

Allegato A alla DGR n.

**AGGIORNAMENTO DELLE LINEE GUIDA PER LA CODIFICA
DELLE INFORMAZIONI CLINICHE
DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)**

Revisione 2011

Luca Merlino, Rosella Ghioldi, Ugo Calanca, Daniela Nicolosi -
DG Sanità - UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo

Marina Formigaro - AO Ospedale Niguarda Ca' Granda - S.C. Qualità e sicurezza clinica

Ornella Leoncini - IRCCS Istituto Clinico Humanitas - Direzione Sanitaria

INDICE

<u>PRESENTAZIONE</u>	<u>5</u>
<u>REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI</u>	<u>7</u>
SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE	8
SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE	9
<u>REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE</u>	<u>11</u>
SELEZIONE E CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	12
<u>Capitolo I - Malattie infettive e parassitarie (001-139)</u>	<u>14</u>
Infezione da HIV (042)	14
Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico	15
Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata	16
<u>Capitolo II - Tumori (140-239)</u>	<u>17</u>
Regole generali per la selezione e codifica della diagnosi principale	17
Interventi/procedure	18
<input type="checkbox"/> Ricovero per ablazione percutanea di tumori	18
<input type="checkbox"/> Ricovero per embolizzazione/chemioembolizzazione di tumore	18
<input type="checkbox"/> Metodica "stop flow"	18
<input type="checkbox"/> Ricovero per brachiterapia o terapie radiometab. per neoplasie maligne	18
<input type="checkbox"/> Ricovero per cicli di immunoterapia	19
<input type="checkbox"/> Terapia fotodinamica cutanea (in attività di DH)	19
<input type="checkbox"/> Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali	19
<input type="checkbox"/> Inserzione/rimozione di "port a cath"	21
<u>Capitolo III - Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240-279)</u>	<u>22</u>
Diabete mellito (250)	22
Trattamento chirurgico dell'obesità	24
Trattamento degli esiti della chirurgia bariatrica	25
Endocardite di Libman-Sacks	25
Malattia di Sjögren (710.2)	25
Encefalomiopatie mitocondriali	25
<u>Capitolo V - Disturbi mentali (290-319)</u>	<u>27</u>

Demenze	27
<hr/>	
<u>Capitolo VI – Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (320-389)</u>	<u>28</u>
Disturbi del sonno (327)	28
Dolore (338)	28
Impianto/sostituzione/rimozione di Neurostimolatore	28
Impianto/rimozione di Neurostimolatore Spinale a scopo antalgico	28
Impianto di Neurostimolatore Intracranico	29
Impianto di Neurostimolatore Urologico/Vescicale	29
Epilessie (345)	29
Impianto di Neurostimolatore Vagale	29
Interventi/procedure	30
<input type="checkbox"/> Angioplastica percutanea ed inserz. di stent sui vasi cerebrali e precerebrali	30
<input type="checkbox"/> Trattamento di Malformazione ArteroVenosa (MAV) spinale congenita	30
<input type="checkbox"/> Trattamento chirurgico per iperidrosi	30
<input type="checkbox"/> Interv. oculistici di innesto di limbus e di innesto di membrana amniotica	30
<hr/>	
<u>Capitolo VII - Malattie del sistema circolatorio (390-459)</u>	<u>31</u>
Ipertensione arteriosa	31
Cardiopatia ipertensiva (402)	31
Nefropatia ipertensiva cronica (403)	31
Cardionefropatia ipertensiva cronica (404)	31
Malattie ischemiche del cuore (410-414)	32
Malattie cerebrovascolari	33
Interventi/procedure	33
<input type="checkbox"/> Angioplastica percutanea e inserzione di stent	33
<input type="checkbox"/> Embolizzazione di emangioma	34
<input type="checkbox"/> Chiusura percutanea dell'auricola sinistra	34
<input type="checkbox"/> Complicazioni post-chirurgiche	34
<input type="checkbox"/> Rimozione del filtro cavale	34
<input type="checkbox"/> Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore	34
<input type="checkbox"/> Legatura endoscopica di vene perforanti incontinenti in sede sottofasciale	35
<hr/>	
<u>Capitolo VIII - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)</u>	<u>36</u>
Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)	36
Insufficienza respiratoria e polmonare (518)	36
<hr/>	
<u>Capitolo IX - Malattie dell'apparato digerente (520-579)</u>	<u>40</u>
Epatite cronica, cirrosi e complicanze	40
Esofagite con emorragia e varici esofagee	40
Codifica di alcune forme di displasia di organi digerenti	40
Complicazioni infettive o meccaniche di stomie	40
Interventi/procedure	40
<input type="checkbox"/> Intervento di TIPS per shunt venoso intraaddominale per via percutanea	40
<input type="checkbox"/> Tecniche per l'intervento di emorroidectomia e/o prolassectomia	41

<u>Capitolo X - Malattie del sistema genitourinario (580-629)</u>	<u>42</u>
Malattia renale cronica (585)	42
Interventi/procedure	42
<input type="checkbox"/> Fimosi	42
<input type="checkbox"/> Intervento per la correzione del varicocele	42
<input type="checkbox"/> Interventi per alcune situazioni cliniche di nefrologia	43
<u>Capitolo XI – Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)</u>	<u>44</u>
<u>Capitolo XIII - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)</u>	<u>45</u>
Interventi/procedure	45
<input type="checkbox"/> Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio	45
<input type="checkbox"/> Inserimento di sostituto osteocondrale di articolazione	45
<input type="checkbox"/> Posizionamento di spaziatore interspinoso	45
<input type="checkbox"/> Vertebroplastica	45
<input type="checkbox"/> Cifoplastica	45
<input type="checkbox"/> Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine	46
<input type="checkbox"/> Interventi per ernia discale	46
<input type="checkbox"/> Interventi sulla spalla in artroscopia	46
<u>Capitolo XIV - Malformazioni congenite (740-759)</u>	<u>47</u>
<u>Capitolo XV – Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779) e codifica del neonato sano</u>	<u>48</u>
Infezioni neonatali (771)	48
Codifica del neonato sano	48
<u>Capitolo XVI – Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (780-799)</u>	<u>50</u>
<u>Capitolo XVII - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)</u>	<u>51</u>
Traumatismi cranici	51
SIRS da processi non infettivi (995.93, 995.94)	52
Complicazioni di cure mediche e chirurgiche (996-999)	52
Complicazioni di trapianto di rene	52
<u>Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V)</u>	<u>53</u>

PRESENTAZIONE

La Circolare del Ministero della Salute (Prot. n. 34703 del 23/10/2008) ha ridefinito e perfezionato alcuni aspetti del flusso delle SDO regolati dal DM n. 380/2000. Con il DM del 18/12/2008 è stato introdotto a livello nazionale, l'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche della SDO e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere; in particolare vengono fornite informazioni per l'adozione a livello nazionale della Classificazione Internazionale delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi chirurgici e delle Procedure diagnostiche e terapeutiche (Versione italiana 2007 della ICD-9-CM americana, allineata alla Versione 24.0 del DRG-Grouper).

A tale proposito questa Direzione Generale in aprile-maggio 2009 ha organizzato incontri di preparazione rivolti agli specifici operatori di ogni struttura ed ente sanitario, al fine di illustrare le modifiche (integrazioni/revisioni) più rilevanti della nuova Classificazione, con particolare riferimento ai codici di diagnosi e di procedure ed ai conseguenti cambiamenti intervenuti nel numero e nel contenuto dei DRG.

La Regione Lombardia inoltre ha partecipato ai lavori del Gruppo di Lavoro ministeriale costituitosi per aggiornare i sistemi di classificazione (ICD-9-CM e DRG), in continuità con il Progetto Mattoni "Evoluzione del sistema DRG nazionale", responsabile di più linee di attività, fra cui la traduzione dell'ICD-9-CM 2007 americana e la redazione delle nuove Linee Guida nazionali, approvate nella Conferenza Stato-Regioni (rep. Atti 64/CSR del 29 aprile 2010).

Le principali novità introdotte nel passaggio dall'ICD-9-CM 2002 all'ICD-9-CM 2007 sono:

- introduzione del nuovo Cap. 0 "Procedure ed interventi non classificati altrove", con codici da 00.0 a 00.93 utili a descrivere nuove tecnologie terapeutiche, di radiologia e cardiologia interventistica (es. PTCA, inserzione percutanea di stent), e di chirurgia ortopedica (es. revisione protesi) su anca o ginocchio;
- introduzione dell'Elenco sistematico della sezione supplementare costituita dai codici E "Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codici E800-E999)". L'utilizzo di tali codici, non ancora disciplinato a livello nazionale e regionale, potrà essere di aiuto per lo studio degli aspetti socio-epidemiologici e sanitari e per un'analisi più dettagliata degli incidenti stradali, domestici e delle attività lavorative, avvelenamenti da farmaci, etc.;
- le discipline maggiormente interessate dalle modifiche sono: **Cardiochirurgia** (sostituzione valvolare cardiaca con tecnica trans-apicale), **Chirurgia Generale** (gastroplastica verticale laparoscopica, rimozione laparoscopica di banding gastrico), **Malattie Infettive** (sepsi, sindrome da risposta infiammatoria sistemica), **Oncologia** (ablazione percutanea di neoplasie), **Ortopedia** (inserzione di protesi di disco intervertebrale, vertebroplastica, cifoplastica, inserzione e rimozione di spaziatore interspinoso), **Terapia del Dolore** (dolore acuto, cronico, neoplastico e post-operatorio, codifica più specifica per l'impianto di neuro stimolatore spinale).

