CM. Per brevità, le espressioni di seguito utilizzate per "interventi" si intendono riferite sia agli interventi chirurgici che alle procedure.

2. Codici combinati

Alcuni codici consentono di classificare simultaneamente due interventi, identificando completamente una prestazione. In tali casi, non devono essere utilizzati ulteriori codici.

Ad esempio: Parto con forcipe alto, con episiotomia: 72.31

3. Codifica multipla

La completa descrizione di un intervento può comportare l'utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi. L'espressione "codificare anche", indica la necessità di utilizzare un codice aggiuntivo per identificare le diverse componenti di un intervento, sempre che nel caso concreto esse siano state effettivamente presenti.

4. Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari

L'esecuzione di più interventi nel corso dello stesso atto operatorio può richiedere la codifica separata, qualora non sia previsto un codice combinato. Esistono codici che segnalano l'esecuzione di un intervento aggiuntivo che avvenga nel corso di un altro: ad esempio: ovariectomia monolaterale e appendicectomia: 65.39 + 47.19.

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

5. Codifica di interventi bilaterali

Alcuni codici consentono una distinzione tra interventi monolaterali e bilaterali. Quando tale possibilità non esista, è possibile utilizzare due volte lo stesso codice di intervento per descrivere l'intervento bilaterale. Tale regola deve essere seguita nei soli casi in cui la completa descrizione ha rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse; essa non è appropriata per i casi di procedure minori (ad esempio: escissioni di lesioni cutanee).

6. Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento

In molti casi i codici individuano specifici approcci per un intervento chirurgico e consentono di distinguere gli interventi a cielo aperto, da quelli effettuati per via endoscopica o da quelli per via laparoscopica.

Ad esempio:

51.22 Colectomia

51.23 Colectomia per via laparoscopica

51.88 Rimozione endoscopica di calcoli del tratto biliare

65.01 Ovariectomia laparoscopica

65.09 Altra ovariectomia

98.52 Litotripsia extracorporea della colecisti e/o dotto biliare

Nel caso non esista un codice che individui specificamente l'approccio endoscopico o quello laparoscopico, si ricorre alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo). In assenza del codice che indichi la specifica procedura laparoscopica, si utilizzi il codice 54.21 anche per sedi diverse dall'addome.

7. Biopsie

Il prelievo e l'analisi di materiale istologico prelevato nel corso di un intervento chirurgico non richiede la codifica aggiuntiva di biopsia.

La codifica di biopsia è invece necessaria, come codice aggiuntivo, nei casi in cui nel corso di un intervento, sia effettuata una biopsia il cui risultato si attende per poter definire il tipo e l'estensione dell'intervento in corso.

Sono parimenti da codificare le biopsie effettuate nel corso di un intervento su organi diversi da quello cui è rivolto l'intervento principale.

8. Biopsie chiuse

È possibile in molti casi utilizzare un codice combinato che individua sia la biopsia sia l'approccio utilizzato. In alcune situazioni, tuttavia, nella quali non si dispone di un codice combinato si osservano le seguenti regole:

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

9. Biopsia Osteomidollare o Carotizzazione Ossea

Si precisa che le **biopsie osteomidollari** effettuate per via **percutanea** con **agoaspirazione** vanno codificate **esclusivamente** con il codice **41.31 Biopsia del midollo osseo**; se effettuate a **cielo aperto** vanno codificate **esclusivamente** con i codici della categoria **77.4_ Biopsia dell'osso**.

La sottocategoria **77.40** non dovrebbe mai essere utilizzata in quanto poco specifica.

10. Biopsie Stereotassica

La biopsia stereotassica cerebrale va codificata esclusivamente con il codice **01.13 "Biopsia (percutanea) (agobiopsia) di lesione cerebrale"**.

11. Dolore post-operatorio di grado medio alto

Oltre alla codifica dell'intervento chirurgico, al fine della codifica dell'utilizzo dei dispositivi medici antalgici (elastomeri, PCA, PCEA, ect.) utilizzare il codice **03.90** **"Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative"** associato al codice **99.29** **"Iniezione o Infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche"**. Si precisa che tale codifica, sebbene non esaustiva a descrivere tutte le modalità di controllo del dolore post-operatorio di grado medio alto, è da utilizzarsi per il monitoraggio delle raccomandazioni relative al trattamento del dolore post-operatorio.

12. Dolore cronico

In caso di ricovero per la terapia del dolore cronico, utilizzare il codice **03.90** *"Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative"* **se il dispositivo medico antalgico è esterno alla cute**, il codice **86.06** *"Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile"* **se trattasi di pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea**.

Nota bene: In caso di ricovero successivo a quello di impianto della pompa (codice 86.06) si deve utilizzare esclusivamente il codice **V58.82** *"Collocazione e sistemazione di catetere non vascolare non classificato altrove"* in diagnosi secondaria per segnalare la continuità del trattamento antalgico.

MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

Questo primo capitolo del manuale ICD-9-CM 2002 comprende le categorie dallo 001._ alla 139._ ; si precisa che vanno trascritti anche gli zero iniziali così come riportato nella classificazione.

- **Infezione da HIV, virus dell'immunodeficienza umana (codice 042)**

Nella classificazione ICD-9-CM 2002 l'**infezione da virus dell'immunodeficienza umana** viene descritta con un **unico codice 042** che comprende:

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

Il codice **042** deve essere utilizzato in **diagnosi principale** con codici aggiuntivi per indicare tutte le manifestazioni cliniche , a meno che il ricovero avvenga per una patologia del tutto non correlata ad HIV (esempio trauma).

Lo stato di **sieropositività asintomatico** va descritto con il codice **V08**.

Il contatto o l'esposizione al virus dell'immunodeficienza umana va descritto, in diagnosi secondaria, con il codice **V01.7** *Contatto con o esposizione ad altre malattie virali*.

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

Nel caso di pazienti con lipodistrofia localizzata affetti da HIV, vedi pag. 49.

- Il ricovero del **neonato**, nato da madre affetta da malattie infettive, come ad esempio HIV, epatite, toxoplasmosi , che avvenga entro il primo anno di vita, va descritto utilizzando in diagnosi principale il codice 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato* ed in diagnosi secondaria il codice che descrive lo specifico stato infettivo (per HIV V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana* , per epatite V02.6_ *Portatore o portatore sospetto di epatite virale*, per la toxoplasmosi V02.9 *Portatore o portatore sospetto di altro microrganismo specificato*).
Se invece il neonato è affetto da infezioni congenite, vanno utilizzati in diagnosi principale i codici della categoria 771._ *Infezioni specifiche del periodo perinatale*, ed in diagnosi secondaria il codice della malattia (esempio per epatite 070._ _ , per HIV 042, per toxoplasmosi 130._).
- **I trattamenti con farmaci antiretrovirali** si descrivono con il codice di procedura 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

- **Epatite virale (070._ _)** In questa categoria la quarta e/o la quinta cifra descrivono l'agente eziologico e/o lo stato clinico; per tale motivo i singoli codici sono completi ed esplicativi delle varie condizioni. Nell'ambito delle categorie appartenenti al blocco *Postumi malattie infettive e parassitarie (137-139)*, non esistendo un codice che identifichi univocamente i **postumi di epatite virale**, deve essere utilizzato il codice 139.8 *Postumi di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie*.
- I codici della categoria **V09 Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci** possono essere utilizzati solo in diagnosi secondaria per descrivere la resistenza ai farmaci in condizioni infettive specificate.
- **Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041. _ _ Batteriche e 079._ _ da Virus e Chlamydiae)** Sono diagnosi addizionali che possono essere utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile (es. prostatite acuta da streptococco A: cod. 601.0 *Prostatite acuta* + cod. 041.01 *Infezione streptococcica in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata, Streptococco, gruppo A*). I codici di questa categoria possono essere assegnati come diagnosi principale solo quando la natura o il sito di infezione non sono specificati, oppure in quei rari casi in cui è così indicato nell'Indice Alfabetico (es. Infezione Batterica NIA).
- Per i casi di **asportazione di condilomi acuminati dall'uretra, dal tessuto periuretrale o organi genitali femminili** vedasi il capitolo *Malattie dell'Apparato Genitourinario (597._ o 616._ _)*.

TUMORI

Nella parte alfabetica del manuale ICD-9-CM 2002, alla voce neoplasia/neoplastico si trova la **tavola sinottica** nella quale le neoplasie sono elencate in ordine alfabetico e per sede; inoltre sono elencati i codici che differenziano

- Tumori maligni in: primitivi, secondari, carcinomi in situ
- Tumori benigni
- Tumori di comportamento incerto
- Tumori di natura non specificata.

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

- I codici della categoria **239 Tumori di natura non specificata**, sono da usare nei rari casi in cui non sia possibile indicare la sede specifica e la morfologia del tumore.
- Quando il tumore primitivo interessa **più sedi dello stesso organo e non è possibile identificare il punto di origine**, si deve usare la quarta cifra 8.

Nella Classificazione ICD-9-CM 2002 i sarcomi sono compresi nel capitolo dei tumori maligni del tessuto connettivo, dei tumori molli e delle ossa. I codici dei sarcomi di altri specifici organi vanno ricercati nei capitoli riguardanti i tumori maligni dei vari organi e apparati.

Esempi:

- Leiomiosarcoma Gastrico: 151. _
- Neuroblastoma Retroperitoneale: 158._

- Quando il ricovero comporta **la rimozione chirurgica di una neoplasia maligna, primitiva o secondaria seguita da chemioterapia o radioterapia**, deve essere selezionata quale diagnosi principale la neoplasia maligna.
- 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._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*.
- Nel caso di un paziente 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. La neoplasia primitiva o l'anamnesi di neoplasia, va indicata fra le diagnosi secondarie.
- Se il ricovero è finalizzato a determinare la **stadiazione o ristadiazione medica o chirurgica** della neoplasia, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia se presente, oppure il codice V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*.
- **La ricostruzione chirurgica della mammella con tecniche diverse dall'impianto di protesi** (es.: ricostruzione del capezzolo, intervento con lembo), si descrive utilizzando come diagnosi principale il codice V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*; nelle procedure vanno segnalati i codici che descrivono l'intervento eseguito.

- Quando un paziente viene sottoposto ad **accertamenti diagnostici che non conducono alla diagnosi di tumore**, utilizzare in diagnosi principale, in assenza di segni o sintomi specificati, il codice V71.1 *Osservazione per sospetto di tumore maligno*. Qualora il paziente fosse stato in passato portatore di tumore, utilizzare in diagnosi secondaria il codice di Anamnesi personale di tumore maligno.
- Se un ricovero è finalizzato al **trattamento di una complicanza** (ostruzione, compressione, anemia, neutropenia, disidratazione, da intervento chirurgico, ecc.), questa va codificata come diagnosi principale; la neoplasia primitiva o secondaria o l'anamnesi di neoplasia, va indicata fra le diagnosi secondarie.

Fa eccezione il ricovero per il controllo del dolore neoplastico intrattabile, in cui la diagnosi principale è la neoplasia, poiché non esiste nella classificazione idoneo codice che identifica il dolore intrattabile.

Trattamento con diagnosi principale di chemioterapia e radioterapia

- Quando un paziente viene ricoverato per effettuare **cicli di chemioterapia o immunoterapia** per via sistemica:

Diagnosi principale: V58.1 *Chemioterapia di mantenimento*;

Altre diagnosi: codice di tumore (se non asportato), oppure codice di metastasi se presenti.

In assenza di tumore primitivo o assenza di metastasi, in diagnosi secondaria utilizzare il codice V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*.

Negli spazi relativi alle procedure utilizzare i codici:

99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*;

99.28 *Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici (Immunoterapia antineoplastica)*.

- Quando il paziente è sottoposto a **ciclo di radioterapia associato a chemioterapia antineoplastica**, la codifica è la seguente:

Diagnosi principale: V58.0 *Sessione di radioterapia*;

Altre diagnosi: V58.1 *Chemioterapia di mantenimento*;

Tra le altre diagnosi codificare anche il tumore primitivo se presente, oppure eventuali metastasi o il codice V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno*.

Negli spazi relativi alle procedure utilizzare i codici:

92.2_ *Radiologia terapeutica e medicina nucleare*;

99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*.

- Quando un paziente è ricoverato per eseguire la **chemioterapia o chemioterapia associata a radioterapia e nel corso del ricovero si sviluppano complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione**, queste ultime devono essere indicate in diagnosi secondaria.
- Il codice V58.1 va utilizzato anche nei casi di ricovero per terapie endocavitari peritoneali, intrapleuriche, intravescicali (compreso BCG), intrarachidee.

- **Metodica “stop flow”**
È utilizzata per l’infusione loco-regionale di chemioterapico; prevede l’incisione dell’arteria e della vena femorale e l’attivazione della circolazione extracorporea; va indicato in diagnosi principale il codice V58.1 e le seguenti procedure:
 - 38.08 *Incisione di arterie dell’arto inferiore*
 - 38.91 *Cateterismo arterioso*
 - 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove*
 - 39.97 *Altra per fusione.*
- **Inserimento di “port a cath”**
Fatte salve valutazioni di appropriatezza del ricovero rispetto al setting assistenziale, l’inserimento di “port a cath” è descritto attraverso l’uso in diagnosi principale del codice V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare* e del codice 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile* nelle procedure.
- **Inserimento di “catetere venoso centrale tunnellizzato”**
Fatte salve valutazioni di appropriatezza del ricovero rispetto al setting assistenziale, l’inserimento di “catetere venoso centrale tunnellizzato” è descritto dal codice 38.93 *Altro catetere venoso non classificato altrove.*

Trattamento con diagnosi principale di tumore o metastasi trattata

- **Ricovero per brachiterapia o per terapie radiometaboliche**
 - codificare come diagnosi principale il tumore
 - codificare la procedura a seconda del trattamento effettuato con i codici:
 - 92.27 *Impianto di elementi radioattivi*
 - 92.28 *Iniezione di radioisotopi*
 - 92.29 *Altre procedure radioterapiche*

Nei soli casi di ricovero per terapie con radiofarmaci per os (Iodio 131) in diagnosi principale utilizzare il codice V58.0 *Sessione di radioterapia*. Fra le procedure indicare il codice 92.29 *Altre procedure radioterapiche*.
- **Trattamento di chemioembolizzazione o alcolizzazione di tumore.**
Indicare come diagnosi principale il tumore o la metastasi trattata. Negli spazi riservati alle procedure codificare come segue:
 - **Chemioembolizzazione tumore epatico:**
 - 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove;*
 - 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato;*
 - 38.91 *Cateterismo arterioso;*
 - **Chemioembolizzazione di tumore pancreatico:**
 - 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove;*
 - 38.91 *Cateterismo arterioso;*
 - **Chemioembolizzazione di tumore uterino:**
 - 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove;* 38.91 *Cateterismo arterioso;*

- **Alcolizzazione:**

99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche;*

50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato;*

- **Termoablazione di tumore epatico:**

99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore;*

50.29 *Altra demolizione di lesione del fegato;*

NB: Per il trattamento di chemioembolizzazione di cisti aneurismatica dell'osso vedi capitolo delle Malattie del Sistema Osteomuscolare e del Tessuto Connettivo.

- Una paziente mastectomizzata per neoplasia maligna viene ricoverata per l'inserimento di **Protesi_o Espansore nella mammella**. Utilizzare in diagnosi principale il codice V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario* e in diagnosi secondaria il codice V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*; negli spazi relativi agli interventi e/o procedure segnalare il corrispondente codice che descrive l'intervento di protesi mammaria.
- Se nel ricovero finalizzato alla rimozione del tumore viene **asportato il Linfonodo sentinella**, si utilizzino nelle procedure i codici della categoria 40.2_ *Asportazione semplice di strutture linfatiche* e, se eseguita, il codice che descrive la linfografia (88.34 arto superiore, 88.36 arto inferiore). Qualora il linfonodo risultasse positivo, fra le diagnosi secondarie aggiungere il codice di metastasi linfonodale (categoria 196 *Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi*).
- In caso di ricovero per **l'asportazione del solo Linfonodo sentinella che risultasse negativo**, indicare in diagnosi principale il codice di anamnesi della neoplasia primitiva precedentemente asportata V10._ _ *Anamnesi personale di tumore maligno* e nelle procedure i codici della categoria 40._ _ *Interventi sul sistema linfatico*. Se risultasse positivo, indicare in diagnosi principale il codice che descrive la metastasi (categoria 196 *Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi*) e fra le diagnosi secondarie il codice di anamnesi della neoplasia primitiva precedentemente asportata. Nelle procedure codificare l'asportazione dei linfonodi (cod. 40._ _ *Interventi sul sistema linfatico*).
- **Rimozione profilattica della mammella o dell'ovaio**
Diagnosi Principale V50.41 *Rimozione profilattica della mammella*
 Oppure
 V50.42 *Rimozione profilattica dell'ovaio.*
- **Prelievo preventivo di ovociti al fine di una eventuale successiva fecondazione assistita, in paziente che necessita di trattamento radio-chemioterapico**
Vedi malattie del sistema genito-urinario.
- **Cachessia neoplastica**
Si identifica convenzionalmente con il codice 199.0 *Tumori maligni disseminati senza identificazione della sede*, anche se nell'indice alfabetico del manuale viene indicato il codice 199.1 che descrive la neoplasia primitiva o secondaria a sede non conosciuta.

