



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 6 del 17.01.2011

Oggetto: adozione linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e linee guida per la corretta compilazione delle SDO

PREMESSO

- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto legge n° 159 del 1 ottobre 2007, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 222 del 29 novembre 2009;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009 è stato nominato il sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 aprile 2010 si è proceduto alla nomina del nuovo Presidente pro-tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale e che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del servizio sanitario regionale;
- che al punto I), tra gli interventi da attuare in via prioritaria, è prescritta l'implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie sia a livello aziendale che regionale;

CONSIDERATO

- che la completezza e l'accuratezza della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, in relazione alla documentazione clinica relativa ad ogni ricovero ospedaliero costituisce uno strumento essenziale affinché i dati in essa contenuti possano essere utilizzati per l'analisi di alcuni aspetti della qualità dell'assistenza sanitaria erogata;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- che il controllo delle prestazioni di assistenza ospedaliera è una componente essenziale per assicurare la distribuzione equa delle risorse tra soggetti erogatori nel contesto del sistema di finanziamento a prestazione;
- che il controllo dell'accuratezza della compilazione delle cartelle cliniche e il monitoraggio delle prestazioni di assistenza ospedaliera costituisce altresì un'attività necessaria per la garanzia effettiva dei livelli essenziali di assistenza, in quanto consente di valutare l'appropriatezza dei ricoveri e, quindi, di contrastare fenomeni opportunistici, cui si correla l'improprio impiego delle risorse economiche destinate all'erogazione dei predetti livelli essenziali;
- che l'attività di codifica delle schede di dimissione ospedaliera e la funzione di controllo della correttezza, completezza ed accuratezza della codifica devono osservare la normativa nazionale in materia;
- che le modifiche dei protocolli clinici e la varietà degli eventi assistenziali richiedono periodicamente l'aggiornamento e la ridefinizione della codifica delle SDO al fine di migliorare la rappresentazione della casistica;

RICHIAMATI

- le Linee guida n. 1/1995 emanate in applicazione del DM 14.12.1994 relative alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera e, in particolare, il paragrafo 6 relativo ai controlli;
- la Legge n. 449 del 27.12.1997 "Misure di stabilizzazione della finanza pubblica" che all'art. 32, comma 9 a), dispone che le Regioni raccolgano ed analizzino sistematicamente i dati concernenti le attività ospedaliere e le attività relative agli altri livelli di assistenza ed i relativi costi e adottino tempestivamente azioni correttive nei casi di ingiustificato scostamento dai valori standard nazionali o locali. Le attività ospedaliere sono oggetto di specifiche azioni di monitoraggio e valutazione sotto i profili della qualità, dell'appropriatezza, della accessibilità e del costo;
- il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, in merito alla definizione e attivazione di idonei e sistematici strumenti di controllo, da parte delle Regioni e delle Aziende Usi, del comportamento degli erogatori pubblici e privati, con particolare riguardo alla modificazione del mix di attività erogate, della selezione delle prestazioni, alla appropriatezza delle prestazioni rese e alla qualità dell'assistenza erogata;
- il D.Lgs. n. 229 del 19.06.1999, art. 8 octies, che stabilisce che "la regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese";



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- il DM n. 380 del 27.10.2000 e s.m.i. “Regolamento recante l’aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati” che disciplina il flusso informativo ministeriale delle dimissioni ospedaliere;
- il DM del 21.11.2005 che all’art. 3 prevede che “Il sistema di classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ed il sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere che vi fa riferimento sono aggiornati con periodicità biennale a decorrere dal 1 gennaio 2006”;
- il DM del 18.12.2008 che prevede, a decorrere dall’1 gennaio 2009, che la versione italiana 2007 della classificazione internazionale delle malattie e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ICD-9-CM, sia allineata alla versione 24 del sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere Diagnosis Related Groups (DRG);

VISTI

- il DL n. 112 del 25.06.2008, convertito con modificazioni dall’art. 1, comma 1, della Legge n. 133 del 06.08.2008 e l’art. 88 comma 2 della Legge n. 388 del 23.12.2000, così come sostituito dall’art. 79 del citato DL n. 112 del 2008 che dispone che “al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell’utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell’assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L’individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata dalle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, d’intesa con il Ministro dell’Economia e delle Finanze”;
- il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10.12.2009 “controlli sulle cartelle cliniche” che:
 - definisce i parametri mediante i quali le Regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriata per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliere e il volume dei controlli da effettuare pari al 2,5% sul totale dei ricoveri complessivi della regione;
 - stabilisce che all’interno dei controlli di qualità e appropriatezza siano inclusi i controlli di congruità tra le cartelle cliniche e le corrispondenti schede di dimissione ospedaliere, e che tutte le tipologie di controllo debbano essere effettuate secondo specifici protocolli di valutazione;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- le "Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO)" che sono state aggiornate con l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010;
- il DM n. 135 del 08.07.2010 "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380";
- il Decreto Commissariale n. 58 del 30/09/2010, relativamente alla remunerazione definita in base alle soglie previste per quei DRG contenuti nell'allegato n. 1 del medesimo Decreto Commissariale, nonché la Circolare del sub-Commissario ad acta per l'Attuazione del Piano di Rientro Sanitario prot. 3915/C del 16.11.2010;

RITENUTO

- di dover definire, alla luce degli indirizzi normativi citati, i principali contenuti e le modalità del sistema dei controlli dell'attività ospedaliera da attivare omogeneamente e sistematicamente all'interno del Servizio Sanitario Regionale della Campania;
- di dover aggiornare le Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera quali indicazioni vincolanti per i produttori ospedalieri pubblici e privati;

RITENUTO ALTRESÌ

- al fine di garantire la migliore e più fattiva collaborazione anche in fase di organizzazione delle attività e delle procedure di controllo, di stabilire che ogni ASL individui un Responsabile unico della unità operativa SDO/DRG;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

DECRETA

- di approvare i documenti allegati "Linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero" e "Linee guida per la corretta compilazione delle SDO" che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di stabilire che ciascuna ASL individui un responsabile unico della unità operativa SDO quale referente del flusso informativo SDO, nonché coordinatore delle attività di controllo sulle prestazioni di ricovero, da comunicare all'A.R.San. entro 10 giorni dalla notifica del presente atto;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- di stabilire che le suddette attività di controllo non siano più contemplate tra quelle svolte dagli organismi previsti dalla D.G.R.C. n. 1935 del 09/11/2007;
- di rettificare per i DRG 377 e 381 le soglie di ammissibilità al ricovero riportate con errori di trascrizione dei valori soglia nell'allegato 1 del Decreto 58/2010, come già indicato nella Circolare del sub-Commissario ad acta per l'Attuazione del Piano di Rientro Sanitario prot. 3915/C del 16.11.2010, e di seguito indicato:

Tipo DRG	DRG	Descrizione	Percentuale di ricoveri ammissibili in regime ordinario	Percentuale di ricoveri ammissibili in DH
C	377	Diagnosi relative al postparto ed al postaborto con intervento chirurgico	2	98
C	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	28	72

- di recepire e rendere operative le disposizioni contenute nel DM n. 135 del 08.07.2010, in cui è prevista l'integrazione dei contenuti della scheda di dimissione ospedaliera e la modifica della tempistica di trasmissione dalle Regioni al Ministero della Salute, ribadendo che nel tracciato record della scheda di dimissione ospedaliera dal 2011, come indicato nelle apposite riunioni tecniche tenute nella sede dell'A.R.San., è stata prevista l'introduzione dei campi per raccogliere le informazioni "Livello di Istruzione", "Classe di Priorità" e "Codice di Traumatismo E" codificati come indicato nel citato DM n. 135/2010, mentre già in precedenza era stato disposto lo spazio per registrare le informazioni sulla "Data di prenotazione al ricovero";
- di precisare che la tempistica di invio degli archivi delle schede di dimissione ospedaliera dal 2011 assume periodicità mensile, pertanto gli uffici di controllo SDO dovranno inviare le schede dei ricoveri entro il giorno 10 del mese successivo a quello di dimissione.
- Di inviare il presente provvedimento alle ACG 19 e 20 per gli adempimenti consequenziali ed al BURC per la pubblicazione.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Il Sub Commissario
Dott. Giuseppe Zuccatelli



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Il Coordinatore dell'A.G.C. 19
Dott. Albino D'Ascoli

Il Coordinatore dell'A.G.C. 20
Dott. Mario Vasco

Il Direttore Generale dell'ARSAN
Dott.ssa Lia Bertoli

LINEE GUIDA PER I CONTROLLI SULLE PRESTAZIONI DI RICOVERO

La funzione di controllo delle prestazioni di assistenza ospedaliera è una componente essenziale per assicurare la distribuzione equa delle risorse tra i soggetti erogatori nel contesto del sistema di finanziamento a prestazione; per garantire il rispetto delle regole fissate nell'ambito degli accordi contrattuali esistenti tra soggetti erogatori, ASL e Regione; per contrastare il ricorso improprio alle prestazioni di ricovero.

Nell'ottica della erogazione dei LEA, nell'ambito delle compatibilità economiche regionali, assume un rilievo importante l'azione di monitoraggio e controllo delle prestazioni di assistenza ospedaliera inteso sia come controllo sulla appropriatezza delle prestazioni di ricovero, sia come controllo di accuratezza della compilazione delle SDO al fine di contrastare fenomeni di compilazione e codifica opportunistici orientati ad incrementare il valore delle prestazioni

Le presenti linee guida definiscono i principali contenuti del sistema dei controlli dell'attività ospedaliera da attivare omogeneamente e sistematicamente all'interno del SSR della Campania.

FINALITÀ

Obiettivi principali del sistema dei controlli sulle prestazioni di ricovero:

- individuare i fenomeni opportunistici correlati alla manipolazione del sistema DRG attraverso la riduzione dei tempi di degenza per anticipazione delle dimissioni, la frammentazione delle cure tramite ricoveri ripetuti, la selezione della casistica e la scorretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera;
- ridurre le quote di inappropriata organizzativa migliorando il corretto utilizzo dell'ospedale, rilevando i ricoveri impropri rispetto all'alternativa di altri regimi assistenziali (day hospital medico e chirurgico, day service, ambulatorio);
- individuare sistematicamente le prestazioni che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, per le quali occorre individuare modalità più appropriate di erogazione;
- migliorare ed uniformare la codifica utilizzata nel rispetto delle norme, effettuando analisi comparative tra i diversi erogatori su specifiche prestazioni;
- promuovere la qualità della documentazione clinica;
- promuovere, progettare, organizzare, realizzare e valutare iniziative di formazione, aggiornamento e informazione in materia di vigilanza e controllo delle attività sanitarie;
- valutare gli effetti e l'efficacia delle azioni correttive intraprese.

Il sistema dei controlli è basato su criteri di assoluta trasparenza prevedendo la dichiarazione preventiva dei fenomeni oggetto di controllo, degli indicatori e dei valori di riferimento utilizzati, nonché la diffusione delle informazioni sui risultati dei controlli.

AMBITO E RESPONSABILITÀ

Ambito

Il sistema dei controlli sull'attività ospedaliera ha come oggetto il complesso dell'attività erogata a carico del SSR da tutte le strutture ospedaliere operanti in Campania, sia pubbliche che private. Il sistema dei controlli opera secondo criteri di imparzialità e di neutralità.

Il monitoraggio e i controlli analitici dell'attività ospedaliera riguardano le dimissioni avvenute nelle strutture di ricovero ospedaliero della regione, indipendentemente dalla tipologia assistenziale (acuti e riabilitazione), dal regime di ricovero (ordinario, day-hospital) e dal luogo di residenza delle persone ricoverate.

Responsabilità

La responsabilità e l'esecuzione operativa dei controlli sull'attività di ricovero erogata da case di cura accreditate, ospedali religiosi equiparati, IRCCS di diritto pubblico e privato e ospedali pubblici a gestione diretta è delle ASL nel cui territorio ricadono le strutture di ricovero.

Le attività di controllo per le Aziende Ospedaliere saranno svolte dalle Aziende Sanitarie Locali ubicate nello stesso ambito provinciale. L'Azienda Ospedaliera collaborerà allo svolgimento delle attività di controllo attraverso la predisposizione della reportistica di monitoraggio degli archivi informatici delle SDO e l'estrazione dei dati necessari alla individuazione delle cartelle cliniche da sottoporre a controllo analitico.

	ASL RESPONSABILE
AORN Cardarelli Napoli	ASL Napoli 1 centro
AORN Santobono Pausilipon	ASL Napoli 1 centro
IRCCS Istituto Pascale Napoli	ASL Napoli 2 nord
AOP Federico II Napoli	ASL Napoli 2 nord
AORN Monaldi - Cotugno – CTO Napoli	ASL Napoli 3 sud
AOP Seconda Università Napoli	ASL Napoli 3 sud
AORN Moscati Avellino	ASL Avellino
AORN Ruggi D'Aragona Salerno	ASL Salerno
AORN Rummo Benevento	ASL Benevento
AORN S.Sebastiano Caserta	ASL Caserta

Coordinamento regionale delle attività di controllo da parte dell'Arsan

Tra i compiti affidati all'Arsan in merito alle attività di controllo esterno sulle prestazioni di assistenza ospedaliera rientrano le seguenti attività:

- definizione e aggiornamento degli eventi da sottoporre a controllo di congruità e di appropriatezza;
- definizione dei DRG/procedure "ad alto rischio di inappropriatezza"
- fissazione dei valori-soglia per gli indicatori significativi ai fini del controllo, oltre i quali i singoli istituti sono soggetti a controlli analitici ed eventualmente a sanzioni;
- formazione del personale ASL dedicato ai controlli;
- Monitoraggio e valutazione, annuale, delle attività di controllo esterno svolte dalle ASL e dal nucleo regionale di controllo ed i relativi esiti.
- Supporto e consulenza ai nuclei di controllo aziendali

ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA DEI CONTROLLI

L'articolazione del sistema dei controlli esterni dell'attività ospedaliera prevede due livelli di intervento sistematico:

- a) **il monitoraggio dell'attività ospedaliera**, attraverso l'analisi dei dati contenuti negli archivi informatici relativi alle dimissioni ospedaliere. Questo primo livello di controllo produce, altresì, le informazioni necessarie per l'attivazione dei successivi livelli di controllo attraverso la valutazione di specifici indicatori e dei relativi valori di riferimento regionali;
- b) **i controlli di qualità e di appropriatezza**, che si eseguono attraverso le verifiche delle cartelle cliniche su base campionaria o, in taluni casi, esaustiva. In base a quanto previsto documentazione clinica o di campioni di schede o se necessario di campioni rappresentativi di dimissioni da tutti gli ospedali. Tali controlli comprendono anche i controlli di congruità.

I controlli di congruità

Hanno l'obiettivo di verificare che siano rispettati i criteri per la corretta compilazione delle SDO e che l'iter diagnostico-terapeutico seguito nel corso del ricovero sia fedelmente descritto attraverso l'uso di codici dei codici appropriati di diagnosi e procedure contenuti nella classificazione ICD-9-CM.

I controlli di congruità vengono effettuati mediante il monitoraggio costante di appositi indicatori, desunti dall'elaborazione e l'analisi dei database delle dimissioni ospedaliere, che individuano le SDO affette da probabile incongruenza; la fase successiva è costituita dalla revisione campionaria o, se lo si ritiene necessario, esaustiva delle corrispondenti cartelle cliniche che consentirà di rilevare l'iter diagnostico terapeutico che ha caratterizzato il ricovero verificando la fedeltà e l'accuratezza della compilazione e codifica delle relative SDO;

Il controllo va eseguito su almeno due diverse tipologie di fenomeni:

- dovrà essere valutata la correttezza della compilazione della scheda di dimissione, ossia il grado di corrispondenza tra le patologie trattate e le prestazioni erogate durante il percorso assistenziale evincibili dalla documentazione clinica (cartella clinica, registro di sala operatoria, referti, etc) e quanto registrato e codificato sulla SDO;
- dovrà essere accertata l'eventuale presenza ed entità di fenomeni che indicano comportamenti opportunistici da parte degli istituti di ricovero al fine di sopravvalutare la complessità e numerosità degli eventi per quanto riguarda:
 - a) modalità di ammissione e dimissione,
 - b) sede di erogazione delle prestazioni,
 - c) compilazione e codifica delle SDO.

Poiché la codifica delle variabili cliniche (in particolar modo delle diagnosi) e l'ordine con cui esse sono riportate sulla SDO determinano l'attribuzione dei DRG e la relativa tariffa, è del tutto evidente che i controlli di congruità non possono prescindere da valutazioni sulla corretta codifica. Pertanto regole esplicite di compilazione e codifica assumono un ruolo rilevante sia per orientare gli erogatori verso una scrupolosa corretta compilazione e codifica sia per favorire l'esecuzione dei controlli. Tra i controlli di congruenza rientra la verifica del rispetto delle regole di compilazione codifica adottate sia a livello nazionale che regionale nelle apposite linee guida.

Oltre ai predetti controlli mirati, possono essere eseguiti controlli su campioni casuali di cartelle cliniche

I controlli di appropriatezza

Questi controlli si riferiscono alla valutazione di appropriatezza dei ricoveri. Prevedono sia attività di monitoraggio degli archivi informatici sia controlli analitici sulle cartelle cliniche.

Il monitoraggio degli archivi si basa sia sulla verifica della frequenza (soglie massime di ammissibilità) di specifici DRG o procedure, definiti a livello nazionali o regionale, ritenuti “ad alto rischio di inappropriately”, che sulla verifica di episodi di ricovero caratterizzati da un basso livello di consumo di risorse e pertanto erogabili in forme alternative al ricovero ospedaliero.

I controlli analitici delle cartelle cliniche di congruità e appropriatezza sono effettuati dalle ASL su base campionaria anche se è facoltà delle ASL estendere i controlli a tutte le cartelle cliniche che, nello screening informatico delle SDO, hanno evidenziato fenomeni di rischio di incongruenza o in appropriatezza. I controlli di congruità e i controlli di appropriatezza, non vincolati a valori soglia, vanno effettuati più volte all’anno subito dopo che è stato effettuato il controllo informatico sui dati trasmessi, dalle strutture di ricovero. Si stabilisce che ciascuna ASL dovrà sottoporre a controllo analitico almeno il 10% delle cartelle cliniche dell’insieme dei dimessi dagli istituti ubicati sul proprio territorio.

Il rispetto delle soglie massime di ricovero per i DRG ad elevato rischio di inappropriately vanno monitorati trimestralmente comunicando all’erogatore le situazioni di superamento delle soglie da recuperare nel corso dei mesi successivi; il controllo definitivo avverrà a fine anno.

Il calcolo degli eventuali abbattimenti da praticare a seguito del superamento delle soglie massime di ammissibilità è effettuato con periodicità annuale dalle ASL sui dati contenuti negli archivi informatici aziendali.

RICOVERI PER ACUTI

Ricoveri lunghi

Tutti i ricoveri per acuti che superano il valore soglia di durata di degenza del DRG correlato a cui è associato un incremento tariffario per ciascuna giornata di degenza oltre la soglia, devono essere oggetto di verifica analitica per escludere errori nella compilazione delle date di accettazione e/o di dimissione”. In caso di rilievo di errori la SDO andrà corretta a cura dell’erogatore, andrà ricalcolata la tariffa e la SDO andrà ritrasmessa alla ASL competente.

DRG incoerenti (DRG 468, 477, 476)

Gli episodi di ricovero in regime ordinario attribuiti ai DRG 468, 476 e 477 dovranno essere controllati attraverso la verifica di tutte le cartelle cliniche e se riconosciuti incoerenti dovranno essere riclassificati.

I ricoveri per i suddetti DRG sono invece inammissibili in regime di ricovero di DH e pertanto, in tal caso, non dovrà essere riconosciuta la relativa tariffa.

DRG complicati

La proporzione di DRG complicati può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata e di una buona qualità della codifica della scheda di dimissione, ma può riflettere anche fenomeni di “sovracodifica” delle diagnosi secondarie. A tal proposito si sottolinea che in base alle regole di codifica delle SDO definite dalla vigente normativa, possono essere riportate sulla SDO esclusivamente le patologie o problemi che hanno comportato, nel corso del ricovero, interventi assistenziali che hanno impegnato consumo di risorse.

Al fine di fornire agli organismi di controllo una rappresentazione del comportamento degli erogatori rispetto alla frequenza dei DRG con CC, l’A.R.San., annualmente, diffonderà, per i DRG

omologhi, la frequenza media regionale dei casi complicati per ciascun DRG per tipologia amministrativa del soggetto erogatore.

Per quanto riguarda i ricoveri acuti ordinari le ASL, qualora i valori di frequenza osservati presso i propri erogatori risultino più elevati della media regionale per tipo di erogatore, controlleranno analiticamente tutte le cartelle cliniche relative alle dimissioni attribuite a DRG complicati e di conseguenza i casi complicati ritenuti incongrui saranno riclassificati secondo lo stesso DRG senza complicazioni.

Ricoveri ripetuti

Il fenomeno della ripetizione di un ricovero anche a breve distanza da un ricovero precedente è un evento attribuibile a svariati motivi che possono essere giustificati dalle seguenti situazioni cliniche:

- complicazioni chirurgiche o mediche secondarie ad un precedente ricovero presso la stessa Struttura ospedaliera;
- completamento dell'iter diagnostico- terapeutico del precedente ricovero;
- malattie croniche in labile compenso clinico (esempio: scompensi cardiaci frequenti in paziente con cardiopatia dilatativa di grado elevato, pazienti in stato terminale, ecc.).

Da quando, però, la remunerazione delle prestazioni di ricovero è effettuata per ciascun ricovero classificato per DRG alla tariffa predeterminata, il fenomeno della ripetizione dei ricoveri può anche rappresentare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni come per:

- frazionamento dell'episodio di cura in più ricoveri a cui consegue un aumento consistente della spesa complessiva ed un disagio all'assistito nel ricevere l'assistenza; (esempio: 1° ricovero per esecuzione di una coronarografia e 2° ricovero per praticare l'angioplastica);
- dimissione precoce del paziente ad un livello di instabilità clinica che richiede ancora assistenza in degenza ospedaliera; ciò rappresenta un comportamento dell'ospedale volto a contenere i costi dell'assistenza del singolo ricovero riducendo la quantità dei servizi;

In relazione alle attività di controllo si definiscono ricoveri ripetuti per acuti, i ricoveri ordinari in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso presidio, sono attribuiti alla stessa MDC (categoria diagnostica maggiore) e che sono effettuati in un intervallo temporale inferiore o uguale a 30 giorni dalla precedente dimissione.

Pertanto tutti i ricoveri ripetuti entro 30 giorni da un precedente ricovero dovranno essere sottoposti a controlli analitici delle cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti.

Sono esclusi dai ricoveri ripetuti quelli relativi alle seguenti tipologie di ricovero:

- Ricovero con esito in decesso;
- DRG 257 – 258 – 259 – 260 relativi ad interventi di mastectomia totale o subtotale per neoplasia maligna che nel secondo ricovero presentino procedure di chirurgia ricostruttiva mammaria;
- DRG 317 per dialisi renale;
- DRG 409 radioterapia;
- DRG 410 chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta;
- DRG 425 – 426 – 427 – 428 – 429 – 430 - 431- 432, relativi a patologie psichiatriche;
- DRG 489 – 490, relativi ad HIV e patologie correlate;

- DRG 492 chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici;

Si precisa che i ricoveri ritenuti ripetuti, ad esclusione delle tipologie di ricovero sopraelencate, effettuati entro i 30 giorni non dovranno essere remunerati.

Onnicomprensività della tariffa

Una delle evenienze possibili di parcellizzazione dei ricoveri si verifica in occasione di ricoveri di tipo chirurgico. In questi casi potrebbe verificarsi che il ricovero per l'esecuzione dell'intervento sia preceduto da un ricovero in regime ordinario o in DH di tipo medico erogato per eseguire indagini e consulenze propedeutiche all'intervento chirurgico. Questa parcellizzazione risulta un comportamento opportunistico in quanto, come previsto dalla Legge n.449 del 27/12/1997, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica - e ribadito nella delibera regionale 546/2007 "Le prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero programmato, devono essere erogate nel corso dello stesso ricovero o anche precedentemente, purché non tariffate e senza partecipazione alla spesa da parte del paziente"

In caso di ricoveri di tipo chirurgico preceduti entro 45 giorni da un ricovero di tipo medico, ordinario o in DH, dello stesso soggetto, dovranno essere sottoposte a controllo analitico tutte le cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti. Qualora il primo ricovero di tipo medico risultasse erogato per l'esecuzione di prestazioni propedeutiche all'intervento chirurgico quali esami diagnostici e/o strumentali preoperatori, non andrà riconosciuta, per detta prestazione, nessuna remunerazione.

Ricoveri ripetuti per chemioterapia o radioterapia o per controllo clinico, con diagnosi principale di neoplasia

Come raccomandato sia nelle "Linee guida per la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera" adottate dalla Campania, che nelle analoghe raccomandazioni definite dal Ministero della Salute, i ricoveri per neoplasia, successivi a quello diagnostico eseguiti per praticare chemioterapia o radioterapia o per controllo clinico, devono essere codificati per mezzo degli appositi codici V, evitando di segnalare la neoplasia in diagnosi principale.

Dovranno essere controllati tutti i casi in cui si rileva la presenza di più di 2 casi di ricovero ripetuto, avvenuto entro 60 giorni dal ricovero indice nello stesso istituto, con degenza inferiore ai 4 giorni, con diagnosi principale di tumore maligno codice compreso tra 140 e 208 e 230 e 239 escludendo i deceduti e i trasferiti ad altro istituto.

Inoltre dovranno essere sottoposte a controllo anche tutte le cartelle cliniche relative ad episodi di ricovero ordinario o in DH con diagnosi principale di neoplasia, codice compreso tra 140 e 208 e 230 e 239 con degenza inferiore o uguale ai 4 giorni, precisando che i ricoveri per chemioterapia dovranno essere riclassificati nel DRG 410, comunque verificando che siano rispettate le soglie LEA.

Dimissioni di neonati patologici

Nel caso di dimissioni di neonati assegnati ai DRG 389 e 390 dallo stesso istituto in cui è avvenuto la nascita vanno sottoposte a controllo analitico tutte le cartelle cliniche.

Qualora i controlli analitici mettano in luce tendenze dell'erogatore a codifiche incongrue si dovrà procedere alla riclassificazione dei suddetti DRG.

ULTERIORI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA

Oggetto di questa modalità di controllo è l'appropriatezza generica, verificata in relazione al livello di erogazione degli interventi sanitari, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per acuti.

L'azione di controllo ha l'obiettivo di orientare il sistema sanitario verso un uso più appropriato dell'ospedale, promuovendo le scelte organizzative e strutturali in grado di assicurare livelli di cura più adeguati ed efficaci.

DRG ad elevato rischio di inapproprietezza

Per quanto riguarda tali DRG la Campania include ulteriori DRG così come riportato nell'elenco allegato al Decreto Commissariale n. 58 del 30/09/2010. A tal fine si richiede agli erogatori, l'osservanza delle soglie massime oltre le quali si procede ad abbattimenti delle tariffe, secondo quanto previsto dal Decreto Commissariale n. 58 del 30/09/2010. A parziale modifica del suddetto Decreto si precisa che il controllo della documentazione clinica viene eseguito solo nel caso l'erogatore contesti l'abbattimento.

RICOVERI POST ACUTI

Ricoveri in lungodegenza estensiva (Cod. 60)

Il ricovero in lungodegenza medica è un servizio ospedaliero destinato ad accogliere pazienti generalmente non autosufficienti, affetti da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza che di trattamenti fisioterapici incentrati ad ottenere un miglioramento della condizione di malattia o ad impedirne il peggioramento.

In particolare le unità di lungodegenza sono riservate a quei pazienti che, conclusa la fase acuta della patologia, necessitano di un prolungamento dell'intervento assistenziale ospedaliero in quanto presentano una situazione funzionale compromessa da cui ha origine una riduzione delle condizioni di autosufficienza psico-fisica rientrante in una delle seguenti categorie:

- quadro clinico ancora instabile, non compatibile con il rientro a domicilio o con il passaggio ad altre forme di residenzialità assistita;
- buon compenso clinico, ma persistenza di una limitazione funzionale non stabilizzata recuperabile almeno parzialmente con un intervento di riabilitazione estensiva;
- buon compenso clinico e limitazione stabilizzata della capacità funzionale e dell'autosufficienza, ma esigenza di assistenza continuativa di tipo infermieristico e di eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo finalizzati al mantenimento dei livelli di autonomia residui, in attesa di assegnazione ad altre forme di assistenza extraospedaliera.

Il ricovero in lungodegenza avviene su proposta impegnativa del MMG, con indicazione della durata presunta della degenza ed in caso di proroga è prevista la obbligatorietà, ai fini della liquidazione della prestazione, del rilascio della relativa autorizzazione da parte dell'UOASB territorialmente competente.

Pertanto, in primo luogo, compito del distretto competente è la verifica della appropriatezza del regime di ricovero.

Inoltre, poiché il sistema di tariffazione dei ricoveri nei reparti di lungodegenza estensiva prevede un meccanismo di decurtazione tariffaria per i ricoveri oltre soglia, si potrebbero instaurare fenomeni di dimissione precoce. Va pertanto controllato un elevato campione delle SDO che

presentino durata di poco inferiore ai 60 giorni. Infine, in considerazione della obbligatorietà del consenso alla proroga del ricovero stesso espresso dal Distretto territorialmente competente, per questi ricoveri va verificato principalmente che le eventuali proroghe siano state correttamente rilasciate e va organizzato un sistema di comunicazione dell'esito dei controlli agli uffici liquidatori per evitare che vengano comunque fatturate prestazioni non autorizzate.

Ricoveri ripetuti

Il fenomeno della ripetizione di un ricovero anche a breve distanza da un ricovero precedente è un evento attribuibile a svariati motivi che possono essere giustificati dalla situazione clinica in particolar modo nel caso dei pazienti che afferiscono ai reparti in oggetto; infatti la vigente normativa prevede espressamente un meccanismo di decurtazione tariffaria per i ricoveri ripetuti nello stesso Istituto con un intervallo di tempo inferiore ai 30 giorni da una precedente dimissione.

Tuttavia, anche in questo caso, si deve prevedere il controllo di tutte le prestazioni ripetute al fine di evitare l'inappropriato ricorso al ricovero ospedaliero per far fronte alle ben note carenze di strutture residenziali.

Ricoveri in riabilitazione (Cod. 56)

Le prestazioni di ricovero di riabilitazione presentano un alto margine di potenziale inappropriata della complessità organizzativa delle strutture coinvolte e del regime di erogazione in relazione alle effettive necessità assistenziali dei pazienti. Esse rappresentano, inoltre, una significativa quota dell'attività di ospedalizzazione e della spesa complessiva per l'assistenza ospedaliera.

Le "Linee Guida per le attività di riabilitazione in Regione Campania" contenute nella D.G.R.C. n. 482/05 sanciscono, puntualmente, i criteri di appropriatezza per i ricoveri di riabilitazione ed individuano nelle UU.VV.BB.RR. i soggetti preposti al monitoraggio dell'efficacia di tali prestazioni. La piena attuazione di quanto previsto dalla su richiamata normativa appare sufficiente a garantire un'ottimale attività di controllo sull'erogazione delle prestazioni di riabilitazione.

In mancanza delle UU.VV.BB.RR., nelle more di attivazione della stessa, sarà la struttura di controllo distrettuale e/o l'unità operativa competente per la presa in carico ad effettuare i controlli su tutte le prestazioni di ricovero.

PERSONALE ADDETTO AI CONTROLLI

I medici addetti alla funzione di controllo dovranno essere selezionati nelle ASL preferibilmente nell'ambito dei servizi che svolgono istituzionalmente attività di vigilanza e controllo sui ricoveri. Il personale medico addetto ai controlli dovrà essere in possesso dei seguenti requisiti:

- esperienza clinica
- esperienza di codifica delle schede di dimissione ospedaliera
- assenza di conflitto di interessi
- attitudine ad attività di supervisione.

Il Responsabile dell'unità operativa SDO/DRG coordinerà l'intera attività di controllo, coadiuvato da una rete di specialisti clinici individuati dall'ASL nell'ambito delle discipline operanti nei presidi ubicati sul proprio territorio, che fungono da referenti per l'attività dei medici revisori, fornendo all'occorrenza consulenza e supervisione per le attività di controllo.

Le ASL segnalano all'ARSAN i nominativi dei medici addetti al controllo per i quali l'Agenzia organizzerà periodicamente attività di formazione specifica

MODALITÀ OPERATIVE

L'unità operativa SDO/DRG di azienda coopera con i medici addetti al controllo per identificare le cartelle cliniche su cui effettuare i controlli analitici, infatti il sistema informativo aziendale rappresenta la base operativa per i controlli di congruità, e permette, attraverso il calcolo degli appositi indicatori, di individuare i ricoveri da sottoporre a controllo analitico.

L'attività di controllo deve svolgersi, di norma, nell'arco di 90 giorni dalla fatturazione, comunque risultano ammissibili i controlli anche se effettuati oltre i 90 giorni dalla fatturazione.

I controlli devono essere effettuati, con un preavviso di almeno 48 ore, alla presenza ed in contraddittorio con il direttore sanitario della struttura con il coinvolgimento, ove occorra, dei medici responsabili dell'assistenza e della compilazione e codifica delle SDO. La struttura di controllo della Asl, all'atto della comunicazione della effettuazione della visita presenterà al direttore dell'istituto soggetto a controllo, l'elenco dei numeri identificativi delle cartelle cliniche da controllare e che dovranno essere rese disponibili in occasione delle visite di controllo.

Le operazioni di controllo possono durare anche più di un giorno, consistono nella revisione analitica di tutta la documentazione del ricovero e/o dell'episodio di assistenza (SDO, cartella clinica, registri di sala operatoria e sala parto, movimento infermi, registro delle prestazioni ambulatoriali, registro di accettazione e/o pronto soccorso, ecc.).

Al termine delle operazioni, di revisione, deve essere redatto un verbale delle operazioni di controllo, controfirmato sia dal direttore sanitario che dai medici revisori. Il verbale delle operazioni di controllo viene redatto in due copie, di cui una viene depositata agli atti della struttura e l'altra agli atti della ASL, presso i servizi di vigilanza e controllo sui ricoveri.

Nel corso del controllo la struttura ha facoltà di accettare i rilievi effettuati e sinteticamente motivati oppure, sempre sottoscrivendo il verbale, di non accettarli. In caso di non accettazione, su richiesta dei medici revisori, deve essere rilasciata copia fotostatica della cartella clinica.

Nel caso di non accettazione delle contestazioni formalizzate dai revisori e della conseguente riclassificazione della prestazione di ricovero in termini di attribuzione del DRG e riconoscimento della remunerazione, l'istituto di cura, attraverso il rappresentante legale dell'ente, entro 15 giorni dalla notifica della contestazione potrà presentare le relative controdeduzioni. La struttura di controllo, esaminate le controdeduzioni, potrà accettarle e quindi riconoscere la prestazione di ricovero così come proposta dall'istituto o potrà respingerle ed in tal caso l'episodio di ricovero sarà classificato e remunerato con le modalità indicate nelle contestazioni

Dai controlli analitici sulla documentazione attestante le prestazioni di ricovero può derivare una diversa codifica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e quindi una diversa classificazione delle prestazioni erogate e una diversa valorizzazione economica. Tutto ciò dovrà essere riportato in uno specifico flusso informativo alimentato dalle singole A.S.L. ed A.O. che invieranno all'A.R.San. tutte le modifiche effettuate.

Le eventuali detrazioni, dalla remunerazione riconosciuta alle strutture, degli importi che scaturiscono dalla riclassificazione dei ricoveri oggetto del controllo, vengono definite tempestivamente ed effettuate annualmente, al momento del saldo o del conguaglio.

La decurtazione viene applicata sul ricavo che la struttura erogatrice avrebbe percepito in assenza dell'intervento di controllo. Gli importi da decurtare saranno oggetto di apposito provvedimento che verrà adottato dal Direttore Generale dell'ASL.

Semestralmente le ASL predispongono relazioni sulle attività di controllo svolte, che verranno trasmesse, entro il 30 luglio dell'anno in corso ed entro il 31 gennaio dell'anno successivo all'A.R.San. L'Agenzia dispone, a sua volta, un rapporto riepilogativo su tutte le attività di controllo svolte nella regione che rappresenta anche la base per la valutazione di efficacia delle attività di controllo svolte e per la programmazione delle attività per l'anno successivo. L' A.R.San. curerà la definizione di uno specifico sistema informativo sulle attività di controllo.

**Assistenza Ospedaliera:
Linee Guida
per la corretta codifica della SDO**

PRESENTAZIONE

Le linee guida rappresentano una integrazione ed una maggiore specificazione delle principali fonti per la codifica delle informazioni sanitarie della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), che sono costituite dalle regole generali di codifica stabilite con il D.M. 27 ottobre 2000, n. 380 e dal manuale della classificazione ICD-9-CM, alle cui indicazioni si deve in ogni caso far riferimento. Le presenti linee guida recepiscono l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito nella seduta del 29 aprile 2010, concernente l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Le linee guida, pertanto, tendono a fornire regole generali circa:

- l'utilizzo della classificazione ICD-9-CM, anche in considerazione dell'aggiornamento alla versione 2007 e delle innovazioni introdotte nel sistema;
- la selezione e la codifica della diagnosi principale, delle diagnosi secondarie e degli interventi e delle procedure;
- la soluzione di eventuali problemi di codifica determinati sia da mancanza di chiarezza e specificazione di alcune patologie/procedure, sia da difficile interpretazione della classificazione stessa, soprattutto in presenza di situazioni di rilievo o frequentemente oggetto di errori o di comportamenti di codifica non omogenei.

Scopo principale del presente documento, nell'ambito del sistema di rilevazione delle dimissioni ospedaliere, è il miglioramento dell'accuratezza dei dati registrati sulle SDO e del rispetto delle regole di codifica, finalizzato a rendere il sistema informativo elemento fondante sia per le attività di programmazione, valutazione ed analisi epidemiologica, che per la corretta attribuzione di ciascun episodio di ricovero al corrispondente DRG e relativa tariffa.

Le linee guida predisposte, pur non essendo esaustive rispetto al complesso delle problematiche di codifica, si propongono di essere uno strumento di facile consultazione, utile per gli operatori impegnati sul "campo".

GRUPPO DI LAVORO

La predisposizione delle linee guida è stata resa possibile grazie al coinvolgimento ed all'impegno del Gruppo di lavoro, costituito con D.G.R.C. n.1978 del 30/11/06 e Decreto Dirigenziale n.24 del 29/05/07, composto da esperti regionali, dell'A.R.San., delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali.

Il Gruppo di lavoro ha analizzato le situazioni di codifica, selezionate secondo criteri di priorità relativi a situazioni cliniche specifiche, per le quali siano state evidenziate prassi di codifica disomogenee o prestazioni innovative ed ha posto particolare cura alla produzione di esempi concreti.

LINEE GUIDA GENERALI PER L'UTILIZZO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM

L. G. 1.

Introduzione alle Linee Guida per la codifica delle diagnosi e delle procedure

La Classificazione Internazionale delle Malattie ICD-9-CM versione 2007 (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 della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Il sistema ICD-9-CM contiene due classificazioni, una per le malattie ed una per le procedure, ed è costituito da quattro parti:

1. Indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi;
2. Elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi;
3. Indice alfabetico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche;
4. Elenco sistematico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Inoltre sono presenti due classificazioni supplementari:

- la classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V);
- la classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codici E).

- ◆ **L'indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi** contiene una lista alfabetica delle malattie, dei traumatismi, dei sintomi e di altre cause di ricorso ai servizi sanitari.

Una formulazione diagnostica è abitualmente composta da due parti: un termine principale (scritto in grassetto) ed uno o più modificatori.

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

Esempi di termini principali:

- sostantivi "generici": vertigine; trauma.
- sostantivi "specifici": polmonite; artrite.
- aggettivi: gigante; acuto; gialla.
- nomi propri (eponimi): Hashimoto; Biermer.

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

Quando sono richiesti due codici per indicare sia l'eziologia che la manifestazione clinica di una malattia, il codice della manifestazione appare fra parentesi quadre, per esempio, cataratta diabetica 250.5 [366.41]

- ◆ **L'elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi** riporta, in ordine numerico progressivo, i codici e le relative descrizioni delle malattie, dei traumatismi, dei sintomi e delle altre cause di ricorso ai servizi sanitari.

Comprende:

- la classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi;
- la classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V).
- la classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codici E).

La classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi è strutturata in 17 capitoli (1. - 17.), dedicati ad uno specifico organo o ad apparati anatomici. Ciascun capitolo è suddiviso nelle seguenti parti:

- **Blocco:** insieme di condizioni tra loro strettamente correlate (es.: malattie infettive intestinali da 001 a 009);
 - **Categoria:** codici a tre caratteri, alcuni dei quali molto specifici e non ulteriormente suddivisibili (es.: 462 faringite acuta), mentre altri sono ulteriormente suddivisi, con l'aggiunta di un quarto carattere dopo il punto decimale;
 - **Sotto-categoria:** codici a quattro caratteri; il quarto carattere fornisce ulteriore specificità o informazione relativamente ad eziologia, localizzazione o manifestazione clinica; quando presenti, prevalgono rispetto ai codici a tre caratteri;
 - **Sotto-classificazioni:** codici a cinque caratteri; quando presenti prevalgono rispetto ai codici a tre e a quattro caratteri.
- ◆ **L'indice alfabetico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche** contiene una lista alfabetica di interventi chirurgici e di procedure diagnostiche e terapeutiche.
- ◆ **L'elenco sistematico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche** riporta, in ordine progressivo, i codici e le relative descrizioni degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

E' strutturato, secondo un criterio anatomico-topografico, in **17 sezioni (0. - 16.)**, ciascuna delle quali è suddivisa nelle seguenti parti:

- **Rubrica:** codici a due cifre da 00 a 99 che individuano un insieme di interventi / procedure diagnostiche e terapeutiche tra loro correlate (esempi: *interventi sui vasi del cuore: rubrica 36; interventi sull'ovaio: rubrica 65*).
- In particolare:
- la rubrica **00** contiene codici utili a descrivere **interventi e procedure non classificati altrove** ed introdotti per la prima volta nella versione italiana 2007 della ICD-9-CM;
 - le rubriche comprese tra **01** e **86** comprendono **interventi chirurgici maggiori, endoscopie e biopsie**.
 - le rubriche comprese tra **87** e **99** comprendono **altre procedure diagnostiche e terapeutiche**.
 - **Categoria:** codici a tre cifre;
 - **Sotto-categoria:** codici a quattro cifre.

