

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1169 del 19 luglio 2016

Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Viene proposto l'aggiornamento delle linee guida che tutti i sanitari delle strutture pubbliche e private devono seguire per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Con decreto 28 dicembre 1991 del Ministro della sanità è stata istituita la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

L'articolo 5 del citato decreto prevede che con successivi decreti ministeriali saranno specificati analiticamente i contenuti delle variabili inserite nella scheda di dimissione ospedaliera e i relativi sistemi di codifica che tutti gli istituti di ricovero dovranno adottare.

Con successivo decreto 26 luglio 1993 del Ministro della sanità, relativo alla disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati, sono stati definiti i tempi e le modalità della trasmissione delle informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera alle regioni e alle province autonome e, da queste, al Ministero della sanità.

Per ultimo, con il decreto 27 ottobre 2000, n. 380, del Ministero della sanità è stato approvato il "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati".

Recentemente, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha espresso parere favorevole sullo schema di decreto ministeriale recante modifiche e integrazione del DM 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni (rep atto n. 9/CSR del 20 gennaio 2016). Il decreto ministeriale ad oggi non è ancora stato emanato.

A livello regionale, con la deliberazione n. 4807 del 28 dicembre 1999, relativa ai controlli sull'appropriatezza dell'attività sanitaria della Regione Veneto, sono state approvate, tra l'altro, le "Linee guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera". Le citate linee guida sono state poi oggetto di aggiornamento, per ultimo con DGR n. 2715 del 24 dicembre 2012.

Considerato che il sistema sanitario negli ultimi anni ha subito importanti modifiche sia per quanto riguarda le modalità di erogazione delle prestazioni (ad esempio la possibilità di erogare prestazioni, che prima venivano erogate solo in regime di ricovero ordinario, in un diverso regime - diurno o ambulatoriale - garantendo comunque la sicurezza del paziente), sia per quanto riguarda i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni, si è reso necessario avviare un percorso tecnico di analisi e di studio mirato all'aggiornamento delle linee guida che tutti i sanitari delle strutture pubbliche e private devono seguire per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera.

In tal senso il Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente - il cui modello organizzativo e funzionale è stato oggetto di recente aggiornamento (DGR n. 1138 del 1 settembre 2015 e DGR n. 539 del 26 aprile 2016) - unitamente ad un gruppo di esperti operanti presso le strutture del Servizio sanitario regionale, sulla base delle esistenti linee guida nazionali e di altre regioni ed avvalendosi anche di indicazioni formulate da clinici interpellati riguardo a particolari aspetti specialistici o innovati, ha proceduto a predisporre un documento tecnico contenente l'aggiornamento delle linee guida per la compilazione della SDO.

Condividendo quanto elaborato dal citato Coordinamento e nelle more dell'approvazione del decreto ministeriale recante modifiche e integrazione del DM 27 ottobre 2000, n. 380, si propone di approvare l'aggiornamento delle linee guida per la compilazione della SDO così come contenuto nel documento "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera", di cui all'**Allegato A** parte integrante del presente atto, che sostituisce integralmente il

documento precedentemente approvato con la DGR n. 2715 del 24 dicembre 2012

Le linee guida di cui all'**Allegato A**, che tutti i sanitari delle strutture pubbliche e private devono seguire per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, consentono di descrivere in modo omogeneo, su tutto il territorio regionale, le patologie che hanno determinato il ricorso alle strutture sanitarie e le procedure diagnostiche e terapeutiche che vi vengono erogate, aiutando i compilatori e rendendo più semplici e trasparenti i controlli relativi all'appropriatezza delle prestazioni. Si rappresenta, inoltre, che le linee guida in parola contengono già in gran parte quanto indicato nel parere espresso dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di cui all'atto n. 9/CSR del 20 gennaio 2016.

Fermo restando le competenze già attribuite, con provvedimenti giuntali, al Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente, spetta allo stesso effettuare il monitoraggio della applicazione di quanto previsto dalle nuove Linee Guida di cui all'**Allegato A**, rispetto alle cui risultanze dovrà relazionare con periodicità semestrale al Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria.

Quanto disposto con il presente atto entra in vigore a far data dal 1 ottobre 2016 al fine di consentire, con la concreta applicazione delle linee guida durante l'ultimo trimestre del corrente anno, una puntuale verifica dell'intero sistema entro il mese di marzo 2017 (disponibilità del flusso SDO sull'intero 2016) e di porre in essere eventuali modifiche o integrazioni entro il mese di giugno 2017.

Si dà atto che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il Decreto 28 dicembre 1991 del Ministro della sanità;

VISTO il Decreto 26 luglio 1993 del Ministro della sanità;

VISTO il Decreto 27 ottobre 2000, n. 380, del Ministero della sanità;

Visto l'Atto n. 9/CSR del 20 gennaio 2016 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

VISTA la Deliberazione n. 4807 del 28 dicembre 1999;

VISTA la Deliberazione n. 2715 del 24 dicembre 2012;

VISTA la Deliberazione n. 1138 del 1 settembre 2015;

VISTA la Deliberazione n. 539 del 26 aprile 2016;

VISTO l'art. 2 co. 2 lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare il documento "Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera", di cui all'**Allegato A** parte integrante del presente atto;
2. di stabilire che le Linee Guida di cui al punto 1. devono essere applicate a decorrere dal 1 ottobre 2016;
3. di stabilire che il documento di cui al punto 1. sostituisce integralmente il documento precedentemente approvato con la DGR n. 2715 del 24 dicembre 2012;
4. di incaricare il Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente, di effettuare il monitoraggio della applicazione di quanto previsto dalle nuove Linee Guida di cui all'**Allegato A**, e di relazionare con periodicità semestrale al Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria.

5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
6. di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
7. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria, dell'esecuzione del presente atto;
8. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 10^a legislatura

ALLEGATO A alla Dgr n. 1169 del 19 luglio 2016

pag. 1/169



REGIONE DEL VENETO

**LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE
E LA CODIFICA ICD-9-CM DELLA SCHEDA
DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

PRESENTAZIONE

L'accurata codifica delle diagnosi e delle procedure nella descrizione delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Regionale rappresenta un aspetto indispensabile dell'appropriatezza, essendo uno degli elementi che contribuiscono in modo rilevante al cambiamento positivo del servizio stesso. In particolare, un sistema di codifica ben organizzato dà risposta all'esigenza di descrivere in modo omogeneo, su tutto il territorio regionale, le patologie che hanno determinato il ricorso alle strutture sanitarie e le procedure diagnostiche e terapeutiche che vengono erogate.

Le informazioni cliniche contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera - SDO permettono di descrivere e analizzare la casistica ospedaliera nella sua composizione e complessità e rappresentano lo strumento fondamentale per i processi di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera.

La variabilità della casistica medico-chirurgica, il perfezionamento di tecniche e nuove procedure, l'aggiornamento tecnologico e la progressione della ricerca scientifica, suggeriscono protocolli assistenziali che - per strutturazione o complessità - richiedono una capacità descrittiva articolata e versatile.

Lo scopo delle linee guida è quello di accostare il Manuale ICD-9_CM 2007, nell'intento di migliorare la qualità delle informazioni cliniche della SDO e di realizzare un'elevata omogeneità di codifica di diagnosi, interventi e procedure, alla codifica delle SDO, nel rispetto delle regole generali di codifica riportate nel D.M. n. 380 del 27/10/2000.