MALATTIE DELLE ghiandole ENDOCRINE, DELLA NUTRIZIONE E DEL METABOLISMO

Prestare attenzione alla nota introduttiva "Tutte le neoplasie sia funzionalmente attive sia non, sono classificate nel capitolo 2".

I codici nel capitolo 3 (per es., 242.8, 246.0, 251-253, 255-259) possono essere utilizzati, se si desidera, per identificare quelle attività funzionali associate ad una qualsiasi neoplasia o a tessuto endocrino ectopico".

DIABETE

- **Diabete mellito 250._ _**

Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza. Queste ultime, descritte nel capitolo 11, devono essere codificate utilizzando i codici 648.0_ *Diabete mellito complicante la gravidanza parto o puerperio*, o 648.8_ *Alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza parto o puerperio*.

- **Diabete senza menzione di complicanze 250.0_ .**

- **Complicazioni metaboliche acute:**

250.1_ *Diabete con chetoacidosi*

250.2_ *Diabete con iperosmolarità*

250.3_ *Diabete con altri tipi di coma.*

- **Complicazioni croniche o a lungo termine:**

250.4_ *Diabete con complicanze renali*

250.5_ *Diabete con complicanze oculari*

250.6_ *Diabete con complicanze neurologiche*

250.7_ *Diabete con complicanze circolatorie periferiche*

250.8_ *Diabete con altre complicanze specificate.*

- **Diabete con complicazioni non specificate** deve essere utilizzato il codice 250.9_

Il quinto carattere del codice identifica il tipo di diabete e se è controllato o scompensato:

0 - tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, non definito se scompensato

1 - tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non definito se scompensato

2 - tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, scompensato

3 - tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), scompensato.

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

- **Nel 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 2002 di indicare, in caso di complicanze del diabete, la patologia di base come diagnosi principale e la complicazione tra le diagnosi secondarie (es. amputazione di arto con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica: in diagnosi principale indicare il diabete con complicanze circolatorie periferiche (250.7_) e in diagnosi secondaria l'angiopatia periferica (443.81) e la neuropatia).
- In caso di **paziente diabetico affetto da cataratta**, è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica rispetto a quella della cataratta senile.
Esempi:
Cataratta senile in diabetico senza complicazioni oculari: utilizzare il codice 366.1_ *Cataratta senile* in diagnosi principale e il codice di Diabete in diagnosi secondaria.
Cataratta diabetica: utilizzare il codice 250.5_ *Diabete con complicazioni oculari* in diagnosi principale e il codice 366.41 *Cataratta diabetica* in diagnosi secondaria.
- Se la patologia diabetica presenta **molteplici complicanze**, ciascuna di esse deve essere opportunamente codificata secondo le regole di selezione della diagnosi principale.
Si raccomanda, per la descrizione di questi casi, 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.
- Il **diabete provocato da somministrazione di steroidi** deve essere codificato con il codice 251.8 *Altri disturbi della secrezione interna pancreaticata* in diagnosi principale; l'eventuale presenza di scompenso può essere descritta attraverso la codifica specifica della complicanza, utilizzando un codice della categoria 251._ (es. 251.0 *Coma ipoglicemico*).
- Qualora si determini un **coma diabetico dovuto ad incidente terapeutico da insulina**, il codice da porre in diagnosi principale è il 962.3 *Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici* ed in diagnosi secondaria il codice 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma*.

MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI

- Il codice **286.5** *Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti* deve essere utilizzato solo nei casi in cui è presente un disturbo emorragico (escluse le condizioni di emofilia o traumatismo) e non per descrivere l'assunzione-somministrazione di anticoagulanti.
- Per segnalare la condizione di **trattamento con farmaci anticoagulanti**, senza menzione di problemi emorragici, è possibile utilizzare tra le diagnosi secondarie il codice V58.61 *Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti*.
- **La Sindrome Mielodisplasica o Mielodisplasia** va codificata utilizzando il codice 238.7 *Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici*.
- Con l'introduzione dell'ICD9-CM 2002 il **trapianto di midollo osseo e di cellule staminali ematopoietiche** viene descritto dai codici che vanno dal 41.00 al 41.09.

NB: per il **Trapianto Autologo di Cellule Staminali Ematopoietiche** dovrà essere utilizzata la seguente codifica:

Intervento Principale 41.04 *Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche*.

- **L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto** è da codificare con il codice 41.91 *Aspirazione di midollo da donatore per trapianto* (sia per autotrapianto che per allotrapianto).
- **Il prelievo di cellule staminali** è rappresentato con il codice 99.79 *Altre aferesi terapeutiche* (sia per autotrapianto che per allotrapianto).
- **Trapianto di cellule staminali (qualsiasi sede):** indicare il codice 41.92 *Iniezione (nel) di midollo osseo*.

DISTURBI PSICHICI

Nella consultazione del capitolo porre attenzione a tutte le indicazioni accessorie, comprese le inclusioni ed esclusioni per verificare la correttezza del codice scelto.

- I casi di pazienti affetti da **Demenza di Alzheimer** vanno descritti ponendo in diagnosi principale il codice 331.0 *Malattia di Alzheimer e*, in altra diagnosi, il codice 294.1_ *Demenza in condizioni morbose classificate altrove*.
- La descrizione dei casi di pazienti affetti da **Sindrome di dipendenza da alcool** è la seguente: in diagnosi principale utilizzare il codice 303._ *Sindrome di dipendenza da alcool* e tra le altre diagnosi utilizzare un codice per descrivere ogni condizione associata (vedi nota esplicativa posta sotto la categoria 303). Per descrivere **i casi di abuso di alcool senza dipendenza** utilizzare i codici a cinque cifre della sottocategoria 305.0_ *Abuso di alcool*.
- La **riabilitazione e disintossicazione da alcool** negli alcoolisti cronici va codificata utilizzando i codici di procedura che descrivono tale attività (vedere i codici 94.6_ *Riabilitazione e disintossicazione da alcool e farmaci*).
- Lo **stato confusionale acuto**, non riconducibile ad alcuna patologia, si descrive con il codice 293.0 *Delirium acuto* che può essere utilizzato anche in diagnosi principale, indipendentemente dalla nota riportata nel manuale (Codificare per prima la malattia di base).
- **Identità di genere: interventi medico chirurgici per la modifica dei caratteri sessuali:** in tutti i casi di trasformazione di sesso indicare come diagnosi principale il codice 302.5_ *Transessualismo*. La trasformazione di sesso richiede solitamente diversi ricoveri (almeno due episodi per la trasformazione maschio-femmina e almeno tre episodi per quella femmina-maschio): come diagnosi principale di ciascun ricovero va utilizzata la diagnosi di transessualismo. Segnalare tutte le procedure effettuate, indicando come principale l'intervento ritenuto più rilevante.

TRASFORMAZIONE NEL SESSO FEMMINILE

| Intervento o procedura | | |
|-------------------------------|---|---|
| <i>Codice</i> | <i>Descrizione</i> | <i>Intervento</i> |
| 62.41 | Orchiectomia bilaterale nello stesso intervento | |
| 64.3 | Amputazione del pene | |
| 64.5 | Interventi per trasformazione di sesso non classificati altrove | Costruzione della vulva e del clitoride |
| 70.61 | Costruzione della vagina | |
| 85.54 | Impianto di protesi bilaterale | Protesi mammaria bilaterale |
| 30.29 | Altra laringectomia parziale | Asportazione della cartilagine tiroidea |
| 31.69 | Altra riparazione della laringe | Accorciamento delle corde vocali |
| 86.92 | Elettrolisi ed altra depilazione cutanea | Depilazione laser |

TRASFORMAZIONE NEL SESSO MASCHILE

| Intervento o procedura | | |
|-------------------------------|---|---|
| <i>Codice</i> | <i>Descrizione</i> | <i>Intervento</i> |
| 68.4 | Isterectomia addominale totale | |
| 65.61 | Altra rimozione di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento | |
| 86.93 | Inserzione di espansore tissutale | |
| 86.05 | Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute o tessuto sottocutaneo | Rimozione di espansore tissutale |
| 64.43 | Costruzione del pene | Con lembo peduncolato |
| 58.46 | Altre ricostruzioni uretrali | Allungamento dell'uretra |
| 64.95 | Inserzione di protesi peniena semirigida | |
| 62.7 | Inserzione di protesi testicolare | |
| 61.49 | Altre riparazioni dello scroto e della tunica vaginale | Costruzione dello scroto |
| 70.4 | Obliterazione della vagina | |
| 85.35 | Altra mammectomia sottocutanea bilaterale con contemporaneo impianto di protesi | Mammectomia sottocutanea bilaterale con asportazione parziale della cute e conservazione delle areole e dei capezzoli |

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO

In questo capitolo tener conto delle note di inclusione che specificano codificare per prima la malattia di base.

Es: 321.0 Meningite criptococcica

Codificare per prima la malattia di base (117.5).

- La **Sindrome del seno carotideo** va codificata utilizzando il codice 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo*. Qualora il ricovero avvenga per l'impianto di pace-maker, la modalità di codifica concordata prevede di utilizzare in diagnosi principale il codice 427.8_ *Altre aritmie cardiache specificate*, e non il codice 337.0.

Esempio:

| | | |
|-----------------------------|--------|--|
| Diagnosi principale | 427.8_ | <i>Altre aritmie cardiache specificate</i> |
| Interv. chirurg. Principale | 37.7_ | <i>Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di elettrodi.</i> |
| Altro intervento | 37.8_ | <i>Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di pace-maker cardiaco.</i> |

- **Epilessie (codici 345._ _)**
 - I codici 345.4_ , 345.5_ e 345.7_ riguardano l'epilessia parziale; i codici 345.0_ e 345.1_ l'epilessia generalizzata; i codici 345.2 e 345.3 lo stato di male; il codice 345.6_ gli spasmi infantili; i codici 345.8_ e 345.9_ identificano rispettivamente altre forme di epilessia e l'epilessia non specificata.
 - Nei 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.
- **Epilessia refrattaria alla terapia farmacologica**, trattata con neurostimolatore vagale
Utilizzare il codice di procedura 04.92 *Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici*.
- **Per classificare l'episodio convulsivo isolato**, al di fuori della malattia epilettica, si utilizzano i nuovi codici della categoria 780.3_ introdotti dalla ICD-9-CM 2002:
780.31 *Convulsione febbrile*
780.39 *Altre convulsioni*.
- **Trattamento chirurgico dell'iperidrosi**
Diagnosi principale 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del S.N.A*
Altre diagnosi 780.8 *Iperidrosi*.
Intervento chirurgico 05.2_ *Simpatectomia*.
- Il codice **10.91 Iniezione sottocongiuntivale** non può essere utilizzato per indicare la procedura di Anestesia locale pre-intervento e i trattamenti di profilassi antibiotica e/o antinfiammatoria in corso di intervento chirurgico.
I codici che identificano i trattamenti di profilassi sono da ricercarsi nelle sottocategorie 99.2_ *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

- **Iniezione di cortisonici endovitreali**
In diagnosi principale indicare il codice della patologia e tra i codici di procedura utilizzare:
14.79 *Altri interventi sul corpo vitreo*
99.23 *Iniezione di steroidi.*
- **Iniezione intravitrea di farmaci per la cura delle maculopatie**
In diagnosi principale indicare il codice della patologia e tra i codici di procedura utilizzare:
14.29 *Altro trattamento di lesione corioretinica*
99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*
- **Interventi oculistici di innesto di limbus e di innesto di membrana amniotica**
 - Trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore:
codici di procedura raccomandati: 11.61 *Cheratoplastica lamellare autologa* per l'autotrapianto e 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare* per il trapianto di altro donatore.
 - Innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale:
codice di procedura raccomandato: 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare* .
- **Trattamento del Glaucoma Cronico ad Angolo Aperto**
In diagnosi principale indicare la patologia specifica; nei campi relativi agli interventi i codici: 12.65 *Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia* oppure 12.69 *Altri interventi di fistolizzazione della sclera*. In aggiunta, per identificare l'impianto di collagene 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, fatte salve valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale, 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 intervento il 13.9 *Altri interventi sul cristallino.*
- **Lussazione di cristallino artificiale (IOL)**
Il codice di diagnosi da utilizzare per descrivere la lussazione di cristallino artificiale (IOL), in camera vitrea o in camera anteriore, è il 996.53 *Complicazioni meccaniche di lenti oculari protesiche*
- **Trattamento con tossina botulinica**
Fatte salve valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale, utilizzare il codice 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.*
- **Esame Vestibolare Otofunzionale con Videoculografia computerizzata (V.O.G.)**
Fatte salve valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale, il codice da utilizzare è 95.44 *Esame clinico della funzionalità vestibolare.*
- **Procedura di blocco continuo perinervoso**
Utilizzare il codice 05.89 *Altri interventi su nervi simpatici.*

MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Le malattie relative al sistema circolatorio sono descritte nel capitolo 7 (categorie 390-459) ad eccezione di quelle riferite a condizioni ostetriche, descritte nel capitolo 11, e a patologie congenite, descritte nel capitolo 14.

Il capitolo 7 comprende situazioni complesse, spesso intercorrelate. Pertanto, ai fini della corretta codifica è di particolare importanza porre attenzione a tutte le note presenti nell'indice alfabetico e nell'elenco sistematico.

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Nella codifica, è opportuno consultare, nell'indice alfabetico delle diagnosi, la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, tre codici relativi, rispettivamente, alla forma maligna, benigna o non specificata.

Se l'ipertensione è secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che ne è causa; in caso di l'ipertensione 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.

La categoria 402, *Cardiopatía ipertensiva*, comprende, con codici combinati, sia condizioni in cui l'ipertensione è causa diretta della cardiopatía, sia condizioni in cui essa vi è implicata.

Se la diagnosi clinica menziona sia l'ipertensione sia la malattia cardiaca ma non indica una relazione causale tra loro, si devono assegnare codici separati. Ad esempio:

- Malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione: codice 402.91 *Cardiopatía ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia*
- Malattia cardiaca ipertensiva con insufficienza cardiaca congestizia: codice 402.91 *Cardiopatía ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia*
- Malattia cardiaca congestizia con ipertensione: codici 428.0 *Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)* + 401.9 *Ipertensione essenziale non specificata*.

La categoria 403, *Nefropatía ipertensiva*, descrive le situazioni cliniche in cui sono presenti sia ipertensione che nefropatía. Il quinto carattere indica la eventuale presenza dell'insufficienza renale; la categoria non include l'insufficienza renale acuta.

La categoria 404, *Cardionefropatía ipertensiva*, comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva, sia la nefropatía.

L'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 *Altra ipertensione preesistente complicante la gravidanza, il parto e il puerperio*.

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE (VEDI ANCHE ALLEGATO 2)

Il capitolo delle Malattie ischemiche del cuore comprende le categorie 410 *Infarto miocardico acuto*, 411 *Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica*, 412 *Infarto miocardico progressivo*, 413 *Angina pectoris*, 414 *Altre forme di cardiopatia ischemica cronica*.

- **Infarto miocardico acuto (410._ _)**

La nota riportata nell'elenco sistematico precisa il carattere numerico che deve essere utilizzato come quinta cifra per identificare se si tratta di episodio iniziale di assistenza (1) o successivo per lo stesso infarto (2), oppure di episodio di assistenza non specificato (0). Nella definizione di episodio iniziale di assistenza (quinto carattere 1) sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti verso altro istituto per acuti come pure i ricoveri di pazienti provenienti da altro istituto per acuti; sono, invece, esclusi i casi in cui vi sia stata interruzione dell'assistenza per acuti (ad es. per dimissione ordinaria al domicilio o per trasferimento in istituti non per acuti): in tali casi, si utilizza, invece, il quinto carattere 2.

NB: Non deve mai essere utilizzata per la codifica di Infarto la quinta cifra uguale a zero, sia per l'episodio iniziale che per l'episodio successivo di assistenza.

- **L'infarto con sopraslivellamento del tratto ST** nel tracciato elettrocardiografico deve essere codificato con specificazione della sede, descritta dalla quarta cifra del codice.
L' infarto senza sopraslivellamento del tratto ST (subendocardico - non Q) va codificato utilizzando in diagnosi principale il codice della categoria 410.7_ *Infarto subendocardico - Infarto non transmurale*.
- Quando il successivo ricovero avviene oltre le otto settimane dall'infarto (**e cioè dalla data di ricovero per infarto**) non deve essere utilizzata la categoria 410 ma il codice 414.8 *Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica* **in presenza di sintomatologia**.
- Se nel corso del ricovero **l'infarto evolve verso complicanze** quali aritmie, fibrillazione, shock, è opportuno che queste ultime siano codificate tra le diagnosi secondarie con codici aggiuntivi.
- Se nel corso del ricovero per infarto si verifica **un secondo infarto in una sede differente**, entrambe le diagnosi devono essere codificate, ciascuna secondo la propria sede, utilizzando come quinto carattere 1.
- **Infarto miocardico progressivo asintomatico**
Si codifica utilizzando il codice 412 *Infarto miocardico progressivo*; il codice 412 non deve essere utilizzato in caso di malattia ischemica attuale (nel qual caso si utilizza il codice 414.8 *Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica*). Il codice 412 dovrebbe essere assegnato esclusivamente come diagnosi secondaria nei casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del progressivo infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale.
- **Arresto Cardiaco**
Si sconsiglia l'uso del codice 427.5 *Arresto cardiaco* in diagnosi principale, che deve essere utilizzato in diagnosi secondaria solo a condizione che siano state adottate risorse per la rianimazione del paziente.