Sulla SDO vanno indicati esclusivamente codici di interventi / procedure a tre o quattro cifre. Il terzo e il quarto carattere specificano la sede e il tipo di intervento. In alcuni casi, i codici si limitano al terzo carattere per descrivere interventi che non necessitano di ulteriori specificazioni.

L. G. 2.

Sistema di codifica delle diagnosi, degli interventi e delle procedure - fasi operative

Per identificare il codice di **diagnosi** appropriato, è necessario seguire le seguenti fasi operative:

1. Individuare tutti i termini principali che descrivono nella formulazione diagnostica le condizioni del paziente;

2. Utilizzare l'**indice alfabetico** per rintracciare ciascun termine principale individuato;
3. Individuare i modificatori del termine principale;
4. Analizzare attentamente le sotto-voci elencate al di sotto del termine principale;
5. Analizzare le note e/o i riferimenti;
6. Selezionare un codice tra quelli forniti dall'Indice alfabetico;
7. Verificare nell'**elenco sistematico** l'accuratezza di tale codice; utilizzare sempre i codici che descrivono la diagnosi al massimo livello di specificità possibile (ossia i codici a 5 caratteri, quando disponibili);
8. Analizzare tutti i codici appartenenti alla intera categoria, per essere sicuri che il codice selezionato rappresenti la scelta migliore;
9. Esaminare attentamente ogni nota illustrativa;
10. Assegnare il codice selezionato nell'elenco sistematico.

Le regole di base riportate per la codifica delle malattie e dei traumatismi sono valide anche per codificare gli **interventi** e le **procedure**:

In ogni caso fare massima attenzione nell'utilizzo di codici con ultima cifra "9" in quanto solitamente individuano diagnosi, interventi e procedure non meglio specificate.

(Riservare la scelta di tali codici per la descrizione di diagnosi, interventi e procedure sicuramente non descritte da codici più specifici, anche per assimilazione).

L. G. 3.

Specificità della codifica

I codici relativi alle diagnosi, agli interventi ed alle procedure devono essere impiegati al livello di specificità più elevato consentito dalla classificazione, utilizzando, ove possibile, tutti i caratteri (*fino a cinque* per le diagnosi, *fino a quattro* per gli interventi e le procedure).

E' necessario pertanto:

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

Per i casi in cui siano previsti soltanto 3 o 4 caratteri, riportarli, sulla SDO, allineati a sinistra.

L. G. 4.

Codici relativi ad altre condizioni ed a condizioni non specificate

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

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

L. G. 5.

Diagnosi principale della SDO

La diagnosi principale di dimissione dall'ospedale costituisce la principale condizione morbosa trattata o presa in esame durante l'episodio di ricovero, ovvero la condizione morbosa che nel corso del ricovero in ospedale ha comportato i più importanti problemi

assistenziali e che **quindi ha assorbito la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento.**

Nel caso il paziente durante uno stesso ricovero sia passato per più reparti, **il medico che dimette il paziente dall'ospedale deve scegliere la diagnosi principale di dimissione tra tutte le diagnosi formulate nei diversi reparti** individuando quella che ha comportato i più complessi problemi assistenziali e che quindi ha assorbito la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento durante l'intero episodio di ricovero.

Quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, per la codifica della diagnosi principale possono essere utilizzati i codici riportati nel Capitolo XVI del manuale ICD-9-CM Sintomi, Segni e Stati Morbosi Mal Definiti, (categorie da 780 a 799).

L. G. 6.

Diagnosi secondaria della SDO

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito, e che influenzano significativamente il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Quindi, **per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi comunque l'assistenza erogata al paziente in termini di trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.**

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più di cinque forme morbose, devono essere selezionate e codificate quelle che hanno esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

L. G. 7.

Codici combinati di diagnosi

Un codice utilizzato per classificare simultaneamente due diagnosi, oppure una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata, oppure una diagnosi insieme ad una complicazione associata, è definito "codice combinato".

I codici combinati sono riportati come sotto-voci nell'indice alfabetico e come note di inclusione nell'elenco sistematico.

Si deve utilizzare il codice combinato quando esso identifica pienamente tutte le condizioni riportate o quando l'indice alfabetico lo richiede esplicitamente. Se il codice combinato descrive tutti gli elementi riportati nella formulazione diagnostica, non devono essere utilizzati ulteriori codici. Esempio: Sinusite acuta mascellare con ascesso; utilizzare il codice 461.0 "Sinusite acuta con ascesso".

Quando, invece, il codice combinato non è in grado di descrivere tutte le manifestazioni o complicazioni riportate nella formulazione diagnostica, può essere utilizzato, insieme al codice combinato, un codice aggiuntivo.

L. G. 8.

Condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale

Le condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale non devono essere riportate e codificate come diagnosi secondarie. Esempi:

- Ricovero per ernia del disco intervertebrale lombare e lombalgia: codificare solo 722.10 "Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia",

- Ricovero per broncopolmonite e tosse: codificare solo 485 “Broncopolmonite, agente non specificato”.

L. G. 9.**Condizioni che non costituiscono una componente integrale della malattia principale**

Le condizioni che non sono ordinariamente associate alla diagnosi principale, se presenti, devono essere riportate e **codificate solo se influenzano il trattamento erogato** nel corso del ricovero. Esempio: Ricovero per setticemia e shock settico: codificare entrambe le condizioni: codice 785.52 “Shock settico” e codice 038._ “Setticemia”.

L. G.10.**Codifica multipla di diagnosi**

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

Il ricorso alla codifica multipla è sollecitato, nella ICD-9-CM, dalle indicazioni “utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo”, “codificare per primo”, che possono essere riportate all’inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria.

La nota “codificare per prima la malattia di base” indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, sia quello relativo alla manifestazione conseguente: quest’ultimo non può essere utilizzato come diagnosi principale.

La nota “utilizzare un codice aggiuntivo per identificare manifestazioni quali ...” indica la necessità di utilizzare, tra le diagnosi secondarie, un ulteriore codice per identificare manifestazioni analoghe agli esempi riportati.

L. G.11.**Condizioni acute e croniche**

Quando la stessa condizione è descritta sia come acuta (o sub-acuta), sia come cronica (e nell’indice alfabetico non è presente un codice specifico che descriva la forma riacutizzata), **devono essere utilizzati entrambi i codici riportando in diagnosi principale la forma acuta** (o sub-acuta). Esempio: per la riacutizzazione di pancreatite cronica, codificare:

diagnosi principale: codice 577.0 “Pancreatite acuta”

diagnosi secondaria: codice 577.1 “Pancreatite cronica”.

L. G.12.**Segni, sintomi e condizioni mal definite**

Quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo XVI della ICD-9-CM.

- Sintomi: codici da 780 a 789.
- Cause mal definite e sconosciute di morbosità e mortalità: codici da 797 a 799.

Quando, in presenza di patologia già nota, il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest’ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

I codici del capitolo XVI si usano, come **diagnosi secondarie**, solo quando i segni o i sintomi non sono compresi nella patologia principale e la loro presenza comporta una differenza nella gravità della patologia del paziente e/o nella terapia condotta.

L. G.13. **Postumi**

Un postumo è un effetto (manifestazione clinica) causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata. Non vi è un limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato: il postumo può essere relativamente precoce come negli incidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso dei traumi.

Per codificare i postumi sono necessari due codici:

1. il primo relativo alla condizione residua o **natura** del postumo, da utilizzare come diagnosi principale,
2. il secondo relativo alla **causa** del postumo, da utilizzare come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

L. G.14. **Diagnosi con indicazione di intervento/procedura correlata**

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

Esempio: Chemioterapia in adenocarcinoma della mammella. Utilizzare:

- Diagnosi principale: codice V58.11 "Chemioterapia antineoplastica",
- Diagnosi secondaria: codice 174.9 "Tumore maligno della mammella (della donna), non specificato,
- Intervento/Procedura: codice 99.25 "Iniezione od infusione di sostanze chemioterapiche per tumore".

L. G.15. **Politraumatismi (traumi multipli)**

Per i politraumatismi non esistono codici specifici, per cui **si devono codificare separatamente i singoli traumi nell'ordine del peso assistenziale e** riportare per primo il codice che descrive il trauma di maggiore gravità.

L. G.16. **Infezioni insorte nel corso del ricovero**

Le infezioni insorte nel corso del ricovero **devono essere obbligatoriamente riportate in scheda nosologica, tra le diagnosi secondarie**, salvo che tali infezioni non rientrino nei criteri di selezione della diagnosi principale.

Deve essere specificato, inoltre, l'agente patogeno ogniqualvolta sia stato identificato.

L. G.17. **Complicanze di cure mediche e chirurgiche**

Le complicanze di cure mediche e chirurgiche (categorie 996 - 999) prevedono un ampio repertorio delle più frequenti complicanze o conseguenze di taluni peculiari procedure diagnostiche o terapeutiche, con particolare dettaglio sulle complicanze degli interventi chirurgici (categoria 998).

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di complicazioni di cure mediche o chirurgiche (ivi comprese le reazioni avverse da farmaci correttamente utilizzati o i problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi) e le prestazioni erogate sono rivolte a risolvere tale complicazione, quest'ultima dovrà essere selezionata come diagnosi principale (se rientra nei criteri di selezione della diagnosi principale), riportando tra le diagnosi secondarie uno o più codici aggiuntivi per specificare la causa della complicazione.

L. G.18.***Risultati anomali di laboratorio***

I risultati anomali di test di laboratorio e di altre procedure diagnostiche (codici 790 - 796) non devono essere utilizzati in diagnosi principale.

L. G.19.***L'uso della Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (Codici V)***

Oltre alla classificazione principale costituita dalle categorie 001 – 999, la ICD-9-CM prevede anche la classificazione dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie con i codici da V01 a V86.

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

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

Va verificata comunque nell'elenco sistematico l'accuratezza del codice selezionato.

E' importante tenere presente, inoltre, che i codici V non devono essere utilizzati per indicare le complicanze di precedenti cure mediche e chirurgiche: queste ultime se presenti, devono essere codificate con le specifiche categorie numeriche.

L. G.20.***Prestazioni ricevute in ospedali diversi da quello di ricovero***

Durante la degenza, è possibile che al paziente siano erogate prestazioni strumentali da parte di un presidio ospedaliero diverso da quello in cui il paziente è ricoverato.

Gli interventi effettuati vanno codificati dall'ospedale presso il quale il paziente è in degenza riportando, in uno dei campi relativi alle diagnosi secondarie, il codice V63.8 "Altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici".

L. G.21.***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 in assenza di segni o sintomi, si richiede una specifica valutazione per una sospetta condizione anomala che, al termine del ricovero, risulta essere non confermata.

L. G.22.**Trattamento non eseguito**

In caso di ricovero programmato per un determinato trattamento, in cui per motivi diversi (volontà del paziente, organizzazione ospedaliera, insorgenza di controindicazione clinica) il trattamento non viene eseguito, riportare in diagnosi principale il codice V64._, e in diagnosi secondaria la patologia che avrebbe dovuto determinare il trattamento stesso.

Nel caso, invece, in cui il trattamento non è stato eseguito per l'insorgenza di un'altra patologia che è stata trattata nel corso del ricovero, quest'ultima va riportata come diagnosi principale e fra le diagnosi secondarie deve essere riportato il codice V64._.

L. G.23.**Condizione "imminente"**

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

- individuare nell'indice alfabetico se la condizione ha una sottovoce relativa al termine "imminente" o "minaccia di" ; verificare anche il termine principale "minaccia di";
- se sono riportate le sotto-voci "minaccia di" o "imminente", utilizzare il codice corrispondente ;
- se non sono riportate delle sotto-voci specifiche, codificare la condizione **come esistente**.

L. G.24.**L'uso della Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento (Codici E)**

I codici E, di tipo alfanumerico, consentono di descrivere gli eventi, le circostanze e le condizioni che rappresentano le cause di traumatismo, avvelenamento e di altri effetti avversi.

Costituiscono una classificazione supplementare che ha l'obiettivo di migliorare la capacità descrittiva dei codici di diagnosi ICD-9-CM, e **non devono pertanto mai essere utilizzati per descrivere la diagnosi principale.**

L'uso della classificazione supplementare dei codici E, insieme alla descrizione dell'evento di traumatismo o avvelenamento, e' molto utile per l'identificazione e l'analisi delle modalità causali più frequenti, al fine di aumentare le conoscenze sull'incidentalità (traumatica, domestica, lavorativa,etc.), valutare l'efficacia delle strategie di prevenzione dei traumatismi, implementare strumenti e metodologie nell'ambito dei programmi nazionali e regionali orientati alla sicurezza dei pazienti.

I codici E, infatti, descrivono come il traumatismo o avvelenamento si e' verificato (l'agente causale), dove l'evento si e' verificato (il luogo) e l'intenzionalità (se l'evento e' accidentale, oppure se e' intenzionale). **Possono essere utilizzati in associazione con qualunque codice di diagnosi, da 001 a V83.89**, che indichi un traumatismo, avvelenamento o un danno determinato da una causa esterna.

Nel caso sia possibile assegnare un solo codice E, deve essere selezionato quello maggiormente correlato con la diagnosi principale.

Questa edizione del Manuale ICD-9-CM riporta solo l'elenco sistematico dei codici E.

L. G.25.

Criteria per la scelta degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche da segnalare

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

- **Selezionare e codificare come principale l'intervento / procedura maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.).**
- **Nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici.**
- **Qualora vengano indicati nella cartella clinica interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:**
 1. **interventi chirurgici a cielo aperto,**
 2. **interventi per via laparoscopica e/o endoscopica,**
 3. **procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici,**
 4. **procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica),**
 5. **procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese tra le procedure della rubrica "00" introdotta con la versione 2007 dell'ICD-9-CM o nel primo settore - codici da 01._ a 86._ - (es. gastroscopia),**
 6. **altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese tra le procedure della rubrica "00" introdotta con la versione 2007 dell'ICD-9-CM o nel secondo settore (codici da 87._ a 99._), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, RMN, radioterapia, ecc.).**

Vengono elencate di seguito alcune procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici:

- codice 00.10 "Impianto di agenti chemioterapici",
- codice 00.15 "Infusione di interleuchina-2 (IL-2)",
- codice 00.63 "Inserzione percutanea di stent nell'arteria carotidea",
- codice 87.53 "Colangiografia intraoperatoria",
- codice 88.52 "Angiocardigrafia del cuore destro",
- codice 88.53 "Angiocardigrafia del cuore sinistro",
- codice 88.54 "Angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro",
- codice 88.55 "Arteriografia coronarica con catetere singolo",
- codice 88.56 "Arteriografia coronarica con catetere doppio",
- codice 88.57 "Altra e non specificata arteriografia coronarica",
- codice 88.58 "Roentgenografia cardiaca con contrasto negativo",
- codice 92.27 "Impianto o inserzione di elementi radioattivi",

- codice 92.30 "Radiochirurgia stereotassica SAI",
- codice 92.31 "Radiochirurgia fotonica a sorgente singola",
- codice 92.32 "Radiochirurgia fotonica multi-sorgente",
- codice 92.33 "Radiochirurgia fotonica particolata",
- codice 92.39 "Radiochirurgia stereotassica NIA",
- codice 94.61 "Riabilitazione da alcool",
- codice 94.63 "Disintossicazione e riabilitazione da alcool",
- codice 94.64 "Riabilitazione da farmaci",
- codice 94.66 "Disintossicazione e riabilitazione da farmaci",
- codice 94.67 "Riabilitazione combinata da alcool e farmaci",
- codice 94.69 "Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci",
- codice 95.04 "Esame dell'occhio sotto anestesia",
- codice 96.70 "Ventilazione meccanica continua di durata non specificata",
- codice 96.71 "Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive",
- codice 96.72 "Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più",
- codice 98.51 "Litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica",
- codice 99.10 "Iniezione o infusione di agente trombolitico".

L. G.26.***Interventi chirurgici non correlati alla diagnosi principale***

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

L. G.27.***Approccio chirurgico all'intervento***

Esistono codici che descrivono la metodica chirurgica dell'intervento, come quelli che fanno distinzione tra approccio "a cielo aperto" oppure "per via endoscopica" o "laparoscopica" o "non invasiva", oppure che prevedono l'utilizzo di tecnologie innovative (chirurgia computer assistita), come ad esempio:

- codice 51.22 "Colecistectomia",
- codice 51.23 "Colecistectomia laparoscopica",
- codice 51.88 "Rimozione endoscopica di calcoli dal tratto biliare",
- codice 98.52 "Litotripsia extracorporea della colecisti e/o dotto biliare".

Qualora sia utilizzata, nel corso dell'intervento, una procedura computer assistita, riportare tra le procedure secondarie, uno dei seguenti codici:

- codice 00.31 "Chirurgia computer-assistita con CT/CTA",
- codice 00.32 "Chirurgia computer-assistita con MR/MRA",
- codice 00.33 "Chirurgia computer-assistita con fluoroscopia",
- codice 00.34 "Chirurgia computer-assistita senza immagini",
- codice 00.35 "Chirurgia computer-assistita con datasets multipli",
- codice 00.39 "Altra chirurgia computer-assistita".

L. G. 28.***Codici di intervento combinati***

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

Esempi: il codice ICD-9-CM di procedura 72.31 identifica in modo appropriato l'intervento di "Parto con forcipe alto, con episiotomia"; il codice 85.43 "Mastectomia semplice allargata monolaterale con asportazione di linfonodi regionali" indica sia l'intervento di mastectomia semplice monolaterale (codice 85.41) che l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari (codice 40.51).

L. G. 29.***Codifica multipla di un intervento***

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**", nel manuale ICD-9-CM, indica la necessità di utilizzare un codice aggiuntivo per identificare le diverse componenti di un intervento, sempre che nel caso concreto esse siano state realmente effettuate.

L. G. 30.***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. Ad esempio: ovariectomia monolaterale e appendicectomia: codici 65.39 + 47.19.

L'espressione "**codificare anche**", viene utilizzata nel manuale ICD-9-CM anche per segnalare l'utilizzo di procedure o di strumentazioni complementari o di supporto ad un intervento.

L. G.31.***Codifica di interventi bilaterali***

Se un codice non consente una distinzione tra interventi monolaterali e bilaterali, **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, mentre non è appropriata per i casi di procedure minori (ad esempio: escissioni di lesioni cutanee). Esempio: Miringoplastica bilaterale in un'unica seduta operatoria;

- codice 19.4 Miringoplastica (destra) +
- codice 19.4 Miringoplastica (sinistra).

L. G.32.***Assenza di codice che descrive l'intervento per via endoscopica***

Nel caso in cui non sia presente il codice che descriva l'intervento per via endoscopica o laparoscopica è necessario codificare sia l'intervento che la procedura endoscopica.

Esempio: Meniscectomia mediante artroscopia del ginocchio:

- Intervento principale: codice 80.6 "Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio"
- Intervento/procedura secondario: codice 80.26 "Artroscopia del ginocchio".

L. G.33.***Codifica degli interventi chirurgici laparo-toracoscopici ed artroscopici convertiti successivamente a cielo aperto***

Un intervento chirurgico, inizialmente avviato per via laparoscopica o toracosopia o artroscopica e successivamente convertito a cielo aperto, deve essere codificato

utilizzando il codice di intervento a cielo aperto. In tali casi tra le diagnosi secondarie deve essere riportato:

- il codice V64.41 “Intervento chirurgico per via laparoscopica convertito in intervento a cielo aperto” ovvero
- il codice V64.42 “Intervento chirurgico per via toracoscopica convertito in intervento a cielo aperto” ovvero
- il codice V64.43 “Intervento chirurgico per via artroscopica convertito in intervento a cielo aperto”.

L. G.34. 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, od anche se viene effettuata su organi diversi da quello cui è rivolto l’intervento principale.

Per le biopsie chiuse è possibile in molti casi utilizzare un codice combinato che individui sia la biopsia, sia l’approccio utilizzato.

Nelle situazioni, tuttavia, nelle quali non si disponga di un codice combinato, si osservino le seguenti regole:

- a) 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;
- b) quando si tratti di una biopsia effettuata mediante “brush” o mediante aspirazione, è necessario utilizzare il codice della corrispondente biopsia chiusa;
- c) 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.

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.

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

L. G.35.

Paziente che esegue un intervento/procedura con assistenza anestesiologicala (stand-by anestesiologicalo senza ventilazione meccanica)

Nel manuale di classificazione ICD-9-CM non esiste un codice per la procedura di sedazione profonda con assistenza anestesiologicala. Va precisato, inoltre, che nell’elenco sistematico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche (nelle note di esclusione relative al codice 03.91), viene espressamente indicato di omettere il codice nel caso in cui l’anestesia sia effettuata per intervento.

La sedazione in un intervento chirurgico, quindi, non va segnalata nella Scheda di Dimissione Ospedaliera, dato che è già compresa nell’insieme delle prestazioni previste per l’intervento.

Capitolo I - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (001 - 139)

L. G. 1. 1.

Regole di codifica generali

Per classificare correttamente le malattie infettive è necessaria una dettagliata ricerca nell'indice alfabetico: in alcune situazioni è sufficiente un solo codice per indicare la patologia in questione; altre volte, invece, per individuare sia la patologia sia il germe responsabile, sono necessari più codici.

Si precisa, inoltre, che occorre riportare nella compilazione dei campi corrispondenti alle diagnosi anche gli zeri presenti prima della cifra significativa, ad esempio la febbre tifoide ha il codice 002._.

L. G. 1. 2.

Stato di portatore o portatore sospetto di malattie infettive

La condizione di portatore o portatore sospetto di malattie infettive specificate potrà essere segnalata, in diagnosi secondaria, utilizzando il codice appropriato della categoria V02._ "Portatore o portatore sospetto di malattie infettive".

L. G. 1. 3.

Infezioni da HIV

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

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

In linea generale, occorre codificare in diagnosi principale l'infezione da HIV nei seguenti casi:

- a) ricovero diagnostico
- b) ricovero esitato in decesso a causa della patologia stessa
- c) ricovero con intervento chirurgico
- d) ricovero per la ristadiatione della malattia, con la necessità di eseguire procedure diagnostiche strettamente correlate alla patologia, erogabili, per la loro intrinseca complessità, solo in ricovero ordinario.

Nei rimanenti casi valutare la possibilità/congruità (relativamente all'uso di risorse impiegate) di codificare in diagnosi principale la manifestazione correlata all'HIV, riportando tra le diagnosi secondarie l'infezione da HIV. Esempio: Paziente affetto da AIDS e polmonite da *Pneumocystis carinii*:

- Diagnosi principale: codice 136.3 "Pneumocistosi" +
- Diagnosi secondaria: codice 042 "Infezione da virus della immunodeficienza umana".

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

Il contatto o l'esposizione al virus dell'immunodeficienza umana va descritto con il codice V01.79 "Contatto con o esposizione ad altre malattie virali"; si precisa che tale codice non va utilizzato in diagnosi principale.

I trattamenti con farmaci antiretrovirali si descrivono con il codice di procedura 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche".

L. G. 1. 4.

Setticemia, SIRS e sepsi

I termini "setticemia" e "sepsi" non sono sinonimi ed individuano gravi condizioni cliniche:

- la septicemia è una patologia sistemica dovuta alla presenza nel sangue di microrganismi patogeni o tossine: è individuata con il codice 038._;
- la SIRS è una sindrome da risposta infiammatoria sistemica, dovuta a infezione, ma anche a trauma/ustione o ad altro danno (es. neoplasia o pancreatite): è individuata con il codice 995.9_;
- la sepsi è una SIRS dovuta ad infezione: è individuata con il codice 995.91. La sepsi severa è una sepsi associata ad insufficienza acuta d'organo: è individuata con il codice 995.92..

In particolare, **nel caso di septicemia e di SIRS codificare prima la patologia di base**: ad esempio: infezione (codice 038._, codice 112.5, etc) o trauma, seguita dalla sottocategoria 995.9_.

La codifica della **sepsi severa** richiede l'uso di codici aggiuntivi per l'insufficienza acuta d'organo; se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il codice 995.92.

Quando SIRS, sepsi o sepsi severa sono associate a infezione localizzata, ad esempio polmonite o cellulite, questa deve essere codificata con codici aggiuntivi.

In caso di ricovero per septicemia, devono essere utilizzati:

- i codici della categoria 038 per le forme batteriche,
- i codici delle categorie da 050 a 057 per le forme virali,
- i codici delle categorie da 110 a 118 per le forme micotiche.

Per individuare la sola batteriemia (emocoltura positiva) utilizzare il codice 790.7 "Batteriemia non specificata" e selezionare anche un codice aggiuntivo per identificare il batterio (categoria 041).

La septicemia post-operatoria è individuata dal codice 995.59 "Altra infezione postoperatoria", congiuntamente ad un codice aggiuntivo per indicare il tipo di septicemia.

La septicemia successiva ad infezioni, trasfusioni o vaccinazioni è individuata dal codice 999.3 "Altre infezioni da cure mediche non classificate altrove".

La septicemia del neonato è individuata dal codice 771.81 "Setticemia (sepsi) del neonato".

La septicemia nel corso del travaglio di parto è individuata dal codice 659.3_.

La septicemia complicante l'aborto è individuata dai codici da 634 a 638 con quarta cifra 0 oppure dal codice 639.0_ se la septicemia è stata responsabile di un nuovo episodio di cura medica mentre l'aborto è stato trattato in un ricovero precedente.

La septicemia successiva a gravidanza ectopica o molare è individuata dal codice 639.0_ se la septicemia è stata responsabile di un nuovo episodio di ricovero (la gravidanza ectopica o molare sono state prese in considerazione in un ricovero precedente) oppure se la septicemia è immediata complicazione ma non identificabile da alcun codice compreso da 630 a 633._.

La septicemia post-partum, puerperale è individuata dal codice 670._.

L. G. 1. 5.
Shock settico

Per lo shock settico va utilizzato il codice 785.52 "Shock settico".

La condizione di shock settico è spesso una componente della setticemia: nel caso in cui si documenti la setticemia o la sepsi generalizzata con shock settico, si utilizza in diagnosi principale il codice 038._ e in diagnosi secondaria il codice 785.52.

L. G. 1. 6.
Sindrome dello shock tossico

La sindrome dello shock tossico è individuata dal codice 040.82 "Sindrome dello shock tossico".

L. G. 1. 7.
**Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata
(041 batteriche e 079 da virus e Chlamydiae)**

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

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

L. G. 1. 8.
Epatite virale

Le epatiti virali da virus A, B, C, E sono raggruppate nella categoria 070.

La quarta e la quinta cifra identificano il fattore eziologico, l'eventuale sovrapposizione delta, le condizioni cliniche (acuta/cronica) e la presenza eventuale di coma epatico.

In tutti i casi in cui si evidenzia una positività sierologia verso i virus epatitici e, nel corso del ricovero, non viene erogato uno specifico trattamento diagnostico-terapeutico, va segnalata in diagnosi secondaria la sola condizione di positività impiegando i codici V02.6_.

Per le epatiti causate da altri agenti infettivi si può impiegare un solo codice descrittivo sia dell'etiologia che del danno epatico, mentre nei restanti casi viene codificata in diagnosi principale la malattia di base ed in diagnosi secondaria l'epatite. Esempi:

- per codificare l'epatite in toxoplasmosi utilizzare il codice 130.5 "Epatite da Toxoplasmosi",
- per codificare l'epatite in mononucleosi infettiva utilizzare in diagnosi principale il codice 075 "Mononucleosi infettiva" e in diagnosi secondaria il codice 573.1 "Epatite in malattie virali classificate altrove".

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".

L. G. 1. 9.
Tubercolosi

Si pone l'indicazione di prestare attenzione alle categorie 010 - 018 "Tubercolosi".

La terza e la quarta cifra indicano rispettivamente la sede e il tipo; la quinta cifra descrive la diagnostica utilizzata. Esempio: codice 011.13 “Tubercolosi del polmone nodulare, esame microscopico dell’espettorato positivo”.

L. G. 1. 10 **Infezione Gonococcica**

Si pone l’indicazione di prestare attenzione alla categoria 098 “Infezione gonococcica” dove la quinta cifra può specificare il sesso.

L. G. 1.11 **Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci**

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.

L. G. 1.12. **Spondilodiscite**

• Spontanea

- Diagnosi principale: codice 722.9_ “Altre e non specificate patologie del disco”; la quinta cifra identifica la sede +
- Diagnosi secondaria: codice 041.1_ “Infezione stafilococcica in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata”; riportare il codice di infezione da stafilococco, se presente.

• TBC della colonna vertebrale

- Diagnosi principale: codice 722.9_ “Altre e non specificate patologie del disco” +
- Diagnosi secondaria: codice 015.0_ “Tubercolosi della colonna vertebrale”.

• Post-operatoria

- Diagnosi principale: codice 998.59 “Altra infezione post-operatoria” +
- Diagnosi secondaria: codice 722.9_ “Altre e non specificate patologie del disco”.

L. G. 1.13. **Postumi delle malattie infettive e parassitarie**

I postumi delle malattie infettive e parassitarie sono raggruppati nelle categorie 137 “Postumi della tubercolosi”, 138 “Postumi della poliomielite acuta” e 139 “Postumi di altre malattie infettive e parassitarie”.

E’ bene ricordare che per codificare i postumi sono necessari due codici: uno relativo alla condizione residua o alla natura del postumo; l’altro relativo alla causa del postumo.

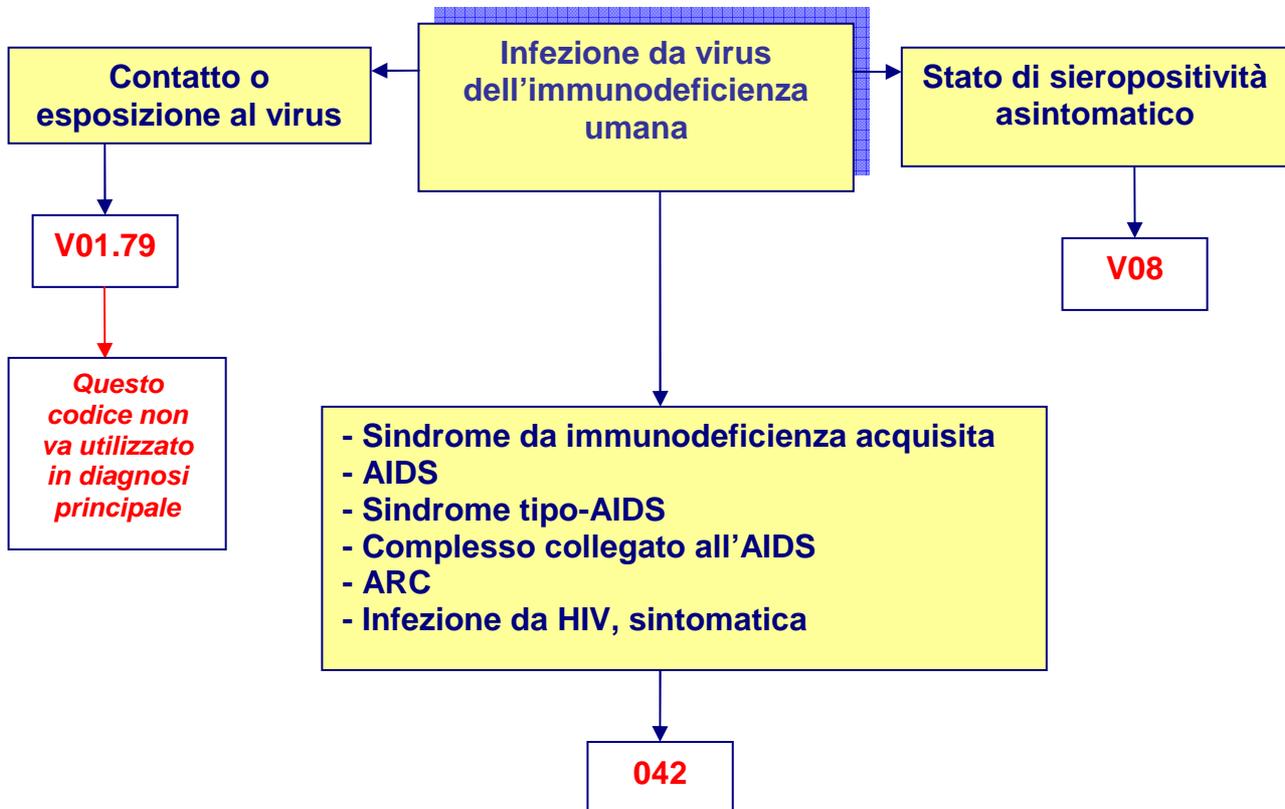
NOTA

Per “Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio” e “Infezioni specifiche del periodo perinatale”, consultare le regole di codifica negli specifici capitoli.

MALATTIE INFETTIVE

Prospetti riepilogativi di codifica della SDO

INFEZIONE DA VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA



NOTE

In linea generale, si pone l'indicazione di codificare in diagnosi principale l'infezione da HIV solo nei seguenti casi:

- ricovero diagnostico,
- ricovero esitato in decesso a causa della patologia stessa,
- ricovero con intervento chirurgico,
- ricovero per la ristadiatione della malattia, con la necessità di eseguire procedure diagnostiche strettamente correlate alla patologia, erogabili, per la loro intrinseca complessità, solo in ricovero ordinario.

Nei rimanenti casi valutare la possibilità/congruità (relativamente all'uso di risorse impiegate) di codificare in diagnosi principale la manifestazione correlata all'HIV, riportando tra le diagnosi secondarie l'infezione da HIV.

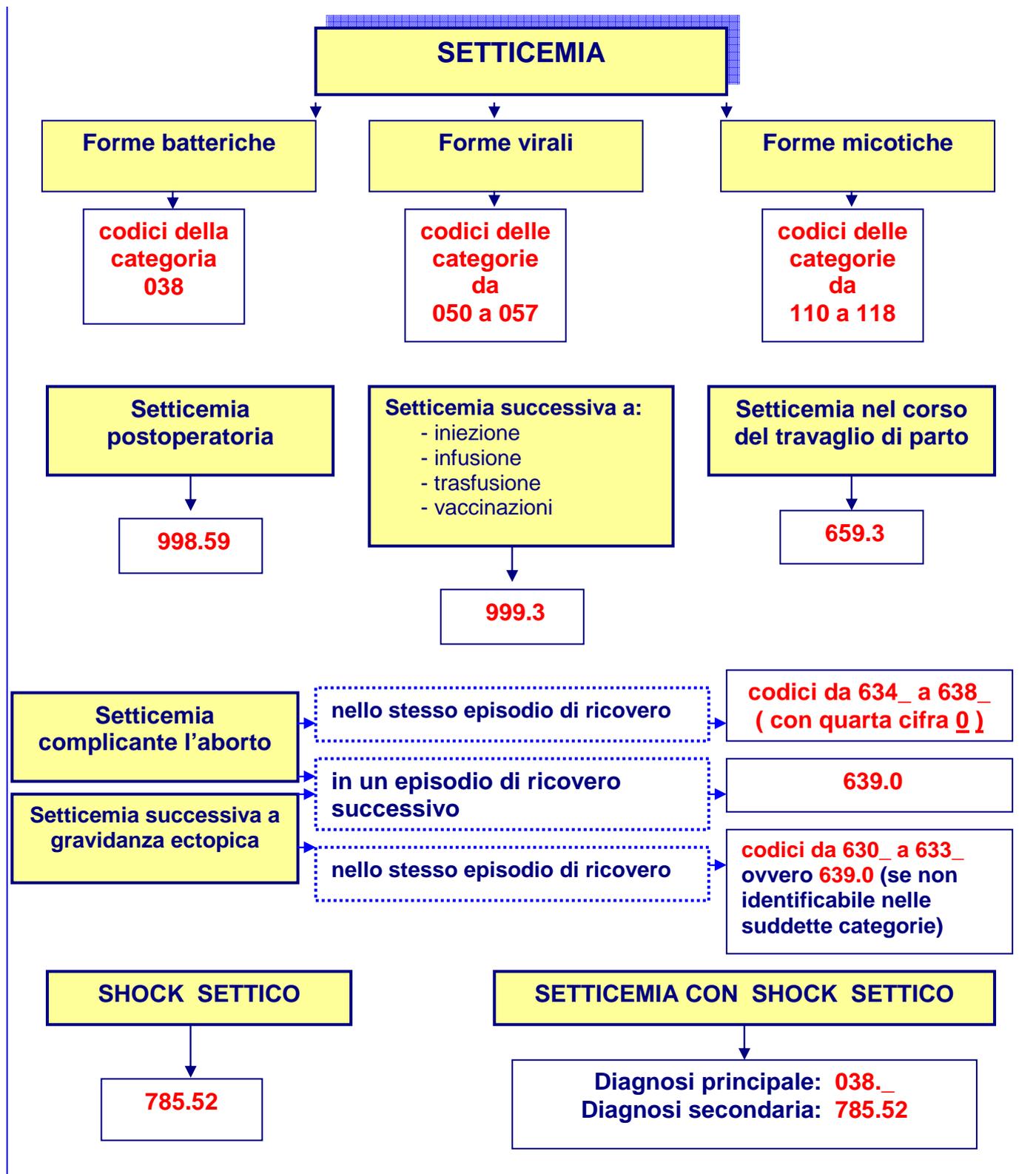
Nel caso di pazienti con HIV ricoverate per gravidanza, parto e puerperio, in diagnosi principale occorre utilizzare il codice 647._6 "Altre malattie virali" e in diagnosi secondaria il codice 042 per la paziente con HIV sintomatico o il codice V08 per la paziente sieropositiva asintomatica.

La setticemia è una patologia sistemica dovuta alla presenza nel sangue di microrganismi patogeni o tossine: è individuata con il codice 038._.

La SIRS è una sindrome da risposta infiammatoria sistemica, dovuta a infezione, ma anche a trauma/ustione o ad altro danno (es. neoplasia o pancreatite): è individuata con il codice 995.9_.

La sepsi è una SIRS dovuta ad infezione: è individuata con il codice 995.91.

La sepsi severa è una sepsi associata ad insufficienza acuta d'organo: è individuata con il codice 995.92.



Capitolo II - TUMORI (140 - 239)

L. G. 2. 1.

Regole di codifica generali

Per una corretta codifica delle malattie oncologiche è indispensabile la consultazione della tavola sinottica presente nella parte alfabetica del manuale ICD-9-CM versione 2007 alla voce “neoplasia”, per la rapida ricerca del termine, verificando poi l’accuratezza del codice selezionato nella parte sistematica.

La codifica dei tumori è principalmente rivolta alla identificazione topografica della malattia. In questa versione della classificazione sono stati introdotti alcuni codici che consentono di definire lo stato dei recettori per gli estrogeni (V86._).

I tumori sono classificati in :

- **Tumori Maligni Primitivi:**
 - a) di sedi di origine specificate (140 - 195); si precisa che, per quasi tutte queste categorie, quando il tumore primitivo interessa più sedi dello stesso organo e non è possibile identificare il punto di origine, si deve utilizzare la quarta cifra 8.
 - b) tumori degli organi emopoietici (200 - 208);
- **Tumori Maligni Secondari :**
 - a) di sede specificata (196 - 198),
 - b) senza indicazione della sede di origine primitiva (199);
- **Tumori Maligni in Situ** (230 - 234): in queste categorie sono incluse anche le lesioni, es. polipi adenomatosi del colon e dell’apparato genito-urinario, con displasia epiteliale di grado grave o severo;
- **Tumori Benigni** (210 - 229), in cui sono comprese le lesioni di cui al punto 3), ma con displasia epiteliale di grado lieve;
- **Tumori di Comportamento Incerto** (235 - 238): i codici di queste categorie devono essere utilizzati per le neoplasie ben localizzate per sede anatomica, di cui non è prevedibile, al momento della diagnosi istologica, il successivo comportamento clinico (es. polipi del colon con moderate atipie citologiche e architetturiche, adenomi villosi del colon).
Rientrano in questo capitolo anche i tumori di comportamento incerto della policitemia vera (codice 238.4), la trombocitemia essenziale (codice 238.71), la sindrome mielodisplastica con lesioni a basso grado (codice 238.72), la sindrome mielodisplastica con lesioni ad alto grado (codice 238.73), la sindrome mielodisplastica con delezione 5q (codice 238.74), la sindrome mielodisplastica non specificata (codice 238.75), la mielofibrosi con metaplasia mieloide (codice 238.76);
- **Tumori di Natura Non Specificata** (239): i codici di questa categoria devono essere utilizzati nei casi in cui non si conosca la forma istologica della neoplasia (es. neoformazione polmonare con quadro radiografico compatibile per neoplasia maligna, ma con biopsie endobronchiali negative).

L. G. 2. 2.
Tumori degli organi emopoietici**1. Malattia di Hodgkin (201)**

Con il 4° cifra si identificano le condizioni clini che corrispondenti ai sierotipi istologici riconosciuti. Pertanto non vanno usate, perché obsolete, le codifiche:

- 201.0_ “paragranuloma di Hodgkin”,
- 201.1_ “granuloma di Hodgkin”,
- 201.2_ “sarcoma di Hodgkin”.

Il codice 201.9_ “malattia di Hodgkin, non specificata”, va utilizzata solo nei rari casi in cui sia incerta o non conosciuta la natura istologica della malattia.

Le forme a “predominanza linfocitaria nodulare” devono essere classificate nell’ambito della sottocategoria 201.4_ “predominanza linfocitico-istiocitica”.

La 5° cifra permette di definire l’estensione anatomico o localizzazione della malattia (stadiazione o ristadiazione), anche se in modo non aderente alla classificazione in stadi secondo Ann Arbor (1971) e successive modificazioni (Cotswolds).

In caso di:

- a) localizzazione latero-cervicale ed ascellare (2° stadio), si utilizzerà la quinta cifra 8 “linfonodi di siti multipli”, riferita ad almeno 2 localizzazioni linfonodali;
- b) localizzazione latero-cervicale bilaterale (2° stadio) o latero-cervicale monolaterale (1° stadio), si utilizzerà sempre la quinta cifra 1 “linfonodi della testa e del collo”;
- c) esclusiva localizzazione splenica (1° stadio) si utilizzerà la quinta cifra 7 “milza”;
- d) malattia al 3° stadio si utilizzerà la quinta cifra 8;
- e) al 4° stadio si utilizzerà la quinta cifra 0 “sito non specificato, organi solidi o siti extranodali”.

2. Linfomi non Hodgkin (200 e 202)

La classificazione ICD-9-CM non rispecchia la classificazione REAL-WHO.

Per il significato della 5° cifra vale quanto detto per il linfoma di Hodgkin.