Oltre al contributo professionale dei clinici e degli operatori delle Aziende Sanitarie pubbliche e private accreditate, al fine di condividere esperienze e metodi in ordine ai percorsi di miglioramento della qualità di compilazione della SDO, sono state prese in considerazione valutazioni di appropriatezza riferite all'ottimizzazione dell'efficienza erogativa, senza mai abbandonare la sorveglianza dei fenomeni a potenziale rischio di inappropriata, rendendo così possibile il monitoraggio e la vigilanza anche attraverso la definizione di regole.

Sono state, infine, riviste alcune codifiche perché ormai entrate nel lessico comune e altre che, pur riferendosi a prestazioni eseguibili in un percorso di ricovero, per loro natura e classificazione sono proprie dell'attività ambulatoriale. Tale criterio, pur non identificando uno strumento classificatorio con la scelta di un setting assistenziale, manifesta l'esigenza di dare la massima attenzione al corretto uso delle risorse disponibili.

INDICE

INTRODUZIONE	4
LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: PRINCIPI GENERALI E RESPONSABILITÀ.....	8
INTRODUZIONE AL MANUALE ICD-9-CM	9
LINEE GUIDA GENERALI.....	14
Capitolo 1 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE.....	25
Capitolo 2 - TUMORI	29
Capitolo 3 - MALATTIE DELLE ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo.....	37
Capitolo 4 - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI	45
Capitolo 5 - DISTURBI MENTALI	49
Capitolo 6 - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E ORGANI DEI SENSI	54
Capitolo 7 - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO, INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CARDIOCHIRURGIA.....	63
Capitolo 8 - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO.....	76
Capitolo 9 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	81
Capitolo 10 - MALATTIE DEL SISTEMA GENITO-URINARIO.....	89
Capitolo 11 - COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	98
Capitolo 12 - MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	109
Capitolo 13 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	114
Capitolo 14 - MALFORMAZIONI CONGENITE	124
Capitolo 15 - ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	126
Capitolo 16 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI.....	134
Capitolo 17 - TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI.....	135
Capitolo 18 - CODICI V: CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	142
APPENDICE 1: MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA, LUNGODEGENZA	148
APPENDICE 2: TERAPIA ANTALGICA.....	160
APPENDICE 3: TESSUTI DA BANCA ED ATTIVITA' DI TRAPIANTOLOGIA	165

INTRODUZIONE

Finalità

Le presenti Linee guida hanno lo scopo di uniformare nell'ambito delle strutture del Servizio Sanitario Regionale del Veneto la codifica delle diagnosi, degli interventi e delle procedure in modo da migliorare l'utilizzo della Scheda di Dimissione Ospedaliera - SDO ai fini sia amministrativi che epidemiologici. Esse non sostituiscono il testo del Manuale ICD-9_CM 2007; sono inevitabilmente parziali, riguardando solo alcuni aspetti della codifica delle SDO; sono aperte ad integrazioni, aggiornamenti e modifiche.

Metodologia

Le Linee guida sono state prodotte da un gruppo di esperti operanti presso le strutture del Servizio Sanitario Regionale, sulla base delle esistenti Linee Guida Nazionali e di altre Regioni.

Il documento finale si è avvalso anche di indicazioni formulate da clinici interpellati riguardo a particolari aspetti specialistici o innovativi.

Gruppo di lavoro

Dott.ssa Emanuela Zilli – Coordinatore del gruppo di lavoro – Azienda ULSS Treviso

Dott. Stefano Rocco – Responsabile Nucleo Aziendale di Controllo – Azienda ULSS Mestre-Venezia

Dott. Paolo Costa – U.O.C. Medicina Territoriale e Medicina Specialistica – Azienda ULSS Verona

Dott.ssa Giovanna Ghirlanda – Direzione Medica Ospedaliera per le funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei rischi – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Dott.ssa Milvia Marchiori – Coordinamento Regionale per i Controlli Sanitari, l'Appropriatezza, le Liste d'Attesa e la Sicurezza del Paziente – Regione del Veneto

Dott. Daniele Donato – U.O.C. Direzione Medica Età Adulta dell'Azienda Ospedaliera di Padova

Dott. Gianluca Gianfilippi – Rappresentante AIOP

Dott. Davide Brunelli – Rappresentante ARIS

Coord. Clelia Slaviero – Collaboratore Professionale Sanitario – Personale Infermieristico – Azienda ULSS Padova

Focus group

Il gruppo di lavoro è stato supportato dai seguenti focus group.

LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: PRINCIPI GENERALI E RESPONSABILITÀ; INTRODUZIONE AL MANUALE ICD-9-CM; LINEE GUIDA GENERALI: Daniele Donato - Azienda Ospedaliera di Padova, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 1 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE: Graziella Baruzzi - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Francesca Camilli - Ospedale di Bassano ed Asiago, Giovanna Ghirlanda - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Manuela Miorin - Ospedale di Santorso, Luisella Scandola - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Capitolo 2 - TUMORI: Graziella Baruzzi - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Francesca Camilli - Ospedale di Bassano ed Asiago, Giovanna Ghirlanda - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Manuela Miorin - Ospedale di Santorso, Luisella Scandola - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Capitolo 3 - MALATTIE DELLE ghiandole endocrine, DELLA NUTRIZIONE E DEL METABOLISMO: Paolo Ancillotto - Casa di Cura di Abano Terme, Michela Bullo - Ospedale di Chioggia, Maria Grazia Carrer - Ospedale di Mestre, Annamaria Mussi - Ospedale di Monselice e Montagnana, Flavia Petrin - Casa di Cura Giovanni XXIII di Monastier, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Rosi Santantonio - Ospedale di Treviso

Per la collaborazione per il piede diabetico: Prof. Enzo Bonora, Presidente Nazionale della Società Italiana di Diabetologia; Dott. Loris Confortin, Presidente Regionale (Veneto -Trentino Alto Adige) della Società Italiana di Diabetologia; Dott. Andrea Nogara, Presidente Regionale (Veneto-Trentino Alto Adige) Associazione Medici Diabetologi; Dott.ssa Antonella Senesi, Referente Regionale (Veneto Trentino Alto Adige) gruppo di studio intersocietario Società Italiana di Diabetologia-Associazione Medici Diabetologi; Dott. Enrico Brocco, Responsabile del Centro di Riferimento Regionale sul Piede Diabetico

Capitolo 4 - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI: Graziella Baruzzi - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Francesca Camilli - Ospedale di Bassano ed Asiago, Giovanna Ghirlanda - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Manuela Miorin - Ospedale di Santorso, Luisella Scandola - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Capitolo 5 - DISTURBI MENTALI: Patrizia Bortolon - Ospedale di Vicenza e Noventa Vicentina, Romina Cazzaro - Ospedale di Arzignano, Montecchio Maggiore, Lonigo e Valdagno, Silvia Gallo - Ospedale di Dolo, Mirano e Noale, Stefania Martin - Ospedale di Oderzo, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 6 - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E ORGANI DEI SENSI: Patrizia Bortolon - Ospedale di Vicenza e Noventa Vicentina, Romina Cazzaro - Ospedale di Arzignano, Montecchio Maggiore, Lonigo e Valdagno, Silvia Gallo - Ospedale di Dolo, Mirano e Noale, Stefania Martin - Ospedale di Oderzo, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 7 - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO, INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CARDIOCHIRURGIA: Sira Bizzotto - Ospedale di Treviso ed Oderzo, Maria Grazia Lazzarin - Ospedale di Mestre e Venezia, Giovanni Milan - Ospedale di Castelfranco Veneto, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Emanuela Tomasella - Ospedale di Treviso, Luigina Triches - Ospedale di Belluno

Per la collaborazione per la Cardiochirurgia: Prof. Gino Gerosa, Direttore della Cardiochirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Padova; Dott. Cosimo Guglielmi, Dirigente Medico della Cardiochirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Padova