- I casi di **Cuore polmonare cronico scompensato** vanno descritti ponendo in diagnosi principale il codice 428.0 *Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)* che identifica lo scompenso cardiaco congestizio, e in diagnosi secondaria il codice 416.8 *Altre forme di malattia cardiopolmonare* (cuore polmonare cronico secondario).

IMPIANTO O SOSTITUZIONE DI DISPOSITIVI CARDIACI

- **L'impianto o la sostituzione del defibrillatore cardiaco a permanenza** va descritto con il codice 37.94 *Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD]*. I seguenti codici vanno utilizzati per descrivere l'impianto o la sostituzione di soli elettrodi o del solo generatore:
 - 37.95 *Impianto di soli elettrodi di defibrillatore automatico*
 - 37.96 *Impianto di solo generatore di impulsi di defibrillatore automatico*
 - 37.97 *Sostituzione del solo elettrodo del defibrillatore automatico*
 - 37.98 *Sostituzione del solo generatore di impulsi del defibrillatore automatico.*
- Il codice **V53. 31 Collocazione e sistemazione di dispositivo cardiaco** deve essere utilizzato, in diagnosi principale, solo nei casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione di batterie di pace-maker in assenza di una patologia specificata.
- Il codice **V53. 39 Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco** deve essere utilizzato, in diagnosi principale, per descrivere l'espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo.
- **I decubiti della tasca nei portatori di defibrillatore o di pacemaker** vanno descritti con il codice 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci* oppure con il codice 996.72 *Altra complicazione di altre protesi, impianti e innesti cardiaci.*
- Per i pazienti sottoposti ad impianto di **Registratore ciclico** per lo studio del ritmo cardiaco, in diagnosi principale codificare la patologia di base e fra i codici delle procedure utilizzare entrambi i seguenti codici:
 - 86. 09 *Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo*
 - 89. 51 *Elettrocardiogramma per lo studio del ritmo.*
- In caso di ischemia cardiaca o angina pectoris refrattaria alla terapia medica convenzionale o per i casi già sottoposti ad intervento chirurgico di rivascolarizzazione o comunque non operabili, a cui viene impiantato un **neurostimolatore spinale**, la codifica prevede l'utilizzo in diagnosi principale del codice di patologia e tra gli interventi e/o procedure il codice 03.93 *Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale.*
- **Angiodermite ulcerativa con impianto di neurostimolatore:** in diagnosi principale utilizzare il codice 443.89 *Altre malattie vascolari periferiche*, in diagnosi secondaria il codice 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori* e fra gli interventi indicare il codice 03.93 *Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale.*
- In caso di **sostituzione di generatore del neurostimolatore spinale**, in diagnosi principale utilizzare il codice V53.0_ *Collocazione e sistemazione di dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi dei sensi*, e tra le procedure utilizzare il codice 03.93 *Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale.*

MALATTIE CEREBROVASCOLARI (430-438)

Le malattie cerebrovascolari acute sono codificate con le categorie comprese tra 430 e 437; i postumi delle stesse malattie sono codificate con i codici della categoria 438.

Ciascun componente di una diagnosi relativa ad una malattia cerebrovascolare deve essere codificato singolarmente (codifica multipla) a meno che l'indice alfabetico o l'elenco sistematico non indichino diversamente: es. arteriosclerosi cerebrovascolare con emorragia subaracnoidea dovuta a rottura di un aneurisma sacculare: 430 *Emorragia subaracnoidea* + 437.0 *Aterosclerosi cerebrale*.

Per le categorie 433 *Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali* e 434 *Occlusione delle arterie cerebrali* è previsto l'utilizzo di un quinto carattere che indica la presenza di infarto cerebrale:

- 0 senza menzione di infarto cerebrale

- 1 con infarto cerebrale

La presenza di infarto deve essere documentata in cartella e non riportata in via presuntiva.

Il codice 436 *Vasculopatie cerebrali acute maldefinite*, dovrebbe essere utilizzato come diagnosi principale solo nei casi in cui non vi siano ulteriori e più specifiche informazioni.

- **Ictus cerebrale ischemico (434. __)**

I codici da utilizzare sono i seguenti: 434.01 *Trombosi cerebrale con infarto cerebrale*, 434.11 *Embolia cerebrale con infarto cerebrale* e 434.91 *Occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale*, ponendo attenzione all'appropriato utilizzo del codice 434.91 che va riservato ai casi in cui il medico non abbia specificato la natura trombotica o embolica dell'ictus ischemico.

- **Ischemia cerebrale transitoria (435. _)**

Per codificare correttamente tale diagnosi si deve utilizzare la sottocategoria 435._ *Ischemia cerebrale transitoria*, evitando l'improprio utilizzo di codici relativi ad altre condizioni cliniche (ad esempio: amnesia globale transitoria, codice 437.7). Il codice 435. _ *Ischemia cerebrale transitoria* con la quarta cifra descrive la sede dell'arteria colpita e include anche la condizione di spasmo delle arterie cerebrali, e la sottocategoria 435.9 *Ischemia cerebrale transitoria non specificata* comprende l'attacco ischemico transitorio (TIA).

- **Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali (437. _)**

Queste sottocategorie possono essere utilizzate per individuare, tra l'altro, alcune condizioni cliniche relativamente frequenti quali la encefalopatia multi-infartuale (437.1 *Altre vasculopatie ischemiche cerebrali generalizzate*) o lo "stato lacunare" (437.8 *Altre vasculopatie cerebrali*).

- **Postumi delle malattie cerebrovascolari**

I codici della categoria 438 vanno utilizzati in caso di ricovero successivo all'evento vascolare cerebrale acuto (concluso); codificare anche la sequela se presente (afasia, emiplegia, etc.).

- Il codice 342.9_ *Emiplegia, non specificata* è da utilizzarsi in diagnosi principale solo nei casi in cui l'emiplegia è di natura non specificata, e non come espressione di patologia pregressa.

- In caso di **trombosi arterovenosa in dializzato**, utilizzare il codice 996.74 *Altre Complicazioni da altre protesi, impianti e innesti vascolari*, anzichè la categoria 444._ *Embolie e trombosi arteriose*; in diagnosi secondaria usare il codice V56.0 *Dialisi extracorporea* se il paziente effettua la seduta di dialisi.

- **Impianto di catetere venoso a permanenza per emodialisi (Dialock)**, in pazienti ad alto rischio vascolare, cioè non idonei alla costruzione della fistola arterovenosa:
 - diagnosi principale 585 *Insufficienza renale cronica*
 - intervento principale 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile*
 - altro intervento 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione.*
- **Impianto di Fistola arteriovenosa protesica per dialisi renale**, utilizzare il codice di procedura 39.93 *Inserzione di cannula intervasale.*
- **Riparazione di aneurisma aortico (toracico o addominale) mediante inserimento di protesi:**

Nel caso in cui, a fronte di un aneurisma aortico, venga inserita una protesi in aorta toracica utilizzare il codice di procedura 39.79 *Altra riparazione endovascolare di aneurisma con graft.*
L'uso di questo codice indica l'inserzione di endoprotesi anche in arterie delle estremità inferiori e superiori

Se viene inserita una protesi in aorta addominale utilizzare il codice 39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale.*
- **Riparazione di aneurisma dell'arteria iliaca o femorale** mediante inserimento di protesi endovascolare, utilizzare il seguente codice di intervento:
 - 39.79 *Altra riparazione endovascolare di aneurisma con graft.*
- **Pseudoaneurisma secondario a procedura di chirurgia vascolare (es. PTCA, FAV ecc.)**
 Codice diagnosi 997.79 *Complicazioni vascolari di altri vasi sanguigni.*
- Quando venga eseguito un intervento di **Crioplastica**, adottato nella malattia ostruttiva vascolare per la riparazione di una stenosi successiva a trattamento chirurgico, utilizzare il codice 39.50 *Angioplastica o atrectomia di vaso non coronario.*
- **Sindromi dolorose in arteriopatie ostruttive degli arti inferiori con applicazione di neurostimolatore spinale**
 Codificare con i seguenti codici:
 - 440.2_ *Arteriosclerosi delle arterie native degli arti*, in diagnosi principale
 - 03.93 *Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale*, negli spazi relativi agli interventi o procedure.
- **Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria**
 I codici di procedura da utilizzare, a seconda dell'organo o distretto interessato, sono:
 - 39.41 *Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare*
 - 39.98 *Controllo di emorragia, NAS*
 - 49.95 *Controllo(postoperatorio) di emorragia dell'ano*
 - 57.93 *Rimozione di tampone ed emostasi vescicale postchirurgica*
 - 21.0_ *Controllo di epistassi*
 - 60.94 *Controllo di emorragia prostatica postchirurgica*
 - 28.7 *Controllo di emorragia dopo tonsillectomia e adenoidectomia*
escluso il controllo mediante legatura (38.80 - 38.89) e mediante sutura (39.30 - 39.32).
- **Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore**
 Utilizzare entrambi i seguenti codici:
 - 38.59 *Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore*
 - 38.69 *Altra asportazione di vene dell'arto inferiore.*

- **Legatura endoscopica di perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)**
Si consiglia l'uso di entrambi i codici
- 38.59 *Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore*
- 83.09 *Altra incisione dei tessuti molli.*
- **Trattamento vene varicose con radiofrequenza**
Fatte salve valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale, utilizzare il seguente codice di procedura:
- 38.89 *Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore*
con o senza associazione del codice di stripping.
- **Trattamento vene varicose con Laser Terapia Endovascolare**
Fatte salve valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale, utilizzare il seguente codice di procedura:
- 39.59 *Altra riparazione di vasi.*
- **Valvuloplastica esterna per il trattamento di varici dell'arto inferiore**
Utilizzare il seguente codice di procedura:
- 39.99 *Altri interventi sui vasi.*
- **Intervento di TIPSS (Transjugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt Stent)**
L'intervento di TIPSS per shunt venoso intraddominale, per via endoscopica, va codificato col codice 39.1 *Anastomosi venosa intraaddominale* e il codice 38.93 *Altro cateterismo venoso non classificato altrove.*
- **Metodica "stop flow"**
È utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico; prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale e l'attivazione della circolazione extracorporea; va indicato in diagnosi principale il codice V58.1 e le seguenti procedure:
- 38.08 *incisione di arterie dell'arto inferiore*
- 38.91 *cateterismo arterioso*
- 99.25 *iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove*
- 39.97 *altra perfusione.*
- **Inserimento di "port a cath"**
Fatte salve valutazioni di appropriatezza del ricovero rispetto al setting assistenziale, l'inserimento di "port a cath" è descritto attraverso l'uso, in diagnosi principale, del codice V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare* e del codice 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile* nelle procedure.
- **Inserimento di "catetere venoso centrale tunnellizzato"**
Fatte salve valutazioni di appropriatezza del ricovero rispetto al setting assistenziale, l'inserimento di "catetere venoso centrale tunnellizzato" è descritto dal codice 38.93 *Altro catetere venoso non classificato altrove.*

CARDIOCHIRURGIA

- Quando si arrivi ad **Arresto di circolo indotto da una ipotermia profonda** la descrizione prevede l'uso del codice specifico 39.62 *Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto*.
- I casi di **Endoarteriectomia** di un vaso coronarico eseguita in corso di altro intervento cardiocirurgico devono essere segnalati utilizzando il codice 38.10 *Endoarteriectomia, sede non specificata*.
- L'intervento di **Rimodellamento ventricolare**, che può conseguire a diversi interventi cardiocirurgici, deve essere descritto con il codice 37.35 *Asportazione parziale di ventricolo*.

BY-PASS AORTOCORONARICO

In caso di By-pass aortocoronarico con CEC o senza CEC, è indicata la seguente codifica a descrizione dell'intervento chirurgico:

Intervento chirurgico: 36.15 *By-pass singolo di mammaria interna- arteria coronaria*
Altro intervento: 36.1_ *By-pass aortocoronarico*
Altro intervento: +/- 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore Aperto (CEC)*
Altro intervento: +/- *codice di Cateterismo cardiaco.*

- **Altri By-pass aortocoronarici** con CEC o senza CEC:
 - a) con arteria gastroepiploica 36.17 *By-pass dell'arteria coronaria addominale*
 - b) con arteria radiale 36.19 *Altro by-pass per rivascolarizzazione cardiaca*
 - c) con doppia arteria mammaria o mammaria sinistra con anastomosi multiple (sequenziale) 36.16 *By-pass doppio mammaria interna arteria coronaria*
 - d) con arteria bovina 36.39 *Altra rivascolarizzazione cardiaca.*
- **By-pass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca**
Intervento chir. principale: 36.1_ *By-pass aortocoronarico*
Altro intervento: 37.32 *Asportazione di aneurisma del cuore*
Altro intervento 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore Aperto (CEC).*
- **Rivascolarizzazione cardiaca con tecnica LASER.** E' indicata la seguente codifica:
Intervento chirurgico principale: 36.3_ *Altra rivascolarizzazione cardiaca.*

INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE

Intervento di chirurgia riparativa della mitrale con l'utilizzo dell'anello di Carpentier:

- Intervento chirurgico principale 35.12 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione*
- Altro intervento: 39.61 CEC
- Altro intervento: +/- codice di Cateterismo cardiaco o angiocardiografia.

- **Intervento secondo Bental.** È indicata la seguente codifica:

Intervento chirurgico Principale 35.22 *Altra sostituzione di valvola aortica con protesi*

Altro intervento: 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*

Altro intervento: 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore, per indicare il reimpianto delle arterie coronariche*

Altro intervento: +/- 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto(CEC)*

Altro intervento: +/- cateterismo cardiaco.

In caso di tecnica di Bental si indica l'uso del codice aggiuntivo per l'eventuale inserzione di **Endoprotesi aortica:**

39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale, oppure*

39.79 *Altra riparazione endovascolare di aneurisma con graft per aorta toracica.*

- **Intervento secondo David.** Codificare:

Intervento Principale 35.11 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione*

Altro intervento: 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*

Altro intervento: 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore;*

Altro intervento: +/- 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (CEC)*

Altro intervento: +/- codice di cateterismo cardiaco.

- **Sostituzione di valvola cardiaca con tecnica endovascolare:**

Intervento Principale 35.2_ *Sostituzione di valvola cardiaca*

Altro intervento 38.91 *Cateterismo arterioso.*

- **Interventi per Dissezione dell'aorta**

Il trattamento della dissezione aortica può essere trattato con tecnica di Bental (vedi combinata di codici) o con la sola sostituzione dell'aorta (cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*). Nel caso sia indicata l'inserzione di endoprotesi aortica aggiungere i codici 39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale, oppure* 39.79 *Altra riparazione endovascolare di aneurisma con graft.*

INTERVENTI PER VIA PERCUTANEA SUI VASI

- **Inserzione di stent medicati e non medicati in corso di Angioplastica coronarica:**

Per interventi di PTCA con l'applicazione di stent è indicata la seguente codifica:

- Intervento chir. Principale: codici di angioplastica coronarica percutanea: 36.0_

- Altro Intervento: utilizzare in alternativa uno dei seguenti codici:

36.06 *Inserzione di stent non medicato nell'arteria coronarica*

36.07 *Inserzione di stent medicato nell'arteria coronarica.*

- **Per interventi di PTA di altri vasi, con l'applicazione di stent**, la codifica è la seguente:
 - Intervento chir. principale: 39.50 *Angioplastica o atrectomia di vaso non coronario*
 - Altro intervento 39.90 *Inserzione di stent su arteria non coronarica.*

REINTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA

- **In caso di reintervento per complicazione meccanica di by-pass aorto-coronarico** è indicata la seguente codifica:
Diagnosi principale: 996.03 *Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico*
Intervento chir. principale: codice di *by-pass aortocoronarico* codifica specifica.
- **In caso di reintervento per altre complicazioni di by-pass aorto-coronarico (embolia, trombosi)** è indicata la seguente codifica:
Diagnosi principale 996.72 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti cardiaci*
Intervento chir. principale: codice di *by-pass aortocoronarico* codifica specifica.
- **In caso di reintervento per complicazione meccanica di protesi valvolare cardiaca** è indicata la seguente codifica:
Diagnosi principale: 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca*
Intervento chirurgico principale: codice di *sostituzione valvolare.*
- **In caso di reintervento per altre complicazione da protesi valvolare cardiaca (embolia, trombosi)** è indicata la seguente codifica:
Diagnosi principale 996.71 *Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*
Intervento chirurgico principale: codice di *sostituzione valvolare.*
- Si è ritenuto di dover concordare univoche **modalità di descrizione di particolari quadri diagnostici**:
i codici da utilizzare tra le diagnosi secondarie per identificare, in caso di intervento cardiocirurgico, i soggetti portatori di by-pass, protesi valvolari, P.M. ben funzionanti 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).*
- Un problema clinico specifico è rappresentato dal verificarsi di un **infarto perioperatorio** che non trova descrizione specifica nella classificazione internazionale delle malattie. Si propone l'utilizzo del codice 410._1 *Infarto miocardico acuto* in associazione al codice 997.1 *Complicazioni cardiache, non classificate altrove.*