Si utilizzano per la codifica:

- a) uno dei codici della sottocategoria 200.0_ “reticulosarcoma” per definire il linfoma a grandi cellule B, il linfoma a grandi cellule T, il linfoma anaplastico, il linfoma mediastinico B, la sindrome di Richter;
- b) uno dei codici della sottocategoria 200.1_ “linfosarcoma” per definire il linfoma linfoblastico a cellule T, il linfoma linfoblastico a cellule B, il linfoma linfocitico B, il linfoma mantellare B, il linfoma a cellule B della zona marginale distinto nelle forme: extranodale (in cui sono compresi i linfomi gastroenterici o maltomi) nodale, splenico, splenico con linfociti villosi;
- c) i codici specifici:
 - 200.2_ “Linfoma o tumore di Burkitt” per il linfoma di Burkitt,
 - 200.8_ “Altre varianti” per il linfoma linfoplasmocitico e immunoblastico,
 - 202.0_ “Linfoma nodulare” per il linfoma centrollicolare,
 - 202.1_ “Micosi fungoide” per la micosi fungoide,
 - 202.2_ “Malattia di Sézary per la sindrome di Sézary,
 - 202.8_ “Altri linfomi” per il linfoma a grandi cellule BCL2 + (linfoma centrollicolare evoluto in diffuso),
 - 207.8_ “Altre leucemie specifiche” per qualunque linfoma leucemizzato.

3. Leucemie acute non linfoidi

In base al fenotipo FAB si utilizzano i seguenti codici:

- 208.0_ “Leucemia a tipo cellulare non specificato, acuta” per il fenotipo M0,
- 205.0_ “Leucemia mieloide, acuta” per i fenotipi M1, M2, M3, M4, M7,
- 206.0_ “Leucemia monocitica acuta” per il fenotipo M5,
- 207.0_ “Eritremia acuta” per il fenotipo M6.

In base alla presenza o meno di remissione si aggiungerà, come quinta cifra 0 (senza menzione di remissione) oppure 1 (in remissione), modalità da rispettare per tutti i codici di leucemia e mieloma.

4. Leucemie linfoidi

La leucemia acuta linfoide, nelle sue varianti L1, L2, L3, si definisce nell'ambito della sottocategoria 204.0 (leucemia linfoide, acuta).

La leucemia linfatica cronica si definisce nell'ambito della sottocategoria 204.1 (leucemia linfoide, cronica).

E' opportuno non utilizzare le sottocategorie 204.2 “leucemia linfoide, subacuta”, 204.9 “leucemia linfoide, non specificata” e 204.8 “altre leucemie linfatiche” perché aspecifiche.

La meningosi leucemica va codificata con il codice 198.4 “tumori maligni secondari di altre parti del sistema nervoso”.

La somministrazione intratecale di farmaci citostatici va codificata con il codice di procedura 03.8 “iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale” associato al codice 99.25 “iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore”.

5. Leucemia mieloide cronica

Si utilizza il seguente codice: 205.1_ “leucemia mieloide, cronica” anche per le forme in fase accelerata e per quelle blastiche mieloidi.

E' opportuno non utilizzare i seguenti codici: 208.1_ “leucemia a tipo cellulare non specificata, cronica”, 208.2_ “leucemia a tipo cellulare non specificato, subacuta”, 208.8_ “altre leucemie acute a tipo cellulare non specificato”, 208.9_ “leucemia non specificata”.

6. Mieloma multiplo e patologie correlate

Si utilizzano i seguenti codici:

- 203.0_ per il mieloma multiplo,
- 203.1_ per la leucemia plasmacellulare,
- 203.8_ “Altre neoplasie immunoproliferative”, per la sindrome da deposizione di catene leggere e per la malattia da catene pesanti,
- 273.3 “Macroglobulinemia” per la malattia di Waldenstrom,
- 273.1 “Paraproteinemia monoclonale” per la MGUS.

L'amiloidosi, se associata al mieloma, va descritta in diagnosi secondaria con un codice della sottocategoria 277.3_.

Parimenti, in presenza di altre patologie associate, aggiungere uno o più dei seguenti codici:

- 425.7 “Cardiomiopatie nutritive e metaboliche”,
- 583.81 “Nefrite e nefropatie, non specificate come acute o croniche, in malattie classificate altrove”,
- 357.4 “Polineuropatia in altre malattie classificate altrove”.

L. G. 2. 3.
Neoplasia in diagnosi principale

In linea generale la neoplasia va indicata come diagnosi principale nei seguenti casi:

- Ricovero diagnostico nel caso in cui la diagnosi di neoplasia venga posta per la prima volta, (a seguito di indagini specifiche che comprendono in genere anche la stadiazione della malattia).
- Ricovero finalizzato ad eseguire l'intervento chirurgico specifico per il trattamento della neoplasia.
- Ricovero per effettuare stadiazione o ristadiazione della malattia nei casi in cui ci sia la necessità di eseguire procedure diagnostiche invasive strettamente correlate alla patologia, erogabili, per la loro intrinseca complessità, solo in regime di ricovero (ordinario o D.H.).
- La stadiazione si esegue una sola volta, dopo che la diagnosi di neoplasia è stata posta.
- La ristadiazione si esegue ai fini della valutazione dell'efficacia terapeutica dopo un trattamento.
- Ricovero elettivo per eseguire esclusivamente prestazioni chemioembolizzazione, alcolizzazione, termoablazione.

L. G. 2. 4.
Osservazione per sospetto di tumore maligno

Se il paziente viene ricoverato per sospetto di tumore maligno e le indagini effettuate non consentono di giungere ad una diagnosi, va utilizzato in diagnosi principale il codice V71.1 "Osservazione per sospetto di tumore maligno".

L. G. 2. 5.
Incertezza sul tumore maligno primitivo o secondario

Qualora gli esami diagnostici effettuati non consentono di stabilire con certezza la natura primitiva o secondaria del tumore maligno, bisogna codificare come segue:

- a) in caso di riscontro di **neoplasia epatica** si utilizza il codice di diagnosi 155.2 "Tumori maligni del fegato, non specificati se primitivi o secondari";
- b) in caso di riscontro di **neoplasia in altre sedi**, si assume che la lesione sia primitiva, per cui si utilizzano i codici che descrivono la neoplasia primitiva.

L. G. 2. 6.
Paziente oncologico in stato cachettico

In questo caso si utilizza unicamente il codice di diagnosi 199.1 "Altri tumori maligni senza indicazione della sede", corrispondente alla voce cachessia neoplastica presente nell'elenco alfabetico del manuale ICD-9-CM.

L. G. 2. 7.
Chemioterapia

In caso di ricovero per eseguire esclusivamente chemioterapia citostatica, la codifica è la seguente:

- V58.11 “Chemioterapia antineoplastica”, come diagnosi principale
- il codice della neoplasia, come diagnosi secondaria
- il codice di procedura 99.25 “Infusione e iniezione di sostanze chemioterapiche per tumore”.

Il codice V58.11 “Chemioterapia antineoplastica” va utilizzato, in diagnosi principale, anche nei casi di chemioterapia intracavitaria (peritoneale, intrapleurica, intravescicale, intrarachidea), aggiungendo il codice della neoplasia (primitiva o secondaria) oggetto del trattamento + i relativi codici di procedura.

Eventuali sintomi che insorgono durante il ricovero (es. nausea, vomito, disidratazione) non vanno codificati in diagnosi secondaria.

Nel caso che la chemioterapia sia praticata contestualmente alla ristadiatione della malattia, va utilizzato in diagnosi principale il codice della neoplasia.

L. G. 2.8.

Chemioterapia endovescicale

Utilizzare il codice di:

- diagnosi principale V58.11 “Chemioterapia antineoplastica” ovvero il codice V58.12 “Immunoterapia antineoplastica”
- diagnosi secondaria 188._ “Tumore maligno della vescica”
- procedura 96.49 “Altra instillazione genito-urinaria”
- 99.25 “Infusione e iniezione di sostanze chemioterapiche per tumore”.

L. G. 2.9.

Immunoterapia antineoplastica

In caso di ricovero per effettuare immunoterapia antineoplastica (interferone, interleuchina, BCG, anticorpi monoclonali ecc.), deve essere indicato:

- il codice di diagnosi principale V58.12 “Immunoterapia antineoplastica”
- il codice di procedura 99.28 “Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica come agenti antineoplastici”.

Qualora sia utilizzata interleuchina ad alte dosi utilizzare il codice di procedura 00.15 “Infusione di Interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2)”.

L. G. 2.10.

Somministrazione endovenosa di difosfonati o farmaci similari

Il ricovero di pazienti con metastasi ossee, trattati con infusione di difosfonati o farmaci similari, va descritto riportando:

- diagnosi principale il codice V58.11 “Chemioterapia antineoplastica” +
- diagnosi secondaria il codice 198.5 “Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo” +

- procedura codice 99.29 “Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche”.

L. G. 2.11. **Metodica “stop flow”**

È una metodica utilizzata per l’infusione loco-regionale di chemioterapico, che prevede l’incisione dell’arteria e della vena femorale e l’attivazione della circolazione extracorporea.

I campi destinati alla diagnosi vanno compilati come nel ricovero per chemioterapia. Occorre indicare i seguenti codici di procedura: codice 38.08 “Incisione di arterie dell’arto inferiore” + codice 38.91 “Cateterismo arterioso” + Codice 99.25 “Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove” + codice 39.97 “Altra perfusione”.

L. G. 2.12. **Trattamento di tumore epatico**

In caso di ricovero per trattamento di embolizzazione, chemioembolizzazione, alcolizzazione o termoablazione di lesione epatica bisogna indicare come diagnosi principale il tumore primitivo o secondario del fegato.

Per la codifica delle procedure si deve indicare:

- per la **embolizzazione**: codice 99.29 “Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche” + codice 38.91 “Cateterismo arterioso”;
- per la **chemioembolizzazione**: codice 99.25 “Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove” + codice 38.91 “Cateterismo arterioso”;
- per l’**alcolizzazione**: codice 99.29 “Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche” + codice 50.94 “Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato”;
- per la **termoablazione** (percutanea con radiofrequenza): codice 50.24 “Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatici” + codice 99.85 “Ipertermia per il trattamento di tumore”.

L. G. 2.13. **Radioterapia**

Utilizzare:

- come diagnosi principale il codice V58.0 “Sessione di radioterapia”,
- come diagnosi secondaria il codice della neoplasia,
- come procedura il codice 92.2_ “Radiologia terapeutica”.

L. G. 2.14. **Brachiterapia**

Utilizzare:

- come diagnosi principale il codice V58.0 “Sessione di radioterapia”, malgrado nel Manuale ICD-9-CM vi sia una diversa indicazione,
- come diagnosi secondaria il codice della neoplasia,

- come procedure il codice 92.20 “Infusione di radioisotopi per brachiterapia” ovvero il codice 92.27 “Impianto o inserzione di elementi radioattivi” + codice 83.09 “Altra incisione dei tessuti molli”.

L. G. 2.15.**Terapia radiometabolica**

Utilizzare:

- come diagnosi principale il codice V58.0 “Sessione di radioterapia”, malgrado nel Manuale ICD-9-CM vi sia una diversa indicazione,
- come diagnosi secondaria il codice della neoplasia,
- come procedure il codice 92.28 “Iniezione o instillazione di radioisotopi” oppure il codice 92.29 “Altre procedure radioterapeutiche”.

L. G. 2.16.**Terapia chirurgica di una neoplasia**

- Se l'intervento chirurgico è finalizzato all'asportazione della neoplasia primitiva, quest'ultima deve essere indicata come diagnosi principale.
- Se l'intervento è finalizzato all'asportazione della sola neoplasia secondaria, quest'ultima va indicata come diagnosi principale e in diagnosi secondaria utilizzare il codice V10._ (se la neoplasia primitiva non sia presente o non influenzi il ricovero).
- Se l'intervento è finalizzato all'asportazione della lesione primitiva e secondaria, il tumore primitivo va indicato come diagnosi principale e la sede metastatica come diagnosi secondaria.
- Se nel corso dello stesso ricovero si esegue sia l'intervento chirurgico che la chemioterapia e/o la radioterapia, bisogna indicare in prima diagnosi il codice della neoplasia.

L. G. 2.17.**Ricovero finalizzato al confezionamento o alla rimozione di dispositivo di accesso vascolare “port a cath” o di pompa di infusione**

In caso di ricovero finalizzato al confezionamento o alla rimozione di dispositivo di accesso vascolare, indicare:

- diagnosi principale il codice V58.81 “Collocazione e sistemazione di catetere vascolare”,
- diagnosi secondaria il codice della neoplasia oggetto del trattamento,
- come procedura di **impianto** il codice 86.07 “Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile”, oppure il codice 86.06 “Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile”;
- **come procedura di rimozione** il codice 86.05 “Incisione o rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo”, ovvero, nel caso di rimozione di pompa di infusione il codice 97.89 “Rimozione di altri dispositivi terapeutici”.

Se nel corso dello stesso ricovero si esegue anche la chemioterapia, indicare:

- in diagnosi principale il codice V58.1_ “Chemioterapia o immunoterapia antineoplastica”
- tra le diagnosi secondarie il codice V58.81 “Collocazione e sistemazione di catetere vascolare” e il codice della neoplasia

- come procedura il codice 86.07 "Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile", oppure il codice 86.06 "Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile", ovvero il codice 86.05 "Incisione o rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo", **+ in ogni caso** il codice 99.25 "Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore".

L. G. 2.18.**Ricovero per asportazione di linfonodo "sentinella"**

L'asportazione del linfonodo "sentinella" dovrebbe avvenire contestualmente all'intervento di mastectomia.

Tuttavia, nel caso si sia provveduto all'asportazione del solo linfonodo "sentinella", indicare come diagnosi principale il codice 196.3 "Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi dell'ascella", in caso di riscontro anatomopatologico positivo; oppure il codice V10.3 "Anamnesi personale di tumore maligno della mammella" in caso di riscontro anatomopatologico negativo.

In ogni caso, utilizzare:

- il codice di intervento 40.23 "Asportazione di linfonodi ascellari", raccomandato per indicare ogni tipo di dissezione ascellare parziale (di 1° e 2° livello) **+**
- il codice 92.16 "Scintigrafia del sistema linfatico" per descrivere la fase scintigrafica della procedura del linfonodo sentinella.

L. G. 2.19.**Ricostruzione chirurgica della mammella in paziente mastectomizzata**

In caso di ricovero per ricostruzione chirurgica della mammella, in paziente precedentemente mastectomizzata, si indicano i seguenti codici:

- diagnosi principale: V52.4 "Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario" **+**
- V10.3 "Anamnesi personale di tumore maligno della mammella".

Tra le procedure indicare, a seconda dei casi, i codici 85.53 "Impianto di protesi monolaterale", 85.54 "Impianto di protesi bilaterale", 85.96 "Rimozione di espansore tessutale dalla mammella".

Se l'intervento ricostruttivo non prevede l'impianto di protesi (ad esempio ricostruzione del capezzolo), utilizzare:

- diagnosi principale il codice V51 "Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica" **+**
- diagnosi secondaria il codice V10.3 (Anamnesi personale di tumore maligno della mammella) **+**
- procedura 85.87 "Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo" **+** 86.69 "Altro innesto di cute su altre sedi", se effettuato.

L. G. 2.20.**Complicazioni protesi mammaria**

In caso di complicazioni di protesi mammaria impiantata vanno indicati:

- in diagnosi principale i codici 996.54 “Complicazioni meccaniche di protesi mammarie”, ovvero 996.69 “Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi impianti e innesti interni”, ovvero 996.79 “altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni” +
- il codice V10.3 “Anamnesi personale di tumore maligno della mammella” in diagnosi secondaria.

Negli spazi dedicati alle procedure, utilizzare, a seconda dei casi, i codici 85.93 “Revisione di protesi della mammella”, 85.94 “Rimozione di protesi della mammella”, 85.96 “Rimozione di espansore tessutale dalla mammella”.

L. G. 2. 21.

Follow up del paziente oncologico

Nel caso che il paziente oncologico, in remissione completa, esegua un controllo periodico in regime di ricovero, fatte salve le valutazioni di appropriatezza rispetto alla sede ambulatoriale, si possono verificare le seguenti possibilità:

- **follow-up negativo** per ripresa di malattia. In tal caso si utilizzano i codici della categoria V10._ “Anamnesi personale di tumore maligno”;
- **follow-up positivo per recidiva locale:** in tal caso si codifica in diagnosi principale la neoplasia primitiva;
- **follow-up positivo per estensione in zona contigua** o a distanza senza recidiva locale della neoplasia. In tal caso si codifica in diagnosi principale la metastasi e in diagnosi secondaria la progressa neoplasia con i codici della categoria V10._;
- **follow-up positivo per recidiva locale e metastasi:** il codice della neoplasia primitiva va indicato come diagnosi principale; il codice della metastasi come diagnosi secondaria.

L. G. 2.22.

Ricovero finalizzato esclusivamente al trattamento di una complicanza della neoplasia

Quando il ricovero è finalizzato soltanto al trattamento di una complicanza dovuta alla stessa neoplasia (esempio: anemia, neutropenia, pancitopenia, ascite, occlusione intestinale, versamento pleurico, ittero ostruttivo, insufficienza respiratoria, uropatia ostruttiva, scompenso cardiaco, sindrome mano-piede, ipercalcemia, ipersodiemia, disidratazione, ecc.) va indicato in diagnosi principale il codice della complicanza.

Quando il ricovero è finalizzato soltanto al trattamento di una complicanza dovuta al trattamento medico o chirurgico della neoplasia, va indicato in diagnosi principale un codice compreso tra 996 e 999 “Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove”, ovvero il codice 569.6_ “Complicazioni da colostomia ed enterostomia”.

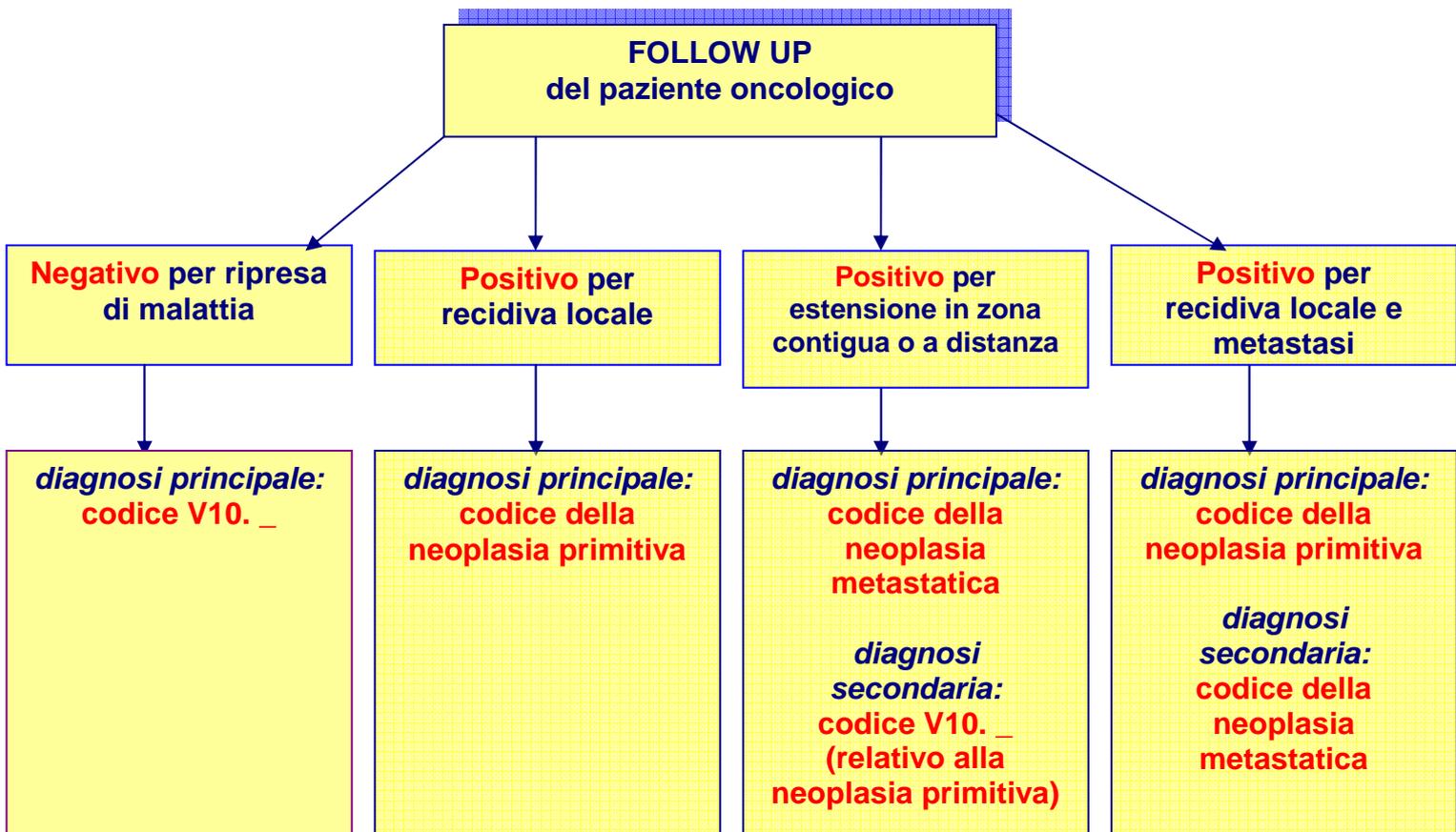
L. G. 2.23.

Ricovero per cure palliative

Il codice V66.7 “Cure palliative” va utilizzato come diagnosi principale per descrivere i ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative, mentre i ricoveri per la cura del dolore intrattabile, vanno descritti utilizzando il codice 338.3 “Dolore correlato a neoplasia (acuto) – (cronico)”.

TUMORI

Prospetti riepilogativi di codifica della SDO



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

L. G. 3. 1.

Specificità della codifica relativa al diabete

Nella codifica del diabete è indispensabile utilizzare sempre il codice a 5 cifre. La quarta cifra identifica la presenza di eventuali complicazioni associate:

Diabete senza complicanze

- codice 250.0_ “Diabete senza menzione di complicazione”,

Complicazioni metaboliche acute:

- codice 250.1_ “Diabete con chetoacidosi”,
- codice 250.2_ “Diabete con iperosmolarità”,
- codice 250.3_ “Diabete con altri tipi di coma”.

Complicazioni croniche o a lungo termine:

- codice 250.4_ “Diabete con complicazioni renali”,
- codice 250.5_ “Diabete con complicazioni oculari”,
- codice 250.6_ “Diabete con complicazioni neurologiche”,
- codice 250.7_ “Diabete con complicazioni circolatorie periferiche”,
- codice 250.8_ “Diabete con altre complicazioni specificate”.

Complicazioni non specificate:

- codice 250.9_ “Diabete con complicazioni non specificate”.

La quinta cifra indica il tipo di diabete (tipo I o tipo II) e la presenza o meno di scompenso metabolico. In particolare

- 0 indica il diabete tipo II, o non specificato, non definito se scompensato,
- 1 indica il diabete tipo I (giovanile), non definito se scompensato,
- 2 indica il diabete tipo II, o non specificato, scompensato,
- 3 indica il diabete tipo I (giovanile), scompensato.

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

Nel caso di diabete con complicazioni a lungo termine o croniche, va specificata in diagnosi principale, *con la quarta cifra*, la complicanza cronica o a lungo termine del diabete (250.4 - 250.8), mentre tra le diagnosi secondarie vanno riportati uno o più codici aggiuntivi per descrivere meglio il tipo di complicazioni rilevate. Ad esempio:

- **Diabete di tipo II**, scompensato, complicato da polineuropatia diabetica:
 - diagnosi principale: codice 250.62 “Diabete tipo II o non specificato, scompensato, con complicazioni neurologiche”
 - diagnosi secondaria: codice 357.2 “Polineuropatia diabetica”.

- **Amputazione di arto** con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica:
 - diagnosi principale: codice 250.7_ “Diabete con complicazioni circolatorie periferiche”
 - diagnosi secondaria: codice 443.81 “Angiopatia periferica”.

- **Paziente diabetico affetto da cataratta**
 - a) Nel caso della cataratta diabetica:
 - diagnosi principale: codice 250.5_ “Diabete con complicazioni oculari” +
 - diagnosi secondaria: codice 366.41 “Cataratta diabetica”.

 - b) Nel caso della **cataratta senile** in paziente diabetico, l’individuazione della corretta sequenza dei codici di diagnosi da segnalare segue le regole generali di selezione della diagnosi principale. Ad esempio nel caso di ricovero di paziente diabetico per asportazione della cataratta senile la corretta sequenza di codici è la seguente:
 - diagnosi principale: codice 366.1_ “Cataratta senile”
 - diagnosi secondaria: codice 250.0_ “Diabete senza menzione di complicazioni”.

- **Il trattamento terapeutico con insulina da lungo tempo** va segnalato con il codice aggiuntivo V58.67 “Uso a lungo termine (in corso) di insulina”.

- **Nel caso di diabete con molteplici complicazioni**, ciascuna di esse deve essere opportunamente codificata secondo le regole di selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie.

- Per la descrizione dei casi di diabete con complicazioni si raccomanda di individuare con accuratezza i corrispondenti codici **specifici (da 250.4_ a 250.8_)**, evitando l’uso improprio e generico del codice 250.00 “Diabete mellito di tipo II o non specificato, non definito se scompensato, senza menzione di complicazioni”.

- In applicazione delle regole generali di codifica della diagnosi principale, **il piede diabetico**:
 - **con predominanti manifestazioni neuropatiche**, comporta l’utilizzo in diagnosi principale del codice 250.6_ “Diabete con complicazioni neurologiche” + in diagnosi secondaria i codici 713.5 “Artropatia di Charcot”, 731.8 “Osteopatia in diabetico” e 707.1_ “Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito”;

 - **con predominanti manifestazioni vascolari**, comporta l’utilizzo in diagnosi principale del codice 250.7_ “Diabete con complicazioni circolatorie periferiche” + in diagnosi secondaria i codici 443.81 “Angiopatia diabetica”, 707.1_ “Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito” e 785.4 “Gangrena diabetica”.

- L’intervento di **rimozione di frammenti ossei** va descritto con il codice 80.88 “Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell’articolazione del piede e delle dita del piede”.
 - L’intervento di **necrosectomia per asportazione** va descritto con il codice 86.22 “Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione”.
 - L’intervento di **necrosectomia non asportativa** va descritto con il codice 86.28 “Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione”.La selezione dei codici di procedura 86.22 e 86.28 va effettuata secondo i criteri espressi al paragrafo L. G. 12. 8. di queste Linee Guida.

- Per “**Diabete gestazionale**”, “**Gravidanza in diabetica**”, e “**Nato da madre diabetica**”, consultare le regole di codifica negli specifici capitoli.

L. G. 3. 2.**Coma diabetico dovuto ad incidente terapeutico da insulina**

In caso di coma diabetico dovuto ad incidente terapeutico da insulina deve essere codificato in:

- diagnosi principale: codice 962.3 “Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici”
- diagnosi secondaria: codice 250.3_ “Diabete con altri tipi di coma”.

L. G. 3. 3.**Pompa di insulina**

Il codice di diagnosi V53.91 “Collocazione e sistemazione di pompa d’insulina” individua il ricorso di un paziente alla struttura sanitaria per essere sottoposto a detta procedura.

Può essere associato al codice V65.46 “Addestramento all’uso di pompa insulinica” per indicare la formazione del paziente all’uso del dispositivo citato.

Il codice V45.85 “Presenza di pompa insulinica” descrive la caratteristica del paziente portatore di tale dispositivo.

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

L. G. 3. 4.**Interventi per obesità**

Gli interventi per obesità vanno codificati utilizzando come diagnosi principale il codice 278.01 “Obesità grave” e selezionando tra le diagnosi secondarie uno dei codici V85._ che individuano l’indice di massa corporea.

Si segnala di seguito la codifica di alcuni interventi:

Intervento di diversione biliopancreatica (BPD)

- codice 43.81 “Gastrectomia parziale con trasposizione digiunale” +
- codice 45.91 “Anastomosi intestinale tenue-tenue” + codice 51.22 “Colecistectomia”.

Intervento di gastroplastica verticale per via laparoscopica

- codice 44.68 “Gastroplastica laparoscopica”.
Codificare anche l’eventuale sincrona gastroenterostomia laparoscopica utilizzando il codice 44.38 “Gastroenterostomia laparoscopica”.

Intervento di banding gastrico:

- codice 44.95 “Procedura laparoscopica di restrizione gastrica”.

Intervento per via endoscopica: inserimento di pallone bariatrico intragastrico

- codice 44.93 “Inserzione di bolla gastrica (palloncino)”.

L. G. 3. 5.**Rimozione di palloncino gastrico**

Nel caso di ricovero per rimozione di palloncino gastrico in paziente obeso, va riportato:

- diagnosi principale il codice V53.99 “Collocazione e sistemazione altro dispositivo” +

- diagnosi secondaria il codice 278.01 “Obesità grave” +
- come intervento principale va inserito il codice 44.94 “Rimozione di bolla gastrica (palloncino)”.

MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE

Prospetti riepilogativi di codifica della SDO

DIABETE MELLITO

250. _ _

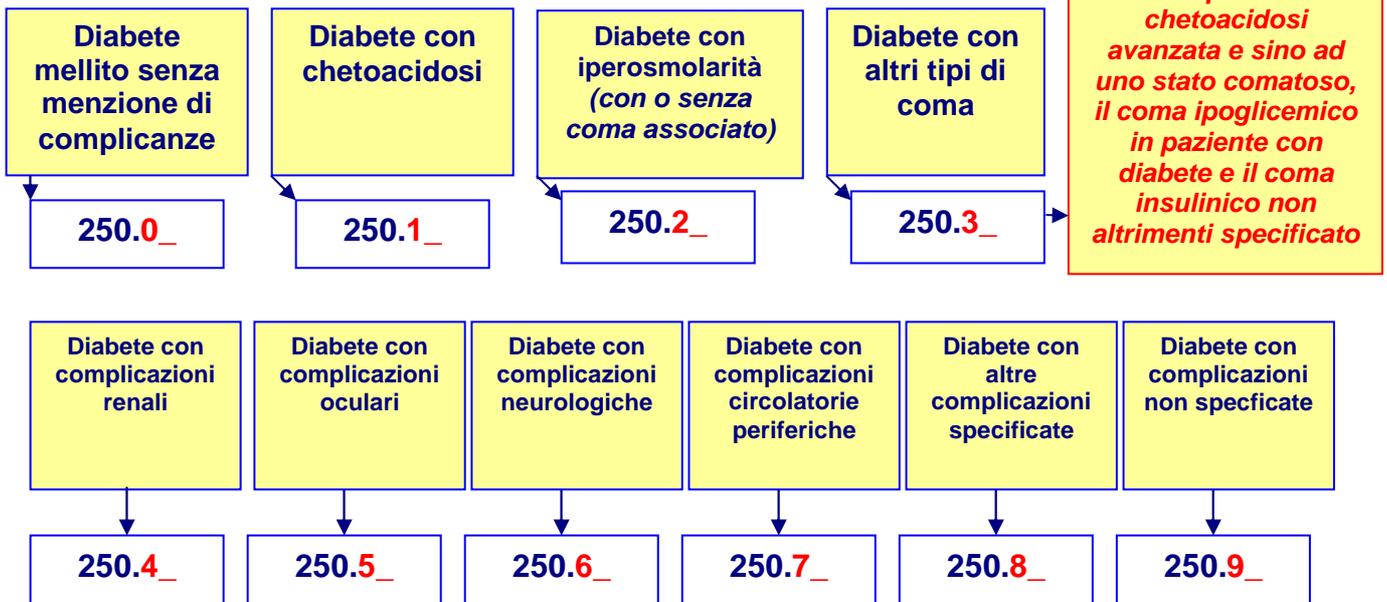
La quarta cifra indica l'eventuale presenza di complicazioni associate.

Sia al diabete mellito tipo I (giovanile) che al diabete mellito tipo II possono associarsi complicazioni che evolvono:

- in disordini metabolici acuti (classificate con la quarta cifra da 250.1_ a 250.3_) o
- a lungo termine (classificate con la quarta cifra da 250.4_ a 250.9_).

La quinta cifra indica il tipo di diabete e se è scompensato.

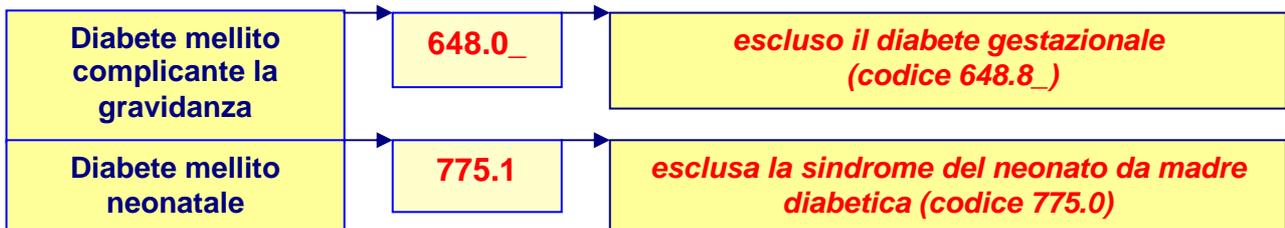
- 0 = tipo II o non specificato
- 1 = tipo I (diabete giovanile)
- 2 = tipo II o non specificato, scompensato
- 3 = tipo I (diabete giovanile), scompensato



La descrizione delle complicanze tardive o croniche richiede una **doppia codifica**:

- un codice per il diabete con complicanze, che viene assegnato per primo, e
- un codice aggiuntivo relativo alla patologia associata.

L'utilizzo di insulina a lungo termine va segnalato con il codice aggiuntivo V58.67 "Uso a lungo termine (in corso) di insulina".



Capitolo IV - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI (280 - 289)

L. G. 4. 1. Anemie carenziali

Ad esse sono frequentemente associate patologie che determinano sanguinamento eccessivo, visibile o occulto.

Le anemie da carenza di ferro sono classificate alla categoria 280: se dovuta a carenza cronica di ferro, in pazienti con emorragia gastrointestinale cronica o menorragia si utilizza il codice 280.0 "Anemia da carenza di ferro secondaria a perdita ematica", mentre viene utilizzato il codice 280.1 "Anemia da carenza di ferro secondaria ad inadeguato apporto alimentare di ferro" nel caso di inadeguato apporto alimentare di ferro.

Se la causa non è documentata si usa la sottocategoria 280.9 "Anemia da carenza di ferro, non specificata".

L'anemia ferrocarenziale va segnalata nella SDO solo se tale patologia ha realmente influenzato il trattamento ricevuto e determinato un effettivo allungamento della degenza.

Le altre anemie da carenza sono descritte dalla categoria 281 con la quarta cifra indicante lo specifico tipo di carenza.

L. G. 4. 2. Pancitopenia (acquisita)

La pancitopenia (acquisita) è individuata dal codice 284.1 "Pancitopenia".

L. G. 4. 3. Altre anemie

Anemie da emorragia: è importante distinguere la perdita ematica cronica da quella acuta individuata dal codice 285.1 "Anemia postemorragica acuta".

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

E' da tenere presente la sottocategoria 285.2 "Anemie in malattie croniche" che viene ulteriormente specificata dall'utilizzo della quinta cifra:

- 285.21 nel caso di anemia in corso di malattia cronica renale,
- 285.22 per le anemie in pazienti con patologie neoplastiche,
- 285.29 in tutti gli altri casi di anemia da altre malattie croniche.

L. G. 4. 4. Difetti della coagulazione

Il disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti è descritto con il codice 286.5 "Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti intrinseci" e va utilizzato se è supportato da specifica documentazione in cartella clinica.

Per segnalare la condizione di trattamento con farmaci anticoagulanti, senza menzione di problemi emorragici, è possibile usare tra le diagnosi secondarie il codice V58.61 “Uso a lungo termine di anticoagulanti”.

Il tempo di protrombina allungato o altri profili anormali di coagulazione sono invece descritti dal codice 790.92.

L. G. 4. 5.**La sindrome mielodisplastica**

Per la sindrome mielodisplastica si usano i codici:

- con lesioni a basso grado: codice 238.72,
- con lesioni ad alto grado: codice 238.73,
- con delezione 5q: codice 238.74,
- non specificata: codice 238.75.

L. G. 4. 6.**Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali ematopoietiche**

Le procedure di trapianto di midollo osseo e di cellule staminali ematopoietiche nel paziente emato-oncologico sono descritte dai codici che vanno da 41.00 a 41.09. Questi codici descrivono il notevole impegno di risorse assistenziali profuse.

Si sottolinea che il codice 41.00 Trapianto di midollo osseo NAS non dovrebbe essere utilizzato in quanto poco specifico e si richiamano le regole già evidenziate dal manuale ICD-9-CM per i trapianti allogenici, soprattutto la necessità di differenziare le forme con purging (codici 41.02 e 41.08), da quelle senza purging (codici 41.03 e 41.05).

Descrivere anche il tipo di donatore utilizzando uno dei seguenti codici:

- codice 00.91 “Trapianto da donatore parente, vivente”,
- codice 00.92 “Trapianto da donatore non-parente, vivente”,
- codice 00.93 “Trapianto da cadavere”.

Le procedure di trapianto di midollo osseo e di cellule staminali ematopoietiche, nel paziente non emato-oncologico sono invece individuate dal codice 41.92.

L. G. 4. 7.**Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto**

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).

L. G. 4. 8.**Prelievo di cellule staminali (autotrapianto / allotrapianto)**

Il prelievo di cellule staminali **da sangue periferico** è individuato dal codice di procedura 99.79 “Altre aferesi terapeutiche” **sia per autotrapianto che per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi).**

Il prelievo di cellule staminali **da midollo** è individuato dal codice di procedura 41.91 “Aspirazione da midollo osseo da donatore per trapianto”.

Capitolo V - DISTURBI MENTALI (290 - 319)

L. G. 5.1.

Regole di codifica generali

In questo capitolo sono trattati le Psicosi (290-299), i Disturbi nevrotici e della personalità ed altri disturbi psichici non psicotici (300-316), il Ritardo mentale (317-319).

La scelta della diagnosi principale per i pazienti con abuso o dipendenza è definita dalle circostanze del ricovero e può essere riassunta nei seguenti casi tipo:

- a) se un paziente è ricoverato con una diagnosi di psicosi correlata ad assunzione di sostanze o ad astinenza, la psicosi deve essere classificata per prima, seguita dalla dipendenza da alcool o droga;
- b) se un paziente è ricoverato per disintossicazione o riabilitazione o per entrambe e non c'è indicazione di astinenza o altri sintomi psicotici, l'abuso di sostanza o la dipendenza costituiscono la diagnosi principale;
- c) se un paziente è ricoverato per disintossicazione o riabilitazione, sia per abuso di sostanze che di alcool, entrambe le patologie possono essere selezionate come diagnosi principale secondo le regole generali di codifica;
- d) se un paziente con una diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze è ricoverato per il trattamento o la valutazione dei disturbi fisici correlati all'uso della sostanza, la descrizione di tali disturbi deve essere fatta per prima, seguita dai codici relativi all'abuso e alla dipendenza;
- e) se un paziente con una diagnosi di abuso o dipendenza da alcool o sostanze è ricoverato per patologie non correlate, occorre seguire le regole usuali per selezionare la diagnosi principale.

Sia per l'abuso che per la dipendenza, la quinta cifra indica la seguente modalità di uso:

- 0: non specificato;
- 1: continuo (per l'alcool si intende l'assunzione giornaliera di grandi quantità o la consumazione elevata in ogni fine settimana o in giorni non lavorativi; per le droghe si intende l'assunzione giornaliera, o quasi giornaliera, di droghe);
- 2: episodico (riferito all'alcool si intende abuso continuo nel corso di settimane o mesi, seguito da lunghi periodi di sobrietà; riferito alle droghe, si intende uso per brevi periodi o nei fine settimana);
- 3: in remissione (si riferisce alla completa cessazione di assunzione di alcool o droghe o al periodo in cui il paziente sta diminuendo l'assunzione e sta andando verso la cessazione).

Per la codifica della schizofrenia il quarto carattere individua il tipo di schizofrenia ed il quinto carattere indica il decorso della malattia.

Nella codifica delle altre psicosi, va posta attenzione alla seguente classificazione a livello della quinta cifra:

- 0 non specificato;
- 1 subcronico;
- 2 cronico;
- 3 subcronico con esacerbazione acuta;
- 4 cronico con esacerbazione acuta;

- 5 in remissione.

L. G. 5. 2.**Psicosi correlate all'uso di alcool e di altre sostanze e sindrome da astinenza**

La psicosi correlata all'uso di alcool è classificata alla categoria 291, quella correlata all'uso di droghe è classificata alla categoria 292.

Queste categorie contemplano anche i codici relativi alle sindromi da astinenza per le quali occorre segnalare contemporaneamente in diagnosi secondaria anche la tossicodipendenza specifica.

L. G. 5. 3.**Dipendenza da alcool e da droghe**

La dipendenza da alcool è classificata alla categoria 303._ "Sindrome di dipendenza da alcool", mentre la dipendenza da droghe è classificata alla categoria 304._ "Dipendenza da droghe".

Tra le diagnosi secondarie specificare le condizioni associate.

Nelle categorie 303 e 304 deve essere utilizzata la seguente sottoclassificazione a cinque cifre:

- 0 non specificato
- 1 continuo
- 2 episodico
- 3 in remissione

L. G. 5. 4.**Ubriachezza acuta e abuso di droghe senza dipendenza**

L'ubriachezza acuta senza dipendenza va descritta con il codice 305.0_ "Abuso di alcool".

I codici da 305.1_ a 305.9_ specificano le altre sostanze assunte in abuso.

L'intossicazione acuta accidentale, avvelenamento, ad esempio nel bambino, va descritta con il codice 980.0 "Effetti tossici dell'alcool etilico".

L. G. 5. 5.**Schizofrenia**

Le sindromi schizofreniche vanno segnalate impiegando gli appositi codici della categoria 295, dove *il quarto carattere individua il tipo di schizofrenia ed il quinto carattere indica il decorso della malattia.*

I casi che non soddisfano i criteri della schizofrenia, né quelli dell'episodio depressivo o maniacale, ma nei quali sono presenti e ugualmente preminenti chiari sintomi schizofrenici e affettivi, vanno descritti utilizzando il codice 295.7_ "Psicosi schizofrenica - tipo schizoaffettivo".

Gli episodi acuti che presentano, in tutto o in parte, i sintomi della schizofrenia ma la cui durata non è sufficiente a consentire la diagnosi di schizofrenia, vanno codificati con il codice 295.4_ "Disturbo schizofreniforme".

L. G. 5. 6.**Psicosi affettive**

Quando le manifestazioni sono caratterizzate solo da quadri maniacali o da quadri depressivi, esse vanno segnalate utilizzando i codici da 296.0_ a 296.3_.