In queste Linee Guida sono state eliminate alcune modalità di codifica indicate in Linee Guida precedenti oppure in altre normative regionali, in quanto ormai di uso comune e consolidato, oppure perché superate dal nuovo sistema di

classificazione, ed altre che, pur riferendosi a prestazioni eseguibili in un percorso di ricovero, per loro natura e classificazione sono proprie dell'attività ambulatoriale, ove sono state trasferite. Quest'ultimo criterio risponde anche all'esigenza di utilizzare in modo corretto le risorse disponibili.

Si ribadisce in questa sede l'indicazione fornita con le regole per l'esercizio 2009 (DGR n. VIII/8501/2008), circa l'utilizzo della posizione relativa alla **sesta diagnosi** (già prevista nella SDO), la quale dal 1° gennaio 2009 ha acquisito una valenza esclusivamente conoscitivo/epidemiologica, in quanto utile solo ad *"indicare diagnosi e/o quadri clinici, che pur non potendo costituire delle "complicanze" dal punto di vista della attribuzione corretta del DRG possono rappresentare delle importanti informazioni di tipo epidemiologico"*.

Inoltre, l'indicazione circa l'utilizzo della sesta diagnosi, resasi necessaria a seguito dell'approvazione della DGR n. VIII/7612 dell'11/07/2008 (con la quale si è stabilito che alcune diagnosi e/o condizioni cliniche non devono essere codificate sulla SDO in quanto le stesse, su indicazione del gruppo di lavoro di chirurghi operanti in Strutture della Rete Oncologica Lombarda (ROL) ed afferenti alla Società Lombarda di Chirurgia, non sono da ritenersi corrispondenti ai criteri definiti con il DDG Sanità n. 4733/2000), **verrà estesa, a partire dal 1° gennaio 2012**, anche alla posizione relativa al **sesto intervento/procedura**: essa infatti, anche in questo caso, dovrà essere utilizzata solo ad indicare procedure/interventi, che pur non potendo costituire un elemento determinante dal punto di vista della attribuzione corretta del DRG, rappresentano delle importanti informazioni di tipo epidemiologico (es. accesso artroscopico per interventi sulla spalla).

Nella stesura di questo documento si è provveduto ad analizzare in modo organico ogni Capitolo della Classificazione, ribadendo e/o sviluppando alcune regole già in uso ed individuando le situazioni più critiche o controverse. Oltre a recepire le indicazioni scaturite dalle diverse attività del GdL nazionale, si è tenuto conto delle osservazioni dei clinici e degli operatori sanitari delle strutture di ricovero e cura lombarde, di quanto rilevato attraverso lo strumento di "Interpello" e delle osservazioni pervenute dalle "attività di controllo" delle ASL, al fine di condividere esperienze e metodi in ordine ai percorsi di miglioramento della qualità di compilazione delle informazioni cliniche della SDO, ma anche di valutazioni di appropriatezza, riferite all'ottimizzazione dell'efficienza erogativa.

REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI

Codici combinati

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

Codifica multipla

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 dalle indicazioni "Utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo", "codificare per primo", che possono essere riportate all'inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria.

La nota "codificare per prima la malattia di base" indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, che quello relativo alla manifestazione conseguente. Quest'ultimo non può essere utilizzato come diagnosi principale.

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

Postumi

Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo 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 traumatismi. 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. Il codice relativo alla **natura** del postumo deve essere riportato per primo; il codice relativo alla **causa** del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

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.

SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

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

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

Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 della Classificazione. Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

I codici contenuti in parentesi quadra nell'indice alfabetico non devono essere utilizzati come diagnosi principale.

Condizioni acute e croniche

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

Osservazione e valutazione di condizioni sospette

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

Trattamento non eseguito

Quando un ricovero è stato programmato esclusivamente per eseguire un trattamento specifico, generalmente di tipo chirurgico, e questo non viene effettuato per circostanze impreviste, ad esempio per decisione del paziente o per sopraggiunte controindicazioni, va riportato come diagnosi principale il codice V64.-- *Personae che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti* e come diagnosi secondaria la condizione clinica che avrebbe determinato il trattamento.

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.--.

Ustioni multiple

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

Traumi multipli

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

Neoplasie

Per la selezione della diagnosi principale, nelle diverse tipologie di ricovero dei pazienti oncologici, si rimanda alle regole riportate nella sezione relativa al Capitolo II - Tumori (categorie ICD-9-CM 140-239).

Avvelenamenti e intossicazioni

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

Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici e malfunzionamento di dispositivi

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, o a problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale. Se la complicazione è classificata con i codici ICD-9-CM compresi fra le categorie 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo in diagnosi secondaria per specificarne la natura.

Complicazioni della gravidanza

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

SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE

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

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

La corretta individuazione delle diagnosi secondarie compete al medico responsabile dell'assistenza del paziente nel corso del ricovero.

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

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

Condizioni pregresse

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate. I codici ICD-9-CM relativi all'anamnesi (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero.

Condizioni associate alla malattia principale

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

Nel caso, invece, in cui siano presenti condizioni che non sono ordinariamente associate alla diagnosi principale, queste devono essere riportate e codificate solo se influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero.

Risultati anomali

I risultati anomali di test di laboratorio e di altre procedure diagnostiche non devono essere riportati e codificati a meno che non abbiano una particolare rilevanza clinica.

REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Codici combinati

Alcuni codici consentono di classificare simultaneamente due interventi, identificando completamente una prestazione. In tali casi, non devono essere utilizzati ulteriori codici. Ad esempio il codice ICD-9-CM di procedura 72.31 identifica in modo appropriato l'intervento di "Parto con forcipe alto, con episiotomia".

Codifica multipla

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

Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari

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

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

Codifica di interventi bilaterali

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

Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento

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

Nel caso non esista un codice che individui specificamente l'approccio endoscopico o quello laparoscopico, si ricorre alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo).

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

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero.

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

1. in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, etc.);
2. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
3. quando nella cartella clinica vengano indicati 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:

- **interventi chirurgici a cielo aperto;**
- **interventi per via endoscopica e/o laparoscopica;**
- **procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche;**
- **procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nei capitoli 0-15 (codici da 00.- a 86.-);**
- **altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel capitolo 16.- Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche (codici da 87.- a 99.-).**

Questo capitolo comprende alcune procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):

- 87.53 colangiografia intraoperatoria
- 88.52 angiocardigrafia del cuore destro
- 88.53 angiocardigrafia del cuore sinistro
- 88.54 angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro
- 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
- 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
- 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica
- 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
- 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi
- 92.30 radiocirurgia stereotassica S.A.I.
- 92.31 radiocirurgia fotonica a sorgente singola
- 92.32 radiocirurgia fotonica multi-sorgente
- 92.33 radiocirurgia particolare
- 92.39 radiocirurgia stereotassica N.I.A.
- 94.61 riabilitazione da alcool
- 94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool
- 94.64 riabilitazione da farmaci
- 94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci
- 94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci
- 94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
- 95.04 esame dell'occhio in anestesia
- 96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
- 96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
- 96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
- 98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica
- 99.10 iniezione o infusione di agente trombolitico

Biopsie

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

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

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

Biopsie chiuse

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

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

Anche per le agobiopsie eseguite (su organi diversi da quelli operati) nel corso di interventi chirurgici a cielo aperto, il codice da utilizzare è quello della biopsia chiusa.

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

Infezione da HIV (042)

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.

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

- Lo stato di sieropositività asintomatico va descritto con il codice V08.
- Nel caso di pazienti con infezione da HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio, in diagnosi principale occorre utilizzare il cod. 647.6- e in diagnosi secondaria il cod. 042 per la paziente con HIV sintomatico, o il cod. V08 per la paziente sieropositiva asintomatica.
- Per pazienti con test sierologico anormale per HIV, senza diagnosi di infezione da HIV, occorre utilizzare i seguenti codici:

V08 Stato infettivo asintomatico da HIV
(paziente con test HIV positivo, ma senza sintomi, complicazioni correlate, né storia di patologia HIV correlate)

795.71 Evidenze sierologiche non specifiche per HIV
(questo codice va assegnato solo quando il risultato di un test è definitivo come non specifico; i reperti negativi non devono essere codificati)

Spesso i neonati da madri HIV-positive sono essi stessi positivi e tale condizione, falso positivo, potrebbe persistere per circa 18 mesi dalla nascita, senza che il neonato sia stato infettato; anche in tal caso si dovrà assegnare il cod. 795.71, come diagnosi principale, seguito dal cod. V01.7, fino a quando il medico non documenti la reale infezione.

Test HIV con risultato negativo:

V72.6 Esame di laboratorio solo per test HIV

V65.44 Consigli su HIV

- I trattamenti per lipodistrofia localizzata in pazienti con HIV asintomatico sono di seguito delineati.

Trattamento ricostruttivo del volto con:

Lipofilling secondo la tecnica di Coleman -

Dia. Princ. cod. 701.8 Altre affezioni ipotrofiche e atrofiche specificate della cute

Dia. Sec. cod. V08 Stato infettivo asintomatico da HIV

Int. Princ. cod. 86.81 Riparazione di difetti del viso

Filler riassorbibili -

Dia. Princ.	cod. 701.8	Altre affezioni ipotrofiche e atrofici specificate della cute
Dia. Sec.	cod. V08	Stato infettivo asintomatico da HIV
Int. Princ.	cod. 86.02	Iniezione o tatuaggio di lesioni o difetti della cute

Lipoaspirazione o lipectomia:

Dia. Princ.	cod. 701.8	Altre affezioni ipotrofiche e atrofici specificate della cute
Dia. Sec.	cod. V08	Stato infettivo asintomatico da HIV
Int. Princ.	cod. 86.83	Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico

I termini "setticemia" e "sepsi" non sono sinonimi. A tal fine si precisa quanto segue:

- **Setticemia (038)**

Patologia sistemica dovuta alla presenza nel sangue di microrganismi patogeni o tossine.