INFEZIONE E COMPLICAZIONE POSTOPERATORIE

- **Mediastinite:**
Diagnosi principale: 998.59 *Altra Infezione postoperatoria*
Diagnosi secondaria: 519.2 *Mediastinite*
Intervento chir. principale: 34.3 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino*
Altro Intervento: +/- dispositivo VAC (Vacuum Assisted Closure), codice 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.*
- **Infezione della ferita chirurgica e conseguente toilette:**

Diagnosi principale: 998.59 *Altra infezione postoperatoria*
Intervento chir. principale: 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*
Altro intervento +/- dispositivo VAC (Vacuum Assisted Closure), codice 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo.*

- **Rericovero per deiscenza della ferita sternale** e conseguente risutura:

Diagnosi principale: 998.3 *Lacerazione di ferita operatoria*
Intervento chir. principale: 78.11 *Applicazione di fissatore esterno di scapola, clavicola e torace.*

- **Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria:**

Codice di procedura 39.41 *Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare.*

IMPIANTO DI PACE-MAKER IN PRESENZA DELLA SINDROME DEL SENO CAROTIDEO

La ricerca delle modalità di codifica attraverso l'indice analitico delle diagnosi (ICD-9-CM 2002) porta alla selezione del codice 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo* che determina l'attribuzione del caso ai DRG 7 e 8 *Interventi sui nervi periferici e cranici e altri interventi sul sistema nervoso con e senza CC.* Tali Drg non descrivono correttamente la casistica, per cui si è concordata la seguente codifica:

- Diagnosi principale: 427.89 *Altre aritmie cardiache specificate*
- Intervento chir. principale: 37.7_ *Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di elettrodi*
- Altro intervento: 37.8_ *Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di pace-maker.*

- Nei casi in cui il **pace-maker viene impiantato sul glomo carotideo** o su altri glomi, utilizzare la seguente codifica:

- Diagnosi principale 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo*
- Intervento chirurgico Principale 39.8 *Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari.*

INTERVENTI PER IL TRATTAMENTO DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Poiché il trattamento ablativo della fibrillazione atriale può essere eseguito per via percutanea (in laboratorio elettrofisiologico), o con tecnica chirurgica più o meno estesa (in sala operatoria), si indica la seguente codifica per evidenziare il differente approccio:

- ablazione transcateretere percutanea codice 37.34 *Asportazione mediante catetere di lesione o tessuto del cuore;*
- nei casi con tecnica "chirurgica" utilizzare il codice 37.33 *Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore,* con codice aggiuntivo 34.21 *toracosopia transpleurica* o 34.09 *Altra incisione della pleura.*

L'intervento di **CHIUSURA DEL DOTTO DI BOTALLO PER VIA PERCUTANEA**, va descritto con i seguenti codici:

- 38.85 *Altra occlusione chirurgica di altri vasi toracici*
- 37.23 *Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro.*

L'intervento di **CHIUSURA DEL DIFETTO INTERATRIALE (DIA) PER VIA PERCUTANEA**, va descritto con i seguenti codici:

- 35.52 *Riparazione di difetto del setto atriale con sutura diretta*

- 37.21 *Cateterismo cardiaco del cuore destro.*

L'intervento di **SOSTITUZIONE DI ARCO AORTICO CON TUBO VALVOLATO** va descritto con i seguenti codici:

- 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*

- 35.2_ *Sostituzione di valvola aortica.*

IMPIANTO CUORE ARTIFICIALE

Codice 37.65 *Impianto di un sistema di circolazione assistita esterno pulsatile*, che identifica una assistenza cardiocircolatoria esterna

Codice 37.66 *Impianto di un sistema di circolazione assistita, impiantabile, pulsatile*, che identifica una assistenza cardiocircolatoria impiantabile o definitiva

Codice 39.65 *Ossigenazione extracorporea delle membrane (ECMO)*

Codice 37.62 *Impianto di altri sistemi di circolazione assistita* o VAD (assistenza cardiocircolatoria con pompa centrifuga).

ASSISTENZA CARDIOCIRCOLATORIA CON POMPA CENTRIFUGA PIÙ OSSIGENATORE

In caso di assistenza ventricolare destra con impianto di circolazione assistita, da atrio destro a atrio sinistro con esclusione del circolo polmonare, utilizzare il codice 37.62 *Impianto di altri sistemi di circolazione assistita* insieme al codice 39.65 *Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO)*.

In caso di ricovero di un **PAZIENTE GIÀ PORTATORE DI CONTROPULSATORE AORTICO, VAD, O ALTRI SUPPORTI CIRCOLATORI IMPIANTATI IN ALTRA STRUTTURA**, indicare nei campi delle diagnosi secondarie il codice V46.8 *Dipendenza da altri apparecchi*, che indica la presenza di tali dispositivi di assistenza.

- Il trattamento dei pazienti affetti da **Sindrome dell'Apnea Notturna con radiofrequenza (RFVR)**, prevede l'utilizzo dei seguenti codici:

Diagnosi Principale: 528.9 *Altre e non specificate malattie dei tessuti molli della bocca, escluse le lesioni specifiche della gengiva e della lingua*

Intervento chirurgico: 27.49 *Altra asportazione della bocca*
oppure
29.39 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe*
oppure
21.69 *Altra turbinectomia*
oppure
28.99 *Altri interventi su tonsille e adenoidi.*

- La descrizione della procedura di **Sleep Endoscopy** prevede l'uso combinato dei codici:
- 29.11 *Faringoscopia*
- 31.42 *Laringoscopia e altra tracheoscopia.*

- Nel caso di pazienti con **paralisi di una corda vocale**, sottoposti ad intervento di **iniezione di materiale inerte** nella corda interessata e ad eventuale intervento di stripping della corda vocale controlaterale, la codifica corretta è la seguente:

Diagnosi principale: 478.32 *Paralisi della corda vocale unilaterale completa*
Intervento chirurgico: 31.69 *Altra riparazione della laringe*
31.0 *Iniezione di materiale nella laringe o nelle corde vocali*
30.09 *Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe (codice da utilizzare solo nel caso venga effettuato lo stripping).*

- Nei pazienti **laringectomizzati ricoverati per l'inserimento di protesi fonatoria**, vanno utilizzati i seguenti codici:

Diagnosi principale: 478.79 *Altre malattie della laringe*
Altra diagnosi: V10.21 *Anamnesi personale di tumore maligno della laringe*
Intervento chirurgico: 31.69 *Altra riparazione della laringe.*

- **Interventi per neoplasie primitive a carico del cavo orale, faringe, laringe con ricostruzione mediante lembi e/o innesti ossei**

Diagnosi principale: codice ICD-9-CM di neoplasia maligna

Intervento principale: codice di demolizione della neoplasia

Altri interventi: codice di tracheostomia per assistenza ventilatoria

31.1 *Tracheostomia temporanea*

codice di eventuale innesto osseo

76.91 *Innesto osseo su ossa facciali*

codice di ricostruzione con lembo libero rivascolarizzato

86.74 *Trasferimento di innesto pedunculato a lembo in altre sedi*

codice di microanastomosi vascolari

39.29 *Altri anastomosi o bypass vascolari (periferici)*

codice di prelievo osseo da cresta iliaca

77.79 *Prelievo di altre ossa per innesto*

codice di prelievo di lembo

86.91 *Asportazione di cute per innesto.*

- **Chirurgia endoscopica dei seni paranasali**

Associare al codice dell'intervento primario il codice 22.51 *Etmoidotomia.*

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E POLMONARE

Con l'introduzione dell'ICD-9-CM 2002, l'insufficienza respiratoria deve essere codificata con i codici:

518.81 *Insufficienza respiratoria acuta*

518.83 *Insufficienza respiratoria cronica*

518.84 *Insufficienza respiratoria acuta e cronica*

Al fine di identificare i criteri per l'utilizzo di questi codici in diagnosi principale, e dei codici di procedura di ventilazione o altra assistenza respiratoria, è stata condivisa con il gruppo AIPO-SIMeR la seguente regola:

1. codificare la condizione di insufficienza respiratoria in diagnosi principale con il codice 518.81, sulla base delle alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO₂, PaCO₂, pH e bicarbonati);
2. dovranno essere correttamente indicati in cartella clinica e codificati nella sdo, gli interventi terapeutici effettuati, con particolare attenzione all'utilizzo dei codici che segnalano le terapie ventilatorie/ossigenoterapia;
3. in diagnosi secondaria dovranno essere indicate le patologie che hanno determinato l'insufficienza respiratoria e/o le patologie concomitanti.

I valori emogasanalitici arteriosi soglia caratterizzanti la condizione di insufficienza respiratoria, in respiro spontaneo in aria ambiente, e che giustificano l'utilizzo dei codici 518.81 e 518.84 in diagnosi principale sono:

Ipossiemia arteriosa: PaO₂ < 60 mmHg (8 kPa x 7,5) in associazione con almeno uno dei seguenti parametri alterati:

- **Ipercapnia Arteriosa: PaCO₂ > 45 mmHg (6 kPa x 7,5);**
- **Acidosi Respiratoria: pH ≤ 7.35 (che equivale ad una [H⁺] ≥ 45 nmol/l) o normale;**
- **Bicarbonati: HCO₃ normali o elevati (> di 26 mEq).**

L'ipossiemia pura isolata non è condizione sufficiente a giustificare l'utilizzo del codice 518.81 in diagnosi principale, a meno che non si protragga per almeno 48 ore e sia documentata attraverso i criteri per l'appropriato utilizzo del codice 93.96 *Ossigenoterapia*.

Nel caso di insufficienza respiratoria ipercapnica con $\text{pH} \leq 7,35$, cioè acidosi respiratoria scompensata, è raccomandato il monitoraggio strumentale continuo del paziente (SaO_2 , FC, tracciato ECG, eventuale PA non invasiva) e può rendersi necessario l'inizio di un trattamento ventilatorio meccanico.

CRITERI PER L'APPROPRIATO UTILIZZO DEI CODICI DI RIFERIMENTO PER LA TERAPIA VENTILATORIA

| Codici ICD9 | TERAPIA RESPIRATORIA | INDICAZIONI |
|--------------------------------|---|--|
| <i>Gruppo dei codici 93.9_</i> | NON INVASIVA * | |
| 93.90 | Respirazione a pressione positiva continua (CPAP) | $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ (edema polmonare, polmoniti gravi, etc.) disturbi respiratori associati a patologie del sonno, anche in fase diagnostica |
| 93.90 | Respirazione a pressione positiva a due livelli (BiLevel) | $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg $\text{pH} \leq 7,35$ |
| 93.91 | Respirazione a pressione positiva intermittente | $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg $\text{pH} \leq 7,35$ |
| 93.96 | Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia) | Ipossiemia isolata ($\text{PaO}_2 < 60$ mmHg) che necessita di ossigenoterapia continua per almeno 48 ore con controllo emogasanalitico arterioso (PaO_2 , PaCO_2 e pH) giornaliero e/o monitoraggio continuo della SaO_2 per almeno 48 ore |
| 93.99 | Altre procedure respiratorie (Polmone di Acciaio) | $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg $\text{pH} \leq 7,35$ |
| <i>Gruppo dei codici 96.7_</i> | INVASIVA | INDICAZIONI |
| 96.70 | Altra ventilazione meccanica continua | Non utilizzare il codice 96.70 in quanto non specifica la durata |
| 96.71 | per meno di 96 ore consecutive | $\text{PaO}_2 < 40$ mmHg e/o $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ $\text{pH} \leq 7,35$ e $\text{PaCO}_2 > 60$ mmHg Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva |
| 96.72 | per 96 ore consecutive o più | $\text{PaO}_2 < 40$ mmHg e/o $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ $\text{pH} \leq 7,35$ e $\text{PaCO}_2 > 60$ mmHg Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva |

* Gestione dell'Insufficienza Respiratoria

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

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

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

- In caso di ricovero per **sanguinamento di varici esofagee** e relativo controllo di emorragia effettuato per via endoscopica, utilizzare come intervento principale il codice 42.33 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo*.
- **Malattia di Sjogren (codice 710.2)**
L'episodio di ricovero per indagini su tale patologia, quando associata a disturbi delle ghiandole salivari, deve essere così descritto:
Diagnosi principale cod. 527.7 *Disturbi della secrezione salivare*
Diagnosi secondaria cod. 710.2 *M. di Sjogren*
Procedure cod. 26.11 *se con biopsia chiusa (agobiopsia)*
 cod. 26.12 *se con biopsia a cielo aperto*.
N.B. Tale indicazione di codifica ovvia ad una incongruenza del Grouper-DRG che, non trovando correlazione tra diagnosi principale e procedura, assegnerebbe il caso al DRG 468.
- L'ICD9-CM-2002 ha nuovi codici per descrivere le **complicazioni di gastrostomia**:
536.40 *Complicazioni di gastrostomia, non specificata*
536.41 *Infezione di gastrostomia*
536.42 *Complicazione meccanica di gastrostomia*
536.49 *Altre complicazioni di gastrostomia*.
- La riacutizzazione o la cronicità dell'**enterite regionale** va codificata con i codici delle sotto-categorie 555. _ .
- Con l'adozione dell'ICD-9-CM 2002 è stata aggiunto il nuovo codice **569.62 complicanza meccanica da colostomia ed enterostomia**.
- **La riacutizzazione o la cronicità della rettocolite ulcerosa** va codificata con i codici delle sottocategorie 556._ , con i quali si specifica la sede.
- Per la **riparazione di rettocele con protesi** vanno indicati i codici di correzione del rettocele unitamente al codice 48.79 *Altra riparazione del retto*.
- **Proctopessi addominale con protesi**: vanno indicati i codici di procedura 48.75 *Proctopessi addominale* e 46.79 *Altra riparazione dell'intestino*.
- **Resezione di prolasso del retto per via transanale (Intervento di Starr)**: va indicato il codice di procedura 48.69 *Altra resezione del retto*.
- **Reservoir rettale con J-pouch colica**: va indicato il codice di procedure 45.95 *Anastomosi dell'ano*.
- **Reservoir rettale con coloplastica trasversale (stritturoplastica colica)**: utilizzare il codice 45.03 *Altra incisione dell'intestino crasso*.
- **Emorroidectomia secondo Longo(Procedure for Prolapse Haemorrhoids)**: utilizzare il codice di procedura 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi* unitamente al codice 48.79 *Altra riparazione del retto*.
- **Emorroidectomia secondo Hall**: codice di procedura 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi*.

- **Endoprotesi per la dilatazione Intestinale del Colon:** codice 46.79 *Altra riparazione dell'intestino* e codice 45.23 *Colonscopia con endoscopio flessibile*.
- **Endoprotesi per la dilatazione Intestinale del Retto:** codice 48.79 *Altra riparazione del retto* e codice 48.23 *Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido*.
- **Protesi dello sfintere anale:**
codificare in diagnosi principale il codice 787.6 *Incontinenza fecale*; in diagnosi secondaria il codice V52.8 *Collocazione e sistemazione di altra protesi specificata* e il codice 49.79 *Altra riparazione dello sfintere anale* quale intervento principale.
- **Interventi per Obesità** Il trattamento chirurgico dell'obesità può essere descritto con codici diversi in funzione del tipo di intervento. Di seguito si riportano le indicazioni per la descrizione di tali casi, precisando peraltro che la scelta di alcuni codici di procedura apparentemente inadeguati e/o insufficientemente descrittivi deriva dall'assenza nel Sistema di Classificazione ICD-9- CM di codici specifici per alcune tecniche chirurgiche attualmente in uso.

Intervento di diversione biliopancreatica (BPD):

| | | |
|-----------------------|--------|--|
| Diagnosi principale | 278.01 | <i>Obesità grave</i> |
| Intervento chirurgico | 43.81 | <i>Gastrectomia parziale con trasposizione digiunale</i> |
| Altri intervento | 45.91 | <i>Anastomosi intestinale tenue-tenue</i> |
| Altri intervento | 51.22 | <i>Colecistectomia.</i> |

Intervento di gastroplastica verticale per via laparoscopica:

| | | |
|-----------------------|--------|--|
| Diagnosi principale | 278.01 | <i>Obesità grave</i> |
| Intervento chirurgico | 44.69 | <i>Altra riparazione dello stomaco</i> |
| Altro intervento | 44.99 | <i>Altri interventi sullo stomaco</i> |
| Altro intervento | 54.21 | <i>Laparoscopia.</i> |

Intervento di banding gastrico:

| | | |
|-----------------------|--------|---|
| Diagnosi principale | 278.01 | <i>Obesità grave</i> |
| Intervento chirurgico | 44.69 | <i>Altra riparazione dello stomaco.</i> |

Intervento per via endoscopica inserimento di pallone Bariatrico intragastrico per trattamento obesità

Utilizzare il codice 44.93 *Inserzione di bolla gastrica (palloncino)* e come diagnosi principale quella relativa all'obesità.

- **Deiscenza della gastroplastica verticale:** utilizzare il codice 997.4 *Complicazioni gastrointestinali non classificate altrove*.
- **Spostamento, scivolamento del Bending:** utilizzare il codice 996.59 *Complicazioni meccaniche di altri dispositivi interni*.
- **Stenosi dell'outlet:** utilizzare il codice 996.79 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni*.
- **Protesi metallica esofagea:** utilizzare il codice 42.89 *Altra riparazione dell'esofago* e il codice 42.23 *Altra esofagoscopia*.
- **Protesi metallica duodenale:** utilizzare il codice 46.79 *Altra riparazione dell'intestino* associato al codice 45.13 *Altra endoscopia dell'intestino tenue*.
- **Plicatura endoscopica di ernia iatale:** utilizzare il codice 44.66 *Altri interventi per la creazione di sfintere esofago gastrico* associato al codice 44.13 *Altra gastroscopia*.