Le manifestazioni che hanno carattere bipolare vanno segnalate utilizzando i codici da 296.4_ a 296.8_.

L. G. 5. 7.
Stati d'ansia

Nei casi in cui il ricovero sia determinato da uno stato d'ansia, si consiglia di utilizzare i codici 300.01 "Disturbo di panico senza agorafobia" e 300.02 "Disturbo ansioso generalizzato", piuttosto che 300.00 "Stato ansioso non specificato" o 300.09 "Altri stati d'ansia", in quanto poco specifici.

L. G. 5. 8.
Tentativo di suicidio

Per i ricoveri successivi ad un tentativo di suicidio, codificare:

- in diagnosi principale la condizione morbosa responsabile del ricovero in ospedale (ad esempio avvelenamento, trauma, ecc.), sempre che tale condizione risponda effettivamente ai criteri di selezione della diagnosi principale +
- tra le diagnosi secondarie va posta la patologia psichiatrica + il codice 300.9 "Disturbo mentale non psicotico non specificato".

L. G. 5. 9.
Identità di genere – interventi 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.

Trasformazioni nel sesso femminile
Intervento o procedura

Codice	Descrizione
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	
Codice	Descrizione
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 pedunculato)
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)

**L. G. 5.10.
Anoressia**

Nel segnalare questa patologia è importante distinguere tra l'anoressia nervosa e le altre forme di anoressia, attraverso l'impiego di uno dei seguenti codici:

- 307.1 "Anoressia nervosa",
- 307.59 "Anoressia di origine non organica ma differente dall'anoressia nervosa",
- 783.0 "Anoressia di origine organica".

Il codice 307.50 "anoressia non altrimenti specificata" va utilizzato solo nei casi in cui non sia possibile attribuire uno dei codici precedenti.

Il codice 300.11 "anoressia isterica" va impiegato solo nei casi in cui un disturbo di conversione su base isterica si manifesti attraverso una condizione di tipo anoressico.

**L. G. 5.11.
Bulimia**

La bulimia, quale disturbo psicopatologico dell'alimentazione, di origine non organica, va segnalata impiegando il codice 307.51 "Bulimia nervosa".

L'alimentazione eccessiva di origine organica va invece descritta dal codice 783.6 "Polifagia".

**L. G. 5.12.
Disturbi psichici specifici non psicotici dovuti a danno cerebrale organico**

Questi disturbi vanno segnalati tra le diagnosi della scheda di dimissione ospedaliera, impiegando la specifica categoria di codici 310 "Disturbi psichici specifici non psicotici dovuti a danno cerebrale organico", *solo quando il danno organico è stato accertato mediante gli appropriati esami strumentali.*

**L. G. 5.13.
Demenze**

- **Demenza dovuta a malattia di Alzheimer**

La demenza dovuta a malattia di Alzheimer è descritta con il codice 331.0 “Malattia di Alzheimer” e con il codice aggiuntivo 294.1_ “Demenza in condizioni patologiche classificate altrove”.

- **Demenze degenerative non Alzheimer**

Tutte le demenze degenerative non dovute a malattia di Alzheimer sono descritte con il codice 331.2 “Degenerazione senile dell’encefalo”.

- **Esito di ischemia o emorragia cerebrale con comparsa di decadimento cognitivo ed eventuali altre sequele**

L’esito di ischemia o emorragia cerebrale con comparsa di decadimento cognitivo ed eventuali altre sequele si codifica:

- diagnosi principale: codice 290.4_ “Demenza arteriosclerotica” +
- diagnosi secondaria codice 438 “Postumi delle malattie cerebrovascolari”.

- **Demenza multi-infartuale**

La demenza da infarti multipli (multi-infartuale) si codifica:

- diagnosi principale: codice 290.4_ “Demenza arteriosclerotica” +
- diagnosi secondaria: codice 437._ “Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali”.

- **I Postumi di trauma cranico con comparsa di decadimento cognitivo** si codificano:

- diagnosi principale: codice 294.1 “Demenza in condizioni morbose classificate altrove”+
- diagnosi secondaria (con frattura): codice 905.0 “Postumi di fratture del” +
- diagnosi secondaria (senza frattura) codice 907.0 “Postumi di traumatismi intracranici ...”.

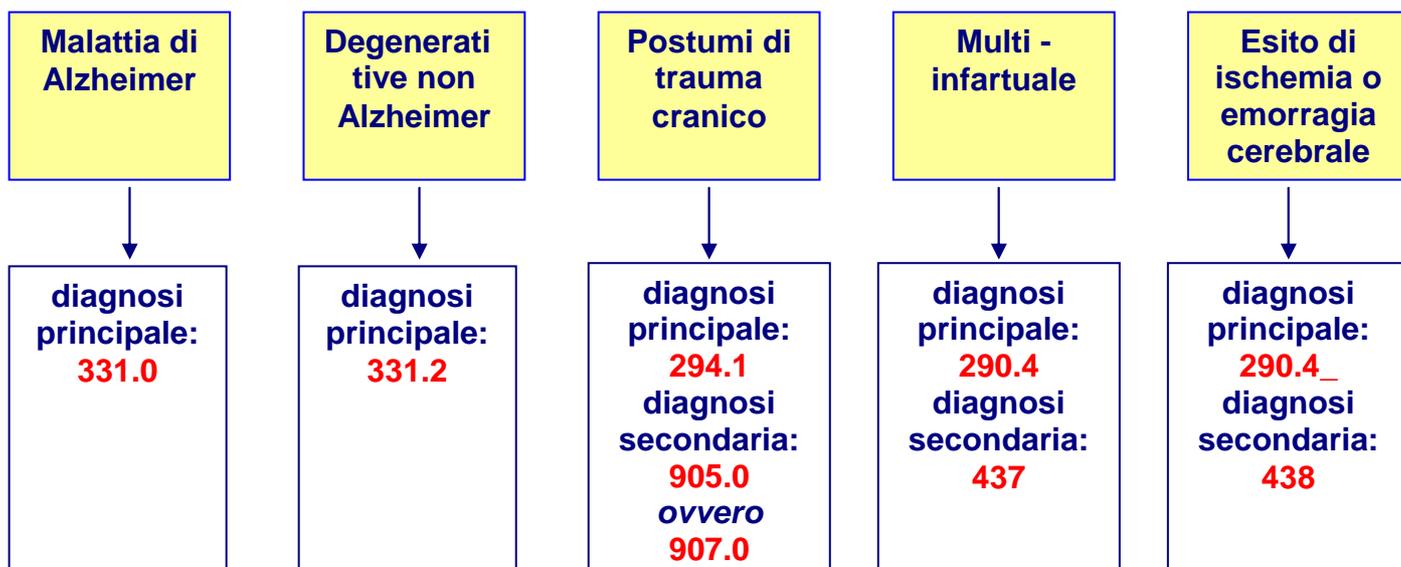
- **Il Ricovero per motivi familiari o sociali di pazienti con demenza** si codifica:

- diagnosi principale: codice da V60._ a V63._ +
- diagnosi secondaria: codice 331.0 “Malattia di Alzheimer”, oppure codice 331.2 “Degenerazione senile dell’encefalo”.

DISTURBI MENTALI

Prospetti riepilogativi di codifica della SDO

DEMENZE



NOTA

Il ricovero per motivi familiari o sociali di pazienti con demenza va codificato utilizzando in diagnosi principale un codice da V60._ a V63._ e in diagnosi secondaria il codice 331.0 “Malattia di Alzheimer” oppure il codice 331.2 “Degenerazione senile dell’encefalo”.

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

L. G. 6. 1. Regole di codifica generali

In questo capitolo (320-389) sono trattate le malattie e i disturbi del sistema nervoso centrale (320 - 349), del sistema nervoso periferico (350 - 359), dell'occhio e degli annessi oculari (360 - 379), dell'orecchio e dell'apofisi mastoide (380 - 389).

L. G. 6. 2. Dolore

I codici della categoria 338 possono essere utilizzati come diagnosi principale quando il trattamento del dolore sia il motivo principale/esclusivo del ricovero o nel caso in cui non sia stata individuata una diagnosi relativa alla patologia di base. Ad esempio, in caso di inserzione di pompa per terapia antalgica,

- diagnosi principale : 338.___ “Dolore non classificato altrove”
oppure
- diagnosi principale : 338.3 “Dolore correlato a neoplasia”

- procedura : 86.06 (inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile).

L. G. 6. 3. Epilessie

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**.

Per i codici 345.0, 345.1, 345.4-34.9 *il quinto carattere identifica la resistenza alla terapia:*

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

L. G. 6. 4. Idrocefalo

In presenza di idrocefalo post-emorragico, acquisito in seguito a pregressa rottura di aneurisma, porre il codice 331.4 “Idrocefalo ostruttivo” in diagnosi principale.

Tra le procedure vanno riportati i codici di derivazione liquorale:

- codice 02.34 “Anastomosi fra ventricolo, cavità addominale e suoi organi” oppure
- codice 02.32 “Anastomosi fra ventricolo e sistema circolatorio”.

L. G. 6. 5. Ipotensione liquorale idiopatica

In assenza di un codice più specifico, utilizzare il codice 349.81 “Rinorrea del liquido cerebrospinale”.

L. G. 6. 6.
Atassie cerebellari

Nel caso di atassia cerebellare in tossicità da farmaci, solventi, metalli, agenti fisici, utilizzare:

- come diagnosi principale il codice 995.20 “Altri e non specificati effetti avversi di farmaci, medicinali e prodotti biologici non specificati” +
- come diagnosi secondaria il codice 334.3 “Altre atassie cerebellari”.

Nel caso di atassia cerebellare in malattie classificate altrove e infezioni ad esordio acuto - subacuto, alcoolismo, malattie vascolari, carenziali, etc., utilizzare il codice 334.4 “Atassia cerebellare in malattie classificate altrove” come diagnosi secondaria e il codice della malattia di base come diagnosi principale.

L. G. 6. 7.
Malattia del motoneurone

La codifica della patologia del 2° motoneurone va effettuata utilizzando i seguenti codici:

- 335.0 per l'atrofia muscolare spinale tipo I (Malattia di Werdnig-Hoffmann),
- 335.11 per l'atrofia muscolare spinale tipo II (Malattia di Kugelberg-Welander),
- 335.19 per l'atrofia muscolare spinale tipo III.

L. G. 6. 8.
Emiplegia ed altre sindromi paralitiche

I codici dell'emiplegia (342._) e delle altre sindromi paralitiche (344._) *vanno usati raramente* per la codifica della diagnosi principale, se non per le emiplegie o le sindromi paralitiche di antica o di lunga durata, ma di origine non specificata.

Per la codifica dell'emiplegia ed altre sindromi paralitiche conseguenti a patologie cerebrovascolari utilizzare i codici specifici inseriti nella categoria 438 “Postumi delle malattie cerebrovascolari”.

L. G. 6. 9.
Emicrania e cefalea

Per la codifica dell'emicrania e della cefalea utilizzare i seguenti codici:

- codice 346._ _ per la cefalea inquadrabile quale “emicrania”, sia essa episodica o cronica,
- codice 350.2 per le algie facciali atipiche,
- codice 307.81 per la cefalea inquadrabile quale “cefalea da tensione”, sia essa episodica o cronica.

In caso di paziente cefalalgico ricoverato per abuso o cattivo uso di farmaci analgesici (secondo DSMIII-R) codificare:

- diagnosi principale: codice 305.9_ “Altri abusi, misti o non specificati” +
- diagnosi secondaria: codice 346._ _ “Emicrania” se cefalea già diagnosticata di tipo emicranico o codice 307.81 “Cefalea da tensione” se cefalea già diagnosticata, di tipo tensivo.

Analogamente in caso di paziente cefalalgico ricoverato per dipendenza da farmaci analgesici (secondo DSMIII-R) codificare:

- diagnosi principale: codice 304.9_ “Dipendenza da droghe non specificata” +
- diagnosi secondaria codice 346._ _ “Emicrania”, se cefalea già diagnosticata di tipo emicranico, o codice 307.81 “Cefalea da tensione”, se cefalea già diagnosticata di tipo tensivo.

Per i codici 346._ _, la quinta cifra differenzia la forma trattabile da quella farmaco-resistente.

L. G. 6. 10. **Vertigini**

Codificare come segue:

- **Malattia di Meniere:** codice 386.0_ ,
- **Vertigini periferiche:** codice 386.1_ ,
- **Vertigini di origine centrale:** codice 386.2,
- **Vertigine post-traumatica acuta, funzionale:** codice 310.2 “Sindrome post-commotiva” + il codice 386._ “Vertigini”,
- **Vertigine post-traumatica acuta, conseguente a lesione dell’VIII in assenza di frattura:** codice 951.5 “Traumatismo del nervo acustico” + il codice 386.19 “Altre vertigini periferiche”,
- **Vertigine post-traumatica cronica con lesione dell’VIII:** codice. 386.19 “Altre vertigini periferiche” + il codice 907.1 “Postumi di traumatismi dei nervi cranici” + il codice 905.0 “Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia” se conseguenza di frattura del basicranio,
- **Vertigine tossica labirintica:** codice 386.34 “Labirintite tossica”.

Qualora non sia stata determinata l’origine della sindrome vertiginosa va utilizzato il codice 780.4 “Stordimento e capogiro”.

L. G. 6.11. **Biopsia percutanea di lesione cerebrale**

La biopsia percutanea di lesione cerebrale effettuata mediante foro di trapanazione con metodo stereotassico va codificata *esclusivamente* con il codice 01.13 “Biopsia [percutanea] [agobiopsia] di lesione cerebrale”.

L. G. 6.12. **Trattamento con tossina botulinica**

In caso di ricovero per trattamento con tossina botulinica, si deve fare riferimento alle seguenti indicazioni di codifica:

- in diagnosi principale va posta la sintomatologia per la quale viene effettuato il trattamento (esempio: disfagia, spasmo, paralisi del facciale) +
- come intervento/procedura principale va riportato il codice 83.98 “Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all’interno di altri tessuti molli”.

L. G. 6.13. **Collocazione e sostituzione di neurostimolatore spinale**

Si indica in diagnosi principale la neuropatia periferica (con particolare attenzione alla sede) e in diagnosi secondaria il codice del sintomo da trattare.

Come intervento chirurgico principale, utilizzare:

- il codice 04.19 "Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli" per segnalare l'effettuazione del PNE test
oppure
- il codice 03.93 "Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale" indicando anche l'eventuale inserzione di generatore di impulsi, per segnalare la collocazione di impianto definitivo di stimolatore spinale.

N.B.: Nei ricoveri per sostituzione del dispositivo, utilizzare come diagnosi principale il codice V53.02 "Collocazione e sistemazione di neuro pacemaker".

L. G. 6.14.

Rimozione di neurostimolatore spinale

- **Ricovero per rimozione del neurostimolatore spinale (per inefficacia)** si codifica:
 - Diagnosi principale: codice V53.02 "Collocazione e sistemazione di **neuropacemaker**" +
 - Intervento chirurgico principale: codice 03.94 "Rimozione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale" +
 - Intervento chirurgico secondario: codice 86.05 "Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo".
- **Ricovero per rimozione del solo elettrodo con mantenimento in situ del neurostimolatore** (nel caso di infezioni e/o deiscenze nella sede di impianto dell'elettrodo) **o per rimozione di neurostimolatore spinale con mantenimento in situ dell'elettrodo** (nel caso di infezioni e/o deiscenze, decubiti della tasca) si codifica:
 - diagnosi principale: codice 996.63 "Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso"
 - diagnosi secondaria: codice V45.89 "Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico" (ad indicare la presenza dell'elettrodo o del neurostimolatore)
 - Intervento chirurgico: codice 03.94 "Rimozione di elettrodo di neurostimolatore spinale"
 - Intervento chirurgico secondario: codice 86.05 "Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo".

L. G. 6.15.

Trattamento chirurgico dell'iperidrosi

Utilizzare le seguenti codifiche:

- diagnosi principale: codice 337.0 "Neuropatia periferica idiopatica del S.N.A."
- Altre diagnosi: codice 780.8 "Iperidrosi generalizzata" +
- Intervento chirurgico: codice 05.2_ "Simpatectomia".

L. G. 6.16.

Cataratta diabetica

Nel caso della **cataratta diabetica** utilizzare:

- diagnosi principale il codice 250.5_ "Diabete con complicazioni oculari"
- diagnosi secondaria il codice 366.41 "Cataratta diabetica".

Nel caso della **cataratta senile in paziente diabetico**, l'individuazione della corretta sequenza dei codici di diagnosi da segnalare segue le regole generali di selezione della diagnosi principale e va quindi posto:

- diagnosi principale il codice 366.1 "Cataratta senile"

- diagnosi secondaria il codice 250.0_ "Diabete senza menzione di complicazioni".

L. G. 6.17.
Estrazione di cataratta

Per quanto riguarda l'estrazione di cataratta, tenere presente che per l'**estrazione semplice** il codice di intervento appropriato è compreso tra il 13.11 ed il 13.69.

Per l'intervento di **estrazione di cataratta e sincrona inserzione di protesi occorre codificare entrambe le fasi**. Ad esempio: codice 13.3 "Estrazione extracapsulare del cristallino intraoculare con tecnica di aspirazione semplice" + codice 13.71 "Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea".

L. G. 6.18.
Intervento di sostituzione del cristallino artificiale

In caso di ricovero per rimozione e contemporanea sostituzione di lenti oculari protesiche impiantate, si procede come segue:

- se la rimozione è dovuta a complicazioni meccaniche** (ad es. dislocazione) utilizzare:
 - diagnosi principale il codice 996.53 "Complicazioni meccaniche di lenti oculari protesiche" +
 - diagnosi secondaria il codice V43.1 "Cristallino sostituito con altri mezzi";
- se la rimozione non è dovuta a complicazioni meccaniche** (ad es. opacizzazione, errato calcolo del cristallino artificiale intraoculare impiantato), utilizzare:
 - diagnosi principale il codice 996.79 "Altre complicazioni da altre protesi" +
 - diagnosi secondaria il codice V43.1 "Cristallino sostituito con altri mezzi".

Negli spazi relativi agli interventi vanno riportati i seguenti codici:

- Intervento chirurgico principale: codice 13.71 "Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea" +
- Intervento chirurgico secondario: codice 13.8 "Rimozione di cristallino impiantato".

L. G. 6.19.
Iniezione sottocongiuntivale

Il codice 10.91 "Iniezione sottocongiuntivale" non deve essere utilizzato per indicare la procedura di anestesia locale preintervento, né in corso di intervento chirurgico. In tali casi va utilizzato il codice 99.2_ "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche per i trattamenti di profilassi antibiotica e/o antinfiammatoria".

L. G. 6.20.
Iniezione endovitrea di medicinali

In caso di patologia vitrea utilizzare come codici di procedura 14.79 "Altri interventi sul corpo vitreo" associato al codice 99.23 "Iniezione di steroidi" ovvero al codice 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche". Per la maculopatia ed altre affezioni retiniche utilizzare i codici di procedura 14.29 "Altro trattamento di lesione corio retinica" e 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche".

L. G. 6.21.
Trapianto di cellule staminali limbari

Per il trapianto di cellule staminali limbari, vanno utilizzati:

- il codice 370.62 “Panno (corneale)” come diagnosi principale
- il codice V42.9 “Organo o tessuto non specificato sostituito da trapianto” come diagnosi secondaria.

Utilizzare i codici di intervento 11.59 “Altra riparazione della cornea” e 11.99 “Altri interventi sulla cornea”.

L. G. 6.22.**Interventi oculistici di innesto di limbus e di innesto di membrana amniotica**

I codici di procedura raccomandati per descrivere il trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore sono: 11.61 per l'**autotrapianto** e 11.62 per il trapianto da **altro donatore**.
In presenza di un innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale il codice di procedura raccomandato è 11.62.

L. G. 6.23.**Impianto di lipociti per gravi retinopatie**

In diagnosi principale indicare il codice della patologia retinica + tra i codici di procedura utilizzare il codice 12.89 “Altri interventi sulla sclera + il codice 86.69 “Altro innesto di cute su altre sedi”.

L. G. 6.24.**Impianto di rete contenitiva per il cristallino**

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

L. G. 6.25.**Esame dell'occhio sotto anestesia**

Utilizzare il codice di procedura 95.04 “Esame dell'occhio sotto anestesia”, codificando anche il tipo di esame.

L. G. 6.26.**Iniezione retrobulbare**

Utilizzare il codice di procedura 16.91 “Iniezione retrobulbare di sostanze terapeutiche”.

L. G. 6.27.**Affezioni delle vie lacrimali**

Utilizzare in diagnosi principale un codice della categoria 375 “Affezioni dell'apparato lacrimale”.
Come intervento principale utilizzare un codice della rubrica 09 “Interventi sull'apparato lacrimale”.

L. G. 6.28.**Polipectomia nasale**

Si segnalano i codici di intervento:

- 21.31 “Asportazione o demolizione locale di lesione intranasale” per descrivere la polipectomia nasale,

- 22.63 “Etmoidectomia” per descrivere lo stesso intervento con associata etmoidectomia.

L. G. 6.29.
Biopsia della laringe

Per descrivere la biopsia della laringe, utilizzare il codice 31.43 “Biopsia (endoscopica) della laringe”.

In caso di biopsia con stripping delle corde vocali, utilizzare il codice 30.09 “Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe”.

L. G. 6.30.
Asportazione di neurinoma del nervo acustico

Utilizzare il codice di procedura 04.01 “Asportazione di neurinoma acustico”, *senza segnalare il codice della craniotomia*.

L. G. 6.31.
Inserzione di protesi cocleari

Utilizzare come diagnosi principale il codice della patologia + come intervento il codice 20.96 “Impianto di apparecchio protesico cocleare SAI”, oppure il codice 20.97 “Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare, singolo canale”, oppure il codice 20.98 “Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare, canale multiplo”.

L. G. 6.32.
Settoplastica

Utilizzare in diagnosi principale il codice 470 “Deviazione del setto nasale” per la deviazione congenita o acquisita + il codice di intervento 21.88 “Altra riparazione del setto”.

NOTA

Le linee guida per la codifica di:

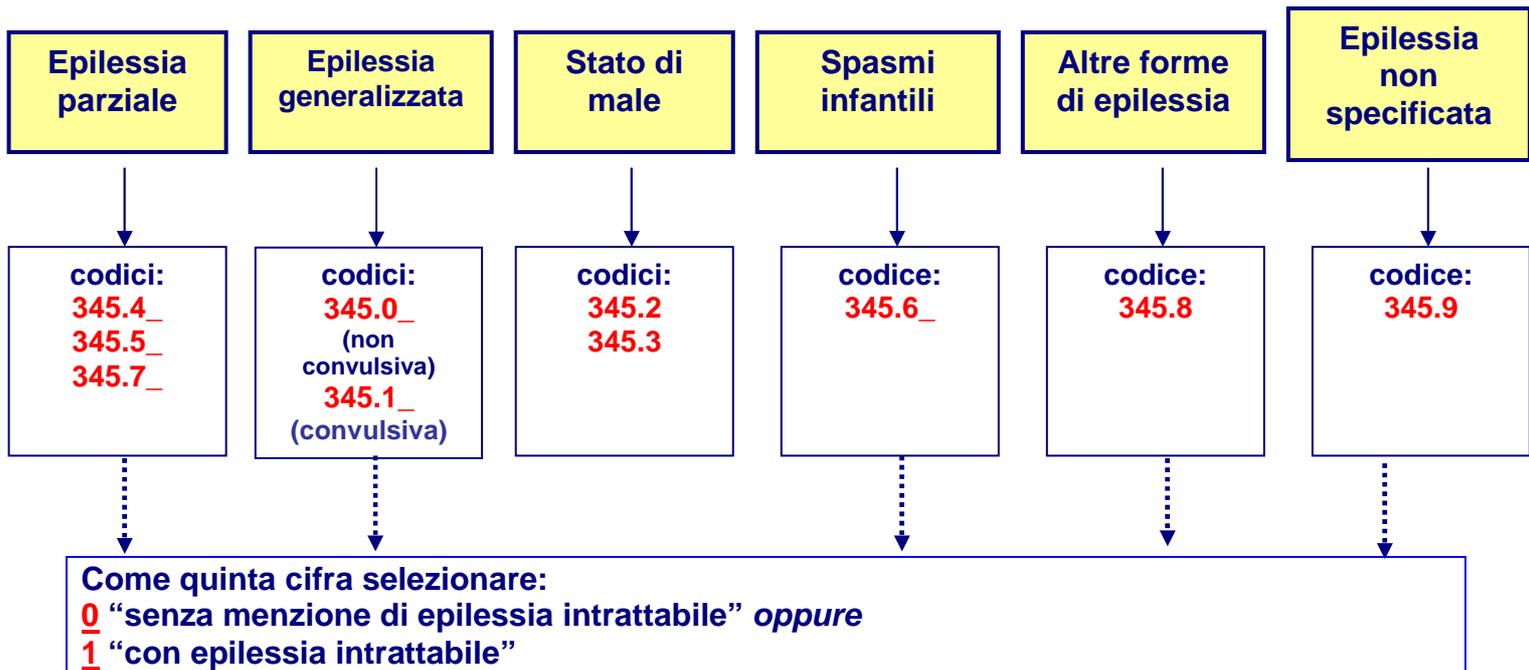
- “Malattie cerebrovascolari”,
- “Emorragie cerebrali da anticoagulanti circolanti”,
- “Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali”,
- “Ictus cerebrale ischemico”,
- “Attacco ischemico transitorio T.I.A.”,
- “Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali”,
- “Drop-attack”,
- “Postumi delle malattie cerebrovascolari”,
- “Malformazione arterovenosa cerebrospinale congenita”,
- “Fistola arterovenosa cerebrospinale acquisita”,
- “Aneurisma di arteria intracranica”

sono inserite nel capitolo successivo, dedicato alle malattie del sistema circolatorio.

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO e DEGLI ORGANI di SENSO Prospetti riepilogativi di codifica della SDO

EPILESSIE e CRISI RICORRENTI

Utilizzare uno dei codici della categoria 345



Epilessia mioclonica progressiva

codice:
333.2 "Mioclono"

Episodio convulsivo isolato

(al di fuori della malattia epilettica)

codici:
780.31 "Convulsioni febbrili semplici, non specificate"
780.32 "Convulsioni febbrili complesse"
780.39 "Altre convulsioni"

Capitolo VII - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390 - 459)

L. G. 7. 1.

Regole di codifica generali

Si tratta di uno dei capitoli in cui il processo di verifica della modificazione clinica comporta continue e significative revisioni per l'importanza e la frequenza di questo tipo di affezioni e per le relative procedure assistenziali.

Si tenga presente che vi sono comprese le patologie dei circoli periferici, quali quelle del circolo polmonare (415-417), cerebrovascolare (430-438) e quelle genericamente riferibili alla struttura dei vasi arteriosi, venosi e linfatici (da 440 in poi).

Più in dettaglio, il capitolo VII è così suddiviso:

- Reumatismo articolare acuto: 390-392
- Cardiopatie reumatiche croniche: 393-398
- Ipertensione arteriosa: 401-405
- Malattie ischemiche del cuore: 410-414
- Malattie del circolo polmonare: 415-417
- Altre malattie del cuore: 420-429
- Malattie cerebrovascolari: 430-438
- Malattie delle arterie, arteriole e capillari: 440-448
- Malattie delle vene e dei vasi linfatici ed altre malattie: 451-459

Il capitolo VII del Manuale ICD-9-CM 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.

Le malattie del sistema circolatorio in gravidanza, parto e puerperio sono classificate nel capitolo XI dell'ICD-9-CM, mentre nel capitolo XIV sono descritte le anomalie congenite.

L. G. 7. 2.

Ipertensione arteriosa

Per la codifica è opportuno consultare, nell'indice alfabetico delle diagnosi, la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, il codice da utilizzare.

Per le categorie 401, 402, 403 e 405, il quarto carattere individua le forme:

- **0** *Maligne*
- **1** *Benigne*
- **9** *Non specificate*
- Se l'ipertensione è secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che causa l'ipertensione.
- Se l'ipertensione è 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.

Ad esempio: **il codice 402.91** va utilizzato per indicare sia la malattia cardiaca congestizia dovuta ad ipertensione sia la malattia cardiaca ipertensiva con insufficienza cardiaca congestizia.

Se la diagnosi clinica formulata è di ipertensione arteriosa e di malattia cardiaca, senza una relazione causale tra loro, si deve fare ricorso alla *codifica multipla*.

Ad esempio: ***i codici 428.0 + 401.9 vanno utilizzati per indicare rispettivamente la malattia cardiaca congestizia e l'ipertensione arteriosa.***

La categoria 403 “Nefropatia ipertensiva cronica” descrive le situazioni cliniche in cui sono presenti sia ipertensione che patologia renale cronica.

Il quinto carattere della categoria descrive lo stadio della patologia renale:

- **0** dal I al IV stadio ovvero stadio non specificato
- **1** V stadio ovvero stadio terminale

Utilizzare, in diagnosi secondaria, un codice aggiuntivo per identificare lo stadio della insufficienza renale cronica selezionando uno dei codici della categoria 585 “Malattia renale cronica (CKD)”.

La categoria 404 “Cardioneuropatia ipertensiva” comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva, sia la nefropatia.

Il quinto carattere della categoria identifica:

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

Utilizzare, in diagnosi secondaria, un codice aggiuntivo per identificare lo stadio della insufficienza renale cronica selezionando uno dei codici della categoria 585 “Malattia renale cronica (CKD)”.

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

Per la **crisi ipertensiva** in assenza di diagnosi formale di ipertensione, utilizzare il codice 796.2 “Reperto occasionale di ipertensione” (vedi nota su ICD-9-CM 2007).

L. G. 7. 3.

Infarto miocardico acuto

Le sottocategorie (codici a quattro cifre) da 410.0 a 410.6 e 410.8 identificano i casi di IMA con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI). La sottocategoria 410.7 “Infarto subendocardico” identifica i casi di IMA con sottoslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e di infarto non transmurale.

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

Le sottoclassificazioni (codici a cinque caratteri) identificano l'episodio di assistenza:

- **0** per l'episodio di assistenza non specificato,
- **1** per l'episodio iniziale di assistenza,
- **2** per l'episodio successivo di assistenza.

Il quinto carattere 0 (episodio di cura non specificato) non deve essere mai utilizzata in quanto è indispensabile che la documentazione clinica contenga le informazioni necessarie per la descrizione precisa del caso.

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. Per episodio iniziale di assistenza si intende la diagnosi e la terapia della fase acuta effettuata nelle prime 8 settimane dall'evento.

Il *quinto carattere 2* va utilizzato nel caso in cui il paziente sia ricoverato, entro le otto settimane dall'episodio acuto per successive valutazioni, osservazioni o trattamenti per un infarto del miocardio che sia stato precedentemente trattato (ad esempio: ricovero per riabilitazione o per eseguire coronarografia).

Ove il successivo ricovero avvenga **oltre le otto settimane dall'infarto**, deve essere utilizzato il codice 414.8 "Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica".

Se nel corso del ricovero l'infarto evolve verso **complicanze** quali aritmie, scompenso cardiaco, shock, queste ultime si devono codificare 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*.

L. G. 7. 4.

Infarto miocardico pregresso asintomatico

L'infarto pregresso senza sintomi deve essere codificato utilizzando il codice 412.

Il codice 412 dovrebbe essere assegnato esclusivamente come diagnosi secondaria nei casi in cui siano assenti sintomi e la indicazione del pregresso infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale.

Il codice 412 non deve essere utilizzato in caso di malattia ischemica attuale (nel qual caso si utilizza il codice 414.8).

L. G. 7. 5.

Cardiopatia ischemica post infarto miocardio acuto

L'ischemia cardiaca cronica o una qualunque condizione classificabile come 410 che presenta sintomi **oltre le otto settimane dalla data dell'infarto** va codificata con 414.8 (vedi anche su ICD-9-CM 2007).

L. G. 7. 6.

Ischemia cardiaca cronica non specificata

Si sconsiglia l'utilizzo in prima diagnosi del codice 414.9 "Ischemia cardiaca cronica non specificata", quando un paziente, pur affetto da una cardiopatia ischemica cronica, si ricovera per un nuovo episodio ischemico acuto.

In questi casi è preferibile utilizzare in diagnosi principale un codice della categoria 411 "Altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca" o un codice della categoria 413 "Angina pectoris", a seconda del quadro clinico, riportando in diagnosi secondaria l'ischemia cardiaca cronica.

L. G. 7. 7.

Angina pectoris

Il codice 413.9 “Altre e non specificate forme di angina pectoris” va utilizzato per codificare l’angina pectoris e altre forme di angina presenti nel Manuale nelle *inclusioni poste al di sotto del codice*.

Il codice 413.0 descrive l’**angina da decubito** (angina notturna).

Il codice 413.1 descrive l’**angina di Prinzmetal**.

La categoria 411 prevede con *la 4° cifra* la descrizione di “Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica”: Il codice 411.1 va utilizzato per descrivere l’**angina instabile**.

L. G. 7. 8. Pacemaker

Relativamente alla **codifica delle diagnosi**:

- Per il **posizionamento** del pacemaker, in diagnosi principale va riportata la patologia che ha reso necessario l’impianto del pacemaker;
- per il **controllo, la sostituzione, la regolazione, l’esaurimento della batteria** del pacemaker (in assenza di sintomi clinici) utilizzare in diagnosi principale il codice V53.31;
- in caso di ricovero dovuto a **cattivo funzionamento** del pacemaker utilizzare in diagnosi principale il codice 996.01 “Complicazioni meccaniche da pacemaker cardiaco (elettrodo)”.

Per individuare il paziente portatore di pacemaker: utilizzare in diagnosi principale o tra le diagnosi secondarie (vedi regole generali di codifica) il codice V45.01 “Stimolatore cardiaco in situ”.

Relativamente alla codifica delle **procedure** si segnalano i seguenti codici:

- **Impianto temporaneo di pacemaker**: codice 37.78 (con esclusione del pacemaker cardiaco intraoperatorio: codice 39.64),
- **Impianto definitivo di pacemaker cardiaco**: codici 37.7_ + 37.8_ (usare le opportune combinazioni di 37.7_ “impianto dell’elettrocatteter” e 37.8_ “impianto del generatore”),
- **Impianto di pacemaker per la risincronizzazione cardiaca senza menzione di defibrillazione, sistema totale (CRT-P)**: codice 00.50,
- **Impianto o sostituzione di elettrodi transvenosi nel sistema venoso coronarico del ventricolo sinistro**: codice 00.52,
- **Impianto o sostituzione del solo pacemaker per la risincronizzazione cardiaca (CRT-P)**: codice: 00.53,
- **Sostituzione del solo generatore**: codici dal 37.85 al 37.87,
- **Sostituzione del solo elettrodo o dei soli elettrodi**: codice 37.76 esclusivamente. Questo codice deve essere utilizzato anche quando si lascia in situ un vecchio elettrodo,
- **Revisione, riparazione, riposizionamento del solo elettrodo senza sostituzione dello stesso**: codice 37.75,
- **Revisione, riparazione o rimozione di pacemaker**: codice 37.89. *Per rimozione di pacemaker transvenoso temporaneo, omettere il codice.*

L. G. 7. 9. Cardiopatia dilatativa post-ischemica

Questa condizione si codifica con il codice 414.8 “Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica”.

La dilatazione e la ipertrofia ventricolare non su base ischemica è segnalata con il codice 429.3 "Cardiomegalia", con esclusione della ipertrofia ventricolare da ipertensione segnalata con i codici da 402.0 a 402.9.

L. G. 7.10.
Arresto cardiaco

Utilizzare in diagnosi principale il codice 427.5 "Arresto cardiaco" **solo quando il paziente accede in reparto già in arresto cardiaco, viene rianimato, ma decede prima della certa identificazione della causa dell'arresto cardiaco.**

Utilizzare in diagnosi secondaria il codice 427.5 "Arresto cardiaco" quando l'arresto cardiaco avviene nel corso di un ricovero e il paziente è sottoposto a rianimazione.

Lo stesso codice non va mai utilizzato per indicare il mero decesso del paziente: in questo caso è sufficiente segnalare il decesso come modalità di dimissione.

L. G. 7.11.
Impianto – espianto di loop recorder

- **Impianto:** va riportata in diagnosi principale la patologia che ha reso necessario l'impianto del loop recorder (es. 780.2 "Sincope e collasso"). Tra gli interventi deve essere segnalato il codice 37.79 "Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco".
- **Espianto:** va riportato in diagnosi principale il codice V53.39 "Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco". Tra gli interventi deve essere segnalato il codice 86.05 "Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo".

L. G. 7.12.
Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)

Porre attenzione a questa patologia che, quando è di origine cardiaca, va codificata con i codici della categoria 428, *selezionando la quarta e la quinta cifra (se presente) per l'individuazione della esatta diagnosi.*

Se l'insufficienza cardiaca è la patologia maggiormente trattata nel corso del ricovero, i relativi codici devono essere utilizzati in diagnosi principale *indipendentemente dall'eziologia dello scompenso*, perché non bisogna basarsi sul percorso patogenetico, ma sulla patologia che ha comportato il maggiore consumo di risorse.

E' comunque necessario aggiungere, come **diagnosi secondaria**, la patologia responsabile dello scompenso stesso, come ad esempio:

- codice 394.0 "Stenosi mitralica reumatica",
- codice 414.8 "Cardiopatía ischemica cronica",
- codice 416.9 "Cuore polmonare cronico",
- codice 425.4 "Cardiomiopatia primitiva".

Qualora l'insufficienza cardiaca sia di **origine polmonare**, utilizzare il codice 518.4 "Edema polmonare acuto, non specificato".

L. G. 7.13.
Affezioni del pericardio

E' sconsigliato l'uso del codice 420.90 "Pericardite acuta non specificata" perché troppo aspecifico; il suo utilizzo deve essere riservato ai rari casi in cui non sia identificabile una definizione diagnostica più accurata.

Emopericardio (anche post-chirurgico): utilizzare il codice 423.0.

Malattia non specificata del pericardio (versamento pericardico non specificato, anche post-chirurgico e tamponamento cardiaco): utilizzare il codice 423.9.

L. G. 7.14.

Sindrome del seno carotideo

La Sindrome del seno carotideo va codificata utilizzando il codice 337.0 "Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo".

Qualora in presenza di tale sindrome vi sia il contestuale impianto di pacemaker, utilizzare in diagnosi principale il codice 427.8_ "Altre aritmie cardiache specificate" e non il codice 337.0.

L. G. 7.15.

Aterosclerosi

In caso di aterosclerosi, categoria 440, la *quarta cifra* identifica la sede e se la malattia è a carico delle arterie native o di innesti vascolari, mentre la *quinta cifra specifica la gravità della patologia*.

L. G. 7.16.

Malattie cerebrovascolari

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

Ciascun componente di una diagnosi relativa ad una malattia cerebrovascolare deve essere codificato singolarmente (codifica multipla).

Per le categorie 433 e 434 è previsto l'utilizzo di un quinto carattere che indica la eventuale 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 mal definite" dovrebbe essere utilizzato solo nei casi in cui non vi siano ulteriori e più specifiche informazioni.

L. G. 7.17.

Ricovero per emorragia cerebrale da anticoagulanti circolanti

L'emorragia cerebrale da anticoagulanti circolanti va descritta utilizzando:

- in diagnosi principale, un codice delle categorie da 430 a 432
- in diagnosi secondaria il codice 286.5 "Disturbo emorragico da anticoagulanti intrinseci circolanti" per indicare l'eventuale deficit dei fattori intrinseci della coagulazione oppure il codice 995.2 "Effetti avversi non specificati di farmaci" per individuare le reazioni avverse a farmaci correttamente utilizzati.

L. G. 7.18.

Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali

I codici della categoria 433 devono essere utilizzati, in diagnosi principale, per identificare un ricovero avvenuto per la correzione chirurgica di una stenosi e/o l'effettuazione di una tromboendarteriectomia (TEA).

L. G. 7.19.**Ictus cerebrale ischemico**

I codici da utilizzare sono i seguenti:

- 434.01 "Trombosi cerebrale con infarto cerebrale",
- 434.11 "Embolia cerebrale con infarto",
- 434.91 "Occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto" (solo nei casi in cui il medico non abbia specificato la natura trombotica o embolica dell'ictus ischemico).

L. G. 7.20.**Attacco ischemico transitorio**

Utilizzare un codice della categoria 435 "Insufficienza cerebrale transitoria".

Se è presente una eziologia stenotica documentata, è necessario codificare in diagnosi secondaria la stenosi, utilizzando un codice della categoria 433 "Occlusioni e stenosi delle arterie precerebrali".

L. G. 7.21.**Altre e mal definite vasculopatie cerebrali**

Il codice 437.1 "Altre vasculopatie ischemiche cerebrali generalizzate" va utilizzato per descrivere anche l'encefalopatia multi-infartuale, mentre il codice 437.8 "Altre vasculopatie cerebrali" va utilizzato per descrivere anche lo stato lacunare.

L. G. 7.22.**Drop-attack**

Per descrivere tale condizione va utilizzato il codice 435.3 "Sindrome dell'arteria vertebrobasilare".

L. G. 7.23.**Postumi delle malattie cerebrovascolari**

In caso di postumi stabilizzati di accidenti cerebrovascolari, utilizzare il codice a cinque cifre 438.__ "Postumi delle malattie cerebrovascolari".

Si fa presente che per codificare i postumi sono necessari due codici: uno relativo alla condizione residua o natura del postumo, l'altro relativo alla causa del postumo.

Il codice relativo alla natura del postumo deve essere riportato per primo in diagnosi principale, il codice relativo alla causa del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, a meno di diverse specificazioni indicate nel Manuale ICD-9-CM 2007.

La categoria 438 "Postumi delle malattie cerebrovascolari" presenta, infatti, una *quarta o una quinta cifra che ne indicano le sequele*. Esempi:

- a) Afasia da pregresso accidente cerebrovascolare

- Diagnosi principale: codice 438.11 "Afasia"
- b) *Sindrome vertiginosa in esiti di ictus*
 - Diagnosi principale: codice 438.85 "Vertigini"
 - Diagnosi secondaria: codice 438.89 "Altri postumi di malattie cerebrovascolari".

Va posta attenzione al fatto che per le menomazioni neurologiche non dovute ad accidenti cerebrovascolari vanno utilizzati i codici di altre categorie. Esempio:

- Afasia successiva a traumatismo intracranico*
- Diagnosi principale: codice 784.3 "Afasia".

L. G. 7.24.

Follow-up del paziente con anamnesi di pregresso intervento cardiocirurgico

In questo caso utilizzare, in diagnosi principale, alcuni codici della categoria V.
Nel caso di ricovero per controllo e follow up successivo a:

- trapianto del cuore: utilizzare il codice V42.1,
- sostituzione di valvola cardiaca: utilizzare il codice V42.2;
- impianto di dispositivo di assistenza cardiaca, utilizzare il codice V43.21,
- impianto di cuore artificiale completamente impiantabile, utilizzare il codice V43.22,
- impianto di protesi valvolare: utilizzare il codice V43.3.