Capitolo 8 - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO: Sira Bizzotto - Ospedale di Treviso ed Oderzo, Maria Grazia Lazzarin - Ospedale di Mestre e Venezia, Giovanni Milan - Ospedale di Castelfranco Veneto, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Emanuela Tomasella - Ospedale di Treviso, Luigina Triches - Ospedale di Belluno

Capitolo 9 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE: Graziana Aguzzi - Ospedale di Legnago, Maria Pia Beltrame - Ospedale di Adria, Lucia Calgaro - Ospedale di San Donà, Milvia Marchiori - Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'attesa, Sicurezza del paziente, Sabrina Marconato - Ospedale di Cittadella, Roberta Zannin - Ospedale di Feltre e Lamon

Capitolo 10 - MALATTIE DEL SISTEMA GENITO-URINARIO: Annalisa Gasparini - Ospedale di Treviso, Vincenza Paladin - Ospedale di Oderzo, Clelia Slaviero - Ospedale di Piove di Sacco, Marina Turchetto - Ospedale di Montebelluna, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 11 - COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO: Annalisa Gasparini - Ospedale di Treviso, Vincenza Paladin - Ospedale di Oderzo, Clelia Slaviero - Ospedale di Piove di Sacco, Marina Turchetto - Ospedale di Montebelluna, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 12 - MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO: Paolo Ancillotto - Casa di Cura di Abano Terme, Michela Bullo - Ospedale di Chioggia, Maria Grazia Carrer - Ospedale di Mestre, Annamaria Mussi - Ospedale di Monselice e Montagnana, Flavia Petrin - Casa di Cura Giovanni XXIII di Monastier, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Rosi Santantonio - Ospedale di Treviso

Capitolo 13 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO: Paolo Ancillotto - Casa di Cura di Abano Terme, Michela Bullo - Ospedale di Chioggia, Maria Grazia Carrer - Ospedale di Mestre, Annamaria Mussi - Ospedale di Monselice e Montagnana, Flavia Petrin - Casa di Cura Giovanni XXIII di Monastier, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Rosi Santantonio - Ospedale di Treviso

Capitolo 14 - MALFORMAZIONI CONGENITE: Annalisa Gasparini - Ospedale di Treviso, Vincenza Paladin - Ospedale di Oderzo, Clelia Slaviero - Ospedale di Piove di Sacco, Marina Turchetto - Ospedale di Montebelluna, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 15 - ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE: Annalisa Gasparini - Ospedale di Treviso, Vincenza Paladin - Ospedale di Oderzo, Clelia Slaviero - Ospedale di Piove di Sacco, Marina Turchetto - Ospedale di Montebelluna, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Per la collaborazione per la Patologia perinatale: Prof. Eugenio Baraldi, Direttore della Patologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Azienda Ospedaliera di Padova; Prof. Ezio Maria Padovani, Patologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona; Dott. Stefano Visentin, Direttore della Patologia Neonatale con Terapia Intensiva dell'Ospedale di Treviso

Capitolo 16 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI: Daniele Donato - Azienda Ospedaliera di Padova, Giovanna Ghirlanda - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Milvia Marchiori - Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'attesa, Sicurezza del paziente, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Clelia Slaviero - Ospedale di Piove di Sacco, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Capitolo 17 - TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI: Graziana Aguzzi - Ospedale di Legnago, Maria Pia Beltrame - Ospedale di Adria, Lucia Calgaro - Ospedale di San Donà, Milvia Marchiori - Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'attesa, Sicurezza del paziente, Sabrina Marconato - Ospedale di Cittadella, Roberta Zannin - Ospedale di Feltre e Lamon

Capitolo 18 - CODICI V: CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI: Graziana Aguzzi - Ospedale di Legnago, Maria Pia Beltrame - Ospedale di Adria, Lucia Calgaro - Ospedale di San Donà, Milvia Marchiori - Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'attesa, Sicurezza del paziente, Sabrina Marconato - Ospedale di Cittadella, Roberta Zannin - Ospedale di Feltre e Lamon

APPENDICE 1: MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA, LUNGODEGENZA: Paolo Boldrini - Ospedale di Treviso, Oderzo e Motta di Livenza, Claudio Bulighin - Casa di Cura Dott. Pederzoli, Riccardo Dalle Grave - Casa di Cura Villa Garda, Andrea Martinuzzi - Istituto La Nostra Famiglia di Pieve di Soligo e Conegliano, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Arianna Sandre - Ospedale Riabilitativo di Motta di Livenza, Raffaele Zanella - Ospedale di Belluno, Agordo, Pieve di Cadore e Auronzo di Cadore

APPENDICE 2: TERAPIA ANTALGICA: Marco Brusaferrò - Ospedale di Rovigo, Sofia Cantarelli - Ospedale San Bonifacio Verona, Maria Grazia Carrer - Ospedale di Mestre e Venezia, Maria Grazia Lazzarin - Ospedale di Mestre e Venezia, Milvia Marchiori - Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'attesa, Sicurezza del paziente,

APPENDICE 3: TESSUTI DA BANCA ED ATTIVITA' DI TRAPIANTOLOGIA: Daniele Donato - Azienda Ospedaliera di Padova, Giovanna Ghirlanda - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Milvia Marchiori - Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'attesa, Sicurezza del paziente, Stefano Rocco - Ospedale di Mestre e Venezia, Clelia Slaviero - Ospedale di Piove di Sacco, Emanuela Zilli - Ospedale di Treviso ed Oderzo

Riferimenti normativi

La stesura del manuale si è avvalsa di una revisione critica ed analitica di quanto descritto in pubblicazioni ministeriali, regionali o di enti sanitari pubblici, integrata da contributi originali riguardanti prevalentemente le specificità dell'attività ospedaliera veneta.

In particolare, hanno avuto grande rilievo le fonti di seguito riportate:

-Deliberazione della Giunta Regionale n. 2715 del 24 dicembre 2012 *“Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)”*. Nota Regionale prot. n. 33970 del 23 gennaio 2013 *“Linee Guida di codifica della scheda di dimissione ospedaliera – revisione Anno 2013 (DGR n° 2715 del 24 dicembre 2012): Circolare esplicativa. Codifica ricoveri di Medicina Fisica e Riabilitazione”*;

-Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Risorse Socio Sanitarie n. 48 del 24 agosto 2010 *“Aggiornamento della disciplina del flusso informativo “Scheda di Dimissione Ospedaliera” e dei tracciati record”*. Nota Regionale prot. n. 518700 del 04.10.2010 *“Decreto 48, del 24/08/2010, del Dirigente della Direzione Risorse Socio-Sanitarie: Indicazioni operative”*;

-Deliberazione della Giunta Regionale n. 4277 del 29 dicembre 2009 *“Diagnosis Related Groups – dgr da considerare ad “alto rischio di inappropriatazza” se erogati in regime di degenza diurna. Definizione valore percentuale/soglia di ammissibilità dei drg e adempimenti conseguenti”*;

-Guida ai DRG edizione 2009 di Marino Nonis, Enrico Rosati *“Manuale pratico per il corretto utilizzo della versione 24.0 del sistema CMS-DRG e della corrispondente ICD-9-CM (USA, FY 2007)”*;

-Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Dipartimento della qualità - Circolare Ministeriale del 23 ottobre 2008 *“Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)”*;

-Ministero della Salute *“Progetto Mattoni SSN. Evoluzione del sistema DRG nazionale. Adeguamento del contenuto SDO alle nuove necessità, 11 Luglio 2007”*;

-Decreto del Segretario Regionale Sanità e Sociale Regione Veneto n. 32 del 19 dicembre 2005 *“Linee guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera dei ricoveri ordinari”*;

-Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici del sistema *“Aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), di cui all’Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002”*;

-Ministero della Sanità - Dipartimento della Programmazione - D.M. n. 380 del 27 ottobre 2000 *“Regolamento recante l’aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati”*.

LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA PRINCIPI GENERALI E RESPONSABILITÀ

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

La scheda di dimissione ospedaliera (in seguito "SDO") costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale (DM 28.12.1991 "Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera").

La SDO costituisce "una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa" (Linee guida ministeriali 17.6.1992 "La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D.M. 28.12.1991").

Ne consegue che il medico dimettente deve tenere in considerazione, nel compilare la SDO, l'intero percorso diagnostico e terapeutico del paziente e non limitarsi a segnalare le diagnosi trattate e gli interventi o procedure effettuati nella propria Unità Operativa.

La compilazione della SDO e la codifica delle informazioni in essa contenute vanno effettuate nel rigoroso rispetto delle linee guida nazionali e regionali. Dalle regole di codifica della SDO che verranno presentate successivamente si evince che, a differenza della relazione clinica finale riportata in cartella clinica, l'inserimento nella SDO della Diagnosi Principale e delle Diagnosi Secondarie obbedisce ad altri e specifici criteri; ne deriva che le diagnosi che compaiono sulla SDO possono essere non completamente esaustive e coincidenti con la suddetta relazione clinica finale (lettera di dimissione).

La responsabilità della corretta compilazione della SDO è in capo al medico dimettente; la SDO reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'Unità Operativa dalla quale il paziente è dimesso (art. 2 c. 3 del D.M. 380 del 27.10.2000: "Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati").

La compilazione della SDO deve essere effettuata nel minore tempo possibile dopo la dimissione del paziente.

Il Direttore Medico di Presidio/Direttore Sanitario dell'Istituto di Cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO e dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate (art. 2 c. 4 del D.M. 380 del 27.10.2000).

INTRODUZIONE AL MANUALE ICD-9_CM

LA CLASSIFICAZIONE ICD-9_CM 2007

La Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche (ICD-9_CM, attuale versione 2007) deriva dalla Classificazione ICD-9 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è il sistema da utilizzare per la codifica delle informazioni cliniche, quali diagnosi, interventi chirurgici e procedure diagnostico-terapeutiche, contenute nella SDO attraverso codici numerici o alfa-numerici.

I caratteri fondamentali dell'ICD-9_CM 2007 sono i seguenti:

-**esaustività**: tutte le entità trovano una loro collocazione, più o meno specifica, entro i raggruppamenti finali della classificazione;

-**mutua esclusività**: ciascuna entità è classificabile soltanto in uno dei raggruppamenti finali della classificazione;

-la **specificità dei raggruppamenti** in ragione della rilevanza delle entità nosologiche dal punto di vista della sanità pubblica: le entità nosologiche di particolare importanza per la sanità pubblica o che si verificano con maggiore frequenza sono individuate da una specifica categoria; tutte le altre sono raggruppate in categorie non strettamente specifiche che comprendono condizioni differenti, benché tra loro correlate.

La struttura della classificazione è determinata da due assi principali, l'eziologia e la sede anatomica.

La maggior parte dei codici ICD-9_CM 2007 è di tipo numerico, mentre le classificazioni supplementari contengono codici alfanumerici. Tutti sono composti da tre, quattro o cinque caratteri ed ognuno ha una specifica descrizione. In particolare, i codici presenti nell'ICD-9_CM 2007 relativi alle diagnosi sono costituiti da caratteri numerici o alfanumerici, in numero di tre, quattro o cinque; quando sono necessari più di tre caratteri, un punto decimale è interposto tra il terzo e il quarto carattere. I codici relativi alle procedure sono costituiti esclusivamente da caratteri numerici, in numero di due, tre o quattro, con un punto decimale interposto tra il secondo e il terzo carattere.

LA STRUTTURA DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9_CM 2007

Il sistema ICD-9_CM 2007 contiene due classificazioni, una per le malattie ed una per le procedure, ciascuna delle quali è costituita da un indice alfabetico e da un elenco sistematico; si configurano così le seguenti quattro sezioni:

-**indice alfabetico** delle malattie e dei traumatismi;

-**elenco sistematico** delle malattie e dei traumatismi;

-**indice alfabetico** degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche;

-**elenco sistematico** degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Sono, inoltre, presenti due classificazioni supplementari:

-la classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (**codici V**);

-la classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento (**codici E**).

L'indice alfabetico e l'elenco sistematico delle due classificazioni sono concepiti per integrarsi a vicenda: i singoli termini clinici, di patologia o procedura, si ricercano negli indici alfabetici e la correttezza dei codici attribuiti viene quindi verificata con tutte le indicazioni accessorie riportate nei relativi elenchi sistematici.

L'utilizzo del solo indice alfabetico o del solo elenco sistematico può determinare errori nell'individuazione del codice ed insufficiente specificità nella selezione dello stesso.

L'INDICE ALFABETICO DELLE MALATTIE E DEI TRAUMATISMI

L'indice alfabetico deve essere utilizzato per primo nelle operazioni di codifica. Esso contiene una lista alfabetica delle malattie, dei traumatismi, dei sintomi e delle altre cause di ricorso ai servizi sanitari (codici V). Comprende, inoltre, classificazioni specifiche relative a tumori e ipertensione arteriosa.

Organizzazione dell'indice alfabetico

Una formulazione diagnostica è abitualmente composta da due parti: un termine principale (scritto in grassetto) ed uno o più modificatori. I termini principali ed i modificatori forniscono al codificatore informazioni specifiche sulle diagnosi, le condizioni, i sintomi ed altre circostanze attinenti il contatto con il medico o la struttura.

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

Di seguito sono riportati alcuni esempi:

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

I **modificatori** (sotto-voci) sono dei termini elencati al fine di fornire al codificatore delle informazioni aggiuntive. L'indice alfabetico li riporta, al di sotto del termine principale, in parentesi o rientrati. Quando sono richiesti due codici per indicare sia l'eziologia che la manifestazione clinica di una malattia, il codice della manifestazione appare fra parentesi, per esempio, cataratta diabetica: cod. 250.5_ *Diabete con complicazioni oculari* [366.41 *Cataratta diabetica*].

L'ELENCO SISTEMATICO DELLE MALATTIE E TRAUMATISMI

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

L'elenco sistematico comprende:

1. la classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi;
2. la classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V, da V01 a V85);
3. la classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento (codici E, da E800 a E999).

La classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi

Comprende 17 capitoli, dei quali 10 sono dedicati a specifici organi o apparati anatomici, mentre gli altri 7 descrivono specifiche tipologie di condizioni che interessano l'intero organismo. Questa classificazione contiene unicamente codici numerici, compresi tra 001 e 999.9.

Di seguito è riportato l'elenco dei capitoli, con l'indicazione delle categorie ICD-9_CM 2007 comprese.

- **Capitolo 1:** Malattie infettive e parassitarie (001-139)
- **Capitolo 2:** Tumori (140-239)
- **Capitolo 3:** Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari (240-279)
- **Capitolo 4:** Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)
- **Capitolo 5:** Disturbi mentali (290-319)
- **Capitolo 6:** Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)
- **Capitolo 7:** Malattie del sistema circolatorio (390-459)
- **Capitolo 8:** Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)
- **Capitolo 9:** Malattie dell'apparato digerente (520-579)
- **Capitolo 10:** Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)
- **Capitolo 11:** Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)
- **Capitolo 12:** Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)
- **Capitolo 13:** Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)
- **Capitolo 14:** Malformazioni congenite (740-759)
- **Capitolo 15:** Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)
- **Capitolo 16:** Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)
- **Capitolo 17:** Traumatismi e avvelenamenti (800-999)

Organizzazione dell'elenco sistematico

Ogni capitolo comprende un gruppo di codici che classificano le malattie attinenti uno stesso apparato anatomico oppure una stessa tipologia clinica.