- **Videoendoscopia diagnostica con capsula:** utilizzare il codice 45.19 *Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue* per indicare le procedure diagnostiche eseguite sul tratto gastrointestinale (intestino tenue).
- **Microchirurgia endoscopica transanale (TEM):** per descrivere la TEM, procedura adottata per l'asportazione di adenomi villosi del retto o di tumori del retto in stadio iniziale, utilizzare il codice 48.36 *Polipectomia (endoscopica) del retto*.
- **Trapianto di intestino isolato:** per descrivere il trapianto di intestino, è sufficiente segnalare, fra le procedure, il codice, introdotto dalla classificazione ICD-9-CM 2002, 46.97 Trapianto di intestino.
- **Trapianto multiviscerale:** in diagnosi principale codificare la patologia di base; come codice intervento utilizzare 46.97 *Trapianto di intestino*
In aggiunta al suddetto codice, deve essere segnalato almeno uno dei seguenti:
 - 43.99 *Altra gastrectomia totale*
 - 52.83 *Trapianto eterologo di pancreas*
 - 50.59 *Altro trapianto di fegato*.
- **Trapianto di fegato split:** utilizzare il codice 50.59 *Altro trapianto di fegato* in associazione al codice 51.39 *Altra anastomosi del dotto biliare*.
- **Ricovero per asportazione di fegato da donatore sano:** in diagnosi principale utilizzare il codice V59.6 *Donatore di fegato* e quale codice di intervento indicare il codice 50.22 *Epatectomia parziale*.

MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO

- **Insufficienza renale**

Per la codifica di insufficienza renale acuta, cronica, o non specificata, è particolarmente importante non fare riferimento esclusivamente all'indice alfabetico in quanto attraverso il termine principale di "insufficienza" o "malattia", al modificatore "renale" il manuale rimanda esclusivamente all'uso del codice 593.9 *Patologia non specificata del rene e dell'uretere*.

Tale codice descrive solo lo stadio precoce del danno renale (da diminuita clearance della creatinina o da valori della creatinemia mediamente elevati).

Per la ricerca dei codici di insufficienza renale acuta, cronica o non specificata, interrogare l'indice alfabetico attraverso il termine principale "defaillance".

- **Nefropatia ipertensiva**

Per la ricerca di codici di nefropatia ipertensiva, si ricorda di interrogare l'indice alfabetico attraverso il termine principale di "nefropatia"; al modificatore "ipertensiva" viene indicato l'uso della categoria 403 *Nefropatia ipertensiva*.

L'assegnazione del codice corretto non può prescindere dall'attenta analisi della parte sistematica, dove oltre alla nefropatia ipertensiva (categoria 403) viene descritta anche la cardionefropatia ipertensiva (categoria 404).

Si precisa che la quinta cifra descrive la condizione di insufficienza renale e/o insufficienza cardiaca congestizia; pertanto non è necessario descrivere tali condizioni con un codice aggiuntivo.

- **Ematuria**

L'ematuria spesso rappresenta la diagnosi di ammissione, ma la diagnosi principale di dimissione deve descrivere la condizione clinica effettivamente trattata o diagnosticata nel corso del ricovero.

Ad esempio: qualora non si identifichi attraverso indagini strumentali, al termine del ricovero, una specifica patologia che sostiene l'ematuria, il codice 599.7 *Ematuria* viene indicato in diagnosi principale; nel caso in cui l'ematuria sia una manifestazione di complicazione post chirurgica, il codice da utilizzare per la diagnosi principale è da ricercare tra le categorie 996 - 999 *Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove*.

- **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* e in diagnosi principale dal codice 456.4 *Varicocele*.

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

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

la via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione del codice di procedura 88.67 *Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate*.

- Nei casi di **Intervento sullo scroto per asportazione di lipomi, cisti**, etc. codificare in diagnosi principale l'aspetto patologico e come intervento utilizzare il codice 61.3 *Asportazione o demolizione di parte del tessuti scrotale*.

- Per **asportazione di Condilomi acuminati dell'uretra o dal tessuto periuretrale**, si utilizzano i seguenti codici:
 Diagnosi principale: specifico codice di patologia
 Intervento chirurgico principale: 58.31 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra*
 oppure
 58.39 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra* che contempla anche l'eventuale uretrectomia.
- Per **asportazione di Condilomi acuminati della cervice uterina o della vagina**, si utilizzano i codici della categoria 616 *Malattia infiammatoria della cervice, della vagina e della vulva* per indicare la diagnosi principale e il codice di condiloma acuminato per indicare la diagnosi secondaria. Per descrivere l'intervento utilizzare il codice 67.3_ *Asportazione di lesione locale dalla cervice* o il codice 70.3_ *Asportazione di lesione locale della vagina* o il codice 71.3 *Altra asportazione di lesione locale dalla vulva*.
- **Prelievo preventivo di ovociti al fine di una eventuale successiva fecondazione assistita, in paziente che necessita di trattamento radio-chemioterapico**
 Diagnosi Principale La patologia presente (es. neoplasia maligna, malattia degenerativa ecc.)
 Intervento 65.91 *Aspirazione dell'ovaio*.
- Per la **correzione dell'Incontinenza urinaria e del Reflusso vescico-ureterale con tecnica di iniezione di collagene in cistoscopia**, si utilizzano i seguenti codici:
 Diagnosi principale: 593.7_ *Reflusso vescico-ureterale*
 Intervento chirurgico principale: 59.72 *Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicole*.
Per incontinenza urinaria maschile o femminile si utilizzano i seguenti codici:
 Diagnosi principale: codice patologia specifica
 Intervento chirurgico principale: 59.72 *Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicole*.
- 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*.
- In caso di **Impianto di pace-maker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico** per il trattamento di:
ritenzione urinaria (codice diagnosi principale 788.2_)
incontinenza urinaria (codice diagnosi principale 788.3_)
pollachiuria o poliuria (codice diagnosi principale 788.41, 788.42)
 sia nel caso in cui si tratti di un elettrodo temporaneo per la stimolazione del nervo sacrale, che nel caso in cui, con test positivo, venga inserito il pace-maker neurale definitivo, il codice da utilizzare negli spazi relativi agli interventi è 03.93 *Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale*.
- **L'impianto di protesi sfinteriali uretrali** va descritto col codice 58.93 *Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali*.

- **I ricoveri dei pazienti dializzati** sono di regola determinati da complicanze della patologia di base (Insufficienza Renale Cronica) o del trattamento dialitico stesso. In tali casi la complicanza che ha determinato il ricovero va segnalata come diagnosi principale e la condizione di dializzato come diagnosi secondaria:

V45.1 *Stato postchirurgico di dialisi renale se non viene eseguito trattamento dialitico*

V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea se viene eseguita emodialisi (codice intervento 39.95)*

V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi se viene eseguita dialisi peritoneale (codice intervento 54.98).*

- **Deinfibulazione**

Diagnosi principale

624.4 *Pregressa lacerazione o cicatrice vulvare*

Diagnosi secondaria

V50.8 *Altro intervento chirurgico senza ragioni mediche*

Intervento chirurgico

71.01 *Lisi di aderenze vulvari* associato al codice 71.09 *Altra incisione della vulva e del perineo.*

COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO

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

- Le categorie da **630 a 633** descrivono gravidanze ectopiche e molari. Come indicato nella nota iniziale, qualsiasi complicazione deve essere descritta con un codice aggiuntivo appartenente alla categoria *639 Complicazioni successive ad aborto e gravidanze ectopiche e molari*.
- Le categorie da **634 a 638** descrivono complicazioni successive ad aborto. Nel caso in cui si manifesti una complicazione non descritta, come emorragia o infezione, può essere aggiunto un codice della categoria *639 Complicazioni successive ad aborto e gravidanze ectopiche e molari*. Nel caso in cui la complicazione viene trattata in un ricovero successivo all'evento abortivo o parto, utilizzare in diagnosi principale i codici della categoria *639 Complicazioni successive all'aborto o alla gravidanza ectopica e molari*.

Sul manuale IDC-9-CM 2002 sono assenti, in tutta la categoria 639, le parentesi graffe che indicano il legame con le categorie 630-638.

- Per le categorie **634-637** prestare attenzione alla scelta della quinta cifra che distingue se l'aborto è completo o incompleto.
- Il codice **650** individua il parto normale in pazienti che non presentano nessuna complicazione legata o meno alla gravidanza, come indicato nella nota esplicativa posta sotto al codice:
"Parto spontaneo, cefalico, vaginale, a termine, di feto singolo e vitale che richiede poca o nessuna assistenza con o senza episiotomia, senza intervento manuale sul feto (es. rotazione) o strumentale (es. forcipe). Questo codice va usato come diagnosi singola e non deve essere usato insieme ad alcun altro codice dell'intervallo 630-676."
- Per le categorie **640-648, 651-659, 660-669, 670-676** la quinta cifra zero non descrive la condizione o l'episodio di cura, e non va utilizzata per codificare la SDO.
- Le categorie dal **651 al 669** descrivono le condizioni o le complicazioni del parto che devono essere riportate in diagnosi principale.
- Nelle categorie **652._ _** *Posizione e presentazione anomale del feto*, **653._ _** *Sproporzione*, **654._ _** *Anomalie degli organi e dei tessuti molli della pelvi*, è presente la nota "Codificare per prima ogni associazione con ostacolo del travaglio", che rimanda rispettivamente ai codici 660.0 _ , 660.1 _ , 660.2 _ .
- Per le categorie **651-676** le quinte cifre **1 e 2** identificano il ricovero con parto consentendo di distinguere esclusivamente il momento in cui è stata fatta la diagnosi di complicazione.
- Il codice **669.71 Taglio cesareo senza menzione dell'indicazione** va utilizzato quando nella classificazione non vi è una categoria più specifica; in questo caso elencare tra le diagnosi secondarie le patologie che giustificano l'indicazione chirurgica.
Es. Gravidanza ad alto rischio (V23. _ _), Epilessie (345. _ _), Retinopatie (362. _ _).

- Per **altre condizioni morbose in atto della madre, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio** (anemia, diabete mellito, psicosi, malattie cardiovascolari, ecc.) fare riferimento ai codici della categoria **648** *Altre condizioni morbose in atto della madre classificate altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio*.
- I ricoveri per **gravidanza, parto o puerperio** di pazienti con **HIV**, vanno descritti indicando in diagnosi principale il codice 647.6_ *Altre malattie virali* e in diagnosi secondaria il codice 042 in caso di HIV sintomatico, o il codice V08 per la paziente sieropositiva asintomatica.
- **Modifiche del manuale ICD-9-CM 2002**
Il codice di diagnosi 645.0, con le 3 specificazioni alla quinta cifra, viene eliminato; la categoria 645.___ gravidanza ritardata viene distinta ulteriormente in due sotto-categorie:
645.1_ *gravidanza post-termine* (fra la 40° e la 42° settimana di gestazione)
645.2_ *gravidanza protratta* (oltre la 42° settimana di gestazione);
sono state inoltre introdotte le seguenti sotto-categorie:
655.7_ *Diminuzione dei movimenti fetali*
659.6_ *Multigravida in età materna avanzata*
659.7_ *Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto*
Per tutte le sottocategorie è prevista la quinta cifra per distinguere l'episodio di cura.
- Per i casi in cui la paziente partorisce fuori dalla struttura ospedaliera e necessita di ricovero per trattamenti successivi al parto, senza complicazioni, in diagnosi principale utilizzare il codice **V24.0** *Cure ed esami postpartum subito dopo il parto*; se sono presenti complicazioni, fare riferimento ai codici del capitolo 11 Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio.
- **Taglio Cesareo secondo Stark**: utilizzare il codice 74.4 *Taglio cesareo specificato*.
- **L'aborto terapeutico mediante isterotomia** è rappresentato dal codice 74.91 *Isterotomia per interruzione di gravidanza*.
- Si ricorda **che tutti i parti**, anche se non operativi, devono essere riportati e specificamente codificati nel campo relativo all'intervento chirurgico principale.
- **Ogni ricovero che esiti in parto** deve essere descritto riportando tra le diagnosi secondarie il codice V27._ che ne segnala l'esito.
- La codifica del parto indolore mediante anestesia epidurale viene descritta dal codice **03.91** *Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia*.

MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO

- I casi che sono sottoposti ad **asportazione di neoformazione cutanea con tecnica di Mohs**, vanno così codificati:

| | |
|-----------------------|---|
| Diagnosi Principale | codice patologia |
| Intervento Principale | 86.4 <i>Asportazione radicale di lesione della cute.</i> |
| Altro intervento | 86.24 <i>Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs</i> |

- **Asportazione di lesione cutanea e sottocutanea neoplastica a carico del naso**

| | |
|---------------------|---|
| Diagnosi Principale | codice patologia |
| Intervento | 86.3 <i>Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo</i> |

Oppure

| | |
|------|---|
| 86.4 | <i>Asportazione radicale di lesione della cute.</i> |
|------|---|

- **Trattamento della Lipodistrofia localizzata in pazienti con HIV sintomatico**

Trattamento ricostruttivo del volto con:

a) Lipofilling secondo la tecnica di Coleman

Fatte salve valutazioni di appropriatezza del singolo ricovero rispetto al setting assistenziale e alla afferenza ai LEA, la codifica è la seguente:

| | | |
|-----------------------|-------|--|
| Diagnosi Principale | 701.8 | <i>Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute</i> |
| Diagnosi Secondaria | 042 | <i>Malattie da virus dell'immunodeficienza umana</i> |
| Intervento Principale | 86.81 | <i>Riparazione di difetti del viso.</i> |

b) Filler riassorbibili.

Fatte salve valutazioni di appropriatezza del singolo ricovero rispetto al setting assistenziale e alla afferenza ai LEA, la codifica è la seguente:

| | | |
|-----------------------|-------|--|
| Diagnosi Principale | 701.8 | <i>Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute</i> |
| Diagnosi Secondaria | 042 | <i>Malattie da virus dell'immunodeficienza umana</i> |
| Intervento Principale | 86.89 | <i>Riparazione e ricostruzione di pelle e tessuto sottocutaneo</i> |
| Intervento Secondario | 99.29 | <i>Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche.</i> |

Lipoaspirazione o lipectomia

Fatte salve valutazioni di appropriatezza del singolo ricovero rispetto al setting assistenziale e alla afferenza ai LEA, la codifica è la seguente:

| | | |
|-----------------------|-------|--|
| Diagnosi Principale | 701.8 | <i>Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute</i> |
| Diagnosi Secondaria | 042 | <i>Malattie da virus dell'immunodeficienza umana</i> |
| Intervento Principale | 86.83 | <i>Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza.</i> |

Mammoplastica riduttiva

| | | |
|-----------------------|-------|--|
| Diagnosi Principale | 611.1 | <i>Ipertrofia del seno</i> |
| Diagnosi Secondaria | 042 | <i>Malattie da virus dell'immunodeficienza umana</i> |
| Intervento Principale | 85.32 | <i>Mammoplastica riduttiva bilaterale.</i> |

Addominoplastica

| | | |
|-----------------------|-------|--|
| Diagnosi Principale | 701.9 | <i>Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche non specificate della cute</i> |
| Diagnosi Secondaria | 042 | <i>Malattie da virus dell'immunodeficienza umana</i> |
| Intervento Principale | 86.83 | <i>Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza.</i> |

- **Asportazione di unghia incarnita compresa la rimozione della necrosi**
Codice di intervento 86.27 *Curretage di unghia incarnita, matrice o plica ungueale. Rimozione di: necrosi massa di tessuto necrotico.*
- **Autoinnesto di gel piastrinico per il trattamento delle ulcere**
Utilizzare il codice 86.69 *Altro innesto di cute su altre sedi unitamente* al codice 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione* o al codice 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione* a seconda che venga o meno effettuata la toilette chirurgica dell'ulcera.

MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO

- **Fratture patologiche**
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; in diagnosi secondaria si deve indicare il codice relativo alla patologia di base.
Es. Frattura patologica delle vertebre da metastasi ossee:
 - Diagnosi principale: 733.13 *Frattura patologica della vertebre*
 - Altra diagnosi: 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo.*
- L'intervento di **Artrodesi vertebrale dorsale e dorsolombare con impianto di protesi** per la correzione di malformazioni congenite della colonna, di cifoscoliosi e scoliosi va descritto utilizzando in diagnosi principale il codice
754.2 *Alcune malformazioni congenite della colonna vertebrale*
oppure
737.3_ *Cifoscoliosi e scoliosi*
Negli spazi relativi agli interventi chirurgici, il codice
81.04 *Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore*
oppure
81.05 *Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore.*
associati o meno al codice di innesto osseo: 78.09 *Innesto osseo di altre ossa.*
- **Vertebroplastica**
1° Ricovero
Diagnosi principale 733.13 *Frattura patologica delle vertebre*
Intervento principale 03.53 *Riparazione di fratture vertebrali*
2° Ricovero
Diagnosi principale 733.81 o 82 *Viziata/mancata consolidazione di frattura*
Intervento principale 78.49 *Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa.*
- **L'utilizzo di protesi del disco intervertebrale** va descritto con il seguente codice:
 - 81.3_ *Rifusione della colonna vertebrale.*
- L'intervento di **Inserzione di spaziatore in silicone interspinoso (DIAMM) per interventi sulla colonna vertebrale** va descritto con il codice 79.19 *Riduzione incruenta di frattura di altro osso non specificato, con fissazione interna.*
- **L'intervento di nucleoplastica a radiofrequenza per il trattamento dell'ernia del disco** si descrive con il codice 80.59 *Altra distruzione del disco intervertebrale.*
- **Intervento di discectomia mediante ozono**
In diagnosi principale utilizzare i codici della sottocategoria 722.1 _ *Ernia del disco intervertebrale toracico o lombare senza mielopatia* o il codice 722.2 *Ernia del disco intervertebrale (sede non specificata) senza mielopatia.* Per descrivere l'intervento utilizzare il codice 80.59 *Altra distruzione di disco intervertebrale.*
- **Intervento chirurgico di revisione di sostituzione di anca (81.53) o di ginocchio (81.55)**
In caso di sostituzione di protesi d'anca o di ginocchio, il codice di procedura 81.53 o 81.55 comprende sia la revisione che la contemporanea sostituzione ed è sufficiente a descrivere l'intervento complessivo di revisione e sostituzione.