L. G. 7.25.

Pregressi interventi sul cuore e sui vasi

Con esclusione dei ricoveri effettuati per terminare la convalescenza postintervento o per valutare il follow-up del paziente, i pregressi interventi cardiaci o vascolari devono essere indicati nella scheda di dimissione ospedaliera esclusivamente come diagnosi secondarie e *soltanto nei casi in cui abbiano influenzato significativamente l'assistenza erogata durante il ricovero attuale.*

Si segnalano i seguenti codici:

- V42.1 "Cuore sostituito da trapianto",
- V42.2 "Valvola cardiaca sostituita da trapianto" (in presenza di protesi valvolare biologica, di autograft, di homograft ed esiti di chirurgia ricostruttiva),
- V43.21 "Dispositivo di assistenza cardiaca",
- V43.22 "Cuore artificiale completamente impiantabile",
- V43.3 "Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi" (in presenza di valvola cardiaca artificiale),
- V43.4 "Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi" (in presenza di bypass vascolare non coronarico),
- V45.01 "Stimolatore cardiaco in situ" (in presenza di Pacemaker cardiaco),
- V45.02 "Defibrillatore cardiaco automatico impiantabile in situ" (in presenza di defibrillatore impiantabile AICD),
- V45.81 "Stato post-chirurgico di bypass aortocoronarico" (in presenza di bypass aortocoronarico),
- V45.82 "Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale" (PTCA),
- V15.1 "Anamnesi personale di chirurgia del cuore e dei grandi vasi con rischio di malattia" (per pregressi interventi su cuore e grandi vasi).

E' importante tener presente, inoltre, che i codici V non devono essere utilizzati per indicare complicanze di un precedente intervento, per le quali vanno selezionate le specifiche categorie numeriche.

L. G. 7.26.**Infezioni e complicazioni post-operatorie**

- **Mediastinite e relativo intervento chirurgico** di asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino vanno così rappresentati:
 - diagnosi principale: codice 998.59 “Altra Infezione postoperatoria”
 - diagnosi secondaria: codice 519.2 “Mediastinite”
 - intervento chirurgico principale: codice 34.3 “Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino”.
- In caso di **nuovo ricovero per deiscenza della ferita sternale e conseguente nuova sutura**, si devono utilizzare i seguenti codici:
 - diagnosi principale: codice 998.32 “Rottura di ferita chirurgica esterna”
 - intervento chirurgico principale: codice 78.51 “Fissazione interna di scapola, clavicola e torace (coste e sterno) senza riduzione di frattura”.
- In caso di **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, va riportato anche uno dei codici da 38.80 a 38.89 per descrivere l'occlusione chirurgica di vasi mediante legatura, ovvero uno dei codici da 39.30 a 39.32 per descrivere la riparazione di lacerazioni mediante sutura di vasi.

- **Setticemia postoperatoria**

Indicare come

- Diagnosi principale: codice 998.59 “Setticemia postoperatoria”
- Diagnosi secondaria: codice 038.___ “Setticemia” (ultime due cifre variabili in relazione al tipo di setticemia).

- **Persistenza di fistola del mediastino postoperatoria**

Utilizzare:

- Diagnosi principale: codice 998.6 “Fistola postoperatoria persistente, non classificata altrove”
- Intervento chirurgico: codice 34.73 “Chiusura di altra fistola del torace”.

- **Complicazioni meccaniche di (dovute a) dispositivi, impianti ed innesti cardiaci**

Utilizzare i codici previsti da 996.00 a 996.09.

- **Patologia del bypass**

- codice 414.02 “Aterosclerosi coronarica di bypass venoso autologo”,
- codice 414.03 “Aterosclerosi coronarica di bypass biologico: non autologo”,
- codice 414.04 “Aterosclerosi coronarica di bypass arterioso”,
- codice 414.07 “Aterosclerosi coronarica di bypass arterioso venoso in un cuore trapiantato”,
- codice 996.03 “Complicazioni meccaniche da innesto di bypass coronarico”.

- **Endocardite da protesi valvolare cardiaca**
 - Diagnosi principale: codice 996.61 "Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti ed innesti cardiaci"; e, nel caso di contemporaneo distacco di protesi
 - Diagnosi secondaria: codice 996.02 "Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca.

- **Altre complicazioni, non meccaniche** (occlusione SAI, embolia, trombo, stenosi), **di protesi, impianti e innesti interni**
 - codice 996.71 "Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache",
 - codice 996.72 "Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti cardiaci".

- **Effetti funzionali a lungo termine**
Insufficienza cardiaca e scompenso cardiaco successivi ad intervento o da protesi
 - codice 429.4 "Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca - Sindrome post cardiologica".

L. G. 7.27.**Complicazioni cardiache perioperatorie**

Un problema clinico specifico è rappresentato dal verificarsi di una complicanza cardiaca perioperatoria: per descrivere tale situazione, segnalare, tra le diagnosi secondarie, il codice specifico della complicanza cardiaca rilevata + il codice 997.1 "Complicazioni cardiache, non classificate altrove".

L. G. 7.28.**Correzione di malformazione arterovenosa cerebrospinale congenita**

- **Se cerebrale**, indicare:
 - diagnosi principale: codice 747.81 "Anomalie del sistema cerebrovascolare"
 - intervento chirurgico: codice 38.81 "Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici", oppure codice 38.61 "Altra asportazione di vasi intracranici".

- **Se vasi spinali**, indicare:
 - diagnosi principale: codice 747.82 "Anomalie dei vasi spinali"
 - diagnosi secondaria: codice 336.1 "Mielopatie vascolari"
 - intervento chirurgico: codice 38.80 "Altra occlusione chirurgica di vasi, sede non specificata", oppure codice 38.60 "Altra asportazione di vasi, sede non specificata".

L. G. 7.29.**Malformazione arterovenosa cerebrospinale acquisita**

- **cerebrovascolare intracranica o carotideo-cavernosa**
 - diagnosi principale: codice 437.3 "Aneurisma cerebrale senza rottura".

- **cerebrovascolare extracranica**
 - diagnosi principale: codice 442.81 "Aneurisma dell'arteria del collo"

- **spinale**
 - diagnosi principale: codice 447.0 "Fistola arterovenosa acquisita"
 - diagnosi secondaria: codice 336.1 "Mielopatie vascolari".

In ogni caso, il trattamento chirurgico di fistola arterovenosa va descritto ponendo come intervento chirurgico il codice 39.53 "Riparazione di fistola arteriovenosa".

L. G. 7.30.**Aneurisma di arteria intracranica**

Codificare:

- diagnosi principale: codice 430 "Rottura di aneurisma cerebrale congenito SAI", se con emorragia, oppure codice 437.3 "Aneurisma cerebrale senza rottura", se senza emorragia
- intervento chirurgico: codice 38.81 "Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici" eventuali altre procedure.

In presenza di vasospasmo, assegnare il codice 435.9 "Ischemia cerebrale transitoria non specificata" (come diagnosi secondaria) ed utilizzare nelle procedure il codice 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche" per indicare l'infusione intra-arteriosa di papaverina.

L. G. 7.31.**Varici degli arti inferiori**

- **Intervento di crossectomia semplice:**

diagnosi principale: codice 454._ "Varici degli arti inferiori";
intervento chirurgico: codice 38.69 "Altra asportazione di vene dell'arto inferiore".

- **Intervento di crossectomia + stripping:**

diagnosi principale: codice 454._ "Varici degli arti inferiori";
intervento chirurgico principale: codice 38.69 "Altra asportazione di vene dell'arto inferiore";
intervento chirurgico secondario: codice 38.59 "Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore".

- **Intervento di legatura di perforanti (senza crossectomia e senza stripping):**

diagnosi principale: codice 454._ "Varici degli arti inferiori";
intervento chirurgico principale: codice 38.89 "Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore".

- **Intervento di crossectomia + stripping + Legatura di perforanti:**

diagnosi principale: codice 454._ "Varici degli arti inferiori";
intervento chirurgico principale: codice 38.69 "Altra asportazione di vene dell'arto inferiore";
intervento chirurgico secondario: codice 38.59 "Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore";
intervento chirurgico secondario: codice 38.89 "Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore".

- **Intervento di legatura endoscopica di perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS):**

diagnosi principale: codice 454._ "Varici degli arti inferiori";
intervento chirurgico principale: codice 38.59 "Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore";
intervento chirurgico secondario: codice 83.09 "Altra incisione dei tessuti molli".

- **Intervento di varicectomia localizzata (es. gavocciolo varicoso):**

diagnosi: codice 454._ "Varici degli arti inferiori";
intervento chirurgico: codice 38.69 "Altra asportazione di vene dell'arto inferiore".

▪ **Trattamento vene varicose con radiofrequenza:**
diagnosi principale: codice 454._ “Varici degli arti inferiori”;
intervento chirurgico principale: codice 38.89 “Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore”,
con o senza associazione del codice di stripping.

▪ **Intervento per varici mediante l'utilizzo di un catetere venoso e laserterapia**
diagnosi principale: codice 454._ “Varici degli arti inferiori”;
intervento chirurgico principale: codice 38.59 “Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore”;
intervento chirurgico secondario: codice 38.93 “Cateterismo venoso”;
intervento chirurgico secondario: codice 38.69 “Altra asportazione di vene dell'arto inferiore”, se viene eseguita anche l'asportazione delle vene adiacenti.

L. G. 7.32.
Dolore toracico

Nel caso di ricovero per dolore toracico di sospetta origine cardiaca, va riportato in diagnosi principale il codice 786.50 “Dolore toracico non specificato”.

L. G. 7.33.
Fibrillazione

Il codice 427.31 “Fibrillazione atriale” va segnalato tra le diagnosi secondarie, *solo se tale patologia ha significativamente influenzato il trattamento ricevuto e/o determinato un effettivo allungamento della degenza.*

L. G. 7.34.
Aneurisma aortico - Resezione e sostituzione di aorta toracica o addominale

In caso di ricovero per aneurisma aortico, dovuto a cause diverse dall'arteriosclerosi, si segnalano i seguenti codici da riportare in **diagnosi principale**:

- **Aneurisma sifilitico:** codice 093.0 “Aneurisma dell'aorta, specificato come sifilitico”,
- **Aneurisma micotico:** codice 421.0 “Aneurisma infettivo”; *in questo caso utilizzare un codice addizionale per identificare l'agente infettivo,*
- **Aneurismi aortici traumatici:** codice 901.0 “Traumatismo dell'aorta toracica”, oppure codice 902.0 “Traumatismo dell'aorta addominale”.

Per la codifica dell'intervento di resezione e sostituzione di aorta toracica o addominale, vanno utilizzati i codici seguenti: codice 38.44 “Resezione dell'aorta addominale con sostituzione” o codice 38.45 “Resezione dell'aorta toracica con sostituzione”.

In caso di riparazione di aneurisma toraco – addominale, riportare entrambi i codici.

L. G. 7.35.
Riparazione endovascolare di aneurisma

In caso di intervento di riparazione endovascolare di aneurisma va utilizzato il codice 39.7_ “Riparazione endovascolare di vaso”.

L. G. 7.36.
Interventi per via percutanea sui vasi

- **Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA)**

Utilizzare il codice di procedura 00.66 “Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica”.

Selezionare anche uno dei codici da 00.40 a 00.43 per indicare il numero dei vasi trattati.

L'eventuale **inserzione di stent** deve essere descritta con la selezione di ulteriori due codici:

- il primo per specificare il numero di stent inseriti (codici da 00.45 a 00.48),
- Il secondo per specificare il tipo di stent utilizzato (stent medicato: codice 36.07; stent non medicato: codice 36.06).

- **Angioplastica percutanea di vasi precerebrali extracranici ed intracranici**

Utilizzare il codice 00.61 “Angioplastica percutanea di vasi precerebrali extracranici” ovvero codice 00.62 “Angioplastica percutanea di vasi intracranici”.

Selezionare anche uno dei codici da 00.40 a 00.43 per indicare il numero dei vasi trattati.

Deve essere eventualmente specificato il **numero di stent inseriti** (codici da 00.45 a 00.48) indicando anche, se effettuate, le seguenti procedure con i relativi codici:

- Inserzione percutanea di stent nell'arteria carotidea: codice 00.63,
- Inserzione percutanea di stent in altre arterie precerebrali (extracraniche): codice 00.64,
- Inserzione percutanea di stent vascolari intracranici: codice 00.65

- **Angioplastica transluminale di vaso periferico (PTA)**

Utilizzare il codice di procedura 39.50 “Angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i”.

Selezionare anche uno dei codici da 00.40 a 00.43 per indicare il numero dei vasi trattati.

L'eventuale **inserzione di stent** deve essere descritta con la selezione di ulteriori due codici:

- uno per specificare il numero di stent inseriti (codici da 00.45 a 00.48),
- un altro per specificare il tipo di stent utilizzato (stent medicato: codice 00.55; stent non medicato: codice 39.90).

La codifica degli interventi di angioplastica può essere opportunamente completata con la selezione ulteriore del codice 00.44 per segnalare l'effettuazione di procedure su biforcazione vascolare, e del codice 99.10 per segnalare l'iniezione o infusione di agente trombolitico.

NOTA

I codici numerici 00.46, 00.47, e 00.48 non sono chiaramente riportati nella prima edizione del Manuale ICD-9-CM vs.2007. Pertanto si elencano di seguito i codici numerici esatti e le relative descrizioni:

- **00.45** “Inserzione di uno stent vascolare”
- **00.46** “Inserzione di due stent vascolari”
- **00.47** “Inserzione di tre stent vascolari”
- **00.48** “Inserzione di quattro o più stent vascolari”

L. G. 7.37.

Interventi eseguiti in circolazione extracorporea (CEC)

Per gli interventi eseguiti in CEC occorre aggiungere il codice 39.61 “Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto”.

L. G. 7.38.**Bypass aortocoronarico**

Per la codifica va tenuto conto del **numero di arterie coronariche coinvolte**. Ad esempio:

- | | |
|--|-------|
| - Bypass (aorto)coronarico di una arteria coronarica | 36.11 |
| - Bypass (aorto)coronarico di due arterie coronariche | 36.12 |
| - Bypass (aorto)coronarico di tre arterie coronariche | 36.13 |
| - Bypass (aorto)coronarico di quattro o più arterie coronariche | 36.14 |
| - Bypass singolo mammaria interna–arteria coronarica | 36.15 |
| - Bypass doppio mammaria interna–arteria coronarica | 36.16 |
- **Bypass aortocoronarico “classico”**
Utilizzare i seguenti codici:
 - codice 36.11 “Bypass (aorto)coronarico di una arteria coronarica” +
 - codice 36.15 “Bypass singolo mammaria interna – arteria coronarica” +
 - codice 39.61 “Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto” +
 - codice 37.2_ “Cateterismo cardiaco”, se presente.
 - **Bypass a “cuore pulsante”**
Utilizzare i seguenti codici:
 - codice 36.1_ “Bypass aortocoronarico di ... arteria coronarica” +
 - codice 36.15 “Bypass singolo mammaria interna – arteria coronarica” +
 - codice 37.2_ “Cateterismo cardiaco” *ovvero* codice 88.5_ “Angiocardiografia”.
 - **Bypass aortocoronarico con arteria gastroepiploica**
Utilizzare i seguenti codici:
 - codice 36.17 “Bypass dell’arteria coronarica addominale” +
 - codice 39.61 “Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto” +
 - codice 37.2_ “Cateterismo cardiaco” *ovvero* codice 88.5_ “Angiocardiografia”.
 - **Rivascolarizzazione cardiaca con tecnica LASER**
Codificare come codice 36.3_ “Altra rivascolarizzazione cardiaca”.
 - **Bypass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca**
Utilizzare i seguenti codici:
 - codice 36.1_ “Bypass (aorto)coronarico di ... arteria coronarica” +
 - codice 37.32 “Asportazione di aneurisma del cuore” +
 - codice 39.61 “Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto”.

Procedure quali ipotermia, cardioplegia, pacing intraoperatorio e intubazione toracica sono considerate parte integrante della chirurgia del bypass e pertanto non necessitano di codifica aggiuntiva.

E’ invece fondamentale codificare il cateterismo o l’angiocardiografia, se effettuati.

L. G. 7.39.**Interventi sulle valvole cardiache**

- **Chirurgia riparativa della mitrale con l’utilizzo dell’anello di Carpentier**
Utilizzare i seguenti codici:
 - codice 35.12 “Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione” +

- codice 39.61 “Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (CEC)” +
- codice 37.2_ “Cateterismo cardiaco” ovvero codice 88.5_ “Angiocardiografia”.

- **Intervento secondo Bental**

Utilizzare i seguenti codici:

- codice 35.22 “Altra sostituzione di valvola aortica con protesi” +
- codice 38.45 “Resezione di altri vasi toracici con sostituzione” +
- codice 36.19 “Altro Bypass per rivascularizzazione cardiaca” +
- codice 37.2_ “Cateterismo cardiaco” ovvero codice 88.5_ “Angiocardiografia”.

- **Applicazione di valvola aortica per via percutanea**

Utilizzare il codice 35.29

***N.B.:** Il predetto codice non è contemplato dal Manuale ICD-9-CM, ma è stato individuato con D.G.R. della Campania n° 1620 del 22/10/2009 per descrivere specificatamente i casi di sostituzione valvolare aortica per via percutanea o transapicale in pazienti, particolarmente selezionati, affetti da stenosi valvolare aortica severa.*

L. G. 7.40

I reinterventi per complicazioni di innesti di Bypass aorto-coronarico e di interventi sulle valvole cardiache

I reinterventi per complicazioni di innesti di Bypass aorto-coronarico e di interventi sulle valvole cardiache vanno codificati utilizzando in diagnosi principale il codice 996.03 o 996.02, se trattasi di **complicazioni meccaniche**, e 996.71 e 996.72, se trattasi di **altre complicazioni** (ad es. embolia, trombosi);

Come intervento principale utilizzare la codifica specifica dell'intervento praticato.

L. G. 7.41.

Altri interventi sul cuore.

- **Chiusura del dotto di Botallo, per via endoscopica**

Utilizzare i seguenti codici:

- codice 38.85 “Altra occlusione chirurgica di altri vasi toracici” +
- codice 37.23 “Cateterismo combinato del cuore destro e sinistro”.

- **Chiusura del difetto interatriale (DIA) per via endoscopica**

Utilizzare i seguenti codici:

- codice 35.52 “Riparazione di difetto del setto striale con sutura diretta” +
- codice 37.21 “Cateterismo cardiaco del cuore destro”.

Sostituzione di arco aortico con tubo valvolato

Utilizzare i seguenti codici:

- codice 38.45 “Resezione di altri vasi toracici con sostituzione” +
- codice 35.2_ “Sostituzione di valvola cardiaca”.

- **Impianto di cuore artificiale**

Utilizzare i seguenti codici:

- codice 37.65 “Impianto di un sistema di circolazione assistita esterno pulsatile” +
- codice 37.66 “Impianto di un sistema di circolazione assistita, impiantabile, pulsatile” +
- codice 37.52 “Impianto di sistema di sostituzione cardiaca totale”.

L. G. 7.42.

Posizionamento e rimozione di filtro cavale

Per segnalare il posizionamento di un filtro cavale, temporaneo o permanente, utilizzare il codice 38.7 "Interruzione della vena cava".

Per la rimozione di un filtro cavale, temporaneo o definitivo recuperabile, utilizzare il codice 39.99 "Altri interventi sui vasi".

L. G. 7.43.

Embolizzazione arteriosa per via endovascolare con microcatetere

Nel caso di embolizzazione arteriosa per via endovascolare con microcatetere, utilizzare i codici:

- intervento chirurgico principale: codice 38.91 "cateterismo arterioso" +
- altra procedura: codice 99.29 "iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche".

L. G. 7.44.

Impianto endovascolare di graft nell'aorta

Per l'**impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale**:

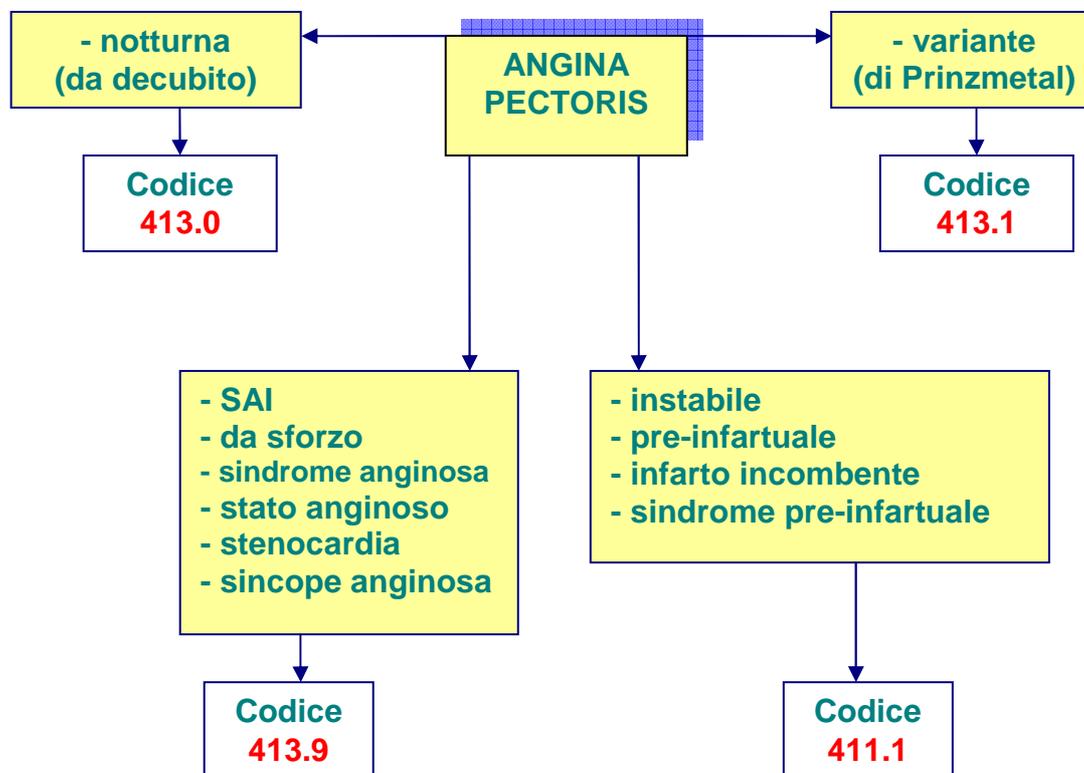
codice di procedura 39.71 "impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale".

Per l'**impianto endovascolare di graft nell'aorta toracica**:

codice di procedura 39.73 "Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica".

MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO Prospetti riepilogativi di codifica della SDO

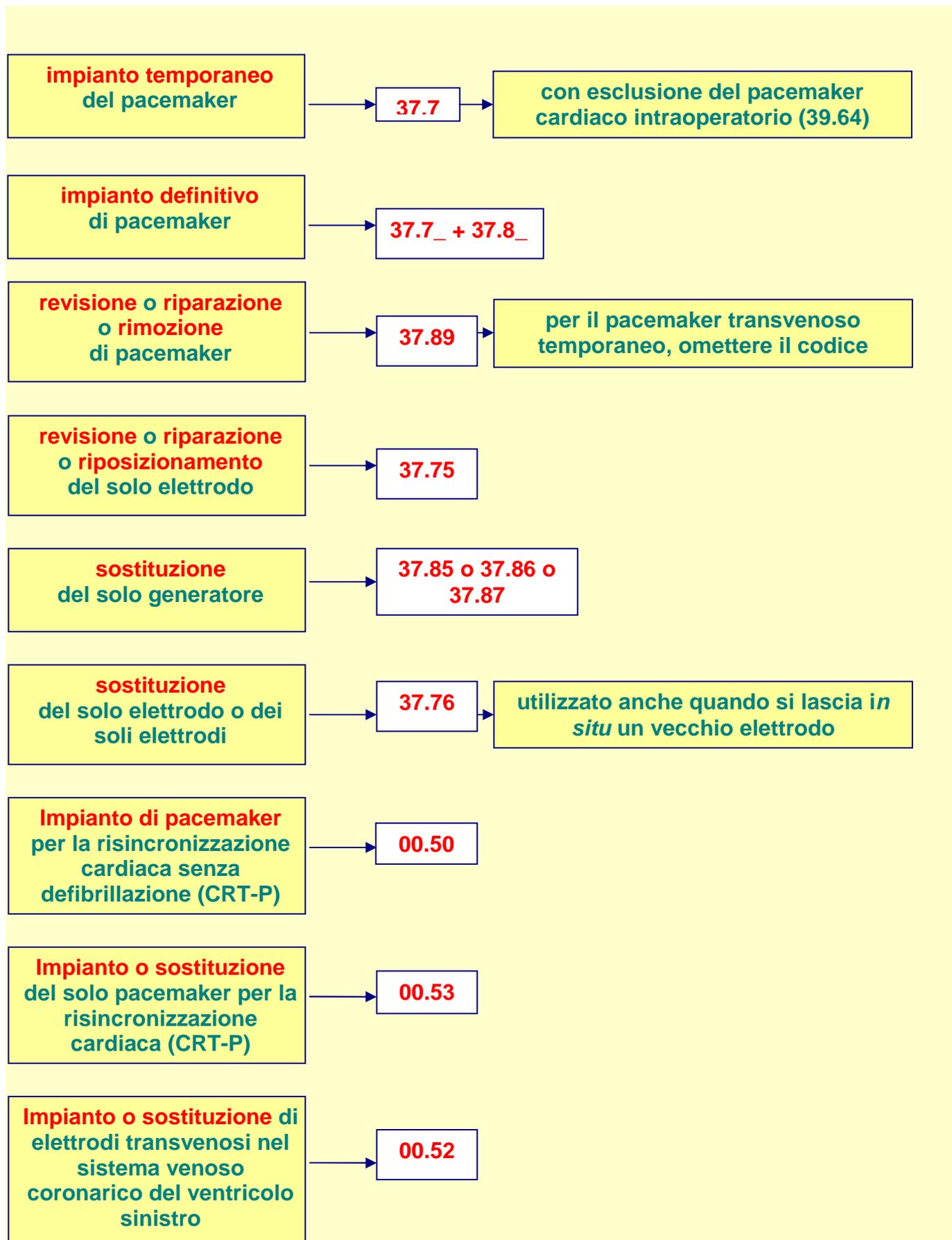
ANGINA PECTORIS



PACEMAKER CARDIACO: DIAGNOSI

- **Ricovero per il posizionamento del pacemaker:**
utilizzare in diagnosi principale la patologia che ha reso necessario l'impianto del pacemaker.
- **Ricovero per controllo, sostituzione, regolazione, esaurimento della batteria del pacemaker (in assenza di sintomi clinici):**
utilizzare in diagnosi principale il codice **V53.31**.
- **Ricovero di un paziente portatore di pacemaker:**
utilizzare il codice **V45.01** "Stimolatore cardiaco in situ" in diagnosi secondaria o principale nel rispetto delle regole generali di codifica.
- **Ricovero per cattivo funzionamento del pacemaker:**
utilizzare in diagnosi principale il codice **996.01** "Complicazioni meccaniche da pacemaker cardiaco (elettrodo)".
- **Ricovero per sindrome del seno carotideo e contestuale impianto di pacemaker:**
utilizzare in diagnosi principale il codice **427.8_** "Altre aritmie cardiache specificate".

PACEMAKER CARDIACO: INTERVENTI



VARICI DEGLI ARTI INFERIORI: INTERVENTI• **I CODICI DELLE PROCEDURE SONO:**

Crossectomia semplice	38.69 “Altra asportazione di vene dell’arto inferiore”
Crossectomia + stripping	38.69 “Altra asportazione di vene dell’arto inferiore” + 38.59 “Legatura e stripping di vene varicose dell’arto inferiore”
Legatura di perforanti	38.89 “Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore”
Crossectomia + stripping + legatura di perforanti	38.69 “Altra asportazione di vene dell’arto inferiore” + 38.59 “Legatura e stripping di vene varicose dell’arto inferiore” + 38.89 “Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore”
Legatura endoscopica di perforanti in sede sottofasciale (SEPS)	38.59 “Legatura e stripping di vene varicose dell’arto inferiore” + 83.09 “Altra incisione dei tessuti molli”
Varicectomia localizzata (es. gavocciolo varicoso)	38.69 “Altra asportazione di vene” + 83.09 “Altra incisione dei tessuti molli dell’arto inferiore”
Trattamento vene varicose con radiofrequenza	38.89 “Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore”
Utilizzo di un catetere venoso e laser terapia	38.59 “Legatura e stripping di vene varicose dello dell’arto inferiore” + 38.93 “Cateterismo venoso” + 38.69 “Altra asportazione di vene dell’arto inferiore” (se viene eseguita anche l’asportazione delle vene adiacenti).

N.B.: Il codice di diagnosi è sempre **454.** “Varici degli arti inferiori”.

Capitolo VIII - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (460 - 519)

L. G. 8. 1. Bronchite acuta

La bronchite acuta va codificata con:

- codice 466.0 "Bronchite acuta", qualora non vi sia evidenza di pregressa broncopatia,
- codice 491.22 "Bronchite cronica ostruttiva, con bronchite acuta", se insorge in paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO),
- codici 466.0 "Bronchite acuta" + 491.0 "Bronchite cronica semplice", se insorge in paziente con bronchite cronica.

L. G. 8. 2. Bronchite cronica - BPCO - Enfisema

La bronchite cronica semplice va codificata con il codice 491.0.

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) va registrata con il codice 491.2_ "Bronchite cronico-ostruttiva".

L'enfisema va indicato con il codice 492._ "Enfisema".

La riacutizzazione della BPCO va segnalata con il codice 491.21 "Bronchite cronica ostruttiva con esacerbazione (acuta)".

L. G. 8. 3. Asma

La categoria 493 "Asma" permette, con la sottoclassificazione, di descrivere la presenza / assenza di stato asmatico o riacutizzazione.

L. G. 8. 4. Dispnea ed altre anomalie respiratorie

La dispnea e le anomalie respiratorie non altrimenti specificate si codificano con il codice 786.0_.

L. G. 8. 5. Polmoniti da solidi e da liquidi

Le polmoniti da solidi e liquidi sono specificate alla categoria 507, con esclusione della polmonite da aspirazione fetale (codice 770.1_), post-operatoria - Sindrome di Mendelson - (codice 997.3) e della sindrome di Mendelson nel corso del travaglio e del parto (codice 668.0_).

L. G. 8. 6. Edema polmonare acuto

Porre attenzione all'edema polmonare acuto che, *quando cardiogeno*, va codificato con 428.1 "Insufficienza del cuore sinistro"; quando, invece, è di origine prettamente polmonare, va codificato con il codice 518.4 "Edema polmonare acuto non specificato".

L'edema polmonare acuto da inalazione di fumi e vapori va codificato con 506.1.
Vedi anche prospetto riepilogativo "Edema polmonare acuto" del presente capitolo.

L. G. 8. 7.

Insufficienza respiratoria e polmonare

Per l'**insufficienza respiratoria** utilizzare i seguenti codici:

- codice 518.81 "Insufficienza respiratoria acuta",
- codice 518.83 "Insufficienza respiratoria cronica",
- codice 518.84 "Insufficienza respiratoria acuta e cronica (acuta su cronica)".

Il codice 518.82 va riservato a particolari forme di **insufficienza polmonare**, quali, ad esempio, il distress respiratorio nei soggetti adulti, qualora esse non siano dovute a cause classificate altrove. Quando la causa della insufficienza polmonare è costituita da shock, traumi o interventi chirurgici, deve essere utilizzato il codice 518.5.

Vedi anche prospetto riepilogativo "Insufficienza respiratoria e polmonare" del presente capitolo.

L. G. 8. 8.

Sindrome dell'apnea notturna

Per i ricoveri dei **pazienti affetti da sindrome dell'apnea notturna che vengono sottoposti ad intervento chirurgico** di ugulofaringoplastica, la codifica della SDO è la seguente:

- diagnosi principale: codice 528.9 "Altre e non specificate malattie dei tessuti molli orali"
- diagnosi secondaria: un codice 327.2_ "Apnea nel sonno di tipo organico"
- intervento chirurgico: codice 27.99 "Altri interventi sulla cavità orale – ugulofaringoplastica".

Se, contemporaneamente, vengono effettuati anche interventi di sospensione ioidea e linguale (spesso sono interventi associati), questi ultimi vengono descritti utilizzando un unico codice aggiuntivo: codice 29.4 "Intervento di plastica sul faringe".

Per i ricoveri dei pazienti affetti da sindrome dell'apnea notturna **che non vengono sottoposti ad intervento chirurgico** utilizzare come codice di diagnosi il codice 327.2_ "Apnea nel sonno di tipo organico".

L. G. 8. 9.

Roncopatie e polisonnogramma

Il caso va descritto ponendo in diagnosi principale il codice 786.09 "Altre dispnee e anomalie respiratorie". Tra le procedure va segnalato il codice 89.17 "Polisonnogramma".

L. G. 8.10.

Presenza di tracheostomia – Controllo di tracheostomia

Utilizzare il codice V44.0 per descrivere la presenza di tracheostomia.

Utilizzare il codice V55.0 per descrivere il controllo della tracheostomia (chiusura, estrazione o introduzione di sonde, revisione, toletta o pulitura).

In particolare, se il ricovero è finalizzato alla chiusura di tracheostomia, il caso va descritto utilizzando in diagnosi principale il codice V55.0 "Controllo di tracheostomia" + negli spazi relativi agli interventi e/o procedure il codice 31.72 "Chiusura di fistola esterna della trachea".

L. G. 8.11.

Complicazioni legate alla tracheostomia

Per indicare le complicazioni legate alla tracheostomia (come emorragia, stenosi, infezione e fistola tracheoesofagea che possono verificarsi dopo tracheostomia) si utilizza un codice della sottocategoria 519.0_ "Complicazioni della tracheostomia" con la *quinta cifra che specifica il tipo di complicazione*.

L. G. 8.12.**Stenosi della trachea da compressione**

In caso di intervento chirurgico per stenosi della trachea da compressione derivante, ad esempio, da un gozzo, con inserimento di protesi, codificare:

- diagnosi principale: codice 519.19 "Malattie dell'apparato respiratorio non specificate"
- diagnosi secondaria, codice: 240._ "Gozzo semplice e non specificato"
- intervento chirurgico: codice 31.99 "Altri interventi sulla trachea".

Tra le procedure, utilizzare il codice 33.22 "Broncoscopia con fibre ottiche", oppure il codice 33.23 "Altra broncoscopia".

L. G. 8.13.**Sindrome dello stretto toracico**

In presenza di Sindrome dello Stretto Toracico vanno utilizzati i seguenti codici:

- diagnosi principale: 353.0 "Sindrome della Costola cervicale" +
- intervento chirurgico: 77.91 "Ostectomia totale della scapola, della clavicola, del torace (coste e sterno)".

L. G. 8.14.**Versamento pleurico**

Il versamento pleurico va codificato utilizzando uno dei seguenti codici:

- 511.1 "Pleurite con versamento e menzione di una causa batterica, esclusa la tubercolosi",
- 511.8 "Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare",
- 511.9 "Versamento pleurico non specificato".

Se il versamento pleurico è post-traumatico va codificato: 860.2 "Emotorace senza menzione di ferita aperta del torace".

Per il versamento pleurico maligno utilizzare il codice 197.2.

Per l'empima tubercolare utilizzare il codice 012.0.

Tra le procedure codificare eventualmente 34.91 "Toracentesi" o 34.04 "Inserzione di drenaggio intercostale".

L. G. 8.15.**Laringectomia**

I codici relativi all'intervento di laringectomia totale (codice 30.3 "Laringectomia completa", codice 30.4 "Laringectomia radicale") **includono già la tracheostomia** e non occorre quindi codificare anche questa procedura.

Gli interventi di laringectomia parziale, invece, non comprendono la tracheostomia per l'assistenza ventilatoria e tale procedura deve essere codificata separatamente (codice 31.1 "Tracheostomia temporanea, tracheostomia per assistenza ventilatoria").

L. G. 8.16.**Pregressa laringectomia con inserimento di protesi fonatoria**

I pazienti sottoposti a laringectomia in un precedente intervento e ricoverati per l'inserimento di protesi fonatoria, vanno così descritti:

- diagnosi principale: 784.40 "Alterazioni non specificate della voce"
- diagnosi secondaria: V10.21 "Anamnesi personale di tumore maligno della laringe"
- intervento chirurgico: 31.95 "Fistolizzazione tracheoesofagea".

L. G. 8.17.**Distruzione o escissione di lesione tracheale**

In caso di distruzione o escissione di lesione tracheale, utilizzare il codice di procedura 31.5 "Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea".

Se, contestualmente, viene inserita una protesi tracheale, l'intervento va codificato con il codice 31.99 "Altri interventi sulla trachea".

L. G. 8.18.**Asportazione di lesione bronchiale**

In caso di asportazione di lesione bronchiale, utilizzare il codice di procedura 32.01 "Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi".

Se, contestualmente, viene inserita una protesi bronchiale, in aggiunta al codice 32.01 va utilizzato il codice 33.91 "Dilatazione bronchiale".

L. G. 8.19.**Toilette bronchiale con broncoscopio**

La toilette bronchiale con broncoscopio va descritta utilizzando uno dei seguenti codici di procedura: 33.23 "Altra broncoscopia"; 96.56 "Altro lavaggio di bronchi e trachea".

L. G. 8.20.**Rimozione di corpo estraneo in trachea**

In caso di ricovero per rimozione di corpo estraneo in trachea, vanno riportati i seguenti codici:

- diagnosi principale: 934._ "Corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei polmoni"
- intervento/procedura principale: 98.15 "Rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla trachea e bronchi, senza incisione"
- altro intervento / procedura: 33.22 "Broncoscopia con fibre ottiche".

L. G. 8.21.**Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del polmone**

Il codice 32.28 "Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto del polmone" sottintende l'approccio broncoscopico.

Gli interventi di asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del polmone effettuati in videotoracosopia (VTS) vanno descritti ponendo, come intervento principale, il codice 32.25 "Ablazione per via toracoscopica di lesione o tessuto polmonare" + riportando, tra gli interventi secondari, il codice 34.21 "Toracosopia transpleurica".

L. G. 8.22.

Dipendenza da respiratore

La dipendenza da respiratore va descritta utilizzando il codice V46.11 "Stato di dipendenza da respiratore".

L. G. 8.23.

Altri interventi sull'apparato respiratorio

Le **procedure, per via endoscopica**, di inserzione, sostituzione o rimozione di dispositivo terapeutico o sostanze nei bronchi o nei polmoni sono individuate dal *quarto carattere del codice 33.7_*.

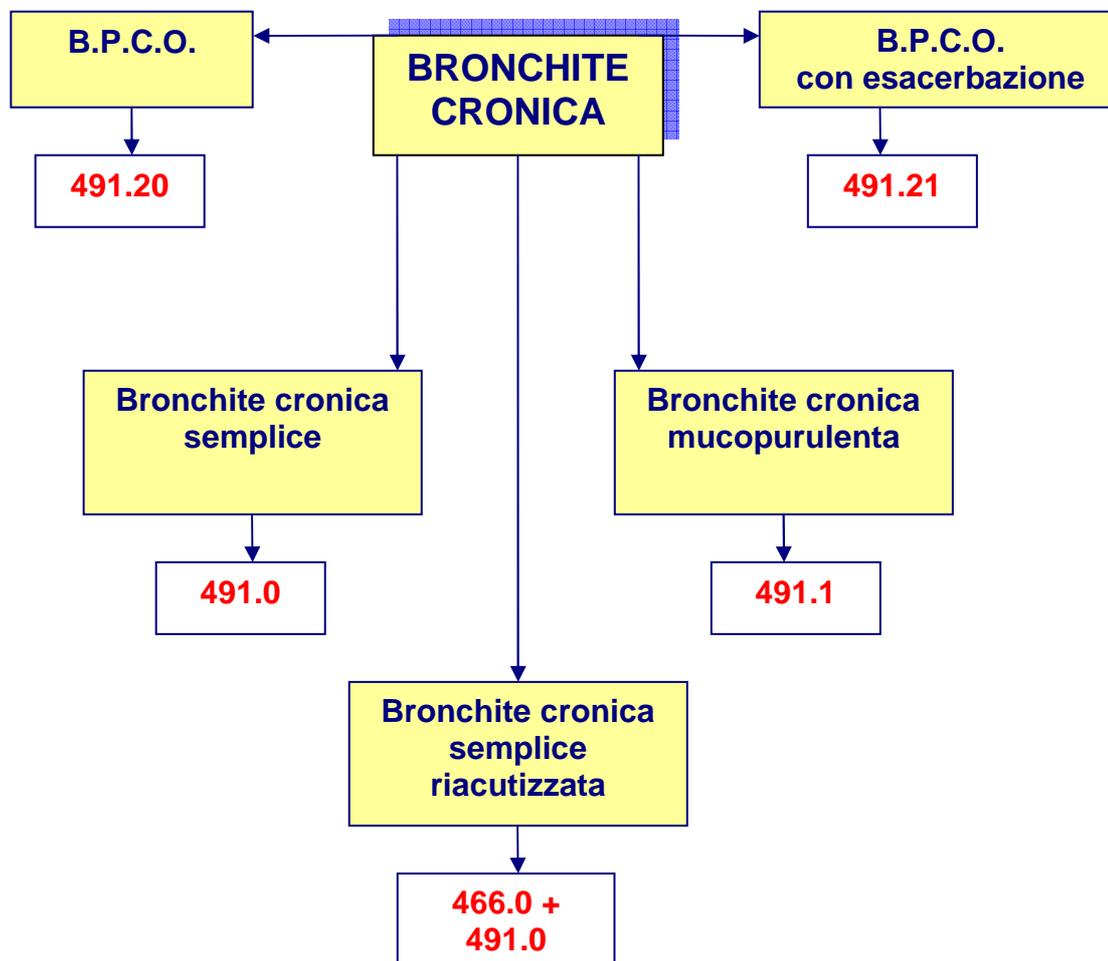
L'inserzione di stent tracheale è identificata dal codice 96.05.