Ciascuno dei 17 capitoli è articolato in:

- Blocco:** insieme di condizioni tra loro strettamente correlate (ad es. malattie infettive intestinali, 001-009);
- Categoria:** codici a tre caratteri, alcuni dei quali molto specifici e non ulteriormente suddivisibili (ad es. cod. 462 *Faringite acuta*), mentre altri sono ulteriormente suddivisi, con l'aggiunta di un quarto carattere dopo il punto decimale;

-Sotto-categoria: codici a quattro caratteri; il quarto carattere fornisce ulteriore specificità o informazione relativamente ad eziologia, localizzazione o manifestazione clinica; quando presenti, prevalgono rispetto ai codici a tre caratteri;

-Sotto-classificazione: codici a cinque caratteri; quando presenti prevalgono rispetto ai codici a tre e a quattro caratteri.

CODICI V

Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie

Questa classificazione è composta da codici alfanumerici che iniziano con la lettera V. Sono usati per descrivere le circostanze, diverse da malattie e traumatismi, ma che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute del paziente.

I codici V possono essere utilizzati per codificare: problemi clinici, servizi erogati o circostanze particolari.

Problemi clinici: i codici V possono essere utilizzati per codificare un problema clinico che influenza lo stato di salute del paziente, ma che non è una malattia o un traumatismo (es. V14.2 *Anamnesi personale di allergia a sulfamidici*). In tali casi lo specifico problema clinico deve essere riportato nella SDO e codificato con i codici V solo se esercita una effettiva influenza sul trattamento erogato al paziente nel corso del ricovero.

Servizi erogati: i codici V descrivono quelle circostanze che prevedono specifici trattamenti in regime di ricovero; un esempio di tali circostanze è rappresentato da un paziente portatore di una neoplasia già diagnosticata, che è ricoverato per essere sottoposto a chemioterapia o a radioterapia.

Altre circostanze: i codici V descrivono circostanze diverse dai problemi clinici o dai servizi erogati, che influenzano comunque l'andamento del ricovero; un esempio è rappresentato dall'utilizzo dei codici V per identificare la gemellarità nell'esito del parto. I codici V possono essere utilizzati sia per la codifica della diagnosi principale, che delle diagnosi secondarie, nel rispetto delle regole relative alla selezione della diagnosi principale. Le complicazioni, laddove presenti, devono essere codificate utilizzando le categorie numeriche e non i codici V.

CODICI E

La Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento

I codici E, di tipo alfanumerico, consentono di descrivere gli eventi, le circostanze e le condizioni che rappresentano le cause di traumatismo, avvelenamento e di altri effetti avversi. Costituiscono una classificazione supplementare che ha l'obiettivo di migliorare la capacità descrittiva dei codici di diagnosi ICD-9_CM 2007.

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

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

Alcune delle più importanti categorie di codici E includono ad esempio: incidenti da trasporto, avvelenamento da farmaci, cadute accidentali, incidenti causati da fuoco e fiamme, incidenti determinati da eventi naturali o fattori ambientali, suicidi, omicidi, etc.

Per le indicazioni di codifica dei codici E si rimanda ai contenuti del paragrafo "Codici E" del cap. "Linee guida generali per la selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche".

PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Anche la classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche è costituita da un indice alfabetico e da un elenco sistematico di codici.

La struttura della classificazione delle procedure è prevalentemente basata sull'anatomia topografica piuttosto che sulle specialità chirurgiche.

Il sistema di codici utilizzato nella classificazione degli interventi chirurgici e delle procedure dell'ICD-9_CM 2007 è articolato in quattro caratteri numerici, dei quali i primi due identificano generalmente un organo, mentre il terzo e il quarto specificano la sede ed il tipo di intervento. In alcuni casi, i codici si limitano al terzo carattere, per descrivere interventi che non necessitano di ulteriori specificazioni. Il terzo e il quarto carattere sono separati dai primi due con un punto decimale.

Nella versione italiana 2007 della classificazione è stata introdotta una rubrica **00_** delle procedure, con codici da 00.0 a 00.93, utili a descrivere **interventi e procedure non classificati altrove**, ad esempio di radiologia e cardiologia interventistica o di chirurgia ortopedica su anca o ginocchio.

Le rubriche comprese fra **01 e 86** comprendono **interventi chirurgici maggiori, endoscopie e biopsie**.

Queste rubriche sono raggruppate in 15 sezioni, identificate sulla base del criterio anatomico (sede dell'intervento o della procedura).

Le rubriche comprese fra **87 e 99** comprendono **altre procedure diagnostiche e terapeutiche** e sono raggruppate sulla base della tipologia della procedura (specialità che di norma o nella maggior parte dei casi eroga la procedura stessa).

Le regole di base riportate per la codifica delle malattie e dei traumatismi sono valide anche per codificare le procedure. In particolare, l'indice alfabetico deve essere utilizzato per primo ed il codice individuato deve essere sempre verificato nell'elenco sistematico, che contiene le note relative alle condizioni di inclusione ed esclusione.

SPECIFICITÀ DELLA CODIFICA

I codici relativi alle diagnosi ed alle procedure devono essere utilizzati al livello di specificità più elevato possibile, in particolare:

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

CODICI RELATIVI AD ALTRE CONDIZIONI E CONDIZIONI NON SPECIFICATE

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

I codici individuati dalla sigla NIA devono essere utilizzati quando l'informazione disponibile individua una specifica condizione ma nella classificazione ICD-9_CM 2007 non è disponibile un codice specifico per la condizione stessa.

I codici identificati dalla sigla SAI devono essere utilizzati quando l'informazione riportata nella SDO non consente l'utilizzo di un codice più specifico.

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

SIMBOLOGIA CONVENZIONALE

La classificazione ICD-9_CM 2007 utilizza modificatori, riferimenti, abbreviazioni, note, simboli, punteggiatura ed altre convenzioni di codifica finalizzati a facilitare l'attività del codificatore.

1. Simbologia convenzionale nell'indice alfabetico

1.1 Modificatori: forniscono ulteriori specificazioni al termine principale. Esistono due tipi di modificatori:

- essenziali: influiscono sulla selezione del codice; sono riportati al di sotto del termine principale. I codici corrispondenti devono essere utilizzati solo quando i termini da essi descritti sono esplicitamente riportati nella formulazione diagnostica da codificare;
- non essenziali: sono riportati tra parentesi, dopo il termine a cui si riferiscono. Questi modificatori non influiscono sulla scelta del codice.

1.2 Riferimenti incrociati: i riferimenti incrociati, riportati solo nell'indice alfabetico, aiutano a localizzare il codice. Ne esistono di tre tipi:

- vedi (v.): indirizza il codificatore verso un altro termine principale dell'indice alfabetico;
- vedi anche (v. anche): fornisce al codificatore la possibilità di verificare la classificazione di un ulteriore termine principale nell'indice alfabetico; sono di aiuto quando sotto il termine principale consultato per primo non sia riportata un'appropriata descrizione della diagnosi;
- vedi categoria: rimanda all'elenco sistematico, indicando una specifica categoria.

1.3 Note: l'indice alfabetico contiene note che definiscono termini, forniscono istruzioni alla codifica o illustrano eventuali sottoclassificazioni.