Le setticemie sostenute da microrganismi (es. virus o criptococco) per i quali non sono previsti codici specifici, devono essere rappresentate dal codice 038.8 *Altre forme di setticemia*.

- **SIRS, sepsi, sepsi severa (995.9)**

SIRS (sindrome da risposta infiammatoria sistemica): risposta sistemica dovuta a infezione, trauma/ustione o altro danno (es. neoplasia o pancreatite), caratterizzata da febbre, tachicardia, tachipnea e leucocitosi.

Sepsi: SIRS dovuta a infezione.

Sepsi severa: sepsi associata a insufficienza acuta d'organo.

Codificare prima la patologia di base, es. infezione (038.-, 112.5, etc.) o trauma, seguita dalla sottocategoria 995.9-.

La codifica della sepsi severa richiede l'uso di codici aggiuntivi per descrivere l'insufficienza acuta d'organo.

Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il cod. 995.92.

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

- **Sepsi del neonato (771.81)**

Il codice 771.81, *setticemia (sepsi) del neonato*, deve essere accompagnato dal codice aggiuntivo 041.- per identificare il microrganismo. Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi (995.91 o 995.92).

- **Shock settico (785.52)**

Il codice 785.52 deve essere impiegato come codice aggiuntivo in caso di sepsi severa.

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

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

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

CAPITOLO II - TUMORI (140-239)

Regole generali per la selezione e codifica della diagnosi principale

- Quando il ricovero è **finalizzato a trattare una neoplasia maligna**, quest'ultima deve essere selezionata come diagnosi principale salvo che il ricovero sia finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia (cod. V58.0) o la chemioterapia/immunoterapia (cod. V58.1-); in tali casi la neoplasia maligna deve essere codificata come diagnosi secondaria e la diagnosi principale deve essere codificata con i codici V58.0 o V58.1-.
- Quando un paziente è ricoverato per **eseguire prevalentemente la radioterapia o la chemioterapia** e nel corso del ricovero si sviluppano delle complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale diagnosi principale la radioterapia (cod. V58.0) o la chemioterapia/immunoterapia (cod. V58.1-).
- Quando il ricovero comporta la **rimozione chirurgica di una neoplasia maligna**, primitiva o secondaria, seguita da chemioterapia o radioterapia, deve essere selezionata quale diagnosi principale la neoplasia maligna.
- Quando il ricovero è finalizzato a determinare **la stadiazione della neoplasia** deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia, se presente (anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia) *oppure* il cod. V10.-- *Anamnesi personale di tumore maligno in assenza di neoplasia*.
- Qualunque **estensione per contiguità o a distanza** deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa; quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia progressiva deve essere segnalata utilizzando il cod. V10.--.
- Quando un paziente è ricoverato a causa di **una neoplasia primitiva metastatizzata** e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale anche se la forma primitiva fosse ancora presente; se invece il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma secondaria, la diagnosi principale deve essere codificata con i codici V58.0 o V58.1-.
- Quando un paziente viene sottoposto ad **accertamenti diagnostici che non conducono alla diagnosi di tumore**, deve essere utilizzato in diagnosi principale, in assenza di segni o sintomi specificati, il cod. V71.1 *Osservazione per sospetto di tumore maligno*. Qualora il paziente fosse stato in passato portatore di tumore, occorre utilizzare in diagnosi secondaria il codice specifico di *Anamnesi personale di tumore maligno*.
- Quando un paziente **con anamnesi di tumore** viene ricoverato e sottoposto ad un intervento/procedura diagnostica, per una sospetta progressione della malattia, deve essere selezionato (in caso di esame istologico negativo), come diagnosi principale il cod V10.--.

- Il ricovero finalizzato al **trattamento per il controllo del dolore** in paziente neoplastico, deve riportare come diagnosi principale il codice *338.3 Dolore correlato a neoplasia (acuto)(cronico)*.
- Quando un paziente viene ricoverato per **cachessia neoplastica**, dovuta a neoplasia maligna primitiva o secondaria, occorre segnalare in diagnosi principale il cod. 799.4 *Cachessia* ed in diagnosi secondaria i codici relativi al capitolo Tumori (140-239).
La presente modalità di codifica, pur in contrasto con le indicazioni del Manuale ICD-9-CM 2007, è raccomandata per omogeneità di classificazione e consumo di risorse.
- Il codice V66.7 deve essere utilizzato come diagnosi principale per **ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative**, utilizzando la diagnosi di tumore come secondaria.

Interventi/procedure

- **Ricovero per ablazione percutanea di tumori**

Il trattamento di ablazione percutanea di tumori con radiofrequenza, microonde, crioterapia, alcolizzazione, laser, etc. è identificato con specifici codici:

- cod. 32.24 Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
- cod. 50.24 Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatici
- cod. 55.33 Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali

- **Ricovero per embolizzazione/chemioembolizzazione di tumore**

I trattamenti di embolizzazione sono identificati dalla seguente combinazione di codici (ad es. per neoplasia del fegato):

- cod. 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze
- cod. 38.91 Cateterismo arterioso

I trattamenti di chemioembolizzazione sono identificati dalla seguente combinazione di codici:

- cod. 99.25 Iniezione o infusione di sostanza chemioterapica per tumore
- cod. 38.91 Cateterismo arterioso

- **Metodica "stop flow"**

È una metodica utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico che prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale e l'attivazione della circolazione extracorporea; indicare le seguenti procedure: cod. 38.08 *Incisione di arterie dell'arto inferiore* + 38.91 *Cateterismo arterioso* + 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove* + 39.97 *Altra perfusione*.

- **Ricovero per brachiterapia o terapie radiometaboliche per neoplasie maligne**

La seguente modalità di codifica, pur in contrasto con le indicazioni del Manuale ICD-9-CM 2007, è raccomandata per omogeneità di classificazione rispetto ai ricoveri per radioterapia:

Dia. Princ.	cod. V58.0	Radioterapia
Dia. Sec.	neoplasia maligna	

procedura, a seconda del trattamento effettuato:

- cod. 92.27 Impianto di elementi radioattivi
- cod. 92.28 Iniezione di radioisotopi
(SOLO con microsfere con Ytrio-90 per epatocarcinoma)
- cod. 92.29 Altre procedure radioterapeutiche
(compreso iniezione di altri radioisotopi)

• **Ricovero per cicli di immunoterapia**

- Dia. Princ. cod. V58.12 Immunoterapia antineoplastica
- Procedura cod. 99.28 Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici

• **Terapia fotodinamica cutanea (in attività di DH)**

Per i soli trattamenti di carcinomi basocellulari, morbo di Bowen, con lesioni di dimensione superiore a 2 cm² al viso o 6 cm² al tronco ed arti, oppure di cheratosi attiniche che raggiungano un'area complessiva di 6 cm² al viso o 18 cm² al tronco ed arti, in considerazione del costo del farmaco foto sensibilizzante utilizzato, è consentito segnalare sulla SDO:

- Dia. Princ. Cod. V58.11 Chemioterapia antineoplastica
- Dia. Sec. Cod. 232.- Carcinoma in situ della cute
- Procedura Cod. 86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione
- Procedura Cod. 99.83 Altra fototerapia

• **Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali**

- Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è descritto dallo stesso gruppo di codici, da 41.00 a 41.09.
- Il codice 41.00 *Trapianto di midollo osseo NAS* non dovrebbe essere utilizzato in quanto poco specifico.
- Si richiamano le regole già evidenziate dal manuale ICD-9-CM per i trapianti allogenici, soprattutto la necessità di differenziare le forme con purcing (codici 41.02 e 41.08), da quelle senza purcing (codici 41.03 e 41.05).
- L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto è codificata con il cod. 41.91 (sia per autotrapianto che per allotrapianto).
- Il prelievo di cellule staminali è codificato con il cod. 99.79 sia per autotrapianto che per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi).

In relazione ai Gruppi di trattamento, determinati con la DGR n. VII/941 del 03.08.2000, e in seguito richiamati, si ribadisce che **le relative tariffe sono in tutti i casi comprensive della fase di prelievo, sia che esso sia effettuato da donatore sia che si tratti di un prelievo autologo (da non esporre a rimborso)**. In entrambi i casi, quindi, non è previsto un rimborso specifico dei DRG corrispondenti agli episodi di ricovero relativi alla suddetta fase.