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

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Prospetti riepilogativi di codifica della SDO

BRONCHITE CRONICA



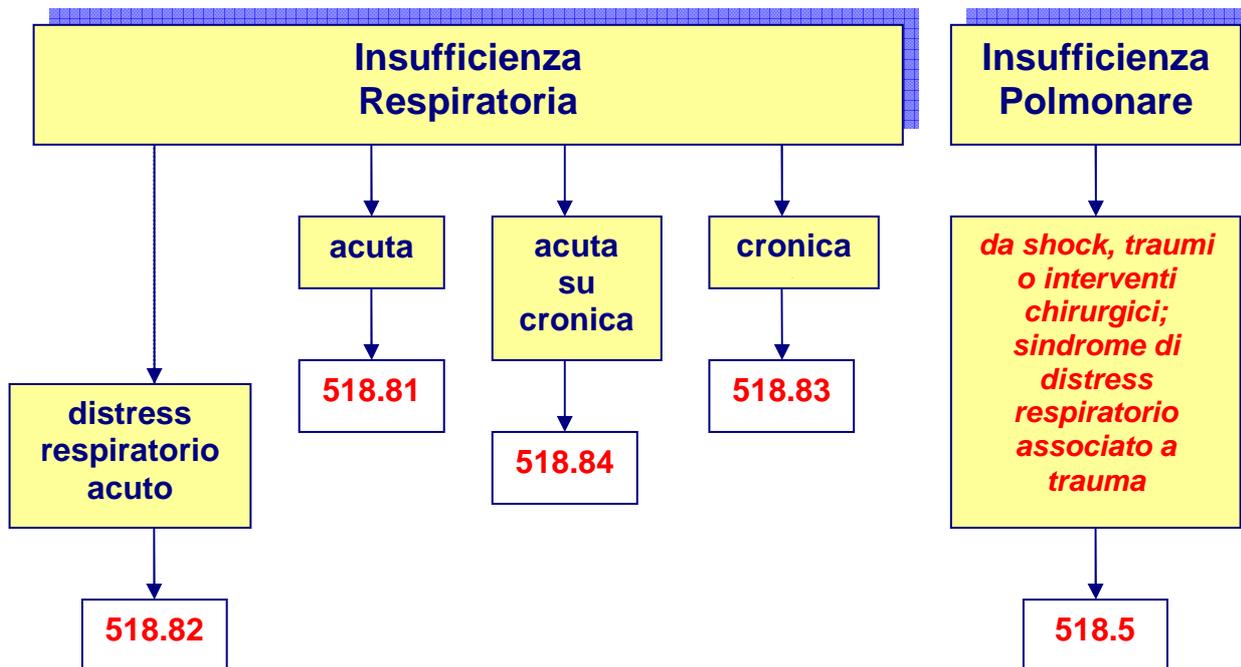
NOTE

I codici 491.1 “Bronchite cronica mucopurulenta”, 491.2_ “Bronchite cronica ostruttiva”, 491.8 “Altre bronchiti croniche” e 491.9 “Bronchite cronica non specificata” vanno segnalati sulla SDO, tra le diagnosi secondarie, solo se le patologie hanno realmente influenzato il trattamento ricevuto in termini di monitoraggio clinico, strumentale e di terapia praticata, determinando un effettivo allungamento della degenza.

In particolare, è necessario che nella cartella clinica, relativa all’episodio di ricovero siano riportati:

- chiara indagine anamnestica ed esame obiettivo dell’apparato respiratorio e/o referto anestesilogico con riferimento a classe ASA 2 per bronchite cronica
- spirometria di base
- terapia con farmaci ad hoc.

N.B.: devono essere presenti tutti i criteri

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E POLMONARE**NOTE**

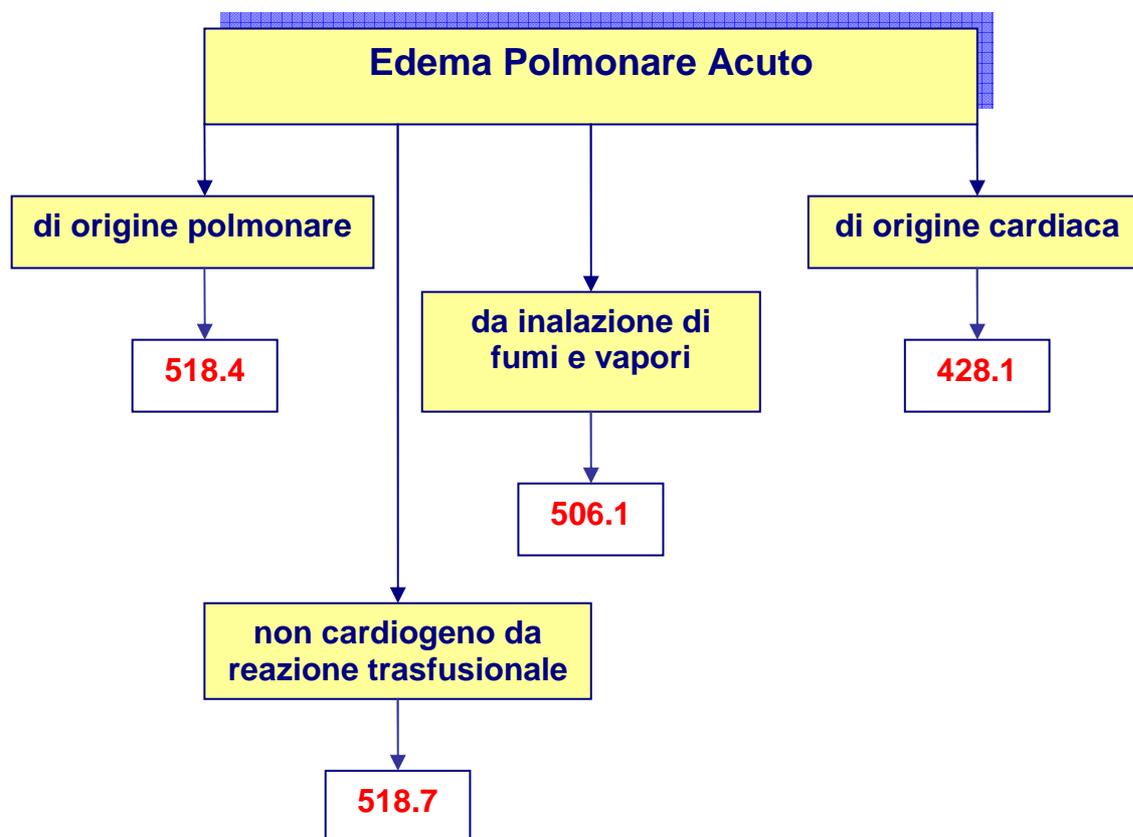
Codificare la condizione di insufficienza respiratoria con il codice 518.8_, sulla base delle alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO₂, PaCO₂, pH e bicarbonati): in questo caso dovranno essere correttamente indicati in cartella clinica e codificati nella scheda di dimissione gli interventi terapeutici effettuati, con particolare attenzione all'utilizzo dei codici che segnalano le terapie ventilatorie/ossigenoterapia.

Se l'insufficienza respiratoria è manifestazione di una patologia respiratoria di base, il codice 518.81 va utilizzato in diagnosi principale, con l'eccezione dei casi previsti dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 06/06/2002 "... L'insufficienza respiratoria è implicita nell'asma e in varie forme di malattia polmonare cronica ostruttiva e pertanto in presenza di tali condizioni non è richiesto un codice aggiuntivo ..."

Se l'insufficienza respiratoria è complicanza di una patologia acuta non respiratoria (esempi: I.M.A., scompenso cardiaco, emorragia cerebrale, ecc.), **quest'ultima va codificata in diagnosi principale e l'insufficienza respiratoria in diagnosi secondaria.**

In caso di ricovero per trauma o per intervento chirurgico, il codice 518.5 "Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico" va utilizzato solo in diagnosi secondaria.

EDEMA POLMONARE ACUTO



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

L. G. 9. 1.

Codifica di alcune forme di displasia di organi digerenti

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

Esempi a tale riguardo sono costituiti dalla displasia grave/severa su polipi adenomatosi dell'apparato digerente o su ulcera gastrica o quando associata a rettocolite ulcerosa o a morbo di Crohn.

L. G. 9. 2.

Malattia di Sjogren

L'episodio di ricovero per indagini sulla Malattia di Sjogren, quando associata a disturbi delle ghiandole salivari, deve essere così descritto:

- Diagnosi principale codice 527.7 "Disturbi della secrezione salivare"
- Diagnosi secondaria codice 710.2 "Malattia di Sjogren"
- Procedure codice 26.11 "Biopsia (agobiopsia) di ghiandola o dotto salivare", oppure codice 26.12 "Biopsia a cielo aperto di ghiandola o dotto salivare".

L. G. 9. 3.

Occlusione intestinale

In presenza di occlusione intestinale, è **necessario codificare in diagnosi principale la causa d'origine** (volvolo, infarto intestinale, neoplasia, etc.).

Quando si è invece in presenza di una subocclusione o di un fecaloma, che si risolve senza intervento chirurgico, si utilizza il codice 560.39 (intasamento fecale).

L. G. 9. 4.

Insufficienza epatica

L'insufficienza epatica cronica si codifica con il codice 573.8 "Altri disturbi epatici specificati".

L'insufficienza epatica acuta (epatite acuta fulminante, necrosi epatica) si codifica con il codice 570 "Necrosi acuta e subacuta del fegato".

L. G. 9. 5.

Emorragia gastrointestinale

Nel caso di emorragia digestiva, **va codificata la causa dell'emorragia** (es. ulcera duodenale sanguinante senza ostruzione codice 532.00).

Solo nel caso in cui la causa non sia nota, codificare la manifestazione clinica di ematemesi (codice 578.0) o melena (codice 578.1) o emorragia del tratto gastrointestinale non specificata (codice 578.9).

L. G. 9. 6.

Sanguinamento di varici esofagee

In caso di 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".

- **Se nel corso del ricovero le condizioni di cirrosi epatica o di ipertensione portale non influiscono sull'impegno assistenziale**, utilizzare come diagnosi principale la seguente codifica: codice 456.0 "Varici esofagee con sanguinamento".
- **Qualora le suddette condizioni siano oggetto di impegno assistenziale**, codificare come diagnosi principale la malattia di base (cirrosi del fegato codici da 571.0 a 571.9, ovvero ipertensione portale codice 572.3) e in diagnosi secondaria riportare il codice 456.20 "Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove".

L. G. 9. 7.**Epatite cronica, cirrosi e complicanze**

Si ponga attenzione al fatto che la classificazione ICD-9-CM consente di distinguere le epatiti croniche di origine virale (codici categoria 070._) rispetto alle altre forme di epatite cronica (codici categoria 571). Nella categoria 571 sono inoltre comprese le diverse forme di cirrosi, tra cui quella post epatitica (571.5).

L. G. 9. 8.**Colica epatica**

In caso di colica epatica, se vi è la presenza di calcoli biliari, il codice appropriato è quello della categoria 574 "Colelitiasi", altrimenti codificare con il codice della categoria 789.0_ "Dolore addominale", con la *quinta cifra che indica la sede del dolore*.

L. G. 9. 9.**Colica addominale**

La colica addominale ha il codice 789.0_, con la *quinta cifra che specifica la sede del dolore*. Si ricorre a questo codice solamente quando non è stato possibile formulare una diagnosi più precisa.

L. G. 9. 10.**Ulcera del moncone in gastreseccato**

Ricorrere alla categoria 534._ _ "Ulcera gastrodigiunale".

L. G. 9.11.**Gastrite e duodenite**

La categoria 535 "Gastrite e duodenite", con la sottoclassificazione, distingue la presenza/assenza di emorragia; non è, quindi, necessario utilizzare un codice aggiuntivo di emorragia.

L. G. 9.12.**Patologie dell'esofago**

In relazione ai disturbi dell'esofago si segnalano:

- Se è presente una **esofagite da reflusso**, utilizzare il codice 530.11.
- Per codificare le **ustioni dell'esofago**, in caso di ingestione di sostanza chimica, va posto in diagnosi principale il codice 947.2 "Ustione dell'esofago" e in diagnosi secondaria va riportato il codice 530.19 "Altra esofagite - Chimica".
- Per codificare l'**atresia esofagea e stenosi esofagea**:
 - utilizzare il codice 750.3 quando la malformazione è ancora presente, non ancora corretta chirurgicamente, e non per trattamenti successivi;
 - altrimenti riportare il codice 530.3 "Restrimento e stenosi dell'esofago".

Porre attenzione alla sottocategoria 530.8 "Altri disturbi specificati dell'esofago", che con la quinta cifra distingue il tipo di disturbo (reflusso, emorragia, ecc...).

L. G. 9.13. Enterite regionale

La riacutizzazione o la cronicità dell'enterite regionale va codificata col codice 555._.
Vanno, inoltre, segnalate le complicanze dell'enterite regionale, nel rispetto delle regole di selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie.

L. G. 9.14. Riacutizzazione o cronicità della rettocolite ulcerosa

Nei casi di riacutizzazione o cronicità della rettocolite ulcerosa, utilizzare i codici delle sottocategorie 556._, con i quali si specifica la sede.

L. G. 9.15. Aperture artificiali che richiedono sorveglianza e trattamento

Va posta particolare attenzione all'utilizzo dei codici V:

- V44.0 - V44.9 "Presenza di aperture artificiali, senza necessità di cure",
- V55.0 - V55.9 "Aperture artificiali che richiedono sorveglianza o trattamento".

L. G. 9.16. Complicazioni da stomie

Le complicazioni da **esofagostomia** vanno descritte con i codici 530.86 "Infezioni della esofagostomia" o 530.87 "Complicazione meccanica dell'esofagostomia".

Le complicazioni da **gastrostomia** vanno descritte con le sottoclassificazioni specifiche relative alla sottocategoria 536.4_.

Le complicazioni da **colostomia** ed **enterostomia** vanno descritte con le sottoclassificazioni specifiche relative alla sottocategoria 569.6_ "Complicazioni da colostomia ed enterostomia".

L. G. 9.17. Complicanze infettive post intervento di impianto di rete in laparocele

In caso di ricovero per **sola rimozione della rete infetta**, il ricovero va descritto utilizzando i seguenti codici:

- Diagnosi principale: codice 998.59 "Altra infezione postoperatoria" +
- Diagnosi secondaria: codice V45.89 "Altro stato postchirurgico" +

- Intervento chirurgico principale: codice 86.05 "Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo" +
- Intervento chirurgico secondario: codice 83.09 "Altra incisione dei tessuti molli".

In caso di ricovero per **rimozione della rete infetta ed esecuzione di nuova plastica erniaria**, il ricovero va descritto utilizzando i seguenti codici:

- Diagnosi principale: codice 998.59 "Altra infezione postoperatoria" +
- Diagnosi secondaria: codice V45.89 "Altro stato postchirurgico" +
- Intervento chirurgico principale: codice 53.59 "Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore" +
- Intervento chirurgico secondario: codice 86.05 "Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo".

L. G. 9.18.**Digiunosopia e videoendoscopia diagnostica con capsula**

La digiunosopia va descritta utilizzando il codice 45.13 "Altra endoscopia dell'intestino tenue".
La digiunosopia associata a biopsia va descritta utilizzando il codice 45.16 "Esofagogastroduodenoscopia (EGD) con biopsia".

La digiunosopia associata ad altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue va descritta utilizzando in sequenza i codici 45.19 "Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue" + 45.13 "Altra endoscopia dell'intestino tenue".

Parimenti per la videoendoscopia diagnostica con capsula utilizzare il codice 45.19 "Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue".

L. G. 9.19.**Colangiografia**

La colangiografia endoscopica va descritta utilizzando il codice della categoria 51.1_.

La colangiografia percutanea va descritta utilizzando il codice 87.51.

La colangiografia intraoperatoria va descritta con il codice 87.53 "Colangiografia intraoperatoria".

L. G. 9.20.**Manometria di organi cavi**

Per la manometria esofagea utilizzare il codice 89.32.

Per la manometria anorettale utilizzare il codice 49.29.

L. G. 9.21.**PH-metria esofago-gastrica**

Per la PH-metria esofago-gastrica utilizzare il codice 42.29.

L. G. 9.22.**Riparazione con protesi di rettocele**

Per la riparazione con protesi di rettocele vanno indicati i codici di correzione del rettocele unitamente al codice 48.79 "Altra riparazione del retto".

L. G. 9.23.
Proctopessi addominale con protesi

Per la proctopessi addominale con protesi, vanno indicati i codici di procedura 48.75 "Proctopessi addominale" + 46.79 "Altra riparazione dell'intestino".

L. G. 9.24.
Resezione di prolasso del retto per via transanale (Intervento di Starr)

Per la resezione di prolasso del retto per via transanale va indicato il codice di procedura 48.69 "Altra resezione del retto".

L. G. 9.25.
Reservoir rettale

Nei casi di reservoir rettale con J-pouch colica, va indicato il codice di procedura 45.95 "Anastomosi dell'ano".

Nei casi di reservoir rettale con coloplastica trasversale, utilizzare il codice di procedura 45.03 "Altra incisione dell'intestino crasso".

L. G. 9.26.
Emorroidectomia

In diagnosi principale selezionare il codice 455.2 "Emorroidi interne con altre complicazioni" oppure il codice 455.5 "Emorroidi esterne con altre complicazioni" ovvero il codice 455.8 "Emorroidi non specificate con altre complicazioni".

Per gli interventi di emorroidectomia secondo Hall, utilizzare il codice di procedura 49.49 "Altri interventi sulle emorroidi".

Per gli interventi di emorroidectomia secondo Longo, utilizzare il codice di procedura 49.49 "Altri interventi sulle emorroidi" unitamente al codice 48.35 "Asportazione locale di lesione o tessuto del retto".

L. G. 9.27.
Intervento di TIPS per shunt venoso intra-addominale per via percutanea

Indicare i codici di procedura: 39.1 "Anastomosi arteria cava e polmonare" + 38.93 "Altro cateterismo venoso non classificato altrove".

L. G. 9.28.
Endoprotesi per la dilatazione del colon

Utilizzare il codice 46.85 "Dilatazione dell'intestino" e il codice 45.23 "Colonscopia con endoscopio flessibile".

L. G. 9.29.
Endoprotesi per la dilatazione del retto

Utilizzare il codice 96.22 "Dilatazione del retto" + il codice 48.23 "Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido".

L. G. 9.30.

Protesi dello sfintere anale

Utilizzare:

- in diagnosi principale il codice 787.6 "Incontinenza fecale"
- in diagnosi secondaria il codice V52.8 "Collocazione e sistemazione di altra protesi specificata"
- come intervento principale, il codice 49.75 "Impianto o revisione di impianto di sfintere anale artificiale" oppure il codice 49.76 "Rimozione di sfintere anale artificiale".

Capitolo X - MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO (580 - 629)

L. G. 10. 1.

Regole di codifica generali

Il capitolo X dell'ICD-9-CM può essere suddiviso nelle seguenti parti:

- nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi (580-589)
- altre patologie del sistema urinario (590-599)
- patologie degli organi genitali maschili (600-608)
- disturbi del seno (610-611)
- malattie infiammatorie degli organi pelvici femminili (614-616)
- altre malattie dell'apparato genitale femminile (617-629)

L. G. 10. 2.

Insufficienza renale acuta e malattia renale cronica

- L'**insufficienza renale acuta** è codificata dalla categoria 584.
- L'**insufficienza renale cronica** e la malattia renale allo stadio finale sono codificate nella categoria 585 che è suddivisa in diversi stadi di severità in relazione ai valori della velocità di filtrazione glomerulare:
 - Malattia renale cronica, stadio I
 - Malattia renale cronica, stadio II (lieve)
 - Malattia renale cronica, stadio III (moderata)
 - Malattia renale cronica, stadio IV (severa)
 - Malattia renale cronica, stadio V
 - Malattia renale cronica, stadio finale che necessita di dialisi cronica
 - Malattia renale cronica, non specificata

In linea generale, si pone l'indicazione di codificare in diagnosi principale la malattia renale cronica solo nei seguenti casi:

- a) ricovero diagnostico
- b) ricovero esitato in decesso per uremia terminale
- c) ricovero finalizzato alla ristadiazione della malattia, comprese le procedure di effettuazione del bilancio pretrapianto
- d) ricovero con intervento chirurgico specifico per il trattamento della patologia, quali l'inserzione di catetere, l'allestimento di fistola artero-venosa, la formazione di shunt.

Nei rimanenti casi va codificata in diagnosi principale la complicanza correlata all'insufficienza renale cronica, mentre quest'ultima andrà riportata tra le diagnosi secondarie.

Nei pazienti sottoposti a trapianto di rene si potrebbe manifestare qualche grado di disfunzione renale, per il ripristino incompleto della funzionalità renale. In questi casi, la disfunzione renale va indicata con il codice 585., seguito dal codice V42.0 che identifica lo status di trapianto renale.

Invece, nel caso vi siano **complicazioni di trapianto di rene come "failure" o rigetto**, il codice da utilizzare è 996.81.

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

- **L'uremia extrarenale e pre-renale** è individuata dal codice 788.9 "Altri sintomi relativi all'apparato urinario".
- **L'insufficienza renale post-operatoria** (insufficienza pre-renale o da ipoafflusso) va descritta con il codice 997.5 "Complicanze urinarie, non classificate altrove".

Nel caso di **ricovero per riacutizzazione** di insufficienza renale cronica, devono essere riportati *entrambi i codici relativi sia alla forma acuta sia alla forma cronica*, ponendo come diagnosi principale la forma acuta, se risponde ai criteri di selezione della diagnosi principale.

L. G. 10. 3. **Colica renale**

In assenza di calcolosi documentata, si utilizza il codice 788.0 "Colica renale".

Se viene evidenziata la **presenza di calcoli**, il codice appropriato va ricercato all'interno della categoria 592 (592.0 "Calcolosi renale" e 592.1 "Calcolosi ureterale") e *non va codificato il sintomo*.

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

L. G. 10. 4. **Nefropatia diabetica**

Va descritta con il codice 250.4_ "Diabete con complicanze renali" + un codice aggiuntivo di questo capitolo, per specificare la patologia renale associata al diabete, ad esempio il codice 581.81 "Sindrome nefrosica in malattie classificate altrove".

L. G. 10. 5. **Ematuria**

In presenza di macroematuria da causa non identificata, si utilizza il codice 599.7 "Ematuria". Il sangue nelle urine, come reperto di laboratorio, si codifica, in diagnosi secondaria, con il codice 791.2 "Emoglobinuria".

Nel normale decorso postoperatorio, questo segno non va codificato.

Nel caso di ricovero per ematuria, successivo ad intervento chirurgico sulle vie urinarie, utilizzare un codice specifico tra le categorie 996 - 999 "Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove".

L. G. 10. 6. **Incontinenza urinaria**

- **L'incontinenza urinaria da sforzo nelle donne** va descritta con il codice 625.6 "Incontinenza urinaria da sforzo nella donna", mentre *negli uomini* si utilizza il codice 788.32 "Incontinenza da stress nel maschio", nei casi in cui non sia possibile identificare la patologia di base.
- **L'incontinenza mista** (da sforzo e a riposo) va indicata *sia nell'uomo che nelle donna* con il codice 788.33.
- **L'incontinenza da urgenza** va indicata *sia nell'uomo che nelle donna* con il codice 788.31.

Nei casi in cui l'incontinenza urinaria sia manifestazione di **cistocele** o di **prolasso utero-vaginale, incompleto o completo**, queste condizioni vanno segnalate in diagnosi principale e l'incontinenza urinaria in diagnosi secondaria. Si riportano di seguito alcuni codici di diagnosi della categoria 618 individuabili:

- codice 618.00 "Prolasso non specificato delle pareti vaginali",
- codice 618.01 "Cistocele, della linea mediana",
- codice 618.02 "Cistocele, laterale",
- codice 618.03 "Uretrocele",
- codice 618.04 "Rettocele",
- codice 618.05 "Perineocele",
- codice 618.09 "Altro prolasso delle pareti vaginali senza menzione di prolasso uterino",
- codice 618.2 "Prolasso utero-vaginale incompleto",
- codice 618.3 "Prolasso utero-vaginale completo",
- codice 618.81 "Incompetenza o indebolimento del tessuto pubocervicale",
- codice 618.82 "Incompetenza o indebolimento del tessuto rettovaginale",
- codice 618.83 "Atrofia della muscolatura pelvica",
- codice 618.84 "Prolasso del moncone cervicale",
- codice 618.89 "Altro prolasso genitale specificato".

L'intervento di **colposospensione secondo Burch** è individuato con il codice di procedura 70.77 "Sospensione e fissazione della vagina".

L'intervento **TVT** è individuato con il codice 59.79 "Altra riparazione per incontinenza urinaria da stress".

- **Ricovero per collocazione di impianto definitivo di stimolatore spinale in campo urologico**

Quando la causa primaria dell'incontinenza è la neuropatia periferica, va utilizzata la seguente codifica:

- diagnosi principale: codice 356.8 "Altre specificate neuropatie periferiche idiopatiche" +
- diagnosi secondarie: codice 788.32 "Incontinenza urinaria da sforzo nel maschio", oppure codice 625.6 "Incontinenza urinaria da sforzo nella donna" oppure codice 597.81 "Sindrome uretrale SAI" oppure codice 788.20 "Ritenzione urinaria" oppure codice 788.0 "Dolore del Sistema Urinario" oppure codice 788.9 "Dolore vescicale" o altre patologie concomitanti o complicanze della malattia principale +
- intervento chirurgico principale: 03.93 "Impianto o sostituzione di elettrodo di neurostimolatore spinale" cui va aggiunto un codice compreso tra 86.94 e 86.98.

L. G. 10. 7.

Glomerulonefrite acuta e cronica e sindrome nefrosica

Per la glomerulonefrite acuta, categoria 580, e la glomerulonefrite cronica, categoria 582, e per la sindrome nefrosica, categoria 581, descrivere con la *quarta cifra del codice il tipo di lesione istologica riscontrata*. Quando questa non è conosciuta, si utilizza la quarta cifra 9, che corrisponde a "Lesione istologica non specificata".

L. G. 10. 8.

Infezioni urinarie

Utilizzare i seguenti codici:

- 595.0 "Cistite acuta"
- 599.0 "Infezione del sistema urinario, sito non specificato" (da utilizzare in assenza di causa organica nota e localizzata)
- 590.1_ "Pielonefrite acuta"
- 590.00 "Pielonefrite cronica, senza necrosi midollare".

In tal caso codificare anche l'eventuale malformazione delle vie urinarie e l'eventuale reflusso ureterale associato.

Le infezioni urinarie insorte nel corso del ricovero devono essere riportate nella SDO, tra le diagnosi secondarie, solo se avvalorate da specifiche indagini, se influenzano il trattamento ricevuto e se determinano un effettivo allungamento della degenza.

L. G. 10. 9.**Iperplasia della prostata**

Va utilizzato un codice a cinque cifre 600.__ della categoria "Iperplasia della prostata".
La quarta e la quinta cifra consentono di identificare l'estensione, la presenza di noduli, l'ostruzione o altri sintomi di ostruzione delle vie urinarie.

Non deve, quindi, essere utilizzato il codice 222.2 "Tumori benigni degli organi genitali maschili - prostata".

L. G. 10. 10.**Fimosi**

L'intervento di correzione di fimosi deve essere codificato utilizzando in diagnosi principale il codice 605 "Prepuzio esuberante e fimosi" + come intervento principale il codice 64.0 "Circoncisione", evitando l'utilizzo improprio del codice 64.93 "Liberazione di sinechie peniene".

Le plastiche di slittamento del prepuzio vanno descritte con il codice 64.91.

L. G. 10. 11.**Stenosi uretrale con inserimento di protesi**

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

- Diagnosi principale: codice 598.__ "Stenosi uretrale" +
- Diagnosi secondarie: un codice aggiuntivo per indicare l'incontinenza urinaria o la ritenzione urinaria +
- Intervento chirurgico: 58.6 "Dilatazione uretrale".

L. G. 10. 12.**Stenosi ureterale con inserimento di protesi**

Per codificare la inserzione di stent ureterale utilizzare il codice di procedura 56.99 "Altri interventi sull'uretere" + il codice 59.8 "Cateterizzazione ureterale" o al codice 56.2 "Ureterotomia".

Per codificare la sostituzione di stent ureterale utilizzare in diagnosi principale il codice V53.6 "Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari".

L. G. 10. 13.**Interventi per stenosi del collo vescicale**

- **Se la stenosi vescicale è "ab extrinseco"**, codificare:
 - in diagnosi principale, la patologia che è all'origine della stessa (ad esempio: codice 600.__ relativo alla iperplasia prostatica oppure codice 601.2 "Ascenso prostatico", ecc.)

- in diagnosi secondaria, il codice 596.0 “ Ostruzione del collo vescicale “ + un ulteriore codice per identificare l'incontinenza o la ritenzione urinaria.
Utilizzare il codice di intervento 60.29, se si esegue la TUIP per l'ipertrofia prostatica, oppure il codice 60.0 per l'incisione della prostata per ascesso prostatico.
- **Se la stenosi è, invece, “ab intrinseco”,** utilizzare:
 - in diagnosi principale il codice 596.0 “ Ostruzione del collo vescicale “ + un codice aggiuntivo per identificare l'incontinenza o la ritenzione urinaria.
Utilizzare il codice di intervento 57.91 “ Sfinterotomia vescicale”.

L. G. 10. 14.**Interventi per stenosi uretrale**

- **Per la stenosi uretrale “ab extrinseco”,** utilizzare:
 - in diagnosi principale, la patologia che è all'origine della stessa, quale, ad es.: codice 597.0 “ Ascesso uretrale (Ascesso periuretrale, Cellulite periuretrale) “ oppure codice 598.1 “ Stenosi uretrale post-traumatica “ oppure codice 598.8 “Altre cause specificate di stenosi uretrale “
 - un codice aggiuntivo per identificare l'incontinenza o la ritenzione urinaria
 - il codice di intervento 58.91 per l'incisione del tessuto periuretrale, oppure il codice 58.92 per l'asportazione di tessuto periuretrale.
- **Se la stenosi è “ab intrinseco”,** la diagnosi principale sarà individuata tra i codici della categoria 598 + un codice aggiuntivo per identificare l'incontinenza o la ritenzione urinaria. L'intervento va descritto dal codice più appropriato della sezione 58 “ Interventi sull'uretra “, oppure dal codice 57.94 “Cateterismo vescicale “, inteso come posizionamento di catetere uretrale a permanenza.

L. G. 10. 15**Ricoveri finalizzati a sostituzione di cateteri urinari e/o controllo di stomia**

Nel caso di ricoveri finalizzati alla sostituzione di cateteri urinari o al controllo di stomia, utilizzare, in diagnosi principale, i codici:

- V53.6 “Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari (cateteri urinari)“ oppure
- V55.5 “Controllo di cistostomia “ oppure
- V55.6 “Controllo di altra apertura artificiale dell'apparato urinario “.

Se la procedura viene eseguita, **senza impegno della sala operatoria**, utilizzare i codici

- 97.6_ ”Rimozione non operatoria di dispositivo terapeutico dell'apparato urinario“ o
- 57.94 “Cateterismo vescicale“oppure
- 57.95 “Riposizionamento di catetere vescicale“ oppure
- 59.8 “Cateterizzazione ureterale“.

Se, invece, **viene utilizzata la sala operatoria**, utilizzare i codici di procedura:

- 59.93 “Riposizionamento chirurgico di drenaggio ureterostomico, pig-tail“ oppure
- 59.94 “Riposizionamento chirurgico di drenaggio cistostomico “.

L. G. 10. 16.**Prelievo di rene**

Nel caso di ricovero per prelievo di rene (nephrectomia) da donatore vivente, in diagnosi principale va utilizzato il codice V59.4 "Donatori di rene".
Il codice di intervento è 55.52 "Nephrectomia di rene unico".

L. G. 10. 17.**Ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del rene**

L'ablazione per via percutanea di lesione o tessuto del rene è identificata dal codice 55.33.

L. G. 10. 18.**Varicocele**

L'intervento tradizionale di correzione di varicocele mediante legatura dei vasi spermatici è identificato con il solo codice 63.1 "Asportazione di varicocele".

Le tecniche eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda sono identificate dall'uso combinato dei codici di intervento 63.1 "Asportazione di varicocele" + 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche"; **la via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione del codice di procedura 88.67 "Flebografia con m.d.c. di altre sedi specificate".**

MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO

Prospetti riepilogativi di codifica della SDO

INTERVENTI SENZA ESECUZIONE DI DIALISI

Revisione o sostituzione di <u>catetere</u>	diagnosi principale: V56.1 intervento principale: 39.94
<u>Revisione</u> di shunt arterovenoso	diagnosi principale: V56.1 intervento principale: 39.42
<u>Rimozione</u> di shunt arterovenoso	diagnosi principale: V56.1 intervento principale: 39.43
<u>Inserzione</u> di shunt arterovenoso con cannula intravasale	diagnosi principale: 585.6 intervento principale: 39.93
Creazione di <u>FAV</u>	diagnosi principale: 585.6 intervento principale: 39.27 + 39.90 per eventuale stent
Preparazione di vena per <u>incannulamento</u>	diagnosi principale: 585.6 intervento principale: 38.94
Inserzione di <u>catetere venoso</u>	diagnosi principale: 585.6 intervento principale: 38.95

NOTA

In caso di ricovero per complicazioni infiammatorie della FAV, utilizzare il codice 996.62 "Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti vascolari per dialisi".

INTERVENTI CON ESECUZIONE DI DIALISI RENALE

Dialisi renale	diagnosi principale: V56.0 intervento principale: 39.95
Revisione o sostituzione di catetere + dialisi renale	diagnosi principale: V56.1 intervento principale: 39.94 intervento secondario: 39.95
Revisione di shunt arterovenoso + dialisi renale	diagnosi principale: V56.1 intervento principale: 39.42 intervento secondario: 39.95
Inserzione di shunt arterovenoso con cannula intervasale + dialisi renale	diagnosi principale: V56.0 intervento principale: 39.93 intervento secondario: 39.95
Creazione di FAV + dialisi renale	diagnosi principale: V56.0 intervento principale: 39.27 intervento secondario: 39.95
Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile + dialisi renale	diagnosi principale: V56.0 intervento principale: 86.07 intervento secondario: 39.95
Inserzione di catetere venoso + dialisi renale	diagnosi principale: V56.0 intervento principale: 38.95 intervento secondario: 39.95

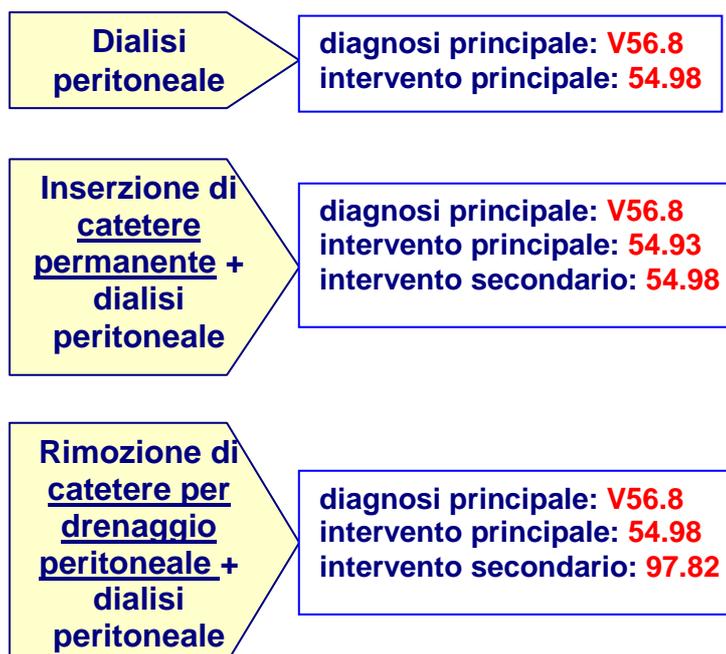
NOTE

In caso di ricovero per complicazioni meccaniche della FAV, utilizzare il codice di diagnosi 996.1 "Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti e innesti vascolari".

In caso di ricovero per trombosi della FAV, utilizzare il codice di diagnosi 996.73 "Complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale".

Utilizzare i codici di procedura 38.95 "Cateterismo venoso per dialisi renale" ovvero 39.27 "Arteriovenostomia per dialisi renale".

DIALISI PERITONEALE



NOTE

In caso di ricovero per complicazioni meccaniche del catetere, utilizzare il codice di diagnosi 996.56 “Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale”.

In caso di ricovero per complicazioni infiammatoria, utilizzare il codice di diagnosi 996.68 “Infezione e reazione infiammatorie da catetere per dialisi peritoneale”. Codificare le procedure effettuate.

Capitolo XI – GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO (630 - 677)

L. G. 11. 1.

Regole di codifica generali

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

Le categorie:

- da 630 a 633 si riferiscono alla mola vescicolare, alla gravidanza ectopica e ad altri prodotti irregolari del concepimento;
- da 634 a 638 identificano le gravidanze con esito abortivo. In particolare, per le categorie da 634 a 637, *prestare attenzione alla scelta della quarta cifra* per indicare se una complicazione sia associata all'aborto, e alla *quinta cifra che distingue se l'aborto è completo o incompleto*;
- 639 identifica le complicazioni successive ad aborto e gravidanze ectopiche e molari;
- da 640 a 648 identificano le complicazioni principalmente correlate alla gravidanza;
- 650 identifica il parto normale;
- da 651 a 659 descrivono le altre indicazioni per ricovero in gravidanza, travaglio e parto;
- da 660 a 669 descrivono le complicazioni che avvengono principalmente nel corso del travaglio e del parto;
- da 670 a 677 descrivono le complicazioni del puerperio.

Nell'utilizzare i codici delle categorie da 640 a 676 va posta particolare attenzione alla *classificazione a livello della quinta cifra*:

- 1 parto, con o senza menzione della condizione antepartum,
- 2 parto, con menzione della complicazione postpartum,
- 3 condizione o complicazione antepartum, senza parto nell'attuale ricovero,
- 4 condizione o complicazione postpartum, senza parto nell'attuale ricovero.

Tutti i codici di diagnosi tra 640 e 649 e tra 651 e 676 riportati nelle SDO di episodi di ricovero in cui è avvenuto il parto devono avere come quinta cifra i caratteri 1 oppure 2.

La descrizione di eventuali patologie complicanti la gravidanza già note prima dell'evento parto e che influenzano il ricovero attuale esitato in parto, vanno codificate riportando, tra le diagnosi secondarie, codici con la quinta cifra 1.

L. G. 11. 2.

Riscontro casuale di gravidanza

Nel caso di riscontro casuale di gravidanza in una donna ricoveratasi per altri motivi, può essere utilizzato tra le diagnosi secondarie il codice V22.2 "Reperto accidentale di gravidanza".

L. G. 11. 3.

Aborto: diagnosi e procedure

Il termine aborto nella classificazione ICD-9-CM (categorie da 634 a 638) è riferito alla morte fetale, che avviene entro la 22 settimana di gestazione, e non alle procedure utilizzate per svuotare l'utero.

L'intervento aborto è definito come l'espulsione o l'estrazione di parte o di tutta la placenta o membrane con o senza un feto identificabile, con un peso inferiore a 500 grammi; qualora il

peso non fosse disponibile si fa riferimento alla durata della gestazione, inferiore alle 22 settimane.

Nel caso in cui la durata della gestazione sia superiore alle 22 settimane, od il peso del feto sia maggiore di 500 grammi, o ci sia vitalità del feto, non si tratta di aborto ed il codice da utilizzare è 644.21 "Inizio di parto precoce, parto, con o senza menzione della condizione antepartum".

Il codice di aborto deve essere assegnato come diagnosi principale quando il ricovero è finalizzato a trattare un aborto spontaneo o ad eseguire un aborto di elezione.

- **Interruzione di gravidanza**

In caso di raschiamento per interruzione di gravidanza, va utilizzato il codice di procedura 69.01 "Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza" oppure il codice 69.51 "Raschiamento dell'utero mediante aspirazione".

- **Aborto spontaneo**

In caso di raschiamento a seguito di aborto spontaneo, va utilizzato il codice di procedura 69.02 "Dilatazione o raschiamento a seguito di parto o aborto" oppure il codice 69.52 "Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di parto o aborto".

- **Aborto ritenuto**

In caso di raschiamento a seguito di aborto con ritenzione del prodotto del concepimento, va utilizzato il codice di procedura 69.02 "Dilatazione o raschiamento a seguito di parto o aborto" oppure il codice 69.52 "Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di parto o aborto".

L. G. 11. 4.

Complicazioni successive ad aborto o gravidanze ectopiche

Quando la complicazione si manifesta successivamente alla dimissione e diventa causa di un ricovero successivo, utilizzare in diagnosi principale i codici della categoria 639 "Complicazioni successive all'aborto e a gravidanza ectopica e molare".

Utilizzare gli stessi codici, in diagnosi secondaria, se le complicazioni insorgono nello stesso ricovero in cui è trattato l'aborto o la gravidanza ectopica.

L. G. 11. 5.

Minaccia di aborto e minaccia di parto prematuro

In caso di minaccia di aborto, utilizzare il codice 640.03 se prima della settimana gestazionale 22 + 0 giorni.

In caso di minaccia di parto prematuro, utilizzare il codice 644.03 se fra la settimana gestazionale 22 + 1 giorno e la settimana gestazionale 36 + 6 giorni, oppure il codice 644.13 se dopo la settimana gestazionale 37 + 0 giorni.

L. G. 11. 6.

Parto normale

Il parto eutocico è individuato dal codice 650.

Ai fini della classificazione è considerato eutocico anche il parto indotto, senza/con episiotomia vaginale, senza intervento manuale sul feto, con nascita di neonato singolo e vitale. Tale codice deve essere usato singolarmente e mai insieme ad altri codici delle categorie 630-676.

Tra le diagnosi secondarie va comunque riportato un codice della categoria V27._ che segnala l'esito del parto. Non può essere utilizzato in diagnosi principale un codice V27._.

Se viene utilizzato un codice con quinta cifra 3 o 4 (per episodi di ricovero in cui non è avvenuto il parto, ma precedenti o successivi ad esso), non può essere presente in diagnosi secondaria un codice V27._ né, tra le procedure, codici compresi tra 72._ _ e 74._ _ (interventi ostetrici durante il parto).

L'assistenza al parto, anche a quelli non operativi, deve essere riportata, e specificamente codificata nel campo relativo all'intervento chirurgico principale. Si raccomanda di segnalare, ogni volta che un ricovero esiti in parto, tutte le manovre effettuate (assistenza manuale al parto, episiotomia, episiorrafia, ecc.).

Per codificare l'eventuale anestesia peridurale deve essere riportato il codice 03.91 "Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia".

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 invece sono presenti complicazioni, fare riferimento ai codici specifici presenti in questo capitolo.

L. G. 11. 7.

Rotazione manuale della testa fetale

Nel caso in cui nel corso del parto venga eseguita una rotazione manuale della testa fetale (codice di intervento 73.51), il ricovero deve essere codificato ponendo in diagnosi principale un codice della categoria 652._ _ "Posizione e presentazione anomala del feto".