2. Simbologia convenzionale nell'elenco sistematico

2.1 Segni di interpunzione: nell'elenco sistematico sono utilizzati quattro tipi di segni:

- [] parentesi quadre: includono termini alternativi, sinonimi o frasi di spiegazione;
- () parentesi tonde: includono parole supplementari che possono essere o meno presenti nella formulazione diagnostica senza per questo influenzare l'attribuzione del codice;
- : due punti: i due punti sono usati per indicare un termine incompleto; uno o più dei modificatori che seguono i due punti sono necessari per poter attribuire un termine a una determinata categoria.

2.2 Note informative: l'elenco sistematico contiene anche note informative che descrivono il contenuto dei codici o forniscono istruzioni.

- La nota **"Incl."** definisce ulteriormente o chiarisce il contenuto del capitolo, blocco o delle categorie a tre, quattro, cinque caratteri, attraverso l'indicazione di termini separati, quali aggettivi modificatori, siti e condizioni;
- La nota **"Escl."** descrive le condizioni che non sono incluse nel codice ed è pertanto utilizzata per indirizzare il codificatore ad una corretta assegnazione dei codici; i termini di esclusione sono stampati in corsivo per essere maggiormente visibili;
- La nota **"Codificare prima"** è utilizzata per quei codici che non possono essere utilizzati per identificare la diagnosi principale. La nota richiede che la malattia sottostante (eziologia) sia codificata per prima;
- La nota **"Utilizzare un codice aggiuntivo (addizionale)"** segnala al codificatore la possibilità di utilizzare un codice aggiuntivo per fornire un'immagine più completa della diagnosi o delle procedure. Il codice aggiuntivo dovrebbe essere utilizzato quando l'informazione appropriata è riportata nella scheda di dimissione;
- La nota **"Codificare anche"** indica al codificatore la necessità di aggiungere un codice specifico per fornire informazioni maggiormente dettagliate riguardo alla condizione di base.

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

Abbreviazioni: sono contenute sia nell'indice alfabetico sia nell'elenco sistematico.

- **N.I.A. Non indicato altrove:** non tutte le condizioni hanno un proprio codice specifico; l'abbreviazione N.I.A. serve per codificare le condizioni che sono specificate nella SDO, ma per le quali nella classificazione non è riportato un codice specifico;
- **S.A.I. Senza altre indicazioni:** l'abbreviazione S.A.I., che è l'equivalente di non specificato, dovrebbe essere utilizzata soltanto quando il codificatore non dispone delle informazioni necessarie per codificare un termine in una categoria più specifica.

LINEE GUIDA GENERALI PER LA SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI, DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E/O PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI

Nella SDO vanno inseriti i codici della Diagnosi Principale e delle Diagnosi Secondarie (una o più).

CODICI COMBINATI

Si definisce codice combinato 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.

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.

Esempio:

- cod. 402.01 *Ipertensione maligna con insufficienza cardiaca congestizia*
- cod. 112.4 *Polmonite da Candida*
- cod. 493.12 *Asma intrinseca con riacutizzazione*

CODIFICA MULTIPLA

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

Il ricorso alla codifica multipla è richiesto 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, riportato fra parentesi [] nell'indice alfabetico del manuale ICD-9_CM 2007, non può essere utilizzato come DP.

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 DP.

Esempi:

- a) Nel caso di diagnosi di dimissione per sanguinamento di varici esofagee in cirrosi alcolica vanno utilizzati:
 - DP: cod. 571.2 *Cirrosi epatica alcolica*
 - DS: cod. 456.20 *Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove*
- b) Nel caso di diagnosi di dimissione per gangrena in paziente diabetico vanno utilizzati:
 - DP: cod. 250.7_ *Diabete con complicazioni circolatorie periferiche*
 - DS: cod. 785.4 *Gangrena*

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 DS, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

Esempio:

Nel caso di diagnosi dimissione per consolidamento difettoso di frattura di arto inferiore vanno utilizzati:

DP: cod. 733.81 *Viziosa saldatura di frattura*

DS: cod. 905.4 *Postumi di frattura di arti inferiori*

I codici specifici di postumi sono i seguenti:

cod. 137._ *Postumi della tubercolosi*

Nota sulla codifica: questa categoria deve essere utilizzata per la codificazione dei postumi delle manifestazioni morbose classificate nelle categorie 010-018, che sono essi stessi classificati altrove. I "postumi" comprendono manifestazioni morbose specificate come tali o come sequele o come dovute a tubercolosi inattiva o di vecchia data senza evidenza di malattia in fase attiva.

cod. 138 *Postumi della poliomielite acuta*

Nota sulla codifica: questa categoria deve essere utilizzata per la codificazione dei postumi delle manifestazioni morbose classificate nella categoria 045, che è classificata altrove. I "postumi" comprendono manifestazioni morbose specificate come tali o come sequele o come dovute a poliomielite inattiva o di vecchia data senza evidenza di malattia in fase attiva.

cod. 139 *Postumi di altre malattie infettive e parassitarie*

Nota sulla codifica: questa categoria deve essere utilizzata per la codificazione dei postumi delle manifestazioni morbose classificate nelle categorie 001-009, 020-041, 046-136, che sono essi stessi classificati altrove. I "postumi" comprendono manifestazioni morbose specificate come tali o come sequele delle malattie classificabili nelle categorie sopracitate se è evidente che la malattia non è più presente da lungo tempo.

cod. 268.1 *Rachitismo, postumi*

Nota sulla codifica: questo cod. indica una qualsiasi condizione specificata come dovuta a rachitismo e condizione postuma o conseguenza del rachitismo. Va utilizzato un codice aggiuntivo per identificare la natura dell'effetto postumo.

cod. 326 *Postumi di ascesso intracranico o di infezione da piogeni*

Nota sulla codifica: questa categoria deve essere utilizzata per indicare condizioni patologiche la cui classificazione principale è 320-325 [escludendo 320.7, 321.0-321.8, 323.01-323.42, 323.61-323.72] come causa di postumi, essi stessi classificabili altrove. I "postumi" includono condizioni patologiche specificate come tali, o come sequela, che possono verificarsi in ogni momento successivo alla risoluzione della malattia causale. Vanno utilizzati codici aggiuntivi facoltativi per identificare manifestazioni come: idrocefalo (331.4) o paralisi (342.0-342.9, 344.0-344.9).

cod. 366.5 *Postumi di cataratta*

cod. 429.7 *Alcuni postumi di IMA non classificati altrove*

Nota sulla codifica: vanno utilizzati cod. aggiuntivi per identificare l'infarto miocardico associato: con esordio entro 8 settimane (410.00-410.92); con esordio oltre 8 settimane (414.8). Sono esclusi: difetti congeniti del cuore (745, 746), aneurisma coronarico (414.11), disfunzione del muscolo papillare (429.6, 429.81), sindrome postinfartuale (411.0), rottura di corde tendinee (429.5).

cod. 438._ *Postumi delle malattie cerebrovascolari*

Nota sulla codifica: questa categoria deve essere utilizzata per indicare manifestazioni morbose in 430-437 come la causa di postumi, essi stessi classificabili altrove. I "postumi" comprendono manifestazioni specificate come tali, o come conseguenza, che può verificarsi in qualsiasi momento dall'insorgenza della condizione iniziale.

cod. 572.8 *Altri postumi di malattie croniche del fegato*

cod. 905._ *Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo*

cod. 906._ *Postumi di traumatismi della pelle e del tessuto sottocutaneo*

cod. 907._ *Postumi di traumatismi del sistema nervoso*

cod. 908._ *Postumi di altri e non specificati traumatismi*

cod. 909._ *Postumi di altre e non specificate cause esterne*

Nota sulla codifica: nella quasi totalità dei casi, questi codici non possono essere reperiti nell'indice alfabetico alla voce "Postumo", né nelle sotto-voci (salvo eccezioni) del termine principale ("Tubercolosi", "Infarto miocardico", etc.), ma vanno ricercati nell'elenco sistematico, sia per apparato, sia nella categoria specifica dei postumi (da 905._ in poi).

SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE

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

La DP 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, per la codifica della DP, possono essere utilizzati i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel cap. 16 del manuale ICD-9_CM 2007 (cod. 780-799).

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

Si ricorda che i codici delle diagnosi racchiuse in parentesi quadre nell'elenco alfabetico del manuale ICD-9_CM 2007 non possono essere utilizzate come DP, fatte salve le eccezioni indicate nelle presenti linee guida.

In caso di decesso non va utilizzato il codice relativo all'arresto cardiaco (cod. 427.5 *Arresto cardiaco, arresto cardiorespiratorio*) ma bensì la patologia causa del decesso.

CONDIZIONI CRONICHE RIACUTIZZATE

Quando la stessa condizione è descritta sia come acuta (o subacuta) che come cronica e nell'indice alfabetico non è presente un codice specifico che descriva la forma riacutizzata, devono essere riportati entrambi i codici, indicando come diagnosi principale la forma acuta (o subacuta) qualora risponda ai criteri di selezione della DP.

Esempio:

Nel caso di diagnosi di dimissione per cistite cronica con riacutizzazione vanno utilizzati:

DP: cod. 595.0 *Cistite acuta*

DS: cod. 595.2 *Cistite cronica*

Se invece nell'elenco è indicato uno specifico codice che comprende sia la condizione acuta sia quella cronica va utilizzato solo questo.

Esempio:

Nel caso di diagnosi di dimissione per BPCO riacutizzata va utilizzato:

cod. 491.21 *Bronchite cronica ostruttiva con riacutizzazione*

OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE DI CONDIZIONI SOSPETTE

I codici compresi fra V71.0 e V71.9 *Osservazione e valutazione per sospetto di malattie morbose* devono essere utilizzati per la codifica della DP quando si sospetta una condizione anomala la quale, **in assenza di segni o sintomi**, richiede una specifica valutazione e al termine del ricovero risulta non essere confermata. Questi codici possono essere utilizzati in DS dopo il codice di segno o sintomo per evidenziare un sospetto di malattia.

Nota sulla codifica: questa categoria deve essere utilizzata per i casi che non presentano segni o sintomi di malattia e che non hanno una precedente diagnosi di malattia, ma che si sospetta abbiano una condizione patologica che però non è confermata dalle indagini eseguite.

Esempio:

Nel caso di ricovero per addensamento polmonare sospetto (accertamenti invasivi sospesi per condizioni cliniche, etc.) vanno utilizzati:

DP: cod. 518.89 *Altre malattie del polmone, non classificate altrove*

DS: cod. V71.1 *Osservazione per sospetto tumore maligno*

TRATTAMENTO NON ESEGUITO

Per le specifiche sull'utilizzo dei cod. V64._ si rimanda al cap. Codici V: Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari.

USTIONI MULTIPLE

Per le ustioni è prevista una classificazione, compresa nei codici: 940-949, che considera la sede, la gravità e l'estensione della superficie corporea interessata.

Quando le ustioni sono identificate come DP ed esse sono multiple, va riportato per primo il codice che descrive l'ustione di maggiore gravità.

Esempio:

Nel caso di diagnosi di dimissione per ustioni di III grado alla mano e al polso vanno utilizzati:

DP: cod. 944.38 *Perdita dell'epidermide e del derma [terzo grado SAI], sedi multiple del polso e della mano*

DS: cod. 948.00 *Ustione coinvolgente meno del 10% della superficie corporea, ustioni di terzo grado coinvolgenti meno del 10% della superficie corporea*

TRAUMI MULTIPLI

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

AVVELENAMENTI E INTOSSICAZIONI

Per la codifica di avvelenamenti ed intossicazioni si rimanda ai contenuti del cap. 17 Traumatismi ed avvelenamenti.

COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI CHIRURGICI O DI ALTRI TRATTAMENTI MEDICI E MALFUNZIONAMENTO DI DISPOSITIVI

Le complicanze di cure mediche o chirurgiche sono classificate con i codici da 996 a 999.

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico o a problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi, e le prestazioni erogate sono rivolte a risolvere tale complicazione, il codice relativo alla **complicazione** deve essere selezionato come DP.

Se la complicazione è classificata con i codici compresi fra 996 e 999, si può utilizzare un codice aggiuntivo per specificare la natura della complicazione.

Le complicanze di cure mediche o chirurgiche non devono essere classificate con i codici V.

Esempio:

Nel caso di ricovero per emorragia successiva a cistoscopia va utilizzato:

DP: cod. 998.11 *Emorragia complicante un intervento*

COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA

Per la codifica delle complicazioni della gravidanza si rimanda ai contenuti del cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

TUMORI

Per la selezione della DP, nelle diverse tipologie di ricovero dei pazienti oncologici, si rimanda alle regole riportate nel cap. 2 Tumori.

SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE

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

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere codificate. Quindi, per DS deve intendersi qualunque condizione diversa dalla DP che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico (vedi art. 5 dell'Allegato Tecnico al D.M. 380 del 27/10/2000).

La corretta individuazione delle DS 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 5 condizioni morbose, che rispondano ai criteri qui riportati di identificazione delle DS, 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 DS devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni isolate 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 codificate nella SDO. I codici del manuale ICD-9_CM 2007 relativi all'anamnesi (V10-V19 *Persone con rischi potenziali di malattia in relazione all'anamnesi personale e familiare*) possono essere utilizzati per codificare le DS solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero, fatte salve le eccezioni indicate nelle presenti linee guida.

CONDIZIONI ASSOCIATE ALLA MALATTIA PRINCIPALE

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

Nel caso, invece, in cui siano presenti condizioni che non sono ordinariamente associate alla **DP**, 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.

CODICI V

Questa classificazione è composta da codici alfanumerici che iniziano con la lettera V (V01-V82). I codici V si utilizzano per descrivere le circostanze, diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso ai servizi sanitari o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute del paziente.

I codici V vanno utilizzati per:

- motivi quali la donazione d'organo, somministrazione di vaccini, screening o consulto, motivi sociali
- specifici trattamenti o indagini particolari, quali sedute dialitiche, chemioterapiche, radioterapiche, riabilitative, palliative
- patologie pregresse
- ricovero per trattamento sanitario previsto e poi non eseguito
- nati vivi sani secondo il tipo di nascita (parto spontaneo, taglio cesareo)

Per ulteriori precisazioni sui codici V si rimanda al capitolo specifico.