Prelievo da donatore:

- Dia. Princ. cod. V59.3 Donatori di midollo osseo
- Int. Princ. cod. 41.91 Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto

oppure

- Dia. Princ. V59.02 Donatori di sangue, cellule staminali
- Int. Princ. cod. 99.79 Altre aferesi terapeutiche

Prelievo autologo:

Dia. Princ.	cod. patologia	Donatori di midollo osseo
Int. Princ.	cod. 41.91	Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto
<i>oppure</i>		
Int. Princ.	cod. 99.79	Altre aferesi terapeutiche

Gruppi di trattamento:

Gruppo "A"	Chemioterapia intensificata con supporto di cellule staminali periferiche autologhe
cod. 41.04	Trapianto autologo di cellule staminali ematop. senza depurazione
<i>oppure</i>	
cod. 41.07	Trapianto autologo di cellule staminali con depurazione
Gruppo "B"	Trapianto di cellule staminali autologhe dopo condizionamento mieloablativo
cod. 41.01	Trapianto di midollo osseo autologo senza depurazione
<i>oppure</i>	
cod. 41.04	Trapianto autologo di cellule staminali ematop. senza depurazione
<i>oppure</i>	
cod. 41.07	Trapianto autologo di cellule staminali con depurazione
<i>oppure</i>	
cod. 41.09	Trapianto autologo di midollo osseo con depurazione
Gruppo "C"	Trapianto di cellule staminali allogeniche HLA identiche, da consanguineo compatibile
cod. 41.02	Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione
<i>oppure</i>	
cod. 41.03	Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione
<i>oppure</i>	
cod. 41.05	Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. senza depurazione
<i>oppure</i>	
cod. 41.08	Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. con depurazione
Gruppo "D"	Trapianto di cellule staminali allogeniche da consanguineo non identico
Trapianto di cellule staminali allogeniche da non consanguineo	
cod. 41.02	Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione
<i>oppure</i>	
cod. 41.03	Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione
<i>oppure</i>	
cod. 41.05	Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. senza depurazione
<i>oppure</i>	
cod. 41.08	Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. con depurazione - Trapianto di cell. stam. da cordone ombelicale
cod. 41.06	Trapianto di cellule staminali da sangue prelevato da vasi del cordone ombelicale

• **Inserzione/rimozione di "port a cath"**

Dia. Princ.	cod. V58.81	Collocazione e sistemazione di catetere vascolare
Proc. impianto	cod. 86.07	Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
Proc. rimozione	cod. 86.05	Incisione con rimozione dispositivo da cute o tessuto sottocutaneo

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

Diabete mellito (250)

- Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza (descritte nel capitolo 11, che devono essere codificate utilizzando i codici 648.0- *Diabete mellito complicante la gravidanza parto o puerperio*, o 648.8- *Alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza parto o puerperio*):
 - per diabete senza menzione di complicanze deve essere utilizzato il cod. 250.0
 - complicazioni metaboliche acute
 - cod. 250.1- Diabete con chetoacidosi
 - cod. 250.2- Diabete con iperosmolarità
 - cod. 250.3- Diabete con altri tipi di coma
 - complicazioni croniche o a lungo termine
 - cod. 250.4- Diabete con complicanze renali
 - cod. 250.5- Diabete con complicanze oculari
 - cod. 250.6- Diabete con complicanze neurologiche
 - cod. 250.7- Diabete con complicanze circolatorie periferiche
 - cod. 250.8- Diabete con altre complicanze specificate
 - per diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il cod. 250.9-
- Il quinto carattere del codice identifica il tipo di diabete e se è controllato o scompensato:
 - 0 tipo II o non specificato, non definito se scompensato
 - 1 tipo I (diabete giovanile), non definito se scompensato
 - 2 tipo II o non specificato, scompensato
 - 3 tipo I (diabete giovanile), scompensato

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

- Nel caso di diabete con complicazioni a lungo termine o croniche devono essere indicati, oltre al codice specifico del diabete complicato, anche i codici relativi a ciascuna manifestazione. Nei ricoveri chirurgici, in tutti i casi di complicanze a lungo termine o croniche (vascolari, neurologiche o miste) deve essere indicato il codice di diagnosi principale 250.70 *Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche*, unitamente ad un codice aggiuntivo (es. ulcera, gangrena ecc.) per identificare la complicazione presente, così come previsto dall'ICD-9-CM. Nei casi complicati esclusivamente da deformità ossee, che necessitano quindi di un rimodellamento, sarà invece selezionato in diagnosi principale il codice 250.80 *Diabete tipo II o non specificato, non definito se scompensato, con altre complicazioni specificate*, insieme alla diagnosi secondaria relativa alle deformità (cod. 731.8 *Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove*) e al codice di procedura del rimodellamento osseo (es. 77.68 *Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso*). Si riporta di seguito una Tabella riassuntiva, precisando che la seguente modalità di codifica, pur parzialmente in contrasto con le indicazioni del Manuale ICD-9-CM 2007, è raccomandata per omogeneità di classificazione e consumo di risorse:

Diagnosi principale	Diagnosi secondaria	Procedura
250.70 <i>Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche</i>	443.81 <i>Angiopatia diabetica periferica</i> e/o 707.10 <i>Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata</i>	*86.22 <i>Rimozione asportativa di ferita, infez. o ustione</i>
250.70 <i>Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche</i>	443.81 <i>Angiopatia diabetica periferica</i> e/o 707.10 <i>Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata</i>	84.11 <i>Amputazione di dita del piede</i>
250.70 <i>Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche</i>	443.81 <i>Angiopatia diabetica periferica</i> e/o 707.10 <i>Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata</i>	84.12 <i>Amputazione a livello del piede</i>
250.70 <i>Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche</i>	443.81 <i>Angiopatia diabetica periferica</i> e/o 707.10 <i>Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata</i>	39.50 <i>Angioplastica transluminale percutanea (PTA) di vaso non coronarico</i>
250.80 <i>Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con altre compl. specificate</i>	713.8 <i>Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove</i>	77.68 <i>Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso</i>

- Intervento di **bypass gastrico**
cod. 44.38 Gastroenterostomia laparoscopica
- Interventi di **banding gastrico** (reversibile)
cod. 44.95 Procedura laparoscopica di restrizione gastrica
- Inserzione **endoscopica di pallone bariatrico intragastrico**
cod. 44.93 Inserzione di bolla gastrica (palloncino)

Rimozione di adiposità localizzate (addome pendulo con adiposità) non altrimenti correggibili:

Dia. Princ.	cod. 278.1	Adiposità localizzata
Int. Princ.	cod. 86.83	Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

In questo caso la relativa documentazione clinica deve necessariamente riportare tutti gli elementi (clinici ed anatomopatologici) utili alla corretta individuazione della suddetta condizione e alla sua differenziazione dall'addome pendulo da lassità cutanea (da cui si distingue in termini nosologici e di impegno assistenziale richiesto).

Trattamento degli esiti della chirurgia bariatrica

Gli interventi di chirurgia plastica di rimodellamento successivi a chirurgia bariatrica, prevedono l'utilizzo in diagnosi principale del codice V51 *Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica*.

Ad es., nel caso del trattamento dell'addome pendulo da lassità cutanea in esiti di chirurgia bariatrica o di importanti dimagrimenti, andrà utilizzata la seguente codifica:

Dia. Princ.	cod. V51	Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica
Int. Princ.	cod. 86.83	Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

Endocardite di Libman-Sacks

Solo nel caso in cui un paziente con endocardite di Libman-Sacks venga sottoposto a sostituzione valvolare, è necessario indicare (eccezione alla regola di codifica multipla della ICD-9-CM) come:

Dia. Princ.	cod. 424.91	Endocardite
Dia. Sec.	cod. 710.0	Malattia di Libman-Sacks
Int./Proc.	cod. 35.22	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
Int./Proc.	cod. 39.61	Circolazione extracorporea

Malattia di Sjögren (710.2)

L'episodio di ricovero per indagini su tale patologia, quando associata a disturbi delle ghiandole salivari, deve essere così descritto:

Dia. Princ.	cod. 527.7	Disturbi della secrezione salivare
Dia. Sec.	cod. 710.2	Malattia di Sjögren
Int./Proc.	cod. 26.11	se con ago-biopsia
	cod. 26.12	se con biopsia a cielo aperto

Encefalomiopatie mitocondriali

A seguito della valutazione dell'impatto delle indicazioni di codifica della malattia mitocondriale fornite con la DGR n. VII/2418/2000, in caso di esecuzione di specifiche procedure diagnostiche, come ad es. la biopsia muscolare, si modificano le suddette indicazioni (eccezione alla regola di codifica multipla della ICD-9-CM) come di seguito riportato:

DG Sanità

UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo

Dia. Princ.	cod. 331.7	Degenerazione cerebrale in malattie classificate altrove
Dia. Sec.	cod. 277.8-	Altri disordini specificati del metabolismo
Int./Proc.	cod. 83.21	Biopsia dei tessuti molli

CAPITOLO V – DISTURBI MENTALI (290-319)

Demenze

- La demenza dovuta a malattia di Alzheimer si codifica, secondo le indicazioni riportate nel manuale, ponendo come principale la malattia di base (cod. 331.0) e come diagnosi secondaria la demenza (cod. 294.1).
- La demenza da infarti multipli (multinfartuale) si codifica, secondo le indicazioni del manuale, ponendo come diagnosi principale la demenza stessa (cod. 290.4) e utilizzando come codice aggiuntivo quello delle *Altre e mal definite vasculopatie cerebrali* (cod. 437.-).

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

Disturbi del sonno (327)

Nella versione 2007 dell'ICD-9-CM, è stata introdotta la nuova categoria 327 *Disturbi organici del sonno*. I codici della sottocategoria 780.5- devono essere utilizzati solo per descrivere i disturbi del sonno di natura non organica (segno/sintomo).

La **Sindrome dell'apnea notturna** è descritta dal codice 327.23 *Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)*.

Dolore (338)

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

Ad es., in caso di **inserzione di pompa per terapia antalgica:**

Dia. Princ.	cod. 338.--	Dolore non classificato altrove
Procedura	cod. 86.06	Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile

In caso di **neurostimolazione radicolare e gangliare con radiofrequenza pulsata (PFR):**

Dia. Princ.	cod. 338.--	Dolore non classificato altrove
Procedura	cod. 04.99	Altri interventi su nervi cranici e periferici

Impianto/sostituzione/rimozione di Neurostimolatore

Nei ricoveri per impianto di neurostimolatore occorre riportare in diagnosi principale la patologia specifica; nei ricoveri per sostituzione o rimozione del dispositivo, utilizzare come diagnosi principale il cod. V53.02 (collocazione e sistemazione di neuropacemaker).