Non va quindi utilizzato il codice 650 "Parto normale".

L. G. 11. 8.

Parto eutocico in gravidanza ad alto rischio

In caso di parto eutocico in gravidanza ad alto rischio, si precisano le seguenti indicazioni di codifica:

- in diagnosi principale va riportata la patologia per la quale la paziente è stata monitorata (ad esempio: 642.71 "Pre-eclampsia o eclampsia sovrapposta a ipertensione preesistente, parto, con o senza menzione della condizione antepartum" oppure 655.31 "Sospetta lesione del feto da malattia virale della madre, parto con o senza menzione della condizione antepartum") +
- in diagnosi secondaria deve essere riportato il codice V27._ che segnala l'esito del parto +
- negli spazi relativi agli interventi vanno codificati i trattamenti e le procedure eseguite.

L. G. 11. 9.

Parto cesareo

In caso di parto cesareo bisogna porre particolare attenzione alla codifica, distinguendo se l'indicazione al cesareo sia preesistente al travaglio (652 - 659) o insorga durante questo (660 - 669).

Il codice 669.7_ "Parto cesareo senza menzione dell'indicazione" deve essere usato solo quando non sia stato individuato il motivo clinico del ricorso all'intervento chirurgico.

Tra le diagnosi secondarie va comunque riportato un codice della categoria V27._ che segnala l'esito del parto.

L. G. 11.10.**Gravidanza e diabete**

In caso di gravidanza in diabetica, va utilizzato il codice della categoria 648.0_.

In caso di diabete gestazionale va utilizzato il codice della categoria 648.8_.

In entrambi i casi, *utilizzare la quinta cifra per indicare se la situazione è diagnosticata prima del parto, durante il parto o dopo il parto.*

L. G. 11.11.**Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio**

Per le malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio, deve essere utilizzata la categoria 647, a meno che tale patologia abbia danneggiato il feto. In questo caso deve essere utilizzato un codice della categoria 655.0 - 655.9. Vengono riportati di seguito alcuni esempi:

- In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con infezione da **HIV**, in diagnosi principale, occorre utilizzare il codice 647.6_ "Altre malattie virali" + in diagnosi secondaria il codice 042 per la paziente con HIV sintomatico, o il codice V08 per la paziente sieropositiva asintomatica.
- In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con **rosolia** va utilizzato, in diagnosi principale, il codice 647.5_ "Rosolia" e, tra le diagnosi secondarie, eventuali ulteriori complicazioni, mediante codici aggiuntivi.
- In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con **epatite virale** va utilizzato, in diagnosi principale, il codice 647.6_ "Altre malattie virali" e, tra le diagnosi secondarie, eventuali ulteriori complicazioni, mediante codici aggiuntivi.
- In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con setticemia si segnalano i seguenti codici:
 - **Setticemia nel corso del travaglio**: diagnosi principale: codice 659.3_ "Infezione generalizzata durante il travaglio";
 - **Setticemia successiva ad aborto e gravidanza ectopica o molare**: diagnosi principale: codice 639.0 "Infezione del tratto genitale e della pelvi, Setticemia SAI";
 - **Setticemia postpartum, puerperale**: diagnosi principale: codice 670.0_ "Infezioni puerperali maggiori";
 - **Setticemia in corso di gravidanza**: diagnosi principale: codice 647.8_ "Altre malattie infettive e parassitarie".

L. G. 11.12.**Paziente partoriente fuori della struttura ospedaliera con necessità di ricovero per trattamenti successivi al parto**

Per i casi in cui la paziente partorisce fuori dalla struttura ospedaliera e necessita di ricovero per trattamenti successivi al parto, in diagnosi principale utilizzare il codice V24.0 "Cure ed esami postpartum subito dopo il parto".

In questi casi non va riportato il codice V27._ che specifica l'esito del parto.

L. G. 11.13.
Isterectomia

Selezionare uno dei codici di procedura della sezione 68 “Altra incisione e asportazione del’utero” per descrivere al meglio l’estensione e la modalità di approccio chirurgico.

L. G. 11.14.
Intervento laparoscopico di salpingectomia in gravidanza tubarica

Il ricovero di una paziente con gravidanza tubarica, nel corso del quale venga eseguito un intervento laparoscopico di salpingotomia con rimozione del prodotto del concepimento, lasciando la tuba in sede, va descritto ponendo in diagnosi principale il codice 633.10 “Gravidanza tubarica senza gravidanza uterina” + negli spazi riservati agli interventi i seguenti codici:

- Intervento chirurgico principale: codice 66.01 “Salpingotomia”,
- Intervento chirurgico secondario: codice 54.21 “Laparoscopia”.

L’eventuale esecuzione di una salpingoplastica va descritta mediante il codice 66.79 “Salpingoplastica”.

L. G. 11.15.
Prelievo di cellule staminali da cordone ombelicale

Il prelievo di cellule staminali da cordone ombelicale non va codificato nella scheda di dimissione ospedaliera.

L. G. 11 16.
Procreazione medicalmente assistita (ICSI FIVET)

Utilizzare in diagnosi principale il codice V26.1 “Fecondazione artificiale”.

Negli spazi dedicati alle procedure, in assenza di codici specifici, utilizzare i codici 65.11 “Biopsia aspirativa dell’ovaio “ per indicare il pick up ovarico + il codice 69.99 “Altri interventi sulla cervice e sull’utero” per indicare l’embriotransfer.

Capitolo XII - MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (680 - 709)

L. G. 12. 1.

Regole di codifica generale

Il capitolo XII della ICD-9-CM tratta le malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo, le malattie delle unghie e delle ghiandole sudoripare e sebacee; sono escluse le forme congenite (capitolo XIV "Malformazioni congenite") e le neoplasie (capitolo II "Tumori").

Le infezioni di pertinenza strettamente dermatologica sono contenute in questo settore, mentre le infezioni che interessano la pelle, ma di prevalente interesse sistemico, sono trattate nel capitolo I "Malattie infettive e parassitarie".

Le manifestazioni cutanee dovute ad avvelenamento da sostanze esterne o medicinali vanno codificate utilizzando il capitolo XVII "Traumatismi e Avvelenamenti".

L. G. 12. 2.

Manifestazioni cutanee dovute ad assunzioni di farmaci, medicinali e prodotti biologici

- Nel caso di ricovero per effetti nocivi dovuti ad una assunzione eccessiva di farmaci, medicinali e prodotti biologici o all'uso di sostanze non appropriate, somministrate o prese per errore, occorre riportare in diagnosi principale un codice delle categorie da 960 a 979 "Avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici" e in seconda diagnosi la manifestazione cutanea 693.8 "Dermatite da farmaci e medicinali o presidi assunti per via sistemica".
- Nel caso invece di effetti nocivi di sostanza appropriata correttamente somministrata, andrà posta in diagnosi principale la manifestazione cutanea; ad esempio, un codice della categoria 693 per la "Dermatite da sostanze assunte per via sistemica".

L. G. 12. 3

Ulcere da decubito

In caso di ricovero finalizzato al trattamento dell'ulcera da decubito di un paziente immobilizzato in conseguenza, ad esempio, di un accidente cerebrovascolare, in diagnosi principale andrà riportata l'ulcera da decubito, codice 707.0_ e la patologia che ha provocato l'immobilizzazione del paziente deve essere segnalata come diagnosi secondaria.

L. G. 12. 4.

Ulcere non da decubito

Quando l'ulcera è manifestazione di patologia sistemica, quest'ultima va codificata in diagnosi principale. Ad esempio, l'ulcera in diabetico va codificata con il codice 250.8_ "Diabete con altre complicanze specificate" in diagnosi principale e 707.1_ "Ulcere degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito" in diagnosi secondaria.

L. G. 12. 5.

Procedure diagnostiche per l'accertamento di allergie

Se nel corso del ricovero vengono effettuati anche test diagnostici cutanei e di sensibilizzazione per l'accertamento di allergie, va riportato tra le diagnosi secondarie il codice specifico V72.7 "Prove diagnostiche cutanee e di sensibilizzazione" e tra gli interventi/procedure va posto il codice 86.19 "Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo".

L. G. 12. 6.**Test da esposizione a farmaci**

In caso di ricovero finalizzato all'accertamento di reazioni avverse a farmaci, va riportato in diagnosi principale un codice appartenente alla categoria V14 "Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali" oppure il codice V15.0 "Anamnesi personale di allergia distinta da quella provocata da sostanze medicinali, con rischio di malattia". In diagnosi secondaria può essere riportato il codice specifico V72.7 "Prove diagnostiche cutanee e di sensibilizzazione". Tra gli interventi/procedure va riportato il codice 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche"; tale codice di procedura comprende anche i test di tollerabilità somministrati per os.

L. G. 12. 7.**Desensibilizzazione di un soggetto allergico al veleno animale**

In caso di ricovero finalizzato alla desensibilizzazione di un soggetto allergico, va riportato in diagnosi principale il codice specifico V07.1 "Necessità di desensibilizzazione ad allergeni". La procedura di desensibilizzazione va segnalata con il codice 99.12 "Immunizzazione per allergia".

L. G. 12. 8.**Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo**

E' questa una procedura con la quale materiale estraneo o tessuti contaminati sono rimossi da una lesione infetta o traumatica.

- La **rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione** consiste nella pulizia, irrigazione, lavaggio o *scrubbing* di tessuto devitalizzato, necrotico o materiale estraneo, va descritta dal codice 86.28 "Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione".
- La **rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione**, effettuata in sala operatoria, tramite incisione diretta o laser, è descritta dal codice 86.22 "Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione".

Il predetto codice va utilizzato esclusivamente quando la rimozione comprende non solo i piani superficiali, ma anche quelli adiacenti e sottostanti.

L. G. 12. 9.**Escissione di lesione**

Il codice di procedura 86.4 "Asportazione radicale di lesione della cute", va utilizzato per descrivere gli interventi effettuati con una escissione radicale che coinvolga non solo la pelle, ma anche i tessuti adiacenti e sottostanti. Per radicalità non si intende l'asportazione di alcune strutture (come ad esempio la fascia), ma l'eradicazione dei margini biologici di infiltrazione della lesione ed un margine di tessuto indenne.

Nei casi di escissione radicale eseguiti con tecnica di Mohs vanno utilizzati i codici 86.4 "Asportazione radicale di lesione della cute" + 86.24 "Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs".

Capitolo XIII - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO (710 - 739)

L. G. 13. 1.

Regole di codifica generali

Molte categorie del sistema muscolo-scheletrico richiedono l'utilizzo del *quinto carattere per indicare la sede coinvolta dal processo patologico*:

- 0 - sede non specificata
- 1 - spalla
- 2 - gomito
- 3 - polso
- 4 - mano
- 5 - anca
- 6 - ginocchio
- 7 - ossa della caviglia e dei piede
- 8 - altre sedi specificate
- 9 - sedi multiple

L. G. 13. 2.

Artroscopia

È necessario distinguere l'artroscopia eseguita al solo fine diagnostico dalla prestazione terapeutica: in quest'ultimo caso, utilizzare un codice di procedura aggiuntivo relativo al trattamento terapeutico effettuato.

- **Artroscopia non risolutiva per correzione chirurgica del danno anatomico:**
 - diagnosi principale: codice 717.1 "Lesione corno anteriore menisco interno" +
 - intervento principale: codice 80.26 "Artroscopia diagnostica del ginocchio"
- **Artroscopia risolutiva per correzione chirurgica del danno anatomico:**
 - diagnosi principale: codice 717.1 "Lesione corno anteriore menisco interno" +
 - intervento principale: codice 80.6 "Meniscectomia" +
 - intervento secondario: codice 80.26 "Artroscopia del ginocchio".

L. G. 13. 3.

Chirurgia protesica

Protesi di anca o protesi di ginocchio

Il posizionamento di protesi d'anca o protesi di ginocchio (primo impianto) va descritto utilizzando in diagnosi principale la patologia responsabile del ricovero (frattura, artrosi ecc.) e con i seguenti codici di intervento per la protesi di anca :

- codice 81.51 "Sostituzione totale dell'anca" ovvero
- codice 81.52 "Sostituzione parziale dell'anca", specificando anche il tipo di superficie di appoggio con i codici 00.74 – 00.77.

Per la protesi di ginocchio il codice di intervento è: codice 81.54 "Sostituzione totale del ginocchio".

Revisione di protesi di anca o di protesi di ginocchio

- In caso di **sostituzione di protesi di anca o di ginocchio** utilizzare in diagnosi principale uno dei codici appartenenti alla sottocategoria 996.4_ “Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni” oppure il codice 996.66 “Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne” oppure codice 996.77 “Altre complicazioni da protesi articolari interne” oppure codice 996.78 “Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni ortopedici”.
- Per la **revisione di protesi di anca** utilizzare come interventi uno dei codici della sottocategoria 00.7_ “Altre procedure sull'anca” (da 00.70 a 00.73), specificando anche il tipo di superficie di appoggio con i codici 00.74 – 00.77.
- Per la **revisione di protesi di ginocchio** utilizzare uno dei codici della sottocategoria 00.8_ “Altre procedure sul ginocchio o sull'anca” (da 00.80 a 00.84). Tali codici comprendono sia la revisione che la contemporanea sostituzione e sono sufficienti a descrivere l'intervento complessivo.
Si sconsiglia l'utilizzo dei codici 81.53 e 81.55 relativi alla revisione, rispettivamente, di protesi dell'anca e del ginocchio non altrimenti specificata.
- **Artroplastica di anca**
In caso di rivestimento di anca (rispianatura o rifresatura dell'anca, artroplastica) utilizzare i codici di procedura da 00.85 a 00.87.
- **Espianto di protesi infetta**
Utilizzare i seguenti codici:
 - diagnosi principale: 996.66 “Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne” +
 - intervento principale: 80.9_ Altra asportazione dell'articolazione”.

Le stesse modalità di codifica sono valide per tutte le altre protesi articolari.

L. G. 13. 4. **Disturbi del dorso**

I disturbi del disco intervertebrale sono classificati con la categoria 722, nella quale rientrano anche tutte le manifestazioni algiche e i deficit neurologici da ernia discale.
Il dolore del dorso si codifica con i codici della categoria 724.

Le **radicoliti** da patologie diverse dall'ernia del disco vanno identificate con i codici 723.4 “Neurite o radicolite brachiale SAI” oppure 724.4 “Neurite o radicolite toracica o lombosacrale SAI, non specificata”.

L. G. 13. 5. **Chirurgia della colonna vertebrale**

- I ricoveri per interventi per la **correzione di malformazioni congenite** della colonna, di cifoscoliosi e scoliosi vanno descritti con diagnosi principale: codice 754.2 “Malformazione congenita della colonna” oppure 737.3_ “Cifoscoliosi e scoliosi”.
- L'intervento di **artrodesi della colonna vertebrale con innesto osseo** e con fissazione interna va codificato con il codice 81.04 “Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore” oppure codice 81.05 “Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore” +

“Altra inserzione di dispositivo d'artrodesi intervertebrale “ (codice 84.51) oppure “Altra inserzione di proteine morfogenetiche ricombinanti dell'osso” (codice 84.52).

- L'intervento di **artroplastica vertebrale** senza spondilodesi **con inserzione di protesi discale artificiale** va codificato con la sottocategoria 84.6_ “Sostituzione di disco vertebrale”.
- **La riparazione di fratture vertebrali con immissione di cemento senza riduzione** va descritta con il seguente codice di intervento principale: 81.65 “Vertebroplastica”.
- **La fissazione interna di fratture vertebrali con immissione di cemento previa riduzione** (catetere a palloncino) - cifoplastica, va descritta con il codice di intervento principale: 81.66 “Cifoplastica” + per l'intervento secondario il codice 99.29 “Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche”.

L. G. 13. 6. **Interventi per ernia discale**

L'utilizzo dei codici 80.51 e 80.59 è indicato esclusivamente per gli approcci chirurgici, sia classici che mini-invasivi. In caso di iniezione locale di sostanze terapeutiche, di coagulazione e di radiofrequenza, **senza intervento cruento**, deve essere utilizzato il codice 80.52.

L. G. 13. 7. **Chirurgia della spalla**

- La correzione della **lussazione recidivante della spalla** va descritta con diagnosi 718.31 + codice di intervento 81.82 “Riparazione di lussazione ricorrente della spalla”, se a cielo aperto oppure con i codici 81.82 “Riparazione di lussazione ricorrente della spalla” + 80.21 “Artroscopia della spalla”, se in artroscopia.
- In caso di **rottura atraumatica della cuffia dei rotatori**, codice di diagnosi 727.61, oppure di **distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori**, codice di diagnosi 840.4, vanno utilizzati i codici di intervento 83.63 “Riparazione della cuffia dei rotatori”, se a cielo aperto, aggiungendo 80.21 “Artroscopia della spalla” se la procedura è effettuata in artroscopia.
- La correzione della **rigidità o “blocco di spalla”**, codice di diagnosi 718.41, va descritta con i codici di intervento 93.26 “Rottura manuale di aderenze articolari (sblocco spalla)” + 81.92 “Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento (lavaggio spalla)”.
- Per **le entesopatie periferiche** e le sindromi analoghe descritte con il codice di diagnosi 726.0 “Capsulite adesiva scapolo-omeroale”, utilizzare il codice di intervento 81.83 “Altra riparazione della spalla”.

L. G. 13. 8. **Chirurgia del ginocchio**

- La **riparazione del legamento crociato anteriore** del ginocchio per distorsione e distrazione del legamento crociato del ginocchio, va descritta con codice di diagnosi 844.2, oppure per lesione inveterata del legamento crociato anteriore del ginocchio, codice di diagnosi 717.83 + i codici di intervento 81.45 “Altra riparazione dei legamenti crociati” + eventualmente 80.26 “Artroscopia ginocchio”.

Nel codice di procedura 81.45 “Altra riparazione dei legamenti crociati” sono ricomprese le procedure di innesto osseo o cartilagineo, fissazione interna od esterna. Pertanto tali procedure, eseguite in corso di intervento di riparazione del legamento crociato del ginocchio, non richiedono specifica ed ulteriore codifica.

In particolare, il codice 78.45 “Altri interventi di riparazione o plastica sul femore” non deve essere segnalato poiché la procedura di tunnelizzazione del femore, utilizzata per l'ancoraggio del tendine rotuleo, rientra nel codice 81.45 “Altra riparazione dei legamenti crociati”.

- L'intervento per l'**ipertrofia del corpo di Hoffa** va codificato come segue:
 - diagnosi principale: codice 727.09 “Altre sinoviti e tenosinoviti” +
 - diagnosi secondaria: codice 729.31 “Ipertrofia del corpo adiposo del ginocchio” +
 - intervento principale: codice 80.76 “Sinoviectomia del ginocchio” +
 - intervento secondario: codice 80.26 “Artroscopia del ginocchio”.

La suddetta codifica è necessaria per una corretta attribuzione del DRG.

- L'intervento di **escissione di cisti sinoviale** va codificato come segue:
 - diagnosi principale: codice 727.51 “Cisti del cavo popliteo (Cisti di Baker)” +
 - intervento principale: codice 83.39 “Asportazione di lesione di altri tessuti molli” .
- L'intervento di **impianto di biomateriale per condropatia della rotula** va codificato come segue:
 - diagnosi principale: codice 717.7 “Condromalacia della rotula” +
 - intervento principale: codice 78.46 “Altri interventi di riparazione e plastica della rotula” +
 - intervento secondario: codice 99.86 “installazione non invasiva di stimolatore di accrescimento osseo”.

L. G. 13. 9.

Autotrapianto di cartilagine in artroscopia

- Per l'episodio di **primo ricovero**, in cui si effettua il prelievo di cartilagine dal paziente, occorre indicare i seguenti codici:
 - diagnosi principale: codificare la patologia che richiede l'autotrapianto
 - intervento principale: codice 80.9_ “Altra asportazione dell'articolazione”
 - intervento secondario: codice 80.2_ “Artroscopia”
- Per il **ricovero successivo**, in cui viene eseguito l'autotrapianto, è necessario utilizzare:
 - diagnosi principale: codificare la patologia che richiede l'autotrapianto +
 - diagnosi secondaria: codice V42.89 “Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto”
 - intervento principale: codice 81.4_ “Altra riparazione di articolazioni degli arti inferiori”
 - intervento secondario: codice 80.2_ “Artroscopia”

L. G. 13.10.

Trapianto di osso

I casi di trapianto di osso vanno codificati nel modo seguente:

- diagnosi principale: codificare la patologia che richiede il trapianto +
- diagnosi secondaria: codice V42.4 “Osso sostituito da trapianto” +

- intervento principale: codice 78.0_ “Innesto osseo”.

Codificare anche l'eventuale asportazione di osso per innesto con un codice della categoria 77.7 “Prelievo di osso per innesto”

L. G. 13. 11.
Chirurgia della mano

Per gli interventi di reimpianto delle dita della mano per traumatismo, utilizzare in diagnosi principale uno dei codici delle categorie 885 e 886 + i codici di intervento 84.21 “Reimpianto del pollice della mano” oppure 84.22 “Reimpianto di dita della mano”.

In caso di reimpianto multiplo, il codice della procedura dovrà essere ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate.

L. G. 13. 12.
Fratture patologiche

Coerentemente alle regole generali di selezione della diagnosi principale, il codice della frattura patologica 733.1_ deve essere utilizzato in diagnosi principale solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura stessa; considerata la natura poco specifica del codice, occorre associarvi il codice relativo alla patologia di base (causa della frattura patologica).

L. G. 13. 13.
Trattamento ortopedico ulteriore

In caso di trattamento ortopedico ulteriore di frattura consolidata, che non è possibile effettuare in regime assistenziale differente dal ricovero, si utilizza in diagnosi principale il codice V54.89 “Trattamento ortopedico ulteriore”.

L. G. 13. 14.
Embolizzazione di cisti aneurismatica dell'osso

L'intervento di embolizzazione di cisti aneurismatica dell'osso va descritto ponendo in diagnosi principale il codice 733.22 “Cisti aneurismatica dell'osso” + nel campo destinato alle procedure, i codici 99.25 “Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore” + 38.91 “Cateterismo arterioso”.

L. G. 13. 15.
Inserimento (o impianto, trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione

Per i ricoveri che prevedono interventi di ricostruzione articolare di ginocchio, spalla e caviglia, in cui venga utilizzato un sostituto osteoarticolare biologico di ampie dimensioni utilizzare i codici di procedura:

- 81.54 “Sostituzione totale del ginocchio” nella specificazione di *unicompartimentale (emiarticolare)*;
- 81.80 “Sostituzione totale di spalla”,
- 81.81 “Sostituzione parziale di spalla”
- 81.56 “sostituzione di caviglia”.

E' opportuno associare il codice aggiuntivo 00.93, qualora si tratti di trapianto da donatore cadavere.

Capitolo XIV - MALFORMAZIONI CONGENITE (740 - 759)

L. G. 14. 1.

Regole di codifica generali

Le malformazioni congenite sono classificate nel capitolo XIV (740-759) della ICD-9-CM. Altre condizioni di origine perinatale, comprese alcune condizioni specificate come congenite, sono descritte nel capitolo XV (760-779), che include anche i traumi ostetrici classificati con la categoria 767.

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

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

La malformazione rilevata alla nascita va riportata in diagnosi principale, nella SDO del neonato, solo se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza e risponde ai criteri di selezione della diagnosi principale.

La malformazione rilevata alla nascita viene segnalata tra le diagnosi secondarie, nella SDO del neonato, solo se è oggetto di specifici interventi/procedure e determina un effettivo allungamento della degenza. Ad esempio:

- a) neonato con piede torto riscontrato alla nascita, *senza trattamento*: deve essere utilizzata la codifica del neonato sano; in diagnosi principale va riportato, quindi, un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 "Nati vivi secondo il tipo di nascita";
- b) neonato con piede torto riscontrato alla nascita *con specifici accertamenti* ed allungamento della degenza: in diagnosi principale va riportato un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 "Nati vivi secondo il tipo di nascita" e tra le diagnosi secondarie 754.70 "Piede torto non specificato";
- c) neonato con piede torto riscontrato alla nascita e che viene sottoposto, durante lo stesso episodio di degenza dell'evento nascita, ad *intervento chirurgico di correzione della malformazione*: in diagnosi principale va riportato prima il codice 754.70 e poi il codice V3_._, riportando nelle procedure il codice dell'intervento chirurgico subito.

L. G. 14. 2.

Regole specifiche di codifica – Produzione di DRG "impropri"

Alcuni codici in questo Capitolo danno origine a DRG "impropri" e "fuorvianti" se utilizzati in diagnosi principale al di fuori del periodo neonatale.

Ad esempio, i codici:

- 758.9 "Condizioni dovute ad anomalie di cromosomi non specificati",
- 759.7 "Anomalie congenite multiple, così descritte",
- 759.81 "Sindrome di Prader-Willi",
- 759.83 "Sindrome della X fragile",
- 759.89 "Altro",
- 759.9 "Anomalie congenite, non specificate)",

elaborano, indipendentemente dall'età del paziente, il DRG 390 (Neonati con altre affezioni significative).

Anche il codice 759.4 “Gemelli congiunti”, utilizzato in diagnosi principale, elabora un DRG “neonatale” (387 o 389).

E’, pertanto, opportuno evitare l’utilizzo in diagnosi principale di tutti i codici sopra elencati, per soggetti di età superiore all’anno di età.

In tali casi (successivi, comunque, alla degenza in cui è stata posta la diagnosi di malformazione, e miranti al trattamento di una manifestazione clinica correlata alla malformazione stessa), in diagnosi principale va posta la condizione oggetto del trattamento e causa del ricovero, seguita, in diagnosi secondaria, dal codice della malformazione.

Il codice 758.5 “Altre condizioni dovute ad anomalie autosomiche”, utilizzato in diagnosi principale, elabora il DRG 467 (Altri fattori che influenzano lo stato di salute), *considerato ad alto rischio di inappropriatelyzza*. Anche in questo caso dovrà essere codificata, come prima diagnosi, la manifestazione clinica più rilevante.

L. G. 14. 3.

Malformazioni congenite osteomuscolari

Alcune anomalie muscolo-scheletriche, derivanti da fattori meccanici avvenuti durante la gestazione (ad esempio malposizione uterina), sono classificate nella categoria 754, con la *quarta cifra che indica il tipo di deformità*, mentre le malformazioni legate a trauma alla nascita sono classificate nella categoria 767 del capitolo XV della ICD-9-CM.

Ad esempio:

- codice 754.31 “Lussazione congenita dell’anca, bilaterale”,
- codice 754.41 “Lussazione congenita del ginocchio”,
- codice 767.2 “Frattura ostetrica della clavicola”.

Capitolo XV - ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (760 - 779)

L. G. 15. 1

Regole di codifica generali

I codici di questo capitolo si utilizzano per segnalare le patologie del feto e del neonato che hanno avuto inizio nel periodo compreso tra la 28^a settimana di gestazione e la quarta settimana dopo la nascita, ma che possono manifestarsi anche in epoche successive: **questi codici possono essere utilizzati per codificare la SDO dei ricoveri di bambini entro il primo anno di vita.**

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.

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, V31, V32, V34, V36, né come diagnosi principale né tra le diagnosi secondarie; si tratta, infatti, di prestazioni facenti parte costitutiva dell'assistenza al neonato.

In diagnosi secondaria devono essere riportate solo le condizioni cliniche rilevate nel neonato, che comportano interventi diagnostici o terapeutici con impegno assistenziale significativo, e che determinano un effettivo allungamento della degenza.

Si evidenzia che tutte le SDO redatte dai Reparti di Nido, Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale devono produrre DRG afferenti alla MDC 15.

L. G. 15. 2

Codifica del neonato: evento nascita

Tutte le nascite avvenute in ospedale, o immediatamente prima del ricovero, devono essere identificate riportando sulla SDO, in diagnosi principale, i codici da V30._ a V39._ "Nati vivi sani secondo il tipo di nascita", *indipendentemente se il neonato è prematuro o a termine, se è sano o patologico*, indicando tali codici solo l'avvenuta nascita e non lo stato di buona salute.

Eccezione a questa regola è il caso di neonato, sottoposto, nel medesimo ricovero connesso con l'evento nascita, ad intervento chirurgico per patologia malformativa o intercorrente: in questi casi la codifica sopra-riportata elaborerebbe infatti un DRG neonatale (385-390), non rendendo ragione del "consumo di risorse". In questi casi i codici da V30_ a V39_ vanno inseriti tra le diagnosi secondarie.

Si sconsiglia l'utilizzo dei codici V33, V37 e V39 in quanto non specifici.

Il codice V35 "Altro parto multiplo (tre o più) tutti nati morti" non deve essere utilizzato, in quanto riferito al feto per il quale non deve essere compilata la scheda di dimissione.

L. G. 15. 3

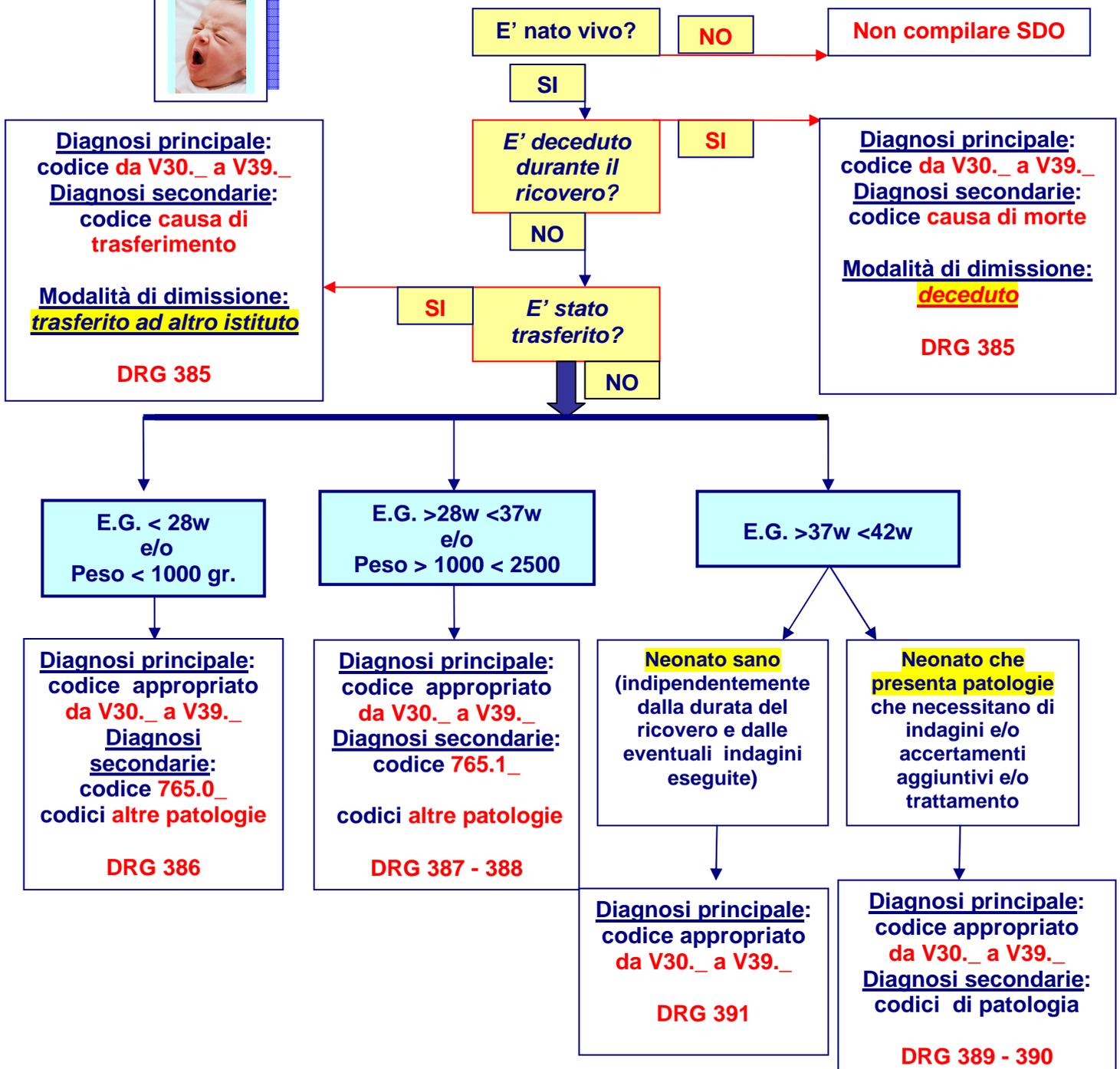
Codifica del neonato: ricovero successivo all'evento nascita

I codici da V30._ a V39._ non vanno più riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato, anche se questi fossero dovuti a trasferimento dalla Struttura in cui è avvenuta la nascita ad altra più idonea per specifiche cure.

Per i ricoveri successivi (avvenuti entro il primo anno di vita), la diagnosi principale sarà espressa da un codice del Capitolo XV “ Alcune condizioni morbose di origine perinatale “ (760 - 779), che deve ricondurre sempre ad un DRG della MDC 15.

Qualora la patologia causa del ricovero non fosse ricompresa nei “codici perinatali”, si utilizza in diagnosi principale il codice 779.89 “Altre manifestazioni specificate che hanno origine nel periodo perinatale” e in diagnosi secondaria la patologia riscontrata.

NEONATI: CODIFICA DELLA SDO ALLA NASCITA



NOTA

Le situazioni evidenziate in corsivo influenzano direttamente la produzione del DRG indipendentemente dall'età gestazionale e dalle condizioni cliniche dei neonati

Per descrivere se il neonato, nello stesso periodo di degenza, è sottoposto anche ad un intervento chirurgico, codificare in diagnosi principale la patologia responsabile dell'intervento e in diagnosi secondaria il codice V appropriato relativo all'evento nascita; codificare tra le procedure l'intervento effettuato.

L. G. 15. 4.

Osservazione e valutazione del neonato per sospetto di condizioni morbose

- Per descrivere i ricoveri successivi all'evento nascita e nei quali un neonato viene valutato **entro i primi 28 giorni di vita** per una patologia sospetta, che, dopo opportune osservazioni ed indagini, non risulta essere confermata, si utilizzano in diagnosi principale i codici V29._ "Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate".
- Per i ricoveri avvenuti **dopo i primi 28 giorni di vita** per una patologia sospetta, ma non confermata dalle indagini eseguite, si utilizzano, in diagnosi principale, un codice della categoria V71._ "Osservazione e valutazione per sospetto di condizione morbosa".

L. G. 15. 5.**Neonato sano "ospitato" in ospedale per malattia materna**

Il neonato sano non ospitato per l'episodio della nascita, ma presente in ospedale a causa di un ricovero della madre, non richiede la compilazione della SDO; le eventuali annotazioni che lo riguardano andranno documentate nella cartella clinica della madre.

L. G. 15. 6.**Neonato o bambino abbandonato**

Il codice V20.0 "Controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato" può essere utilizzato, in diagnosi principale, per "giustificare" la degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o di adozione.

L. G. 15. 7.**Cause materne di morbilità e mortalità perinatale**

I codici delle categorie 760 - 763 "Cause materne di morbilità e mortalità perinatale" possono essere utilizzati sulla SDO del neonato *solo quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o 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 determinare un'influenza sul trattamento e sull'assistenza al neonato.

Sempre fatto salvo quanto precisato più sopra, relativamente al ricovero del neonato con evento nascita, quando la condizione della madre ha provocato nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle sottocategorie 760._ - 763._.

- **Ricovero connesso all'evento nascita**

- a) **Ricovero di neonato "sano"** o asintomatico, senza accertamenti, o con accertamenti negativi, e senza variazione della degenza e dell'assistenza: codice V3_._.
- b) **Ricovero di neonato asintomatico**, con accertamenti negativi, ma con osservazione che comporta prolungamento della degenza e variazione del profilo di assistenza: codice V3_._ + codice 760.2 "Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato" ma senza che vi siano, sul feto o sul neonato, manifestazioni della malattia stessa oppure codice 760.8 "Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato" senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato.

- c) **Ricovero di neonato “patologico”**, con segni clinici e/o di laboratorio positivi, e/o terapia: codice V3__ + codice di patologia (secondo quanto previsto dalle regole di codifica del neonato) + eventuale codice dell’infezione, se è stato usato il codice 771.2 o 771.8_ (“Infezioni specifiche del periodo perinatale”).
- **Ricovero successivo in periodo neonatale (< 28 gg.)**
 - a) **Ricovero con accertamenti negativi, neonato asintomatico, senza terapia**
Utilizzare:
 - codice V29.0 + codice V01._ “Contatto con o esposizione a malattie trasmissibili” (o codice V02._ “Portatore o portatore sospetto di malattie trasmissibili”) + eventualmente codice 760.2 “Malattie infettive e parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o neonato” senza che vi siano manifestazioni della malattia stessa sul feto o sul neonato.
 -
 - b) **Ricovero con accertamenti positivi, osservazione, e/o eventuale terapia, in neonato sintomatico o asintomatico**
Utilizzare i codici appropriati (codice 771._ “Infezioni specifiche del periodo perinatale”) + eventualmente il codice relativo alla infezione specifica.
Nel caso di manifestazioni a lungo termine delle infezioni connatali (ricoveri successivi al 28° giorno), *non utilizzare questi codici in diagnosi principale*, riportando invece come prima diagnosi la manifestazione clinica più rilevante. I suddetti codici possono essere utilizzati, per completare la descrizione del caso, tra le diagnosi secondarie.

L. G. 15. 8.**Disturbi della crescita e del peso alla nascita**

I codici delle categorie 764 e 765 sono specifici per indicare le condizioni ospedaliere di immaturità e prematurità e non devono essere utilizzati solo sulla base del peso alla nascita o della stima dell’età di gestazione, ma dopo un’attenta valutazione clinica della “maturità” del neonato. Occorre, cioè, che da questa condizione sia derivata una effettiva sofferenza del neonato e, quindi, uno specifico impegno assistenziale (vedi nota di inclusione alla categoria 765).

Poiché esistono grosse differenze tra il trattamento di un prematuro di basso peso rispetto ad un neonato con la stessa diagnosi di prematurità, ma con peso più elevato, è stata introdotta, per queste categorie, una *quinta cifra per la descrizione del peso alla nascita*.

Un codice della categoria 764 “Ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale” può essere assegnato anche quando un neonato non è prematuro, in quanto tale codice indica solo che il neonato è più piccolo rispetto alla durata della gestazione.

Occorre prestare attenzione al fatto che la quinta cifra, che indica il peso del neonato, sia compatibile con la quarta cifra dello stesso codice (ad es. una diagnosi di immaturità sarebbe incompatibile con un codice con quinta cifra .9, poiché il peso associato di 2500 gr. è lontano dai criteri di immaturità, anche se nella Classificazione non esistono regole che escludano i pesi maggiori).

Nel caso in cui un neonato a basso peso venga riammesso o trasferito a causa delle sue condizioni patologiche, *la quinta cifra deve essere riferita al peso alla nascita e non a quello attuale.*

La categoria 765 “Problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita” codifica nello specifico:

- l'**immaturità** estrema del neonato (codice 765.0_) ad indicare un **neonato di solito con peso inferiore a 1000 grammi**,
- la **prematività** (codice 765.1_) ad indicare un **neonato pretermine con un peso compreso, di solito, tra 1000 e 2499 grammi**.

Per entrambe le suddette sottocategorie va utilizzato un codice aggiuntivo per indicare le settimane di gestazione (765.20 – 765.29).

L. G. 15. 9.

Traumi ostetrici

Con i codici 767._ “Traumi ostetrici” si indicano i traumi neonatali dovuti a parto distocico, verificatisi, cioè, nella fase espulsiva.

Le anomalie muscolo-scheletriche derivanti, invece, da fattori meccanici avvenuti durante la gestazione, sono codificate con la categoria 754._ “Alcune malformazioni congenite del sistema muscolo-scheletrico”.

L. G. 15. 10.

Ipossia intrauterina e problemi respiratori neonatali

Per formulare diagnosi di sofferenza fetale ed asfissia, e, di conseguenza, assegnare un codice appropriato, non è sufficiente la segnalazione di un basso indice di Apgar, di una ritenzione di meconio, oppure la presenza di quest'ultimo nel liquido amniotico, ma occorre un'attenta valutazione da parte del medico che dimette: in sintesi, *la sofferenza fetale non deve essere codificata se non ci sono indicazioni rilevabili e documentate in cartella clinica.*

I codici della categoria 768 “Ipossia intrauterina e asfissia alla nascita” riguardano l'**asfissia alla nascita**. E' preferibile utilizzare il codice 768.5 “Asfissia grave alla nascita” con complicazione neurologica e il codice 768.6 “Asfissia lieve o moderata alla nascita” senza menzione di complicazione neurologica, rispettivamente nelle asfissie gravi e nelle asfissie moderate.

I codici di questa categoria possono essere utilizzati solo quando la patologia descritta è associata ad altre manifestazioni morbose del neonato.

Coerentemente a quanto indicato nelle regole generali di codifica del neonato, e come riportato anche nel Prospetto riepilogativo, *i codici 768.0 e 768.1 (morte fetale) non devono essere mai utilizzati nella SDO di un neonato.*

Il codice 769 “Sindrome da distress respiratorio neonatale” descrive una **grave patologia respiratoria neonatale** che necessita di un elevato livello assistenziale (ventilazione assistita: codici 96.7_ “Ventilazione meccanica continua” o 93.90 “Respirazione a pressione positiva continua CPAP”) e deve essere riservato:

- alla Malattia delle Membrane laline di terzo e quarto stadio,
- all'Ipertensione Polmonare Primitiva,
- alla severa Sindrome da Distress Respiratorio (RDS).

Per i **distress respiratori lievi** si consiglia di utilizzare i codici della sottocategoria 770.8_ “Altri problemi respiratori del neonato” (ad esclusione della Tachipnea transitoria o Sindrome del Polmone Bagnato codificabile con il codice 770.6 “Tachipnea transitoria del neonato”).

Il codice 770.7 “Malattia respiratoria cronica insorta nel periodo perinatale” è utilizzabile in diagnosi principale solo sotto l’anno di vita o, comunque, in sede di primo inquadramento diagnostico della patologia.

Successivamente va codificata l’affezione acuta, lo scompenso acuto (codice 518.82) o la insufficienza respiratoria acuta, acuta-su-cronica e cronica (codice 518.81), utilizzando il codice 770.7 in diagnosi secondaria.

L. G. 15. 11.**Nato da madre affetta da epatite****• Ricovero con “evento nascita”**

a) **Neonato “sano”**, HBsAg negativo: codice V3_._

La somministrazione di gammaglobuline iperimmuni e la vaccinazione non comportano assegnazione di codici ulteriori.

b) **Neonato asintomatico, ma HBsAg+**, e prolungamento della osservazione:

codice V3_._ + codice 760.2 “Malattie Infettive o Parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato ma senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato” + codice V02.6 “Portatore o sospetto portatore di epatite virale”.

c) **Neonato sintomatico:**

codice V3_._ + codice 771.2 “Altre infezioni congenite specifiche del periodo neonatale” + codice 070._ “Epatite virale”.