- **L'utilizzo di protesi d'anca** va descritta con i seguenti codici:
 - 81.51 *Sostituzione totale dell'anca*
 - 81.52 *Sostituzione parziale dell'anca*
 - 81.53 *Revisione di sostituzione dell'anca.*
- **L'utilizzo di protesi del gomito** va descritta con i seguenti codici:
 - 81.84 *Sostituzione totale del gomito*
 - 81.97 *Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore.*
- **L'utilizzo di protesi di capitello radiale** va descritta con il seguente codice
 - 81.85 *Altra riparazione del gomito.*
- **L'utilizzo di protesi della spalla** va descritta con i seguenti codici:
 - 81.80 *Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)*
 - 81.81 *Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica).*
- L'intervento di **Revisione della protesi della spalla** va descritto con i seguenti codici:
 - 81.97 *Revisione di sostituzione di articolazione dell'arto superiore*
 - 81.80 *Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)*
 oppure
 - 81.81 *Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica).*
- L'intervento di **Inserzione di spaziatore in cemento dopo rimozione di protesi articolare (es. ginocchio, caviglia ecc.)** va descritto con i codici di procedura 78.5_ *Fissazione interna di osso senza riduzione di frattura* associato al codice 80.0_ *Artrotomia per rimozione di protesi.*
- **Lussazione Recidivante della Spalla**

| | | |
|-----------------------|--------|--|
| Diagnosi principale | 718.31 | <i>Lussazione recidivante della spalla</i> |
| Intervento principale | 81.83 | <i>Altra riparazione della spalla</i> |
| Altri interventi | 81.82 | <i>Riparazione di lussazione ricorrente della spalla</i> |
| Altri interventi | 80.21 | <i>Artroscopia della spalla.</i> |
- **Rigidità o "blocco di spalla"**

| | | |
|-----------------------|--------|--|
| Diagnosi principale | 718.41 | <i>Rigidità articolare della spalla</i> |
| Intervento principale | 81.92 | <i>Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento (lavaggio spalla)</i> |
| Altri interventi | 93.26 | <i>Rottura manuale di aderenze articolari (sblocco spalla).</i> |
- Procedura di **blocco continuo perinervoso**
 Utilizzare il codice 05.89 *Altri interventi su nervi simpatici*. Qualora sia necessario un successivo ricovero finalizzato alla mobilizzazione dell'articolazione o al trattamento del dolore, il codice da utilizzare in diagnosi principale è 729.2 *Neuralgia, neurite e radicolite non specificate*.
- **Entesopatie periferiche e sindromi analoghe**

| | | |
|-----------------------|-------|---|
| Diagnosi principale | 726.0 | <i>Capsulite adesiva scapolo-omeroale</i> |
| Intervento principale | 81.83 | <i>Altra riparazione della spalla.</i> |
- **Rottura Atraumatica Completa della Cuffia dei Rotatori**

| | | |
|-----------------------|--------|---|
| Diagnosi principale | 727.61 | <i>Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori</i> |
| Intervento principale | 81.83 | <i>Altra riparazione della spalla</i> |
| Altri interventi | 83.63 | <i>Riparazione della cuffia dei rotatori.</i> |

- **Distorsione e distrazione della Cuffia dei Rotatori**

| | | |
|-----------------------|-------|--|
| Diagnosi principale | 840.4 | <i>Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori (capsula)</i> |
| Intervento principale | 81.83 | <i>Altra riparazione della spalla</i> |
| Altri interventi | 83.63 | <i>Riparazione della cuffia dei rotatori.</i> |
- **Intervento per ipertrofia del Corpo di Hoffa**

| | | |
|-----------------------|--------|--|
| Diagnosi principale | 729.31 | <i>Ipertrofia del corpo adiposo del ginocchio</i> |
| Intervento principale | 80.86 | <i>Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio</i> |
| Altri interventi | 80.26 | <i>Artroscopia del ginocchio.</i> |
- **Impianto di biomateriale per condropatia della rotula**

| | | |
|-----------------------|-------|--|
| Diagnosi principale | 717.7 | <i>Condromalacia della rotula</i> |
| Intervento principale | 78.46 | <i>Altri interventi di riparazione e plastica della rotula</i> |
| Altri interventi | 99.86 | <i>Installazione non invasiva di stimolatore di accrescimento osseo.</i> |
- **Plastica della gola intercondiloidea del femore (notchplasty)**

| | | |
|-------------------|-------|---|
| Codice intervento | 77.65 | <i>Asportazione locale di lesione o tessuto del femore.</i> |
|-------------------|-------|---|
- **Intervento di pulizia della cartilagine articolare del ginocchio (shaving cartilagineo)**

| | | |
|-------------------|-------|---|
| Codice intervento | 80.86 | <i>Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio.</i> |
|-------------------|-------|---|
- **Sindrome della plica del ginocchio** trattata con asportazione artroscopica

| | | |
|-----------------------|--------|------------------------------------|
| Diagnosi principale | 727.83 | <i>Sindrome della plica</i> |
| Intervento principale | 80.76 | <i>Sinoviectomia del ginocchio</i> |
| Altri interventi | 80.26 | <i>Artroscopia del ginocchio.</i> |
- **Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine**

1° RICOVERO

| | | |
|-----------------------|--|--|
| Diagnosi principale | codificare la patologia che richiede l'autotrapianto | |
| Intervento principale | 80.9_ | <i>Altra asportazione dell'articolazione</i> |
| Altri interventi | 80.2_ | <i>Artroscopia</i> |

2° RICOVERO

| | | |
|-----------------------|--|---|
| Diagnosi principale | codificare la patologia che richiede l'autotrapianto | |
| Altra diagnosi | V42.89 | <i>Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto</i> |
| Intervento principale | 81.4_ | <i>Altra riparazione di articolazioni degli arti inferiori</i> |
| Altri interventi | 80.2_ | <i>Artroscopia.</i> |
- I casi di **Trapianto di osso** vanno codificati nel modo seguente:

| | |
|----------------------|--|
| diagnosi principale: | codificare la patologia che richiede il trapianto |
| diagnosi secondaria: | indicare il codice V42.4 <i>Osso sostituito da trapianto</i> |

negli spazi degli interventi utilizzare un codice delle sottocategorie 78.0_ *Innesto osseo* (ad esclusione di 78.04 *Innesto osseo del carpo e del metacarpo*, 78.06 *Innesto osseo della rotula*, 78.08 *Innesto osseo del tarso e del metatarso*).

Si precisa che la sottocategoria 78.00 *Innesto osseo, sede non specificata* non dovrebbe essere mai utilizzata in quanto aspecifica.

- L'intervento di **chemioembolizzazione di cisti aneurismatica dell'osso** va descritto ponendo in diagnosi principale il codice 733.22 *Cisti aneurismatica dell'osso*, e negli spazi relativi agli interventi il codice 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove* ed il codice 38.91 *Cateterismo arterioso*.

NB: L'asportazione di tessuto o lesione ossea deve essere codificata utilizzando le sottocategorie 77.6 _ *Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo* (che comprendono la biopsia); non utilizzare i codici della sottocategoria 77.4 *Biopsia dell'osso*.

- **La rimozione di gesso a frattura consolidata deve essere codificata col codice V54.8** *Altro trattamento ortopedico ulteriore* in diagnosi principale, senza riportare nelle diagnosi secondarie i codici di frattura.

- **Interventi di Chirurgia della Mano**

Diagnosi principale 728.85 *Contrattura muscolare*

Altra diagnosi 342.1_ *Emiplegia spastica*

oppure

Altra diagnosi 344.0_ *Tetraplegia non altrimenti classificata*

Intervento chirurgico 82.57 *Trasposizione tendine mano*

oppure

Intervento chirurgico 82.56 *Altro trasferimento o trapianto di tendine*

e/o

Intervento chirurgico 83.19 *Tenotomia o miotomia*

e/o

Intervento chirurgico 83.85 *Allungamento tendineo*.

- **Interventi di reimpianto dita mano per traumatismo**

utilizzare in diagnosi principale i seguenti codici a seconda della sede e tipo di lesione:

– 885.0 *Amputazione traumatica del pollice (completa) (parziale) senza menzione di complicazioni*

– 885.1 *Amputazione traumatica del pollice (completa) (parziale) con complicazioni*

oppure

– 886.0 *Amputazione traumatica delle altra dita della mano (completa) (parziale) senza menzione di complicazioni*

– 886.1 *Amputazione traumatica delle altra dita della mano (completa) (parziale) con complicazioni*

in associazione ai seguenti codici di intervento:

– 84.21 *Reimpianto del pollice della mano*

oppure

84.22 *Reimpianto di dita della mano*.

NB: in caso di reimpianto multiplo il codice della procedura dovrà essere ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate.

- La **sindrome ipocinetica** si descrive con il codice **728.2** *Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove*.
- La **Sindrome da immobilizzazione** si descrive con il codice **728.3** *Altri specifici disturbi muscolari*.

MALFORMAZIONI CONGENITE

Le Malformazioni congenite sono classificate nel capitolo 14 (740-759) della ICD-9-CM 2002. Ulteriori patologie congenite sono comprese nel capitolo 15 Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-769), che include anche i Traumi ostetrici classificati con la categoria 767.

- La distinzione tra condizioni **congenite ed 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.
- Le malformazioni congenite **sono classificate sulla base del sistema o dell'apparato coinvolto**; alcune sono classificate con codici specifici, altre sono raggruppate nell'ambito di un termine generico. Nei casi in cui non sia previsto un codice specifico, dovrebbero essere indicati eventuali ulteriori codici aggiuntivi per le manifestazioni.
- **L'età del paziente** non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo 14; le patologie descritte in tale capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età. Alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita. Inoltre, molte condizioni non possono essere risolte, permanendo per tutta la vita del paziente.
- **La malformazione rilevata alla nascita** viene indicata come diagnosi principale nella SDO del neonato se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza. Le diagnosi secondarie debbono essere segnalate sulla SDO solo quando esse siano significative, cioè influenzino il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.
- **Non utilizzare in diagnosi principale, dopo il 1° anno di vita i codici:**
 - 758.9 *Condizioni dovute ad anomalie di cromosomi non specificati;*
 - 759.4 *Gemelli congiunti;*
 - 759.7 *Anomalie congenite multiple;*
 - 759.89 *Altre anomalie specificate;*
 - 759.9 *Anomalie congenite, non specificate;*questi codici si possono impiegare, per completare la descrizione del caso, tra le diagnosi secondarie; in diagnosi principale deve infatti essere codificata la malformazione più rilevante.

ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE

Le malattie classificate nel capitolo 15 hanno origine nel periodo perinatale (intrauterino e nei 28 giorni successivi alla nascita), ma possono manifestarsi anche in epoche successive, pertanto i codici diagnostici di questo settore possono essere utilizzati per ricoveri di bambini entro il primo anno di vita.

- I codici delle sottocategorie **760._ - 763._** (*Cause Materne di Morbilità e Mortalità Perinatale*), possono essere utilizzati come diagnosi secondarie, sulla SDO del neonato (e solo su essa), esclusivamente **quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o ha determinato un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato**. Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia influenzare il trattamento del neonato.

Quando la condizione della madre ha provocato nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle sottocategorie 760._ - 763._; ad esempio, se il diabete materno ha provocato un'ipoglicemia nel neonato, quest'ultima viene codificata con il codice 775.0 *Sindrome del neonato di madre diabetica*.

- Analogamente a quanto già descritto nel capitolo relativo alla gravidanza, per la sottocategoria 763.8_ *Altre complicazioni specificate del travaglio e del parto con ripercussioni sul feto o sul neonato*, l'aggiornamento 2002 del sistema di classificazione ICD-9-CM prevede delle sotto-classificazioni che descrivono **le anomalie del battito e della frequenza cardiaca**, consentendo di distinguere il momento di insorgenza, (quinte cifre ._1, ._2 e ._3) mentre la 5^o cifra ._9 identifica *Altre complicazioni specificate del travaglio e del parto*.
- **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**.

Gli altri codici della categoria 768._ riguardano l'asfissia alla nascita: è preferibile utilizzare 768.5 *Asfissia grave alla nascita* e 768.6 *Asfissia lieve o moderata alla nascita* rispettivamente nelle asfissie gravi e moderate; le quarte cifre .2, .3, .4, si riferiscono a problemi legati al travaglio ed al momento espulsivo. Questi ultimi codici, in caso di ricovero saranno sempre associati ad altre patologie.

- La 5^a cifra di nuova introduzione (ICD-9-CM 2002) consente di specificare il "grado" dell'emorragia nella sottocategoria 772.1_ **emorragia intraventricolare (feto, neonato)**.
- **Il ricovero del neonato, nato da madre affetta da malattie infettive**, come ad esempio HIV, epatite, toxoplasmosi, che avvenga entro il primo anno di vita, va descritto utilizzando in diagnosi principale il codice 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato* ed in diagnosi secondaria il codice che descrive lo specifico stato infettivo (per HIV V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana*, per epatite V02.6_ *Portatore o portatore sospetto di epatite virale*, per la toxoplasmosi V02.9 *Portatore o portatore sospetto di altro microrganismo specificato*).
Se invece il neonato è affetto da infezioni congenite, vanno utilizzati in diagnosi principale i codici della categoria 771._ *Infezioni specifiche del periodo perinatale*, ed in diagnosi secondaria il codice della malattia (esempio per epatite 070.__, per HIV 042, per toxoplasmosi 130._).
- All'interno della categoria 764._ _ *Crescita fetale lenta e malnutrizione fetale*, il codice che meglio definisce il **difetto di crescita fetale è il 764.1_** *Peso basso per l'età gestazionale con segni di malnutrizione fetale*.

- In caso di **prematùrità**, il codice 764.1_ *Neonato di basso peso per l'età gestazionale, con segni di malnutrizione fetale* potrà essere associato al 765._ _ *Disturbi relativi a gestazione breve e a basso peso alla nascita non specificato*, a cui si darà la priorità nella selezione della diagnosi principale (in entrambi i codici la 5° cifra, espressione del peso, sarà uguale).
- **Il codice 774.39** *Ittero neonatale da ritardo della coniugazione, causa non specificata* è il codice da preferirsi in tutti gli itteri che hanno richiesto ricovero nei neonati a termine (valori di BT > 17 mg % dopo le prime 48 ore di vita), ma che non sono stati provocati da causa specifica codificabile con altri codici (es. itteri emolitici, itteri da danno epatocellulare, da sepsi, da patologia metabolica e malformativa). Il corrispettivo di questo codice nel neonato pretermine è il 774.2 *Ittero neonatale associato a parto prematuro*.
- **Il codice 769** *Sindrome da distress respiratorio neonatale* descrive una grave patologia respiratoria neonatale che necessita di elevato livello assistenziale (ventilazione assistita) e pertanto deve essere riservato alle seguenti condizioni:
 - Malattia delle Membrane Ialine di terzo e quarto stadio;
 - Ipertensione Polmonare Primitiva;
 - Severa Sindrome da Distress Respiratorio (RDS).

Per i distress respiratori lievi o moderati (ad esclusione della Tachipnea transitoria o Sindrome del Polmone Bagnato codificabile con il 770.6 *Tachipnea transitoria del neonato*), si consiglia di utilizzare il codice 770.8 *Altre condizioni morbose respiratorie dopo la nascita*.

Per motivi statistici ed epidemiologici si propone di usare il codice 769 come diagnosi principale nella Malattia delle Membrane Ialine di terzo e quarto stadio e come diagnosi secondaria in tutti gli altri casi.
- La versione 2002 della Classificazione ICD-9-CM prevede la possibilità di descrivere la **leucomalacia periventricolare con il codice 779.7**.
- **Codifica del neonato sano**
 I codici da V30 a V39 in diagnosi principale, identificano tutte le nascite avvenute in ospedale o immediatamente prima del ricovero. Non si utilizzino nei successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre.
Si sconsiglia l'utilizzo delle categorie V33, V37 e V39 in quanto non specifiche.
Il codice V35 Altro parto multiplo (tre o più) tutti nati morti non deve essere utilizzato.
NB: Si ricorda che se il neonato nasce morto la SDO non deve essere compilata.
 Coerentemente con le regole generali di codifica, l'individuazione di condizioni cliniche sulla SDO del neonato deve avvenire solo quando queste siano significative; non devono essere codificate le condizioni non rilevanti, o segni o sintomi che si risolvono senza specifico trattamento diagnostico-terapeutico.
- **L'esecuzione di vaccinazioni o di screening sui neonati sani** (ad esempio screening tiroideo o per la fenilchetonuria) non comporta l'assegnazione di ulteriori codici oltre a quelli delle categorie V30-V39, né come diagnosi principale né tra le diagnosi secondarie; si tratta, infatti, di prestazioni facenti parte costitutiva dell'assistenza al neonato.
- **Il neonato sano non ospitato per l'episodio della nascita**, ma presente in ospedale a causa di un ricovero della mamma non richiede la compilazione della SDO; le eventuali annotazioni che lo riguardano possono essere documentate nella cartella clinica della mamma.

SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI

I codici compresi in questo capitolo del manuale di classificazione ICD-9-CM 2002 possono essere utilizzati in diagnosi principale quando **non c'è un'indicazione diagnostica più precisa** o quando **la manifestazione clinica si identifica con il sintomo stesso**, es. 780.31 *Convulsione febbrile*.

TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI

Particolare attenzione va posta al corretto utilizzo dei codici che identificano i traumatismi cranici evitandone l'uso per i casi clinici in cui i traumatismi esterni non si accompagnano a sintomi o segni di interessamento cerebrale.

TRAUMATISMI CRANICI

I traumi cranici associati a frattura sono classificati secondo la sede nelle categorie 800-804. Il quarto carattere del codice indica se la frattura è aperta o chiusa, se è associata a trauma intracranico ed il tipo del trauma intracranico. Fa eccezione la categoria 802 per la quale il quarto ed il quinto carattere identificano la sede della frattura.

I traumi intracranici non associati a frattura sono classificati con le categorie 850-854; il quarto carattere del codice indica il tipo di trauma e l'eventuale associazione con una ferita aperta.

Per le categorie 800-804 e 851-854 il quinto carattere del codice indica l'eventuale perdita di coscienza, la durata di tale perdita e se vi è il ritorno al preesistente stato di coscienza:

0 - stato di coscienza non specificato

1 - senza perdita di coscienza

2 - con perdita di coscienza di durata <1h

3 - con perdita di coscienza di durata compresa tra 1 e 24h

4 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24h e recupero dello stato di coscienza preesistente

5 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24h senza recupero dello stato di coscienza preesistente (paziente incosciente che muore prima di riacquistare la coscienza)

6 - con perdita di coscienza di durata non specificata

9 - con stato commotivo non specificato.

Per la categoria 850, che non prevede la quinta cifra, l'informazione relativa allo stato di coscienza è riportata con diverse modalità nella quarta cifra.

Nei casi in cui il paziente viene trattato per sindrome post-commotiva entro 24-48 ore dall'evento traumatico, ove la concussione sia ancora presente si dovrà codificare la concussione stessa (850._ _) e non la sindrome post-commotiva. Normalmente il codice 310.2 non viene assegnato in relazione al ricovero iniziale per il trattamento della concussione.

La sindrome post-commotiva (310.2) include una grande varietà di sintomi (mal di testa, vertigini, fatica, difficoltà di concentrazione, depressione, ansietà, apatia, palpitazioni cardiache), che talora durano poche settimane.

Nei casi in cui il trauma cranico sia ulteriormente descritto come lacerazione cerebrale o contusione cerebrale (851.8_) o quando sia associato ad emorragia subdurale, subaracnoidea, ad altra emorragia intracranica o ad altra specifica condizione classificabile nelle categorie 851-854, non deve essere assegnato il codice della concussione.

TRAUMATISMI SUPERFICIALI

I traumatismi esterni o superficiali della faccia e del cuoio capelluto devono essere codificati secondo specifici codici, ad esempio quelli appartenenti alle categorie 910, 920, ecc..

Codifica della causa esterna dei traumatismi

Ove il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione, è necessario compilare, oltre alle informazioni relative alle diagnosi, come previsto dal D.M. 380/2000, anche l'informazione *Traumatismi o intossicazioni* che specifica la causa del trauma.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. infortunio sul lavoro;
2. infortunio in ambiente domestico;
3. incidente stradale;
4. violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);
5. autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);
6. altro tipo di incidente o di intossicazione.

Le categorie di codici di traumatismo/intossicazione da incrociare con il campo SDO "trauma o intossicazione" sono:

- categorie codici 800-904 *Traumatismi*
- categorie codici 910-957 *Traumatismi superficiali*
- categorie codici 959-995 *Altri traumatismi*.

NB: compilare il campo "trauma" solamente per il primo ricovero in regime ordinario.

- **Le punture di origine animale che provocano reazione tossica** si rappresentano utilizzando il codice 989.5 *Effetti tossici di veleno di origine animale*.
- La **desensibilizzazione di un soggetto allergico al veleno animale** viene descritta utilizzando in diagnosi principale il codice V71.4 *Osservazione successiva ad altri incidenti*, e in diagnosi secondaria il codice V07.1 *Desensibilizzazione ad allergeni*; nel caso in cui si manifesti, nel corso dello stesso ricovero, una reazione al desensibilizzante, in diagnosi principale va segnalata la reazione con il codice 989.5 *Effetti tossici da veleni di origine animale*.
- Per la **desensibilizzazione di un soggetto allergico a farmaci o altre sostanze** si utilizzi in diagnosi principale il codice V71.4 *Osservazione successiva ad altri incidenti*, e in diagnosi secondaria il codice V07.1 *Desensibilizzazione ad allergeni* in aggiunta al codice V14._ *Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali*; se si manifesta, nel corso dello stesso ricovero, una reazione al desensibilizzante, in diagnosi principale si troverà il codice 995.2 *Effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici non classificati altrove*.
- Per le **punture di animale senza reazione tossica generalizzata** vanno utilizzati le sottocategorie da 910._ a 917._, specificando con la quarta cifra il punto 4 o 5 che indica la presenza o meno dell'infezione.
- **Alcuni esempi di codifica per i casi di avvelenamento e intossicazione da farmaco:**
 - Uso improprio di farmaci
 - Diagnosi principale codice 964.2 *Avvelenamento da anticoagulanti*
 - Altre Diagnosi codice 599.7 *Ematuria*.
 - Manifestazioni avverse da farmaco assunto correttamente (GASTRITE DA FANS)
 - Diagnosi principale codice 535.4_ *Altra gastrite specificata*.

- Per le **Condizioni di infezione post-operatoria** vedi Linee guida per la cardiocirurgia.
- La categoria **948** *Ustioni classificate secondo l'estensione della superficie corporea interessata* va utilizzata come codice aggiuntivo nelle ustioni di terzo grado per specificare la percentuale di superficie corporea coinvolta.

CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI - CODICI V

- **Ricerca dei codici V**

I codici V devono essere ricercati nell'indice alfabetico delle diagnosi utilizzando i seguenti termini principali: ammissione, esame, storia, osservazione, problema, screening, anamnesi, assistenza, controllo, sorveglianza, verifica, chemioterapia, ed altri.

- **Utilizzo dei codici V**

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

Possono essere utilizzati come **diagnosi principale** nei seguenti casi:

- paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura pregressi come, ad esempio, chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico; in questi casi, deve essere indicata come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse;
- pazienti ricoverati come donatori (V59._ *Donatori*);
- persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche, o consulenza;
- per indicare lo stato o l'osservazione di neonato (V29._) in assenza di segni o sintomi.

Possono essere utilizzati come **diagnosi secondaria** nei seguenti casi:

- per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del paziente ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma.

Elenco dei codici V utilizzabili in diagnosi principale

| Codice | Descrizione |
|-----------------|---|
| V08 | Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV). |
| V10.__ | Codici di categoria di Anamnesi personale di tumore maligno. |
| V20. 0 | Risulta necessario abilitarlo per giustificare la degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione. |
| V20. 1 | Cure ad altro neonato o bambino sano. |
| V24. 0 | Utilizzare per cure immediatamente dopo il parto se questo non avviene in una struttura ospedaliera. |
| V29.__ | Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate. |
| V30-V39 | Nati vivi sani secondo il tipo di nascita. Escluso il codice V35 in quanto non pertinente Tali codici vanno utilizzati per descrivere i neonati sani ospitati al nido (utilizzare la quinta cifra quando prevista). |
| V42. 0 - V42. 8 | Organo o tessuto sostituito da trapianto. |
| V43. 3 | Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi. |
| V43. 4 | Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi. |

- V43. 6_** Organo o tessuto sostituito con altri mezzi – Articolazione. Tali codici vanno utilizzato per descrivere i pazienti portatori di protesi (anca, spalla, ecc.); ad eccezione del codice V43.60 da non utilizzare in diagnosi principale perché aspecifico.
- V46. 1** Dipendenza da respiratore.
- V50.41/42** Rimozione profilattica della mammella/ovaio.
- V52.0 /1 /4/ . 8 / . 9** Collocazione di protesi artificiale.
- V53. 01/ . 02/ . 09** Dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi dei sensi. I codici devono essere utilizzati anche nei casi di sostituzione o rimozione del generatore del neurostimolatore.
- V53. 31** Collocazione e sistemazione di dispositivo cardiaco. Il codice deve essere utilizzato nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione di batteria di pace-maker in assenza di una patologia specificata.
- V53. 32** Collocazione e sistemazione di defibrillatore cardiaco automatico impiantabile. Il codice deve essere utilizzato nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione e sistemazione di defibrillatore in assenza di una patologia specificata.
- V53. 39** Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco. Il codice deve essere utilizzato per descrivere l'espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo.
- V53. 7** Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici. Da utilizzarsi unicamente nei casi di adattamento di protesi esterna per gli arti e per il tronco.
- V54. 0** Trattamento ulteriore per l'estrazione di una placca o di altro dispositivo di fissazione interna.
- V54. 8** Altri trattamenti ortopedici ulteriori. Rimozione di dispositivo immobilizzante esterno, compreso il fissatore esterno invasivo. Ed ulteriori trattamenti post-frattura.
- V55. 0/ . 1 / .2 / .3 / .4 / .5 / .6 / .7 / .8** Controllo di aperture artificiali. Da utilizzare unicamente nei casi in cui il paziente necessita di trattamenti specifici per la stomia, in assenza di patologia.
- V56. 0 , V56. 8** Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente.
- V57. 1 / .21/ .22/ .3 / .81/ .89/ .9** Cure che richiedono l'impiego di procedimenti di riabilitazione.
- V58. 0** Sessione di radioterapia.
- V58. 1** Chemioterapia di mantenimento.
- V58. 49** Altro trattamento ulteriore postoperatorio.
- V58.81** Collocazione e sistemazione di catetere vascolare.
- V59. 1 / .2/ .3 / .4 / .5 / .6 / .8** Donatori. Da utilizzare solo nei casi di ricoveri di donatori sani.
- V64. 1 / .2 / .3** Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi chirurgici non eseguiti.
- V67. 09** Osservazione post chirurgica (visita di controllo successiva ad altra chirurgia.)
- V71. _** Codici di categoria di Osservazione e valutazione per sospetto di condizioni morbose. Si ricorda che, l'uso di tale categoria di codici é da preferire per i soli casi in cui non venga rilevata la presenza di una patologia o di un sintomo.

- **Codici che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente**

Le categorie V10 - V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti; i codici di tali categorie devono essere riportati, tra le diagnosi secondarie, solo quando tale condizione ha rivestito qualche significato nel corso dell'episodio di cura attuale. A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno. Ad esempio, il codice V10._ _ (anamnesi personale di tumore maligno) può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero non vengano effettuati trattamenti antineoplastici ma solo procedure diagnostiche e chirurgiche di controllo. Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, mettere in prima diagnosi il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.

I codici V di queste categorie non devono essere utilizzati nel caso in cui il codice della diagnosi già indichi la presenza dello stato del paziente (es. nel caso di *complicazioni di trapianto di rene* (996.81), il codice V42.0 *rene sostituito da trapianto* non deve essere indicato).

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

Questi codici possono essere utilizzati, in diagnosi principale, solo quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi o tessuti. Gli interventi eseguiti dovranno essere segnalati mediante i codici ICD-9-CM 2002 negli spazi della SDO riservati agli interventi chirurgici.

- **Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti**

I codici **V64.1**, **V64.2** e **V64.3** si impiegano in diagnosi principale per i ricoveri relativi a interventi chirurgici programmati che però non vengono eseguiti per sopraggiunte controindicazioni V64.1 o per decisione del paziente V64.2 o per altre ragioni V64.3. Nel caso in cui il trattamento non è eseguito per l'insorgenza di altra patologia, quest'ultima va riportata come diagnosi principale se trattata nel ricovero.

RIABILITAZIONE

In considerazione del diverso assorbimento di risorse, è necessario distinguere l'attività riabilitativa post-acuzie, in diretta connessione con l'evento acuto, dai ricoveri elettivi di mantenimento effettuati in una fase successiva all'evento che ha scatenato il bisogno assistenziale riabilitativo.

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

1. RICOVERI DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE

Per i casi in cui la riabilitazione post-acuzie avvenga in un ricovero successivo a quello relativo all'evento acuto, si è definita una finestra temporale massima di 0-30 giorni tra i due ricoveri. La descrizione di tali casi prevede l'utilizzo, di norma, del codice di postumo in diagnosi principale; quando non sia possibile disporre di un codice di postumo si utilizza un codice di patologia. Tra le diagnosi secondarie va segnalato il codice di riabilitazione V57.__ (dove previsto utilizzare la quinta cifra). Nel caso in cui la fase acuta e quella riabilitativa rientrano in un unico ricovero, la descrizione di tali casi prevede l'utilizzo del codice di patologia acuta in diagnosi principale e tra le secondarie il codice V57.__ di riabilitazione.

2. RICOVERI ELETTIVI DI MANTENIMENTO PER L'ATTIVITÀ RIABILITATIVA

Per questi casi che non sono in diretta connessione con l'evento acuto e l'intervallo temporale tra i due ricoveri (ricovero acuto - ricovero riabilitativo) è superiore a 30 giorni, la codifica è la seguente: codice V57.__ in diagnosi principale e in diagnosi secondaria il codice di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

- Si precisa che per una più completa descrizione dell'attività riabilitativa svolta devono essere utilizzati, negli spazi relativi alle procedure, anche i codici ICD-9-CM 2002 di procedura.

Di seguito si riportano i codici di postumo ed altri codici che assumono la stessa valenza da utilizzare in diagnosi principale per la descrizione dei casi trattati durante il ricovero di riabilitazione post-acuzie di cui al punto 1:

- **Malattie Infettive e Parassitarie**
 - 137.__ *Postumi della tubercolosi*
 - 138 *Postumi della poliomielite acuta*
 - 139.__ *Postumi di altre malattie infettive e parassitarie.*
- **Malattie del Sistema Nervoso e degli organi dei Sensi**
 - 326 *Postumi di ascesso o di infezione da piogeni intracranici.*
- **Riabilitazione Post-Chirurgica per Asportazione di Lesione a carico del SNC**
 - 349.89 *Altri specificati disturbi del Sistema Nervoso.*
- **Malattie del Sistema Circolatorio**
 - 438.__ *Postumi di malattie cerebrovascolari*
 - 410.2 *Infarto miocardico acuto.*

Tale codice va utilizzato per descrivere i casi di riabilitazione cardiologica post-IMA, entro le otto settimane.

- 412 *Infarto miocardico progressivo.* Tale codice va utilizzato per descrivere i casi di riabilitazione cardiologica post-IMA, dopo le otto settimane.

- **Riabilitazione Cardiologica Post-Chirurgica:**
 - **V42.2** *Valvola cardiaca sostituita da trapianto*
 - **V43.3** *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi*
 - **V43.4** *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi. Tale codice va utilizzato per i casi di bypass per rivascolarizzazione cardiaca.*
- **Malattie dell'Apparato Respiratorio**
 - **518.5** *Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico*
Questo codice va utilizzato per la riabilitazione respiratoria post-intervento chirurgico. La riabilitazione effettuata per le patologie polmonari croniche prevede l'utilizzo dei rispettivi codici di patologia.
 - **V55.0** *Controllo di tracheostomia*
Questo codice va utilizzato per descrivere la riabilitazione in pazienti che hanno subito un intervento di tracheostomia.
- **Terapia Fisica riabilitativa**
 - **905._** *Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo*
 - **907._** *Postumi di traumatismi del sistema nervoso.*
- **Riabilitazione Post-Chirurgica per Sostituzione di Protesi Articolare:**
 - **V43.6** *Organo o tessuto sostituito con altri mezzi – Articolazione.*

Si riportano di seguito alcuni esempi di codifica esplicativi per i Ricoveri di Riabilitazione Post-Acuzie, di cui al punto 1:

A) Ricovero per trattamento riabilitativo post-acute, finestra temporale 0-30 giorni, per un paziente con *pregresso ictus o emorragia cerebrale.*

- Diagnosi principale **438._ _** *Postumi di malattia cerebrovascolare (completare il codice con la 4° o 5° cifra)*
- altra diagnosi **V57._ _** *Cure riabilitative (completare il codice con 4ª o 5ª cifra)*
- altra diagnosi *codice di eventuale danno residuale o sequela (afasia, emiplegia ecc.)*
- altra diagnosi *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
- intervento/procedura **93._ _** *Trattamento Riabilitativo (completare con 4ª e 5ª cifra).*

Si ricorda che il **tipo di trattamento riabilitativo** deve essere indicato negli appositi campi interventi/procedure della SDO; utilizzando i codici della rubrica 93 che indicano i trattamenti riabilitativi e procedure correlate (completare i codici con la quarta cifra).