Impianto/rimozione di Neurostimolatore Spinale a scopo antalgico

In caso di dolore da ischemia cardiaca o angina pectoris, *oppure* di sintomatologia algica da ischemia periferica in pazienti non più responsivi a trattamenti farmacologici o non rivascolarizzabili con metodiche endoluminali o chirurgiche *oppure* di dolore cronico lombare o di tipo neuropatico, codificare sempre:

Fase Test

Dia. Princ.	cod. 338.--	Dolore non classificato altrove
Int./Proc.	cod. 03.93	Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neuro stimolatore spinale

Impianto definitivo del solo generatore

Dia. Princ.	cod. V53.02	Collocazione e sistemazione di Neuropacemaker (cervello) (sist.nervoso periferico) (midollo spinale)
Int./Proc.	cod. 86.94-86.98	Inserzione o sostituzione del generatore di impulsi del neurostimolatore

La rendicontazione delle due fasi suddette ricomprende anche l'eventuale rimozione del neurostimolatore spinale (generatore e/o elettrodo),

Dia. Princ.	cod. V53.02	Collocazione e sistemazione di Neuropacemaker (cervello) (sist. nervoso periferico) (midollo spinale)
Int./Proc.	cod. 03.94	Rimozione di elettrodo/i del Neurostimolatore spinale
Int./Proc.	cod. 86.05	Incisione con rimozione di dispositivo dalla cute e tessuto sottocutaneo

di conseguenza la SDO riferita a tale ricovero dovrà essere contrassegnata come "non finanziabile".

Impianto di Neurostimolatore Intracranico

Dia. Princ.	cod. 332.-	Morbo di Parkinson
Int./Proc.	cod. 02.93	Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico
e/o	cod. 86.94-86.98	Inserzione o sostituzione del generatore di impulsi del neurostimolatore

Impianto di Neurostimolatore Urologico/Vescicale

Dia. Princ.	cod. 788.2-	Ritenzione urinaria
<i>oppure</i>	cod. 788.3-	Incontinenza urinaria
<i>oppure</i>	cod. 788.4-	Pollachiuria e poliuria
Int./Proc.	cod. 03.93	Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neuro stimolatore spinale
e/o	cod. 86.94-86.98	Inserzione o sostituzione del generatore di impulsi del neurostimolatore

Epilessie (345)

I codici .4, .5 e .7 riguardano l'epilessia parziale; i codici .0 e .1 l'epilessia generalizzata; i codici .2 e .3 lo stato di male; il codice .6 gli spasmi infantili; i codici .8 e .9 identificano rispettivamente altre forme di epilessia e l'epilessia non specificata.

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

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

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

Impianto di Neurostimolatore Vagale

Dia. Princ.	cod. 345.--	Epilessia e crisi ricorrenti
Int./Proc.	cod. 04.92	Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore di nervi periferici
e/o	cod. 86.94-86.98	Inserzione o sostituzione del generatore di impulsi del neurostimolatore

Interventi/procedure

- **Angioplastica percutanea ed inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali**

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

- **Trattamento di Malformazione ArteroVenosa (MAV) spinale congenita**

I ricoveri per trattamento di MAV spinale **con embolizzazione** devono essere identificati con:

Dia. Princ.	cod. 747.82	Anomalie dei vasi spinali
Int./Proc.	cod. 39.79	Altra riparazione endovascolare di altri vasi

I ricoveri per trattamento di MAV spinale **per asportazione** sono individuati dal codice di intervento 38.60 *Asportazione MAV vasi spinali*.

I ricoveri per trattamento di Malformazioni vascolari venose e/o linfatiche **con scleroembolizzazione** devono essere così descritti:

Dia. Princ.	cod. 747.6.-	Altre anomalie del sist. vasc. periferico
Int./Proc.	cod. 39.92	Iniezione i.v. di sostanze sclerosanti

- **Trattamento chirurgico per iperidrosi**

Dia. Princ.	cod. 337.0	Neuropatia periferica del S.N.A.
Dia. Sec.	cod. 780.8	Iperidrosi
<i>oppure</i>	cod. 750.2.-	Iperidrosi focale
Int./Proc.	cod. 05.2.-	Simpatectomia

- **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.

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

Le malattie relative al sistema circolatorio sono descritte nel capitolo VII (categorie 390-459) ad eccezione di quelle riferite a condizioni ostetriche, descritte nel capitolo XI, e a patologie congenite, descritte nel capitolo XIV. Il capitolo VII comprende situazioni complesse, spesso intercorrelate. Pertanto, ai fini della corretta codifica è di particolare importanza porre attenzione a tutte le note presenti nell'indice alfabetico e nell'elenco sistematico.

Ipertensione arteriosa

- è opportuno consultare nell'indice alfabetico delle diagnosi la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, i tre codici relativi alla forma maligna, benigna o non specificata;
- ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che causa l'ipertensione;
- dove l'ipertensione sia associata ad altre patologie, devono essere indicati sia il codice della patologia, sia quello relativo all'ipertensione; la sequenza dei codici segue le regole generali per la selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie;
- l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo XI).

Cardiopatía ipertensiva (402)

Comprende con codici combinati sia condizioni in cui l'ipertensione è causa diretta della cardiopatía, sia condizioni in cui essa vi è implicata. Se la diagnosi clinica menziona sia l'ipertensione sia la malattia cardiaca ma non indica una relazione causale tra loro, si devono assegnare codici separati. Ad esempio:

- malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione: cod. 402.91;
- malattia cardiaca ipertensiva con insufficienza cardiaca congestizia: cod. 402.91;
- malattia cardiaca congestizia con ipertensione: cod. 428.0 + 401.9.

Nefropatia ipertensiva cronica (403)

Descrive le situazioni cliniche in cui sono presenti sia ipertensione che nefropatia cronica (condizioni classificabili alle categorie 585-587). L'ICD-9-CM presuppone una relazione causa/effetto tra loro e classifica la malattia renale cronica con ipertensione come nefropatia ipertensiva cronica.

Il quinto carattere della categoria raggruppa in due classi gli stadi della malattia renale:

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

Come diagnosi secondaria deve essere codificata la malattia renale cronica (cod. 585.-) per identificare lo stadio della malattia.

Cardioneftropatia ipertensiva cronica (404)

Comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva, sia la nefropatia ipertensiva cronica.

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.

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

Malattie ischemiche del cuore (410-414)

Il capitolo delle Malattie ischemiche del cuore comprende le categorie 410 (infarto miocardico acuto), 411 (altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica), 412 (infarto miocardico pregresso), 413 (angina pectoris), 414 (altre forme di cardiopatia ischemica cronica).

- **Infarto miocardico acuto, IMA (410)**

Le sottocategorie 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.

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

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

La quinta cifra 0 (episodio di cura non specificato) non dovrebbe essere mai utilizzata in quanto la documentazione clinica deve sempre contenere le informazioni necessarie per la descrizione precisa del caso.

Ove il successivo ricovero avvenga oltre le otto settimane dall'infarto non deve essere utilizzata la categoria 410._ ma il codice 414.8 *Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica*.

Se nel corso del ricovero l'infarto evolve verso complicanze quali aritmie, fibrillazione, shock, è opportuno che queste ultime siano codificate tra le diagnosi secondarie con codici aggiuntivi.

Se nel corso del ricovero per infarto si verifica un secondo infarto in una sede differente, entrambe le diagnosi devono essere codificate, ciascuna secondo la propria sede, utilizzando come quinto carattere .1.

- **Infarto miocardico pregresso asintomatico (412)**

Il codice 412 non deve essere utilizzato in caso di malattia ischemica attuale (nel qual caso si utilizza il codice 414.8). Il codice 412 deve essere assegnato esclusivamente come diagnosi secondaria nei casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del pregresso infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale.

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) a meno che l'indice alfabetico o l'elenco sistematico non indichino diversamente: ad esempio, nel caso di arteriosclerosi cerebrovascolare con emorragia subaracnoidea dovuta a rottura di un aneurisma sacculare, occorre indicare cod. 430 + cod. 437.0.

Per le categorie 433 e 434 è previsto l'utilizzo di un quinto carattere che indica la presenza di infarto cerebrale:

- 0 - senza menzione di infarto cerebrale;
- 1 - con infarto cerebrale.

La presenza di infarto cerebrale deve essere documentata in cartella e non riportata in via presuntiva (vale comunque il criterio clinico).

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

- **Ictus cerebrale ischemico**

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

- **Ischemia cerebrale transitoria**

Per codificare correttamente tale diagnosi, si deve utilizzare la categoria 435 evitando l'improprio utilizzo di codici relativi ad altre condizioni cliniche (ad esempio: amnesia globale transitoria, cod. 437.7).

- **Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali**

I codici di questa categoria possono essere utilizzati per individuare, tra l'altro, alcune condizioni cliniche relativamente frequenti quali la "Encefalopatia multi-infartuale" (cod. 437.1) o lo "Stato lacunare" (cod. 437.8).

Interventi/procedure

- **Angioplastica percutanea e inserzione di stent**

- **Vasi coronarici**

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

- **Vasi cerebrali o precerebrali**

I codici da 00.61 a 00.65 identificano le procedure di angioplastica o aterectomia o inserzione di stent. Occorre sempre specificare anche il

numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40 – 00.44) e il numero di stent inseriti (codici 00.45 – 00.48).

- **Altri vasi**

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

- **Riparazione endovascolare di vasi**

La categoria 39.7 prevede voci specifiche per procedure endovascolari sui vasi del capo e del collo (codici 39.72 e 39.74), sull'aorta addominale e toracica (codici 39.71 e 39.73) e su altri vasi (cod. 39.79).