• Ricovero successivo in periodo neonatale (< 28 gg.)

a) **Ricovero con accertamenti negativi, neonato asintomatico:**

codice V29.0 “Osservazione per sospetto di condizione morbosa infettiva” + codice V02.6 “Portatore o sospetto portatore di epatite virale”.

b) **Neonato sintomatico, HBsAg+:**

codice 771.2 “Altre infezioni congenite specifiche del periodo neonatale” + in diagnosi secondaria un codice delle sottocategorie 070._ “Epatite virale”.

NOTA

Un ricovero successivo per Epatite B (sospetta o manifesta) è evenienza piuttosto rara, legata a mancata siero-vaccinoprofilassi alla nascita: pertanto, secondo alcuni protocolli nazionali, per la diagnosi di Epatite C, non sono opportune indagini sierologiche o virologiche al neonato “sano”, prima del compimento del primo mese, perché non sufficientemente sensibili e specifiche.

L. G. 15. 12.**Neonato da madre HIV o affetta da AIDS conclamato**

Spesso i neonati da madri HIV-positivo sono essi stessi positivi al Test ELISA e questo risultato può persistere per circa 18 mesi dalla nascita, **senza che il neonato sia stato infettato**: in tal caso dovrà essere assegnato in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 “Nati vivi secondo il tipo di nascita” + in diagnosi secondaria il codice V01.79 “Contatto con o esposizione ad altre malattie virali”, fino a quando il medico non documenti la reale infezione.

Si riportano alcuni esempi di codifica:

- a) **se il neonato è PCR-negativo:** utilizzare il codice V01.79 “Contatto con o esposizione ad altre malattie virali”) + V29.0 “Osservazione per sospetto di condizione morbosa infettiva”, (codice V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”);
- b) **se il neonato è PCR-positivo, asintomatico:** utilizzare il codice 760.2 “Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato ma senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato” + il codice V08 “Stato infettivo asintomatico da virus dell’immunodeficienza umana (HIV)” (codice V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”);
- c) **se il neonato è sintomatico:** utilizzare il codice 771.2 “Altre infezioni congenite specifiche del periodo neonatale” + il codice 042 “Malattia da virus HIV” (codice V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”);
- d) **se al neonato sono state richieste indagini sierologiche aspecifiche (ELISA), risultate positive:** utilizzare il codice V01.79 “Contatto con o esposizione ad altre malattie virali” + il codice 795.7 “Altri reperti immunologici non specifici” (codice V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”).

NOTA

Secondo alcuni protocolli non sono opportune, perché non sufficientemente sensibili e specifiche, indagini sierologiche o virologiche al neonato “sano” prima del compimento del 1° mese.

L. G. 15. 13.

Nato da madre con tampone positivo per streptococco Gruppo B

- **Neonato con segni clinici e/o di laboratorio indicativi di infezione**, con trattamento parenterale: codice 771.81 “Setticemia (sepsi) del neonato” + codice 041.02 “Infezione streptococcica in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata, Streptococco, gruppo B” (codice V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”).
- **Neonato asintomatico, con tamponi positivi, monitoraggio infettivologico**, terapia: codice 760.2 “Malattie infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o sul neonato ma senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato” + codice V02.5_ “Portatore o portatore sospetto di altre malattie batteriche specificate” (codice V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”).
- **Neonato con osservazione clinica**, tamponi e indagini di laboratorio negativi, profilassi antibiotica: codice V29.0 (codice V3._. in prima diagnosi se “evento nascita”).

NOTA

Questa logica di codifica è valida anche per le forme precoci e tardive di sepsi di origine perinatale (escluso naturalmente il codice relativo all’agente eziologico, descritto nella categoria 041).

L. G. 15. 14.

Neonato da madre con prematura rottura delle membrane

- **Ricovero di neonato con segni clinici e/o di laboratorio** indicativi di infezione, con trattamento parenterale: codice V3__ + codice 771.8_ “Altri tipi di infezioni specifiche del periodo perinatale” + codice 761.1 “Rottura prematura delle membrane con ripercussioni sul feto o neonato”.
- **Ricovero di neonato con tamponi positivi e PCR negativa**, monitoraggio infettivologico e profilassi antibiotica: codice V3__ + codice 760.8 “Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato ma senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato”.
- **Ricovero di neonato con osservazione clinica**, tamponi e PCR non eseguiti o negativi: codice V3__ + codice V29.8 “Osservazione per altre condizioni morbose specificate”.

L. G. 15. 15.**Malattia emolitica del neonato anti Rh o anti ABO**

- **Neonato asintomatico**, ma con necessità di osservazione clinica ripetuta con emocromo e bilirubine seriate: utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alla categoria V3__,_ + tra le diagnosi secondarie riportare il codice 760.8 “Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato”.
- In caso di **malattia emolitica del neonato**, con test di Coombs diretto positivo: utilizzare in diagnosi principale un codice appartenente alla categoria V3__,_ + tra le diagnosi secondarie riportare il codice 773._ “Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione ...”.

L. G. 15. 16.**Nato da madre diabetica**

- **Ricovero di neonato senza osservazione** e/o senza prolungamento di degenza: codice V3__,_.
- **Ricovero di neonato con osservazione e glicemie seriate normali** ma con prolungamento della degenza: codice V3__,_ + codice 760.8 “Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)”.
- **Ricovero di neonato con glicemie seriate patologiche**, ulteriori accertamenti e trattamento: codice V3__,_ + codice 775.0 “Sindrome del neonato di madre diabetica”.

L. G. 15. 17.**Nato da madre che assume sostanze potenzialmente nocive (anche stupefacenti) passate attraverso la placenta o il latte materno**

- Ricovero di **neonato “sano”** e/o senza accertamenti: codice V3__,_.
- Ricovero di **neonato asintomatico con osservazione**, monitoraggio cardiorespiratorio, accertamenti chimico-fisici specifici: diagnosi principale un codice V3__,_ + codice 760.8 “Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato”.

- Ricovero di **neonato sintomatico** con osservazione, monitoraggio cardiorespiratorio, accertamenti chimico-fisici specifici ed eventuale terapia specifica:
 - codice V3_._ +
 - un codice di diagnosi specifico per la patologia o il disturbo riscontrato (ad esempio dispnea, alterazioni del ritmo cardiaco, sintomi neurologici) +
 - codice 760.7_ “Malattie del feto dovute a sostanze nocive passate attraverso la placenta o il latte materno”.

L. G. 15. 18.**Ittero neonatale (categoria 774._)**

- **In caso di ittero con valore di BT > di 17 mg/dL**, anche senza patologia di base specificata, ma che richiede indagini etiopatogenetiche ed assistenza significativa:
 - codice V3_._ + codice 774.1.
- **In caso di ittero “fisiologico” o comunque con BT < di 17 mg/dL**, anche se il neonato è stato sottoposto a fototerapia:
 - codice V3_._ + codice 774.30 o codice 774.6.
- **Nel caso di ricovero successivo all’evento nascita, per ittero prolungato**, in assenza di patologia dimostrata, per evitare la produzione incongrua del DRG 391, utilizzare:
 - codice 779.89 “Altre manifestazioni specificate che hanno origine nel periodo perinatale” + in diagnosi secondaria, uno dei codici 774.30 o 774.6.

L. G. 15. 19.**Produzione “incongrua” di DRG 391**

I codici 772.6 “Emorragia cutanea del feto e del neonato”, 778.8 “Altre condizioni morbose specificate interessanti la cute e la termoregolazione del feto e del neonato”, 779.3 “Problemi alimentari del neonato”, utilizzati in diagnosi principale, per indicare condizioni morbose del neonato e causa di ricovero successivo all’evento nascita, producono il DRG 391 “Neonato normale” non rispondente appieno all’impegno di risorse profuso.

In tali casi, analogamente a quanto espresso per l’ittero prolungato, al paragrafo L. G. 15.18., si consiglia di utilizzare, in diagnosi principale, il codice 779.89 “Altre manifestazioni specificate che hanno origine nel periodo perinatale”, e, in diagnosi secondaria, uno dei codici sopra descritti, a seconda della patologia specifica.

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

- **Sintomi:** codici da 780 a 789
- **Reperti anomali non specifici:** codici da 790 a 796
- **Cause mal definite e sconosciute di morbosità e mortalità:** codici da 797 a 799.

Si tratta di solito di patologie ad eziopatogenesi non determinata o transitorie o altrimenti specificate e che rimangono tali dopo esami approfonditi, oppure perché il paziente viene trasferito altrove, o muore prima del completamento delle indagini.

I codici compresi nel capitolo XVI dell'ICD-9-CM 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.

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

Si usano come diagnosi secondarie solo quando i segni o i sintomi non sono compresi nella patologia principale e la loro presenza comporta una differenza nella gravità della patologia del paziente e/o nella condotta terapeutica / assistenziale.

Per alcuni "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" si rimanda alle regole di codifica specifiche per sistema/apparato.

Capitolo XVII - TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI (800 - 999)

L. G. 17. 1. Fratture

Le fratture da traumatismi sono distinte a seconda della localizzazione, del tipo - esposta o chiusa - e delle complicanze.

Ciascuna sede di frattura deve essere codificata separatamente, quando possibile.

La consolidazione viziosa e la mancata consolidazione di frattura sono codificate, rispettivamente, con i codici di diagnosi 733.81 "Viziosa saldatura di frattura" e 733.82 "Mancata saldatura di frattura".

Nel caso di ricovero per **rimozione dei mezzi di sintesi interni**, utilizzare il codice V54.01 "Trattamento per rimozione di dispositivo di fissazione interna".

Se, però, il ricovero per rimozione dei mezzi di sintesi interni è dovuto a **complicazioni**, utilizzare in diagnosi principale, uno dei seguenti codici:

- codice 996.4 "Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni",
- codice 996.67 "Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti ortopedici interni",
- codice 996.78 "Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni ortopedici".

Segnalare anche il codice che specifica la procedura eseguita.

- **Le fratture delle vertebre associate a lesioni del midollo spinale** vanno codificate con i codici della categoria 806 "Frattura della colonna vertebrale con lesione del midollo spinale".
- **Le fratture delle vertebre senza menzione di lesioni del midollo spinale** vanno codificate con i codici della categoria 805 "Frattura della colonna vertebrale senza menzione di lesione del midollo spinale".
- **I traumi del midollo spinale** senza lesione vertebrale sono classificati nella categoria 952 "Traumatismo del midollo spinale senza segni di lesione vertebrale".

Coerentemente alle regole generali di selezione della diagnosi principale, il codice della frattura patologica 733.1_ deve essere utilizzato in diagnosi principale *solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura stessa.*

Considerata la natura poco specifica del codice, occorre associarvi il codice relativo alla patologia di base (causa della frattura patologica).

L. G. 17. 2. Traumatismi cranici

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.

- **I traumi cranici associati a frattura** sono classificati con le categorie da 800 a 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 cranici non associati a frattura** sono classificati con le categorie da 850 a 854; *il quarto carattere del codice indica il tipo di trauma e l'eventuale associazione con una ferita aperta.*
- Per le categorie 800, 801, 803, 804 e 851-854 *il quinto carattere del codice indica l'eventuale perdita di coscienza, la durata di tale perdita e se vi è 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 superiore alle 24h e recupero dello stato di coscienza preesistente
 - 5 con perdita di coscienza di durata superiore alle 24h senza recupero dello stato di coscienza preesistente (paz . 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 **“Concussione”** che non prevede la quinta cifra, l'informazione relativa alla coscienza è riportata con diverse modalità nella quarta cifra. **Nel solo caso di breve perdita di coscienza, occorre specificarne la durata con la quinta cifra (850 .1_).**
- **La sindrome post-commotiva**, codice 310.2, include una grande varietà di sintomi (mal di testa, vertigini, fatica, difficoltà di concentrazione, depressione, ansietà, apatia, palpitazioni cardiache), che talora durano alcune settimane.
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. Pertanto, il codice 310.2 non deve essere assegnato al ricovero iniziale per il trattamento della concussione.
- 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 o ad altra emorragia intracranica** o ad altra specifica condizione classificabile nelle categorie 851-854, non deve essere assegnato il codice della concussione.
- **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.

L. G. 17. 3.**Rabdomiolisi - Mioglobinuria**

- La **rabdomiolisi postraumatica** (crush syndrome o sindrome di Bywaters) va descritta con il codice 958.5 “Anuria traumatica”.
- La **rabdomiolisi idiopatica** va descritta con il codice 728.89 “Altri disturbi dei muscoli, dei legamenti e delle fasce”.

- La **rabdomiolisi dovuta a cause tossiche, farmacologiche o avvelenamenti**, va descritta codificando tali condizioni come diagnosi principali.

L. G. 17. 4.**Ferite**

Le ferite sono individuate dai codici delle categorie da 870 a 897, distinte per sede, con o senza complicazioni; per complicazione si intende la guarigione ritardata e/o la presenza di corpo estraneo e/o la infezione grave.

L. G. 17. 5.**Rimozione di corpo estraneo**

Riportare negli spazi relativi alle diagnosi i codici appartenenti alle categorie da 930 a 939 "Effetti da corpo estraneo penetrato attraverso un orifizio naturale" oppure il codice 729.6 "Corpo estraneo ritenuto nei tessuti molli".

Negli spazi relativi alle **procedure** va segnalato uno dei seguenti codici:

- **per la rimozione di corpo estraneo senza incisione:**
 - codice 98.0_ "Rimozione di corpo estraneo intraluminale dell'apparato digerente senza incisione",
 - codice 98.1_ "Rimozione di corpo estraneo intraluminale da altre sedi senza incisione",
 - codice 98.2_ "Rimozione di altro corpo estraneo senza incisione";
- **per la rimozione di corpo estraneo mediante incisione** o con uso di altre tecniche, a seconda della procedura chirurgica eseguita, va segnalato uno dei seguenti codici:
 - codice 86.05 "Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo" per interventi eseguiti su tessuto cutaneo e sottocutaneo,
 - codice 83.09 "Altra incisione dei tessuti molli" per interventi che prevedono anche l'incisione della fascia muscolare.

Consultare l'indice alfabetico per verificare l'opportunità di utilizzare un codice più specifico per sede.

L. G. 17. 6.**Punture di origine animale**

Per le punture di animale **senza reazione tossica** generalizzata vanno utilizzati i codici da 910._ a 919._ "Traumatismi superficiali", specificando con la *quarta cifra 4 o 5 la presenza o meno dell'infezione*.

Le punture di origine animale **con reazione tossica** generalizzata vanno codificate con il codice 989.5 "Effetti tossici di veleno di origine animale".

In presenza di **shock anafilattico**, il ricovero va descritto ponendo in diagnosi principale il codice 995.0 "Altro shock anafilattico non classificato altrove", e riportando tra le diagnosi secondarie il codice 989.5 "Effetti tossici di veleno di origine animale".

L. G. 17. 7.
Ustioni

I codici delle categorie da 940 a 946 descrivono le ustioni dovute a tutti gli agenti, fatta eccezione per le ustioni da attrito (identificate con i codici delle categorie da 910 a 919), e l'eritema solare (codice 692._ _).

Per le categorie da 940 a 946, la *quarta cifra indica la profondità o il grado dell'ustione*, mentre la *quinta cifra indica la sede* in modo più specifico.

La categoria 947 codifica le ustioni degli organi interni incluse quelle provocate dall'ingestione di sostanze chimiche.

La categoria 948 classifica le ustioni in relazione all'estensione della superficie corporea coinvolta; questa categoria non va usata come causa principale. La *quarta cifra indica la percentuale di superficie corporea interessata dall'ustione* (di qualunque grado) mentre la *quinta cifra indica la percentuale di superficie corporea interessata da ustioni di terzo grado*.

Le categorie 946 "Ustioni di sedi multiple specificate" e 949 "Ustioni multiple SAI" vanno utilizzate raramente in quanto aspecifiche.

In caso di ustioni di varie parti del corpo, si utilizza un ordine di codifica che tenga principalmente conto delle sedi con ustioni di grado più severo.

Se sono presenti ustioni con differente grado di profondità, va utilizzato il codice relativo all'ustione di grado più severo: ad esempio, in presenza di ustioni di primo e secondo grado della gamba non si assegna alcun codice per l'ustione di primo grado.

L. G. 17. 8.**Avvelenamenti da farmaci, medicinali e prodotti biologici**

Per avvelenamento si intende in linea generale l'effetto nocivo provocato da:

- modalità di somministrazione diversa da quella prescritta,
- un errato dosaggio,
- un medicamento dato alla persona sbagliata,
- sostanze somministrate o prese per errore,
- interazione tra un farmaco prescritto e assunto correttamente e un altro farmaco autoprescritto o alcool.

La regola generale di codifica prevede l'uso dei codici dell'avvelenamento in diagnosi principale e l'uso di un codice aggiuntivo per specificare gli effetti dell'avvelenamento.

Esempio:

- Diagnosi principale: codice 964.2 "Avvelenamento da anticoagulanti"+
- Diagnosi secondaria: codice 599.7 "Ematuria".

Non rientrano nella definizione di avvelenamento:

- gli effetti nocivi (ipersensibilità, reazioni avverse) di sostanze appropriate correttamente somministrate, da codificare secondo la natura dell'effetto tossico,
- la farmacodipendenza (codici 304.0 - 304.9),
- l'abuso da farmaci senza dipendenza (codici 305.0 - 305.9),
- l'intossicazione patologica da farmaci (codice 292.2).

L. G. 17. 9.

Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa

La regola generale di codifica prevede l'uso dei codici degli effetti tossici in diagnosi principale, e l'uso di un codice aggiuntivo per specificare la manifestazione clinica.

L. G. 17.10.

Postumi di avvelenamento e postumi di effetti tossici

Gli effetti tardivi degli avvelenamenti vanno descritti con il codice 909.0 "Postumi di avvelenamenti da farmaci, medicinali o altri prodotti biologici"; quelli degli effetti tossici con il codice 909.1. "Postumi di effetti tossici di sostanze non medicamentose".

Classificazione supplementare

FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI (V01- V86)

L. G. V. 1

Regole di codifica generali

Oltre alla classificazione principale, costituita dalle categorie da 001 a 999, la ICD-9-CM prevede anche la classificazione dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie, con i codici da V01 a V86.

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

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

Va verificata, comunque, nell'elenco sistematico l'accuratezza del codice selezionato.

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

- a) **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, follow up, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico;** in questi casi, deve essere indicata come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse;
- b) **persona non malata** che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche o consulenza;
- c) per indicare l'**osservazione** e la **valutazione di condizioni morbose sospette;**
- d) per indicare lo stato o l'**osservazione di neonato;**
- e) pazienti ricoverati come **donatori.**

I codici V possono essere utilizzati in diagnosi secondaria nei seguenti casi:

- a) 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,
- b) per segnalare l'esito del parto nella SDO della madre.

E' importante tenere presente, inoltre, che **i codici V non devono essere utilizzati per indicare le complicanze** di precedenti cure mediche e chirurgiche; queste ultime, se presenti, devono essere codificate con le specifiche categorie numeriche.

L. G. V. 2

Persone con rischi potenziali di malattia in relazione a malattie trasmissibili

- **Contatto o esposizione al virus dell'immunodeficienza umana**

Il contatto o l'esposizione al virus dell'immunodeficienza umana va descritto con il codice V01.79 "Contatto con o esposizione ad altre malattie virali".

Si precisa che tale codice non va utilizzato in diagnosi principale.

- **Condizione di portatore o portatore sospetto di malattie infettive**

La condizione di portatore di malattie infettive specificate potrà essere segnalata utilizzando il codice appropriato della categoria V02._ "Portatore o portatore sospetto di malattie infettive".

L. G. V. 3

Persone con necessità di isolamento, altri rischi potenziali di malattie e misure profilattiche

- **Desensibilizzazione di un soggetto allergico:** in caso di ricovero finalizzato alla desensibilizzazione di un soggetto allergico, va riportato in diagnosi principale il codice specifico V07.1 "Necessità di desensibilizzazione ad allergeni".
- **Stato di sieropositività asintomatico al virus HIV:** lo stato di sieropositività asintomatico al virus dell'immunodeficienza umana va descritto con il codice V08 "Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)".
- **Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci:** 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.

L. G. V. 4

Anamnesi personale di malattia

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.**

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

- **Rivalutazione clinica di una neoplasia asportata**

Nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, **ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi** e, durante il ricovero non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie, ecc., può essere utilizzato come diagnosi principale il codice V10._._.

- **Localizzazione metastatica di un tumore maligno primitivo**

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

- **Test da esposizione a farmaci**

In caso di ricovero finalizzato all'accertamento di reazioni avverse a farmaci va riportato in diagnosi principale un codice appartenente alla categoria V14 "Anamnesi personale di

allergia a sostanze medicinali”, oppure il codice V15.0 “Anamnesi personale di allergia distinta da quella provocata da sostanze medicinali, con rischio di malattia”.

L. G. V. 5**Persone che ricorrono ai servizi sanitari in circostanze connesse alla riproduzione ed allo sviluppo**

- **Controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato**

Il codice V20.0 può essere utilizzato in diagnosi principale per giustificare la degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione.

- **Paziente partoriente fuori dalla struttura ospedaliera con necessità di ricovero per trattamenti successivi al parto**

Per i casi in cui la paziente partorisce fuori dalla struttura ospedaliera e necessita di ricovero per trattamenti successivi al parto, senza complicazioni, utilizzare, in diagnosi principale, il codice V24.0 “Cure ed esami postpartum subito dopo il parto”.

Se sono presenti complicazioni, fare riferimento ai codici del capitolo XI.

- **Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose**

I codici della categoria V29 “Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non identificate” devono essere utilizzati per descrivere i ricoveri successivi a quello relativo alla nascita, in cui un neonato in apparente stato di buona salute ed entro i 28 giorni di vita, viene valutato per una condizione patologica sospetta che, dopo opportuni approfondimenti, non risulta essere confermata.

- **Nati vivi secondo il tipo di nascita (V30._ / V39._)**

Quando viene compilata una SDO di nato vivo, relativa all'episodio di assistenza per la nascita, occorre sempre compilare il campo della diagnosi principale con uno dei codici delle categorie da V30._ a V39._.

L. G. V. 6**Persone in condizioni particolari che influenzano il loro stato di salute**

- **Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi**

E' sempre opportuno segnalare, in diagnosi secondaria, la condizione di portatore di organo o tessuto trapiantato o sostituito con altri mezzi, utilizzando i codici delle categorie V42 e V43.

I codici delle categorie V42 e V43 possono essere utilizzati in diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza post-trapianto o per valutare il follow-up del paziente.

- **Altre condizioni successive ad interventi chirurgici**

Le condizioni successive ad interventi chirurgici possono essere indicati nella scheda di dimissione ospedaliera esclusivamente come diagnosi secondarie e soltanto nei casi in cui abbiano influenzato l'assistenza erogata durante il ricovero.

E' importante tener presente, inoltre, che *i codici V non devono essere utilizzati per indicare complicanze di un precedente intervento*; quest'ultime se presenti, devono essere codificate con le specifiche categorie numeriche.

- **Dipendenza da respiratore**

La dipendenza da respiratore va descritta utilizzando il codice V46.11 "Stato di dipendenza da respiratore".

L. G. V. 7**Persone che ricorrono ai servizi sanitari per specifici trattamenti o assistenza in relazione a cure pregresse****• Trattamenti specifici in relazione a cure pregresse**

Per il ricovero di pazienti per trattamenti specifici, in relazione a cure pregresse, si devono utilizzare come **diagnosi principale** i codici appartenenti alle categorie da V51 a V58.

Tali codici non devono essere utilizzati nel caso di trattamento di un problema attuale acuto.

A tale regola fanno eccezione i ricoveri per dialisi (codice V56._) chemioterapia antineoplastica (codice V58.11) e radioterapia (codice V58.0).

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

• Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica

Nel caso di ricovero per l'intervento di chirurgia plastica su lesioni cicatriziali o su cicatrici chirurgiche, in diagnosi principale si utilizza il codice V51.

• Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi

I codici V52._ e V53._ devono essere utilizzati, come diagnosi principale, per descrivere il ricovero per sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di *attività programmate da tener distinte dai malfunzionamenti (codificati con le categorie 996 e 997).*

• Altro trattamento ortopedico ulteriore

L'uso dei codici della categoria V54 "Altro trattamento ortopedico ulteriore" è consentito in diagnosi principale per specifiche ed appropriate esigenze di ricovero; ad esempio:

- per il controllo del gesso, per il cambio o rimozione del gesso, del filo di Kirschner, del fissatore esterno (escluso il distrattore), utilizzare il codice V54.89 "Altri trattamenti ortopedici ulteriori";
- per la rimozione dei mezzi di sintesi interna, utilizzare il codice V54.01 "Trattamento per rimozione di dispositivo di fissazione interna".

In tali casi non deve essere indicata la patologia di base.

• Presenza di aperture artificiali che richiedono sorveglianza o trattamento:

La presenza di aperture artificiali che richiedono sorveglianza o trattamento va descritta utilizzando i codici della categoria V55 "Controllo di aperture artificiali". Ad esempio il ricovero per la chiusura di una stomia, va descritto utilizzando in diagnosi principale un codice della categoria V55 e come intervento principale va segnalato il codice relativo all'intervento di chiusura della stomia.

• Ricovero per osservazione ed eventuale terapia post-operatoria:

Nel caso di ricovero di paziente operato, per osservazione ed eventuale terapia post-intervento chirurgico, va riportato in diagnosi principale il codice V58.49 "Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato".

• Donatori di organi o tessuti

Quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organo utilizzare in diagnosi principale i codici V59.1 - V59.8 selezionando gli idonei codici di procedura per specificare gli interventi eseguiti.

L. G. V. 8**Prestazioni ricevute in ospedali diversi da quello di ricovero**

Durante la degenza, è possibile che al paziente siano erogate prestazioni strumentali da parte di un presidio ospedaliero diverso da quello in cui il paziente è ricoverato.

Gli interventi effettuati vanno codificati dalla struttura presso la quale il paziente è in degenza: in tal caso, però, uno dei campi relativi alle diagnosi secondarie deve anche riportare il codice V63.8 "Indisponibilità di altri servizi medici".

Ovviamente, la struttura che eroga le prestazioni suddette non deve redigere la scheda di dimissione ospedaliera.

La presente regola di codifica si applica per interventi e procedure erogabili sia in regime ambulatoriale (ad esempio le prestazioni di medicina nucleare, RMN, TAC, consulenza specialistica), sia in regime di ricovero (ad esempio alcune prestazioni di cardiologia invasiva).

L. G. V. 9**Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti**

I codici della categoria V64 "Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti" vanno utilizzati nel modo seguente:

- **Motivi organizzativi o decisione del paziente – Ricoveri programmati**

Nel caso in cui il trattamento non venisse eseguito, per motivi organizzativi o per decisione del paziente, va riportato, come diagnosi principale, uno dei codici della categoria V64 "Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti" e, come diagnosi secondaria, la condizione che avrebbe determinato il trattamento.

- **Insorgenza di altra patologia – Ricoveri programmati**

Nel caso in cui il trattamento non è eseguito per l'insorgenza di altra patologia, quest'ultima va riportata come diagnosi principale solo se trattata nel ricovero. Qualora la patologia complicante non determini impegno di risorse, in diagnosi principale va riportato il codice V64.1.

- **Motivi organizzativi o decisione del paziente – Ricoveri urgenti**

Nel caso in cui il trattamento non venisse eseguito, per motivi organizzativi o per decisione del paziente, **la condizione che al termine del ricovero è risultata essere il motivo dello stesso deve essere selezionata come diagnosi principale.** In tali casi fra le diagnosi secondarie deve essere riportato uno dei codici V64 "Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti".

- **Insorgenza di complicanze – Ricoveri urgenti**

Nel caso in cui il trattamento non venisse eseguito, per insorgenza di complicanza o di altra patologia che controindichi lo stesso, ma che **non determini impegno di risorse assistenziali**, va riportata come diagnosi principale il codice V64.1 "Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione" e come diagnosi secondaria la condizione che avrebbe determinato il trattamento.

Con i codici V64.4_ devono essere segnalati in diagnosi secondaria i casi chirurgici iniziati per via laparo-, toraco- od artro- scopica e convertiti in interventi a cielo aperto.

L. G. V. 10**Ricovero per cure palliative**

Quando un paziente viene sottoposto a terapia di supporto o palliativa, può essere utilizzato in diagnosi principale il codice V66.7 “Visita per cure palliative – Assistenza terminale”, mentre il codice della neoplasia primitiva (se presente) o metastatica va inserito tra le diagnosi secondarie.

L. G. V. 11**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 in assenza di segni o sintomi, si richiede una specifica valutazione per una sospetta condizione anomala che, al termine del ricovero, risulta essere non confermata.

Classificazione supplementare

CAUSE ESTERNE DI TRAUMATISMO E AVVELENAMENTO (E800- E999)

L. G. E. 1

Regole di codifica generali

I codici E descrivono le circostanze, gli eventi ambientali e le condizioni di un traumatismo, di un avvelenamento e di altri eventi avversi.

Possono essere utilizzati, per un'analisi più dettagliata dell'episodio di ricovero, esclusivamente in aggiunta ad un codice di diagnosi principale.

Il Manuale ICD-9-CM, al quale si rimanda per specifiche definizioni e per le eventuali note di inclusione e di esclusione, individua codici E a tre cifre (*categorie*) e a quattro cifre (*sottocategorie*):

- Incidenti ferroviari (da E800 a E807)
- Incidente da traffico di veicoli a motore (da E810 a E819)
- Incidente non da traffico di veicoli a motore (da E820 a E825)
- Altri incidenti di veicoli stradali (da E826 a E829)
- Incidente da trasporto su acqua (da E830 a E838)
- Incidenti legati al trasporto aereo e spaziale (da E840 a E845)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, la persona infortunata (esempio: **codice E810.6** "Incidente da traffico di veicoli a motore – **ciclista**")

- Incidente legato a veicolo non classificabile altrove (da E846 a E849)

La quarta cifra della categoria E849_ individua il luogo ove è avvenuto il traumatismo o l'avvelenamento (esempio: **codice E 849.0** "Luogo dell'accadimento - **Abitazione**").

- Intossicazione accidentale da droghe, sostanze medicinali e sostanze biologiche (da E850 a E858)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, specifiche sostanze medicinali e biologiche (esempio: **codice E853.2** "Intossicazione accidentale da tranquillanti – **a base di benzodiazepine**").

- Avvelenamento accidentale da altre sostanze solide e liquide, gas e vapori (da E860 a E869)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, specifiche sostanze (esempio: **codice E863.5** "Intossicazione accidentale da preparati chimici e farmaceutici dell'agricoltura - **erbicidi**").

- Incidenti in pazienti durante cure chirurgiche e mediche (da E870 a E876)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, specifiche cure mediche e chirurgiche causa di traumatismo (esempio: **codice E870.2** "Taglio, puntura, perforazione o emorragia accidentale durante cure mediche – **Dialisi renale o altra perfusione**").

- **Procedure chirurgiche e mediche come causa di reazione anomala nel paziente o di un successivo incidente, senza evidenza di incidente al momento della procedura**

(da E878 a E879)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, specifiche procedure (esempio: **codice E870.0** “Altre procedure senza evidenza di incidente al momento della procedura, come causa di una reazione anomala nel paziente, o di successivo incidente – **cateterismo cardiaco**”).

- **Cadute accidentali**

(da E880 a E888)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, il luogo e/o la modalità e/o la causa della caduta (esempio: **codice E885.3** “Caduta da uno stesso livello da scivolamento, da inciampo o intoppo – **caduta da sci**”).

- **Incidenti causati da fuoco e fiamme**

(da E890 a E899)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, modalità di sviluppo e fonte del fuoco (esempio: **codice E891.0** “**Esplosione causata da conflagrazione**”).

- **Incidenti dovuti a fattori naturali e ambientali**

(da E900 a E909)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, specifici fattori naturali e ambientali (esempio: **codice E904.2** “**Mancanza di acqua**”).

- **Incidenti causati da immersione, soffocamento e corpi estranei**

(da E910 a E915)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, il luogo e/o la modalità e/o la causa dell'incidente (esempio: **codice E913.1** “**Soffocamento meccanico accidentale – da busta di plastica**”).

- **Altri incidenti**

(da E916 a E928)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, il luogo e/o la modalità e/o la causa dell'incidente (esempio: **codice E919.2** “**Incidente causato da macchinario – macchine e apparecchi di sollevamento**”).

- **Postumi di traumatismi accidentali**

(E929)

La quarta cifra individua, per questa categoria, il tipo di incidente causa di disabilità (esempio: **codice E929.2** “**Postumi di avvelenamento accidentale**”).

- **Farmaci, sostanze biologiche e medicinali il cui uso terapeutico può provocare eventi avversi**

(da E930 a E949)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, classi di farmaci, sostanze biologiche e medicinali causa di eventi avversi (esempio: **codice E932.3** “**Insuline e farmaci antidiabetici**”).

- **Suicidio e lesioni autoinflitte**

(da E950 a E959)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, il luogo e/o la modalità e/o la causa dell'incidente (esempio: **codice E950.1** “**Suicidio ed avvelenamento da sostanze liquide o solide – barbiturici**”).

- **Omicidio e lesioni volutamente inflitte da altre persone** (da E960 a E969)

La quarta cifra individua, per le suddette categorie, la modalità e/o la causa dell'incidente e/o l'esecutore dell'aggressione o dell'omicidio (esempio: **codice E965.1** “**Aggressione con armi da fuoco e esplosivi – fucile da caccia**”).

▪ **Interventi legali** (da E970 a E978)

Per le suddette categorie non è prevista un'ulteriore specificazione con la quarta cifra.

▪ **Terrorismo** (E979)

*La quarta cifra individua, per le suddette categorie, modalità e/o situazioni dell'incidente (esempio: **codice E979.4** "Terrorismo riguardante **armi da fuoco**").*

▪ **Traumatismo non specificato se inflitto accidentalmente o di proposito** (da E980 a E989)

*La quarta cifra individua, per le suddette categorie, il luogo e/o la modalità e/o la causa e/o la situazione dell'incidente (esempio: **codice E982.1** "Avvelenamento da altri gas, non specificato se accidentalmente o inflitto di proposito – **altro monossido di carbonio**").*

▪ **Trauma derivante da operazione di guerra** (da E990 a E999)

*La quarta cifra individua, per le suddette categorie, la modalità e/o la causa del trauma (esempio: **codice E991.1** "Ferita dovuta a operazioni di guerra da pallottole e frammenti – **piombini (fucile)**").*

Appendice

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

L. G. Riab. 1

Regole di codifica generali

Il ricovero per la riabilitazione, in ambiente idoneo, a seguito dell'evento acuto o riacutizzazione, va descritto utilizzando, di norma, in diagnosi principale, il codice della menomazione fisica o condizione residua (natura del postumo) che ha richiesto il bisogno riabilitativo.

In diagnosi secondaria vanno apposti il codice del postumo, se presente nella classificazione ICD-9-CM, e il codice della causa del postumo stesso.

Quando la fase acuta e quella riabilitativa fanno parte di un unico ricovero in reparto per acuti, il codice della patologia acuta viene inserito in diagnosi principale e il codice V57.__ "Cure riabilitative" tra le diagnosi secondarie.

Per una completa descrizione dell'attività riabilitativa, è opportuno inserire, negli spazi dedicati alle procedure, i codici della sezione 93 "Terapia fisica, terapia respiratoria, riabilitazione e procedure correlate", relativi alle procedure riabilitative effettuate.

L. G. Riab. 2

Riabilitazione per postumi di malattie infettive e parassitarie

Per descrivere i ricoveri per trattamento riabilitativo di pazienti con postumi di malattie infettive e parassitarie, devono essere utilizzati in diagnosi principale i codici che identificano la natura del postumo.

In diagnosi secondaria utilizzare uno dei seguenti codici:

- codice 137.__ "Postumi della tubercolosi",
- codice 138 "Postumi della poliomielite acuta",
- codice 139.__ "Postumi di altre malattie infettive e parassitarie".

In quest'ultima condizione va anche indicato il codice della malattia infettiva o parassitaria in questione.

L. G. Riab. 3

Riabilitazione per postumi di malattie neurologiche

Per descrivere i ricoveri per trattamento riabilitativo di pazienti con postumi di malattie neurologiche, devono essere utilizzati in diagnosi principale i codici che identificano la natura del postumo. Esempi:

- codice 342.__ "Emiplegia ed emiparesi",
- codice 344.__ "Altre sindromi paralitiche",
- codice 784.3 "Afasia",
- codice 334.3 "Atassia cerebellare".

In caso di paziente in coma con deficit neurologici vari, è opportuno inserire in diagnosi principale il codice 780.01 "Coma".

I codici di postumi descritti nella classificazione ICD-9-CM, che si possono utilizzare in diagnosi secondaria, sono:

- codice 326 "Postumi di ascesso intracranico o di infezioni da piogeni" per i pazienti con postumi di malattie comprese nelle categorie 320-325,
- codice 438. _ _ "Postumi delle malattie cerebrovascolari".

Tra le diagnosi secondarie va riportato, inoltre, il codice della malattia di base (malattia infiammatoria del sistema nervoso centrale, malattia cerebrovascolare, ecc).

In tutti i casi sottoposti a pregresso intervento chirurgico utilizzare, in diagnosi secondaria, il codice V45.89 "Altro stato postchirurgico".

L. G. Riab. 4

Riabilitazione cardiologica

Per descrivere i ricoveri per trattamento riabilitativo di pazienti con postumi di malattie cardiache, deve essere utilizzato in diagnosi principale uno dei seguenti codici:

- codice 410._2 "IMA, episodio successivo di assistenza" per la riabilitazione effettuata *entro le otto settimane dall'episodio infartuale*,
- codice 412 "IMA pregresso" per la riabilitazione effettuata *dopo le otto settimane dall'evento acuto, con paziente asintomatico*,
- codice 414.8 "Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica" per la riabilitazione *dopo le otto settimane dall'evento acuto, con paziente sintomatico* (angina, dispnea etc.).

Nelle altre situazioni cliniche va indicato il codice della patologia di base (es. valvulopatia, miocardiopatia etc.), oppure il codice della manifestazione clinica che assorbe la maggiore quantità di risorse assistenziali riabilitative (es. scompenso cardiaco).

In caso di **riabilitazione dopo chirurgia cardiaca**, utilizzare in diagnosi principale il codice 429.4 "Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca" + in diagnosi secondaria uno dei seguenti codici V che descrive il pregresso intervento effettuato:

- codice V42.1 "Cuore sostituito da trapianto",
- codice V42.2 "Valvola cardiaca sostituita da trapianto",
- codice V43.21 "Dispositivo di assistenza cardiaca",
- codice V43.22 "Cuore artificiale completamente impiantabile",
- codice V43.3 "Valvola cardiaca sostituita da altri mezzi",
- codice V45.81 "Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico",
- codice V45.82 "Presenza di angioplastica coronarica".

Tra le procedure va indicato il codice 93.36 "Riabilitazione cardiologica".

L. G. Riab. 5

Riabilitazione pneumologica

La riabilitazione effettuata per le patologie polmonari prevede l'utilizzo, in diagnosi principale, dei rispettivi codici di patologia (BPCO, enfisema, ecc.).

In caso di **riabilitazione dopo chirurgia polmonare**, utilizzare in diagnosi principale il codice 518.5 "Insufficienza polmonare successiva a trauma o intervento chirurgico".

In diagnosi secondaria, per i ricoveri di pazienti che hanno subito un intervento di **tracheostomia**, può essere indicato il codice V55.0 "Controllo di tracheostomia".

L. G. Riab. 6**Riabilitazione per postumi di traumatismi**

In caso di ricovero per trattamento riabilitativo dopo un evento traumatico, utilizzare in diagnosi principale il codice che identifica il deficit funzionale o natura del postumo. Esempi:

- codice 719.5_ "Rigidità articolare",
- codice 719.7 "Zoppia".

Tra le diagnosi secondarie riportare uno dei seguenti codici, per identificare il postumo:

- codice 905._ "Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo",
- codice 906._ "Postumi di traumatismi della pelle e del tessuto sottocutaneo",
- codice 907._ "Postumi di traumatismi del sistema nervoso",
- codice 908._ "Postumi di altri e non specificati traumatismi",
- codice 909._ "Postumi di altre e non specificate cause esterne" + un codice specifico che descrive la tipologia del traumatismo (frattura, lussazione, distorsione, ecc.).

Per indicare l'eventuale presenza di stato postchirurgico, utilizzare tra le diagnosi secondarie il codice V45.89 "Altro stato postchirurgico" o V43.6 "Articolazione sostituita da altri mezzi".

L. G. Riab. 7**Riabilitazione per stato postchirurgico ortopedico**

Per descrivere i ricoveri di pazienti in trattamento riabilitativo dopo intervento di sostituzione articolare (spalla, anca, ginocchio etc.) o di artrodesi, utilizzare in diagnosi principale il codice che identifica il deficit funzionale. Esempi:

- codice 719.5_ "Rigidità articolare",
- codice 719.7 "Zoppia".

Tra le diagnosi secondarie riportare uno dei seguenti codici:

- codice V43.6_ "Articolazione sostituita da altri mezzi",
- codice V45.4 "Presenza postchirurgica di artrodesi".

Utilizzare anche, tra le diagnosi secondarie, il codice della patologia causa dell'intervento chirurgico.

L. G. Riab. 8**Riabilitazione per paziente amputato all'arto inferiore con o senza addestramento all'uso di protesi**

I ricoveri per trattamento riabilitativo di pazienti che hanno subito amputazioni dell'arto inferiore con/senza addestramento all'uso della protesi, vanno descritti utilizzando in diagnosi principale il codice 719.7 "Zoppia".

In caso di **pregresso traumatismo**, va utilizzato, in diagnosi secondaria, il codice 905.9 "Postumi di amputazione traumatica", associato ad uno dei codici a quattro cifre nell'ambito delle categorie 895 "Amputazione traumatica delle dita del piede"; 896 "Amputazione traumatica del piede"; 897 "Amputazione traumatica della gamba".

In caso di **pregressa patologia non traumatica**, in diagnosi secondaria, va utilizzato il codice della patologia che ha determinato l'amputazione (ad esempio, codice 440.2_ "Arteriopatia arti inferiori"), associato al codice V49.7_ "Amputazione di arto inferiore".

Negli spazi dedicati alle procedure inserire, eventualmente, il codice 93.24 "Addestramento all'uso di protesi".