B) Ricovero per trattamento riabilitativo post-intervento chirurgico di *sostituzione di valvola cardiaca*, finestra temporale 0-30 giorni.

- Diagnosi principale **V42.2** *Valvola cardiaca sostituita da trapianto (biologica)*
- oppure **V43.3** *Valvola cardiaca sostituita da altri mezzi (sintetica)*
- altra diagnosi **V57._ _** *Cure riabilitative (completare il codice con 4ª o 5ª cifra)*
- altra diagnosi *codice di eventuale danno residuale o sequela*
- altra diagnosi *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
- intervento/procedura **93._ _** *Trattamento Riabilitativo (completare con 4ª e 5ª cifra).*

C) Ricovero per trattamento riabilitativo post intervento chirurgico di *by-pass aortocoronarico o di sostituzione di altro vaso arterioso* (aorta), finestra temporale 0-30 giorni.

- Diagnosi principale **V43.4** *Vaso sostituito con altri mezzi*
- altra diagnosi **V57._ _** *Cure riabilitative (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)*
- altra diagnosi *codice di eventuale danno residuale o sequela*
- altra diagnosi *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
- intervento/procedura **93._ _** *Trattamento Riabilitativo (completare con 4^a e 5^a cifra).*

D) Ricovero per trattamento riabilitativo *post trauma del sistema osteomuscolare o del sistema nervoso*, finestra temporale 0-30 giorni.

- Diagnosi principale **905._** *Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (completare il codice con la 4^a cifra)*
- oppure **907._** *Postumi di traumatismi del sistema nervoso (completare il codice con la 4^a cifra)*
- altra diagnosi **V57._ _** *Cure riabilitative (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)*
- altra diagnosi *codice di eventuale danno residuale o sequela*
- altra diagnosi *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
- intervento/procedura **93._ _** *Trattamento Riabilitativo (completare con 4^a e 5^a cifra).*

E) Ricovero per trattamento riabilitativo post intervento chirurgico di *sostituzione di protesi articolare*, finestra temporale 0-30 giorni.

- Diagnosi principale **V43.6_** *Organo o tessuto sostituito con altro mezzi (protesi articolare:completare il codice con la quinta cifra)*
- altra diagnosi **V57._ _** *Cure riabilitative (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)*
- altra diagnosi *codice di eventuale danno residuale o sequela*
- altra diagnosi *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
- intervento/procedura **93._ _** *Trattamento Riabilitativo (completare con 4^a e 5^a cifra).*

F) Ricovero per trattamento riabilitativo di tipo respiratorio *post intervento chirurgico o post trauma degli organi dell'apparato respiratorio*, finestra temporale 0-30 giorni.

- Diagnosi principale **518.5** *Insufficienza polmonare post-trauma o post- intervento chirurgico*
- altra diagnosi **V57._ _** *Cure riabilitative (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)*
- altra diagnosi *codice di eventuale danno residuale o sequela*
- altra diagnosi *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
- intervento/procedura **93._ _** *Trattamento Riabilitativo (completare con 4^a e 5^a cifra).*

G) Ricovero per trattamento riabilitativo in paziente *tracheostomizzato*, finestra temporale 0 - 30 giorni.

- Diagnosi principale **V55.0** *Controllo di tracheostomia*
- Altra diagnosi **V57._ _** *Cure riabilitative (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)*
- Altra diagnosi *codice di altra eventuale condizione morbosa*
- intervento/procedura **93._ _** *Trattamento Riabilitativo (completare con 4^a e 5^a cifra).*

H) Ricovero per trattamento riabilitativo *post-asportazione di meningioma cerebrale (o altre lesioni a carico del SNC)*, finestra temporale 0-30 giorni.

- Diagnosi principale **349.89** *Altri specificati disturbi del Sistema Nervoso*
- altra diagnosi **V57._ _** *Cure riabilitative (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)*
- altra diagnosi *codice di eventuale danno residuale o sequela*
- altra diagnosi *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
- intervento/procedura **93._ _** *Trattamento Riabilitativo (completare con 4^a e 5^a cifra).*

NB: nei rari casi in cui l'aspetto patologico da codificare non rientri negli esempi sopra riportati, il codice da utilizzare in diagnosi principale sarà quello della patologia acuta.

- Per quanto riguarda **LA RIABILITAZIONE PER MALATTIE POLMONARI CRONICHE (Es. BPCO)** la finestra temporale 0-30 si applica tra l'evento acuto (riacutizzazione), ed il ricovero riabilitativo; la riacutizzazione non sempre dà luogo a ricovero, ma deve essere in ogni caso *dettagliatamente documentata in cartella clinica*: in questo caso sarà utilizzato il codice di patologia in diagnosi principale ed il codice V57._ _ (da completare con 4^a o 5^a cifra) in diagnosi secondaria. In assenza di detta documentazione, la codifica è la seguente: codice V57._ _ (da completare con 4^a o 5^a cifra) in diagnosi principale, e in diagnosi secondaria il codice di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

La codifica della diagnosi principale, per i ricoveri di riabilitazione in fase di mantenimento, quando cioè l'intervallo temporale tra i due ricoveri ha superato i 30 giorni, deve essere: **codice V57._ _ Cure riabilitative**, come da punto 2.

Esempio:

Ricovero per trattamento riabilitativo di mantenimento, finestra temporale > 30 giorni, per un paziente con *pregresso ictus o emorragia cerebrale*.

- Diagnosi principale **V57._ _** *Cure riabilitative (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)*
- altra diagnosi **438._ _** *Postumi di malattia cerebrovascolare (completare il codice con 4^a o 5^a cifra)*
- altra diagnosi *codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero*
- intervento/procedura **93._ _** *Trattamento Riabilitativo (completare con 4^a e 5^a cifra).*

Si ricorda che il **tipo di trattamento riabilitativo** deve essere indicato negli appositi campi interventi/procedure della SDO, utilizzando i codici della rubrica 93 che indicano i trattamenti riabilitativi e procedure correlate (completare i codici con la quarta cifra).

ALLEGATO 1

PROTOCOLLO DI ACCESSO AL DAY HOSPITAL ONCOLOGICO

Il Day Hospital oncologico è a prevalente indirizzo diagnostico-terapeutico rivolto alle seguenti tipologie di pazienti:

1. Pazienti che necessitano di accertamenti diagnostici invasivi non eseguibili ambulatorialmente o in assoluto (osservazione protratta, rischi, ecc...), o in relazione alle loro condizioni cliniche.
2. a) Pazienti che eseguono chemioterapia o immunoterapia per via sistemica.
b) Pazienti che eseguono radioterapia associata a chemioterapia.
3. Pazienti sottoposti a terapia di supporto o palliativa che richiedono un prolungato monitoraggio e controllo da parte di personale medico specialistico in rapporto alla loro natura e alle condizioni cliniche del paziente.

Sono esclusi dal ricovero in DH i pazienti che eseguono endocrinoterapia adiuvante e coloro che sono sottoposti a visite di Follow-up e non rientrano nei punti 1.

DEFINIZIONE DI CICLO DI TRATTAMENTO

Il ciclo di trattamento chemioterapico associato o meno a radioterapia effettuato in ricovero di DH è costituito dall'insieme di accessi programmati dal medico specialista per l'esecuzione di una terapia antitumorale.

Il ricovero deve essere chiuso, oltre che nei casi previsti dalle norme generali (cambio di regime di ricovero e chiusura della scheda nosologica a fine anno per i ricoveri a cavaliere), quando alla fine del ciclo viene eseguita una rivalutazione del paziente che comporta una modifica del protocollo terapeutico.

ALLEGATO 2

IDENTIFICAZIONE E RILEVAZIONE DELLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE (SCA) NELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA.

(a cura della Commissione Cardiologia e Cardiochirurgia Regionale)

PREMESSA

Diverse ragioni ci hanno spinto a rivedere le indicazioni di codifica per le **sindromi coronariche acute** cercando di definire la diagnosi sulla base di criteri oggettivi e condivisi.

In primo luogo questa patologia, pur essendo prevalentemente trattata in reparti specialistici, ha una quota rilevante del proprio iter diagnostico-terapeutico intraospedaliero in altre unità operative; questo rende cruciale la condivisione della definizione di evento e, conseguentemente, della corretta attribuzione del codice diagnostico.

Inoltre verifiche effettuate sulla documentazione clinica relativa a ricoveri ospedalieri di questa specifica area, in diverse realtà, hanno evidenziato discrepanze significative: una tendenza alla sottostima della diagnosi di IMA nei dimessi vivi ed, al contrario, una sovrastima nei pazienti deceduti. In questi ultimi casi la diagnosi di IMA viene erroneamente posta in assenza di un quadro clinico specifico: dolore anginoso prolungato con segni elettrocardiografici di ischemia miocardica acuta.

Un altro elemento critico deriva dai notevoli progressi scientifici in questo ambito specialistico, che hanno portato, negli ultimi anni, ad una notevole differenziazione dei quadri clinici da cui discendono approcci terapeutici molto diversificati.

Riuscire quindi, attraverso l'analisi della banca dati SDO, a stratificare la casistica in base ad elementi diagnostici dai confini definiti, diventa particolarmente importante per una corretta valutazione della qualità dell'assistenza (ad esempio il monitoraggio di specifici trattamenti come la fibrinolisi), nonché per valutare eventuali aree da oggetto di interventi di miglioramento e programmazione.

L'applicazione corretta e a tutto campo delle indicazioni sotto riportate presuppone un processo di diffusione capillare e formazione che può nascere solo da un impegno congiunto dei cardiologi che hanno attivamente partecipato alla loro stesura e degli operatori che, all'interno delle aziende, sono responsabili della codifica e della qualità dell'archivio SDO.

La descrizione accurata dei ricoveri che avvengono oltre le 8 settimane dall'episodio iniziale non è meno importante: a questo proposito si sottolinea l'opportunità di non utilizzare il codice diagnostico 412 *Infarto miocardio pregresso* che descrive esclusivamente il pregresso infarto asintomatico, ma di selezionare codici più specifici che descrivano il quadro clinico che si è venuto a creare e che ha determinato la richiesta di assistenza ospedaliera.

L'**Infarto Miocardico Acuto** è descritto nella ICD-9-CM 2002, dalla categoria **410**.

La nota riportata nell'elenco sistematico precisa il carattere numerico che deve essere utilizzato come quinta cifra per identificare se si tratta di episodio iniziale di assistenza (1) o successivo per lo stesso infarto ma entro le 8 settimane (2), ovvero di episodio di assistenza non specificato(0).

Nella definizione di episodio iniziale di assistenza (quinto carattere 1) sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti ad altro istituto per acuti come pure i ricoveri di pazienti provenienti da altro istituto per acuti; sono invece esclusi i casi in cui vi sia stata interruzione dell'assistenza per acuti (ad es.: per dimissione ordinaria al domicilio o per trasferimento in istituti non per acuti); in tali casi si utilizza il quinto carattere 2 entro le otto settimane dall'evento iniziale di IMA.

Per Infarto Miocardico Acuto (IMA) si intende una patologia caratterizzata dalla perdita (necrosi) di miociti cardiaci provocata da un'ischemia prolungata.

L'infarto miocardico può essere definito da una serie di caratteristiche cliniche, elettrocardiografiche, biochimiche ed anatomo-patologiche.

L'ECG può documentare la presenza di ischemia miocardica, mediante modificazioni del tratto ST e/o dell'onda T, così come rilevare segni di necrosi miocardica mediante alterazioni del QRS. Di recente, si è affermata una definizione operativa di infarto miocardico acuto basata principalmente sulle alterazioni elettrocardiografiche:

1. STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction = infarto miocardico acuto con ST sopralivellato);
2. NSTEMI (Non ST-Elevation Myocardial Infarction = infarto miocardico acuto senza sopralivellamento del tratto ST).

1. STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction=infarto miocardico acuto con ST sopralivellato)

Condizione clinica caratterizzata dalla presenza di dolore toracico suggestivo di ischemia miocardica da almeno 20 minuti in associazione a documentazione ECG di sopralivellamento del tratto ST ≥ 0.1 mV in almeno 2 derivazioni contigue (≥ 0.2 mV in V1-V3) o blocco di branca sinistra non preesistente;

2. NSTEMI (Non ST-Elevation Myocardial Infarction = infarto miocardico acuto senza sopralivellamento del tratto ST)

Condizione clinica caratterizzata da elevazione dei markers biochimici di danno miocardico (troponina, CK-MB o mioglobina) in associazione ad uno dei seguenti:

- a) dolore toracico suggestivo di ischemia miocardica;
- b) modificazioni ECG di tipo ischemico (sottoslivellamento di ST, inversione onda T), senza sopralivellamento di ST (eccetto in aVR).

NB: Non è da considerare come infarto miocardico l'elevazione dei markers biochimici di danno miocardico successive a procedure di rivascolarizzazione coronaria in assenza di sintomatologia e di alterazioni elettrocardiografiche appropriate.

L'angina instabile si codifica con il codice 411.1 ed identifica le sindromi coronariche acute senza sopralivellamento di ST (SCA NSTEMI) senza liberazione di troponina o di enzimi da citonecrosi miocardica.

SOTTOCATEGORIA (QUARTA CIFRA)

La **quarta cifra** del codice indica la sede dell'IMA ma **deve essere utilizzata per distinguere** gli infarti con sopralivellamento di ST (STEMI) dagli infarti senza sopralivellamento di ST (NSTEMI).

Tutte le quarte cifre, ad eccezione della .7_ , identificano l'infarto con ST sopralivellato e contemporaneamente ne indicano la sede.

Non devono essere codificati come 410.71 gli IMA a presentazione STEMI e ad evoluzione favorevole, ad esempio per efficace rivascolarizzazione con trombolisi o angioplastica, e nei quali **non si sviluppa un'onda Q (onda di necrosi)**. Per questi infarti va mantenuta la quarta cifra che identifica la sede dell'infarto in base alle derivazioni con ST sopralivellato all'esordio e li classifica come STEMI.

Per gli **infarti senza sopralivellamento di ST** per i quali l'evoluzione ECG indica la sede dell'ischemia (ad esempi sede anteriore in caso di inversione dell'onda T nelle derivazioni precordiali) va mantenuta la classificazione con quarta cifra .7_ , privilegiando quindi il criterio che identifica l'infarto non trasmurale, senza ST sopralivellato, rispetto alla sede.

La quarta cifra .9_ (sede non specificata) codifica gli infarti equivalenti agli STEMI, in cui l'ECG non è valutabile per presenza di blocco di branca, pace maker o defibrillatore.

Al codice di IMA con quarta cifra .9_ deve essere associato nella SDO un altro codice che descriva le condizioni che rendono impossibile l'identificazione della sede; in particolare i codici da utilizzare sono:

426.3 *Altro blocco completo di branca sinistra* per il Blocco di branca sinistra

V45.01 *Stimolatore cardiaco in situ* per indicare la presenza di pace maker

V45.02 *Defibrillatore cardiaco automatico impiantabile in situ* per indicare la presenza di defibrillatore.

La **quarta cifra .7_ Infarto subendocardico o Infarto non trasmurale** deve essere utilizzata per identificare esclusivamente gli infarti con esordio senza sopralivellamento di ST (NSTEMI).

Le complicanze dell' IMA, come aritmie, fibrillazione, shock, devono essere codificate tra le diagnosi secondarie con codici aggiuntivi.

Qualora durante il ricovero per infarto si verifichi un secondo infarto, in sede differente, entrambe le diagnosi devono essere codificate, ciascuna secondo la propria sede, utilizzando come quinto carattere 1.

L'infarto miocardico perioperatorio, che non trova descrizione specifica nella classificazione internazionale delle malattie, deve essere descritto tra le diagnosi secondarie con il codice di IMA (410._ 1) in associazione al codice 997.1 *Complicazioni cardiache non classificate altrove*.

Arresto cardiaco: si sconsiglia l'uso del codice 427.5 *Arresto cardiaco* in diagnosi principale; si utilizzi in diagnosi secondaria solo a condizione che siano state utilizzate risorse per la rianimazione del paziente.

I casi di cuore polmonare cronico scompensato vanno descritti ponendo in diagnosi principale il codice 428.0 *Insufficienza cardiaca congestizia* che identifica lo scompenso congestizio, e in diagnosi secondaria il codice 416.8 *Altre forma di malattia cardiopolmonare* (cuore polmonare cronico secondario).

E' importante descrivere correttamente la **natura del dolore toracico:**

precordiale 786.51 *Dolore precordiale*

respiratorio 786.52 *Respirazione dolorosa*

da oppressione toracica 786.59 *Altro dolore toracico*

L'uso del codice 786.50 va limitato perché è aspecifico.

Nell'aggiornamento 2002 del sistema di classificazione ICD-9-CM, è che entrato in vigore, in Emilia-Romagna, a partire dai dimessi del 1 gennaio 2005, ci sono 2 codici procedura specifici per descrivere la **somministrazione per via sistemica di agenti trombolitici e di inibitori piastrinici**.

Tale trattamento riveste particolare importanza nelle patologie di natura ischemica.

I codici sono i seguenti:

99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico*

99.20 *Iniezione o infusione di inibitori piastrinici*

Questi codici dovranno essere riportati in caso di utilizzo di questi farmaci singolarmente o in associazione (terapia di combinazione).