- **Embolizzazione di emangioma arterioso**

I ricoveri per trattamento di emangiomi dei vasi arteriosi con embolizzazione sono identificati da:

Dia. Princ.	cod. 228.09	Emangioma di altre sedi
Int./Proc.	cod. 39.79	Altra riparazione endovascolare di altri vasi

- **Chiusura percutanea dell'auricola sinistra**

Dia. Princ.	cod. 427.31	Fibrillazione atriale
Int./Proc.	cod. 37.90	Inserzione dispositivo in appendice atriale sx

- **Complicazioni post-chirurgiche**

- **Deiscenza della ferita sternale con risutura:**

Dia. Princ.	cod. 998.31	Rottura ferita chirurgica interna
Int./Proc.	cod. 78.51	Fissazione interna di sterno
<i>oppure</i>	cod. 77.61	Asportazione locale di lesione o tessuto dello sterno
<i>e</i>	cod. 83.82	Innesto di muscoli o fasce

- **Infezione di sternotomia con toilette chirurgica:**

Dia. Princ.	cod. 998.59	Altra infezione postoperatoria
Int./Proc.	cod. 77.61	Asportazione locale di lesione (per il trattamento di ferita sternale)
<i>e</i>	cod. 83.82	Innesto di muscoli o fasce (per i lembi muscolari e per l'avanzamento dei tessuti molli)

- **Persistenza di fistola postoperatoria del mediastino:**

Dia. Princ.	cod. 998.31	Rottura ferita chirurgica interna
Int./Proc.	cod. 34.73	Chiusura di fistola del torace

- **Rimozione del filtro cavale**

Dia. Princ.	cod. V53.99	Collocazione/sistemazione di altro dispositivo
Int./Proc.	cod. 97.89	Rimozione di altro dispositivo terapeutico

- **Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore**

Indicare entrambi i seguenti codici intervento:

- 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
- 38.69 Altra asportazione di vene dell'arto inferiore (nel caso venga eseguita anche l'asportazione di vene adiacenti)

- **Legatura endoscopica di vene perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)**

Indicare i seguenti codici intervento:

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

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

Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)

È codificata con i codici 491.2- *Bronchite cronico-ostruttiva* e 492.- *Enfisema*. La compresenza di bronchite cronica ed enfisema deve essere codificata con 491.2-; la compresenza di asma e BPCO con 493.2-.

La bronchite acuta in BPCO deve essere codificata con 491.22.

La presenza di insufficienza respiratoria acuta (518.81) o cronica (518.83) deve essere codificata, quando rigorosamente definita e documentata.

Insufficienza respiratoria e polmonare (518)

L'insufficienza respiratoria deve essere codificata con il codice 518.8_ che comprende le forme acuta, acuta e cronica (acuta su cronica) e 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, è assegnato il codice 518.5.

Facendo propri i criteri elaborati dal gruppo AIPO-SIMeR, si forniscono le seguenti indicazioni.

Codificare la condizione di insufficienza respiratoria in diagnosi principale con il codice 518.81 secondo i seguenti criteri:

- sulla base delle alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO_2 , PaCO_2 , pH e bicarbonato);
- devono essere indicati in cartella clinica e codificati gli interventi terapeutici effettuati, con particolare attenzione all'utilizzo dei codici che segnalano le terapie ventilatorie/ossigenoterapia;
- in diagnosi secondaria dovranno essere indicate le patologie che hanno determinato l'insufficienza respiratoria e/o le patologie concomitanti.

Se non sono presenti le condizioni sopracitate, il codice 518.81 va posto in diagnosi secondaria.

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

Ipossiemia arteriosa: $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg (8kPa x 7,5) in associazione con almeno uno dei seguenti parametri indicati:

- **Ipercapnia arteriosa: $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg (6kPa x 7,5);**
- **Acidosi Respiratoria: $\text{pH} \leq 7.35$ (che equivale ad una $[\text{H}^+] \geq 45$ nmol/l) o normale;**
- **Bicarbonato: HCO_3^- normali o elevati (> di 26 mEq).**

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

Nel caso di insufficienza respiratoria ipercapnica con $\text{pH} \leq 7.35$, cioè acidosi respiratoria scompensata, è raccomandato il monitoraggio strumentale continuo del paziente (SaO_2 , FC, tracciato ECG, eventuale PA non invasiva) e può rendersi necessario l'inizio di un trattamento ventilatorio meccanico.

Criteri per l'appropriato utilizzo dei codici di riferimento per la terapia ventilatoria

Codici ICD-9-CM	TERAPIA RESPIRATORIA	INDICAZIONI
Gruppo dei codici 93.9.	Non invasiva	Indicazioni
93.90	Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)	$\text{PaO}_2 < 60$ mmHg, $\text{PaCO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ (edema polmonare, polmoniti gravi, etc.) disturbi respiratori associati a patologie del sonno, anche in fase diagnostica
93.90	Respirazione a pressione positiva a due livelli (BiLevel)	$\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg $\text{pH} \leq 7,35$
93.91	Respirazione a pressione positiva intermittente	$\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg $\text{pH} \leq 7,35$
93.96	Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)	Ipossiemia isolata ($\text{PaO}_2 < 60$ mmHg) che necessita di ossigenoterapia continua per almeno 48 ore con controllo emogasanalitico (PaO_2 , PaCO_2 e pH) giornaliero e monitoraggio continuo con SaO_2 per almeno 48 ore
93.99	Altre procedure respiratorie (polmone d'acciaio)	$\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg $\text{pH} \leq 7,35$
Gruppo dei codici 96.7.	Invasiva	Indicazioni
96.70	Altra ventilazione meccanica continua	Non utilizzare il codice 96.70 in quanto non specifica la durata
96.71	Per meno di 96 ore consecutive	$\text{PaO}_2 < 40$ mmHg e/o $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ $\text{pH} \leq 7,35$ e $\text{PaCO}_2 > 60$ mmHg Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva
96.72	Per 96 ore consecutive o più	$\text{PaO}_2 < 40$ mmHg e/o $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ $\text{pH} \leq 7,35$ e $\text{PaCO}_2 > 60$ mmHg Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva

Interventi/procedure

- **L'ecoendoscopia di bronchi/polmoni**, in corso di fibrobroncoscopia [EBUS] è identificata dal cod. 33.22.
- 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 cod. 96.05.
- **L'ablazione per via percutanea** di lesione o tessuto del polmone è identificata dal cod. 32.24.
- Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di **embolizzazione endovascolare delle arterie bronchiali** occorre riportare:

Dia. Princ.	cod. 459.0	Emorragia, non specificata (rottura di vasi sanguigni SAI, emorragia spontanea NIA)
Int./Proc.	cod. 39.79	Altra riparazione endovascolare di altri vasi
- **La resezione meccanica laser assistita, in broncoscopia rigida, per stenosi tracheo-bronchiale di varia eziologia (neoplasica e non)** ed effettuata alle seguenti condizioni operative:
 1. l'attrezzatura necessaria deve comprendere set completo di broncoscopia rigida (vari diametri), ottiche con pinze coassiali, sondini per aspirazione rigidi, set di posizionamento protesi siliconiche e broncofibroscopi;
 2. assortimento di protesi siliconiche e metalliche delle diverse misure necessarie
 3. apparecchiatura LASER a diodi o ND-YAG, doppio aspiratore;
 4. la metodica deve essere praticata esclusivamente in anestesia generale sotto controllo continuo di un anestesista esperto nella metodica, con l'assistenza di personale infermieristico addestrato;
 5. la metodica si pratica in una sala endoscopica attrezzata o in una sala operatoria con monitoraggio continuo di saturazione ossiemoglobinica, traccia ECG e, possibilmente della pressione arteriosa con sonda intraarteriosa;
 6. devono essere utilizzate o comunque disponibili apparecchiature per la ventilazione come Poncho per ventilazione a pressione negativa, Jet Ventilation, ventilatore meccanico da sala operatoria; devono inoltre essere a disposizione tubo corrugato, ambu, ossigeno per ventilazione manuale;
 7. deve essere a disposizione carrello con tutto il necessario per la gestione delle urgenze oltre al defibrillatore;
 8. la broncoscopia rigida operativa può essere effettuata solo in presidi ospedalieri che siano dotati di Sala di Rianimazione e di UO Chirurgiche in grado di gestire le eventuali complicanze (sanguinamenti, pneumotoraci, insufficienza respiratoria, compromissioni cardiovascolari, etc.);
 9. ogni operatore che esegue broncoscopie operative deve effettuare almeno 10 procedure all'anno nel suo Centro;

deve essere segnalata come segue:

nel caso di interventi sui bronchi

Dia.Princ.	cod. 519.1-	Altre malattie della trachea e dei bronchi, non classificate altrove, <i>oppure</i> tumore (secondo la definizione di Diagnosi Principale) <i>ed eventuali complicanze</i>
Int./Proc.	cod. 32.01	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto bronchiale
	cod. 33.29	Altre procedure diagnostiche sul polmone
	cod. 96.05	Altra intubazione del tratto respiratorio (per eventuale inserzione di stent)

nel caso di interventi sulla trachea

Dia.Princ.	cod. 519.1-	Altre malattie della trachea e dei bronchi, non classificate altrove, <i>oppure</i> tumore (secondo la definizione di Diagnosi Principale) <i>ed eventuali complicanze</i>
Int./Proc.	cod. 31.5	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
	cod. 96.05	Altra intubazione del tratto respiratorio (per eventuale inserzione di stent)

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

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 (cod. 571.5).

Esofagite con emorragia e varici esofagee

L'emorragia esofagea deve essere codificata con il codice 530.82 salvo che sia causata da varici esofagee. Le varici esofagee sono codificate come malattie del sistema circolatorio (capitolo VII).

Esempi:

- varici esofagee con sanguinamento: cod. 456.0;
- varici esofagee senza menzione di sanguinamento: cod. 456.1.

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

Esempi:

- sanguinamento da varici esofagee con cirrosi epatica: cod. 571.- + 456.20;
- sanguinamento da varici esofagee in ipertensione portale: cod.572.3 + 456.20.

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

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.

Complicazioni infettive o meccaniche di stomie

Sono specificamente individuate le complicazioni da:

- gastrostomia cod. 536.4-;
- colostomia ed enterotomia cod. 569.6-.

Interventi/procedure

- **L'ablazione per via percutanea** di lesione o tessuto del fegato è identificata dal codice 50.24.

- **Intervento di TIPS per shunt venoso intraaddominale per via percutanea**

Indicare i codici di procedura:

39.1 Anastomosi arteria cava e polmonare

+

38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

• **Tecniche per l'intervento di emorroidectomia e/o prolassectomia**

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

Per la correzione della sindrome da ostruita defecazione con **metodica STARR** (Stapled Trans-Anal Rectal Resection), selezionare i seguenti codici:

- *nel maschio*

Dia. Princ.	cod. 564.02	Stipsi da disfunzione del retto
Dia. Sec.	cod. 569.1	Prolasso rettale
Int./Proc.	cod. 48.76	Altra proctopessi

- *nella femmina*

Dia. Princ.	cod. 564.02	Stipsi da disfunzione del retto
Dia. Sec.	cod. 618.00	Prolasso delle pareti vaginali, non specificato
<i>oppure</i>	cod. 618.04	Rettocele
Int./Proc.	cod. 70.52	Riparazione di rettocele

Il trattamento con la tecnica STARR, da riservare ai soli casi di diagnosi di stipsi da disfunzione del retto (cod. 564.02) e/o prolasso rettale (cod. 569.1) e/o prolasso genitale (cod. 618.--), richiede necessariamente la presenza in cartella clinica dei seguenti elementi diagnostici indispensabili:

1. inquadramento clinico della stipsi rettale da defecazione ostruita:
 - anamnesi dei sintomi;
 - esame proctologico con esplorazione rettale e proctoscopia;
2. riscontro clinico supportato da:
 - defecografia;
 - colonscopia o clisma opaco (sempre) dopo i 50 anni per la prevenzione del cancro colo-rettale e dopo i 40 anni in caso di familiarità positiva.

Ai fini della conferma della validità dei codici di procedura sopraindicati, è indispensabile l'esame istologico dei pezzi resecati, il quale deve confermare la presenza di fibre muscolari della parete rettale.

CAPITOLO X - MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO (580-629)

Malattia renale cronica (585)

- La malattia renale cronica viene classificata sulla base dello stadio di gravità (stadi I-V). Gli stadi da II a IV corrispondono, rispettivamente, a malattia renale cronica di grado lieve, moderato e severo.
Il codice 585.6 identifica la malattia in stadio terminale.
- I pazienti sottoposti a trapianto di rene potrebbero ancora manifestare qualche grado di disfunzione renale, perché il rene trapiantato potrebbe non aver ancora pienamente ripristinato la funzionalità renale. La sola presenza di malattia renale cronica non costituisce quindi una complicazione del trapianto. In questi casi occorre codificare con il cod. 585.-, seguito dal cod. V42.0 che identifica lo status di trapianto renale.
- In merito all'**utilizzo dei codici ICD-9-CM 584.- Insufficienza renale acuta e 585 Insufficienza renale cronica** tra le diagnosi secondarie, si ricordano le disposizioni introdotte con le Regole per l'esercizio 2011, DGR n. IX/937/2010 ("*le attività di emodialisi effettuate nel corso del ricovero (...), a decorrere dai pazienti dimessi dal 1° gennaio 2011, (...) quando effettuate nel corso di ricoveri ordinari (acuti e riabilitativi) con degenza maggiore di 4 giorni, possano essere rendicontate, (...) con il debito informativo delle prestazioni ambulatoriali di cui alla circolare 28 SAN utilizzando il codice 39.95.A*") e si ribadisce quanto segue:
 - la condizione di insufficienza renale non sempre prolunga la degenza in modo significativo;
 - la condizione di insufficienza renale va segnalata quando comporta delle modifiche significative del quadro clinico nel suo complesso incidendo sul decorso del ricovero con un impatto ben maggiore di quello che possono avere le sole prestazioni aggiuntive di emodialisi.

Interventi/procedure

- **L'ablazione per via percutanea** di lesione o tessuto del rene è identificata dal cod. 55.33.
- **Fimosi**
L'intervento chirurgico di correzione di fimosi, circoncisione, deve essere codificato con il codice 64.0 evitando l'utilizzo improprio del codice 64.93 *Liberazione di sinechie peniene*. Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere codificate con il codice 64.91.
- **Intervento per la correzione del varicocele**
L'intervento tradizionale di correzione di varicocele (cod. 456.4) mediante legatura dei vasi spermatici è identificato dal codice 63.1 *Asportazione di varicocele*.
Tecniche innovative, eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda, sono identificate dall'uso combinato dei seguenti codici: 63.1 *Asportazione di varicocele* + 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche*; la via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione del codice di procedura 88.67 *Flebografia con m.d.c. di altre sedi specificate*.

L'intervento rivolto alla risoluzione di **varicocele pelvico** (in donne), deve essere identificato dal cod. 456.5 *Varici pelviche*, in diagnosi principale e dal cod. 71.9 *Altri interventi su apparato genitale femminile*, di intervento.

• **Interventi per alcune situazioni cliniche di nefrologia**

I ricoveri per le seguenti procedure (con o senza trattamento di dialisi renale) devono essere così codificati:

Shunt arterovenoso con cannula intervasale	cod. 39.93
Creazione di FAV (periferica) e inserzione protesi vascolare	cod. 39.27
Inserzione dispositivo per accesso vascolare totalmente impiantabile	cod. 86.07
Preparazione di vena per incannulamento	cod. 38.94
Inserzione catetere venoso	cod. 38.95

L'episodio di ricovero per trombosi arterovenosa (causata da protesi, impianti o innesti per dialisi renale) di paziente in stato di dialisi, deve essere così rappresentato:

Dia. Princ.	cod. 996.73	Complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale
Int./Proc.	cod. 39.42	Revisione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale
<i>oppure</i>	cod. 39.43	Rimozione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale

CAPITOLO XI – COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO (630-677)

- L'**assistenza al parto**, anche a quelli non operativi, deve essere riportata e specificamente codificata nel campo relativo all'intervento chirurgico principale.
- 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, occorre far riferimento ai codici specifici presenti in questo capitolo.
- Il parto con **anestesia epidurale** viene descritto riportando nelle procedure il cod. 03.91 *Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia*.
- L'**interruzione volontaria di gravidanza** (entro i primi 90 gg.) per assunzione farmacologica (RU486) è identificata con:

Dia.	cod. 635.--	Aborto indotto legalmente
Int./Proc.	cod. 99.24	Iniezione di altri ormoni
e	cod. 96.49	Altra instillazione genitourinaria (<i>nel caso la seconda somministrazione avvenga per via vaginale</i>)
- Per **altre condizioni morbose in atto della madre classificate altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio** (anemia, diabete, psicosi, malattie cardiovascolari congenite, etc.), occorre far riferimento ai codici della categoria 648.

CAPITOLO XIII - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO (710-739)

Molte delle categorie del sistema muscoloscheletrico richiedono l'utilizzo della codifica a 5 caratteri. Il quinto carattere dei codici indica la sede coinvolta:

- 0 – sede non specificata
- 1 – spalla
- 2 – gomito
- 3 – polso
- 4 – mano
- 5 – anca
- 6 – ginocchio
- 7 – ossa della caviglia e del piede
- 8 – altre sedi specificate
- 9 – sedi multiple

Fratture patologiche

Coerentemente alle regole generali di selezione della diagnosi principale, il codice della frattura patologica (cod. 733.1-) deve essere utilizzato in diagnosi principale solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica. Data la natura poco specifica del codice si deve associare ad esso il codice relativo alla patologia di base (ad esempio neoplasia, osteoporosi, etc.) se conforme ai criteri di selezione delle diagnosi secondarie.

Interventi/procedure

• Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio

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

- per la revisione di protesi di anca;
- per la revisione di protesi del ginocchio.

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.

• Inserimento (o impianto, trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione

Per i ricoveri che prevedono interventi di ricostruzione articolare in cui venga utilizzato un sostituto osteoarticolare biologico di ampie dimensioni utilizzare il codice di procedura 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio* nella accezione di unicompartimentale (emiarticolare); i codici 81.80 e 81.81 *Sostituzione totale e parziale di spalla*; il codice 81.56 *Sostituzione di caviglia*.

• Posizionamento di spaziatore interspinoso

La procedura è descritta dal cod. 84.58 *Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso*, e non più dal cod. 81.08.

• Vertebroplastica

La procedura è identificata dal cod. 81.65.

• Cifoplastica

La procedura è identificata dal cod. 81.66.

- **Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine**

Per il ricovero in cui si effettua il prelievo di cartilagine, indicare i seguenti codici di procedura: 80.9- *Altra asportazione dell'articolazione* + 80.26 *Artroscopia*.

Per il successivo ricovero, in cui si effettua l'autotrapianto, indicare i seguenti codici di procedura: 81.4- *Altra riparazione di articolazioni degli arti inferiori* + 80.26 *Artroscopia*.

- **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, senza intervento cruento, deve essere utilizzato il cod. 80.52.

- **Interventi sulla spalla in artroscopia**

- **Lesione della cuffia dei rotatori**

Dia. Princ.	cod. 727.61	Rottura traumatica completa della cuffia dei rotatori
<i>oppure</i>	cod. 840.4	Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori
Int./Proc.	cod. 83.63	Riparazione della cuffia dei rotatori
	cod. 80.21	Artroscopia della spalla

- **Lussazione recidivante della spalla**

Dia. Princ.	cod. 718.31	Lussazione recidivante della spalla
Int./Proc.	cod. 81.82	Riparazione di lussazione ricorrente della spalla
	cod. 80.21	Artroscopia della spalla

- **Tendinopatie e sindromi analoghe**

Dia. Princ.	cod. 726.0	Capsulite adesiva scapolo-omeroale
Int./Proc.	cod. 80.41	Incisione capsula articolare, legamenti e cartilagine della spalla
	cod. 80.21	Artroscopia della spalla

I codici di procedura su indicati ricomprendono anche l'eventuale riparazione articolare (es. acromionplastica), come regolarizzazione della superficie acromiale, la quale non deve essere quindi codificata.

CAPITOLO XIV - MALFORMAZIONI CONGENITE (740-759)

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.

La distinzione tra condizioni congenite ed acquisite è indicata nell'indice alfabetico attraverso l'utilizzo di modificatori. Alcune condizioni sono congenite per definizione, altre sono sempre considerate acquisite; per altre non vi è alcuna distinzione.

Le malformazioni congenite sono classificate sulla base del sistema o dell'apparato coinvolto; alcune sono classificate con codici specifici, altre sono raggruppate nell'ambito di un termine generico. Nei casi in cui non sia previsto un codice specifico, dovrebbero essere indicati eventuali ulteriori codici aggiuntivi per le manifestazioni.

L'età del paziente non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo XIV; le patologie descritte in tale capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età. Alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita. Inoltre, molte condizioni non possono essere risolte, permanendo per tutta la vita del paziente. La malformazione rilevata alla nascita viene indicata come diagnosi principale nella SDO del neonato se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza. Le diagnosi secondarie debbono essere segnalate sulla SDO solo quando esse siano significative, cioè influenzino il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Si sconsiglia di utilizzare i codici 758.9 e 759.9 in diagnosi principale; questi codici possono essere utilizzati tra le diagnosi secondarie per completare la descrizione del caso, riportando invece come diagnosi principale la malformazione più rilevante.

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

Le malattie classificate nel capitolo 15 hanno origine nel periodo perinatale (intrauterino e nei 28 giorni successivi alla nascita), ma possono manifestarsi anche in epoche successive.

I codici delle categorie 760-763 (cause materne di morbosità e mortalità perinatale) possono essere utilizzati come diagnosi secondarie sulla SDO del neonato (e solo su di essa) esclusivamente 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 del neonato.

Quando la condizione della madre ha provocato in un neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle categorie 760-763; ad esempio, se il diabete materno ha provocato un'ipoglicemia nel neonato, quest'ultima viene codificata con il cod. 775.0.

I codici 768.0 *Morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio o in un momento non specificato*, 768.1 *Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio* e 779.6 *Interruzione della gravidanza (riferita al feto)*, non devono essere utilizzati, in quanto riferiti al feto per il quale non deve essere compilata la scheda di dimissione.

Infezioni neonatali (771)

• Sepsi del neonato (771.81)

Il codice 771.81 Settlicemia (sepsi) del neonato, deve essere accompagnato dal codice aggiuntivo 041.- per identificare il microrganismo. Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi (995.91 o 995.92).

- Nel caso di manifestazioni a lungo termine delle **infezioni connatali** identificate con i codici 771.0, 771.1, 771.2 e 760.2 si sconsiglia di utilizzare questi codici in diagnosi principale, riportando invece come diagnosi principale la manifestazione clinica più rilevante. Gli stessi codici possono essere utilizzati, per completare la descrizione del caso, tra le diagnosi secondarie.

Codifica del neonato sano

I codici da V30 a V39 riportati come diagnosi principale, devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale nella SDO del neonato sano ospitato nel nido; non devono essere riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre.

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.

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 (ad esempio ittero fisiologico neonatale).

L'esecuzione di vaccinazioni o di screening sui neonati sani (ad esempio screening tiroideo o per la fenilchetonuria) non comporta l'assegnazione di ulteriori codici oltre a quelli delle categorie V30-V39, né come diagnosi principale né tra le diagnosi secondarie; si tratta, infatti, di prestazioni facenti parte costitutiva dell'assistenza al neonato.

Il neonato sano non ospitato per l'episodio della nascita ma presente in ospedale a causa di un ricovero della madre non richiede la compilazione della SDO; le eventuali annotazioni che lo riguardano possono essere documentate nella cartella clinica della madre.

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

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

CAPITOLO XVII - TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI (800-999)

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.
- Le fratture sono classificate secondo la sede nelle categorie 800-804. Il quarto carattere del codice indica se la frattura è aperta o chiusa, se è associata a trauma intracranico ed il tipo del trauma intracranico. Fa eccezione la categoria 802 per la quale il quarto ed il quinto carattere identificano la sede della frattura.
- I traumi intracranici non associati a frattura sono classificati con le categorie 850-854; il quarto carattere del codice indica il tipo di trauma e l'eventuale associazione con una ferita aperta.
- Per le categorie 800, 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 il ritorno al preesistente stato di coscienza:
 - 0 - stato di coscienza non specificato;
 - 1 - senza perdita di coscienza;
 - 2 - con perdita di coscienza di durata <1 h;
 - 3 - con perdita di coscienza di durata compresa tra 1 e 24 h;
 - 4 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24 h e recupero dello stato di coscienza preesistente;
 - 5 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24 h senza recupero dello stato di coscienza preesistente (paziente incosciente che muore prima di riacquistare la coscienza);
 - 6 - con perdita di coscienza di durata non specificata;
 - 9 - con stato commotivo non specificato.
- Per la categoria 850 *Concussione*, l'informazione relativa allo stato di 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 (cod. 310.2) include una grande varietà di sintomi (mal di testa, vertigini, fatica, difficoltà di concentrazione, depressione, ansietà, apatia, palpitazioni cardiache), che talora durano poche settimane. Normalmente il codice 310.2 non viene assegnato in relazione al ricovero iniziale per il trattamento della concussione. 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 (cod. 850.-) e non la sindrome post-commotiva.
- Nei casi in cui il trauma cranico sia ulteriormente descritto come lacerazione cerebrale o contusione cerebrale (cod. 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, etc..

SIRS da processi non infettivi (995.93, 995.94)

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

Complicazioni di cure mediche e chirurgiche (996-999)

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

Complicazioni di trapianto di rene

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

CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO ALLE STRUTTURE SANITARIE (CODICI V)

Utilizzo dei codici V

- Si utilizzano per descrivere le circostanze diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie, o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute del paziente.
- Possono essere utilizzati come diagnosi principale nei seguenti casi:
 - paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura (come, ad esempio, chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico); in questi casi, può essere indicata come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse;
 - pazienti ricoverati come donatori;
 - persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche, o consulenza;
 - per indicare lo stato o l'osservazione di neonato.

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

Ricerca dei codici V

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

Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi

Per il ricovero di pazienti per trattamenti specifici in relazione a cure pregresse si devono utilizzare come diagnosi principale i codici appartenenti alle categorie V51-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 (V56.-), chemioterapia (V58.1) e radioterapia (V58.0). Nel caso in cui il ricovero sia stato effettuato selettivamente per eseguire sia la chemioterapia che la radioterapia, entrambi i codici V devono essere riportati individuando la diagnosi principale secondo le regole generali di selezione della diagnosi principale.

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

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

corso del ricovero si evidenzia una recidiva, riportare in diagnosi principale il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.

- Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi (codici V42 e V43).
Questi codici possono essere utilizzati in diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza o per il follow up del paziente.
- 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* - cod. 996.81, il codice V42.0 *Rene sostituito da trapianto*, non deve essere indicato).

Nati vivi sani secondo il tipo di nascita (V30/V39)

Quando viene compilata una SDO di nato vivo sano, 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.-.

Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (V52 e V53)

I codici V52.- e V53.- devono essere utilizzati in diagnosi principale per descrivere i ricoveri finalizzati a posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di attività programmate da tener distinte rispetto ai malfunzionamenti che vanno invece codificati con le categorie 996 e 997.

Un ricovero per solo impianto di protesi della mammella deve essere identificato dal codice V52.4 in diagnosi principale.

Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54)

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

Trattamento di pazienti in dialisi (V56)

Con il codice V56.- è possibile descrivere le diverse procedure relative ai trattamenti dialitici e alla loro valutazione funzionale.

Donatori di organi o tessuti (V59.1–V59.9)

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

Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti (V64)

Tipici casi in cui si ricorre ai codici di questa categoria in diagnosi principale sono i ricoveri per interventi chirurgici programmati, che però non vengono eseguiti per sopraggiunte controindicazioni (cod. V64.1) o per decisione del paziente (cod. V64.2) o per altre ragioni (cod. V64.3).

Nel caso in cui il trattamento non è eseguito per l'insorgenza di altra patologia quest'ultima va riportata come diagnosi principale se trattata nel ricovero.

DG Sanità

UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo

Rientra in questa categoria anche la segnalazione dei casi chirurgici iniziati per via laparoscopica e convertiti in interventi a cielo aperto (cod. V64.4-).