CODICI E

I codici E, di tipo alfanumerico, consentono di descrivere gli eventi, le circostanze e le condizioni che rappresentano le cause di traumatismo, avvelenamento e di altri effetti avversi. Costituiscono una classificazione supplementare che ha l'obiettivo di migliorare la capacità descrittiva dei codici di diagnosi ICD-9_CM 2007, e **non devono pertanto mai essere utilizzati per descrivere la DP o la/le DS ma come diagnosi aggiuntive. Nella SDO va inserito un solo codice E, selezionando tra le varie possibilità quello maggiormente correlato con la DP.**

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

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

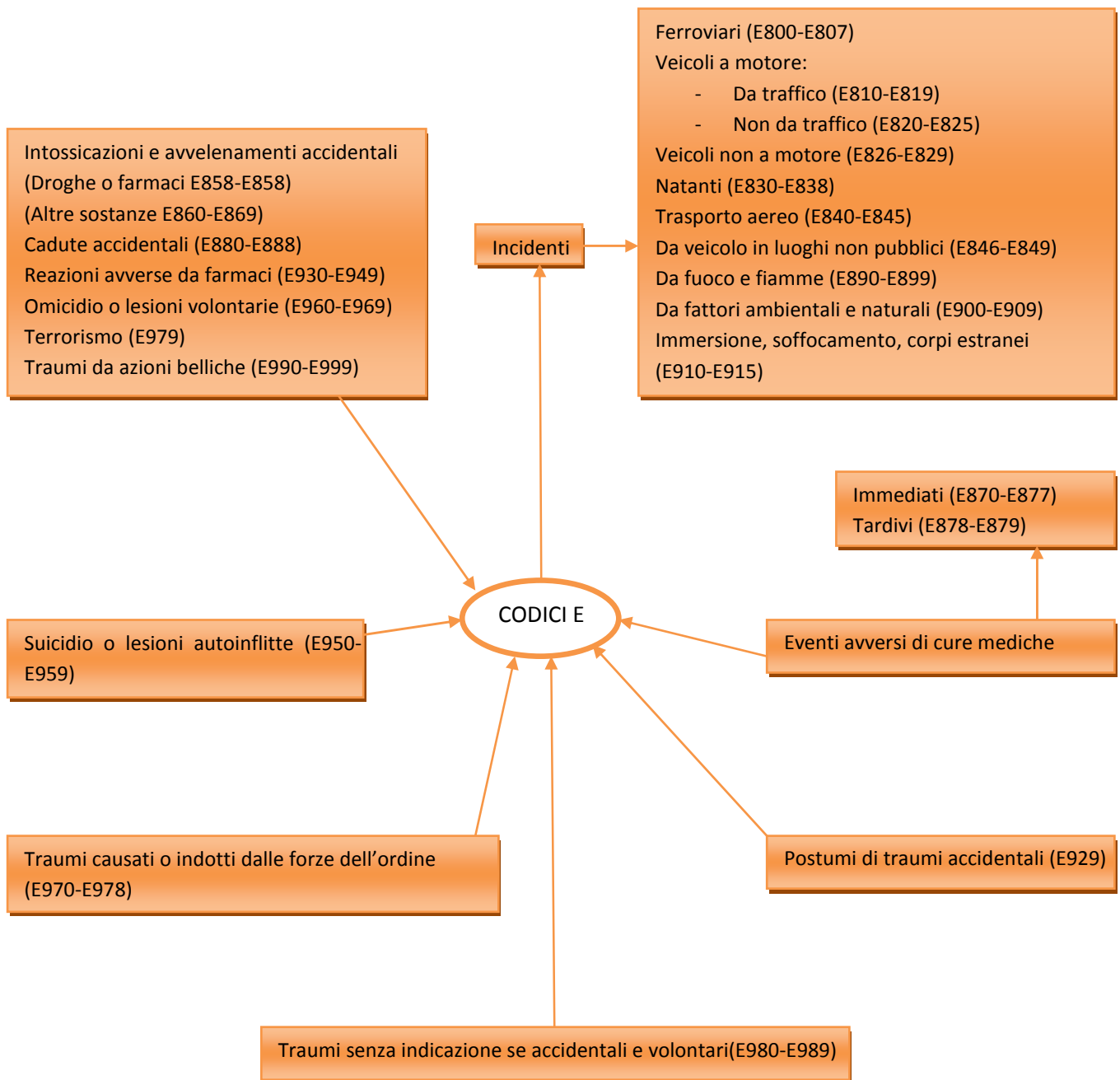
Alcune delle più importanti categorie di codici E includono ad esempio: incidenti da trasporto, avvelenamento da farmaci, cadute accidentali, incidenti causati da fuoco e fiamme, incidenti determinati da eventi naturali o fattori ambientali, suicidi, omicidi, etc. Le maggiori categorie possono essere così riassunte:

- Definizioni ed esempi relativi agli incidenti legati al trasporto: E800-E848
- Luogo dell'accadimento: E849
- Intossicazione accidentale da droghe, sostanze medicinali e sostanze biologiche: E850-E858
- Avvelenamento accidentale da altre sostanze solide e liquide, gas e vapori: E860-E869
- Incidenti in pazienti durante cure chirurgiche e mediche: E870-E876
- Procedure chirurgiche e mediche come causa di reazione anomala nel paziente o di un successivo incidente, senza evidenza di incidente al momento della procedura: E878-E879
- Cadute accidentali: E880-E888
- Incidenti causati da fuoco e fiamme: E890-E899
- Incidenti dovuti a fattori naturali e ambientali: E900-E909
- Incidenti causati da immersione, soffocamento e corpi estranei: E910-E915
- Altri incidenti: E916-E928
- Postumi di traumatismi accidentali: E929
- Farmaci, sostanze biologiche e medicamenti il cui uso terapeutico può provocare eventi avversi: E930-E949
- Suicidio e lesioni autoinflitte: E950-E959
- Omicidio e lesioni volutamente autoinflitte da altre persone: E960-E969
- Interventi legali: E970-E977
- Terrorismo: E979
- Traumatismo non specificato se inflitto accidentalmente o di proposito: E980-E989
- Trauma derivante da operazioni di guerra: E990-999

Nella SDO è presente il campo "traumatismi o intossicazioni"; quando tale campo viene compilato deve essere descritta anche la causa esterna tramite il codice E.

In caso di ricovero per postumi di trauma (cat. cod. 905-909 *Postumi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici ed altre cause esterne*) il campo "Traumatismi ed intossicazioni" non deve essere compilato.

Vedi anche paragrafo "Codici E" contenuto nel cap. Introduzione al manuale ICD-9_CM.



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

Nella SDO vanno inseriti l'intervento chirurgico principale e, se presenti, gli interventi/procedure ulteriori. Nel formato SDO adottato dalla Regione Veneto possono essere inseriti al massimo 6 interventi/procedure compreso il principale.

CODICI COMBINATI

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

Esempio:

cod. 72.31 *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.

Esempio: Intervento di applicazione di pace-maker permanente:

I/P: cod. 37.7_ *Inserzione iniziale di elettrodo*

I/P: cod. 37.8_ *Inserzione di PM permanente, iniziale o sostituzione*

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 es. cod. 47.19 *Altra appendicectomia in corso di altro intervento*).

Esempio: Intervento di appendicectomia in corso di ovariectomia per via laparoscopica:

I/P: cod. 65.31 *Ovariectomia laparoscopica monolaterale*

I/P: cod. 47.11 *Appendicectomia laparoscopica in corso di altro intervento*

Nota sulla codifica: l'espressione "codificare anche" viene utilizzata nel manuale ICD-9_CM 2007 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 nei soli casi in cui la completa descrizione ha rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse, mentre non è appropriata per i casi di procedure minori (ad es. escissione di lesioni cutanee).

Esempio: Intervento per ernia inguinale bilaterale:

I/P: cod. 531._ *Riparazione bilaterale di ernia inguinale*

Esempio: Intervento di protesi bilaterale di ginocchio:

I/P: cod. 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio (dx)*

I/P: cod. 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio (sn)*

DESCRIZIONE DELL'APPROCCIO CHIRURGICO ALL'INTERVENTO

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

Esempi:

I/P: cod. 51.22 *Colecistectomia*

I/P: cod. 51.23 *Colecistectomia per via laparoscopica*

I/P: cod. 51.88 *Rimozione endoscopica di calcoli del tratto biliare*

I/P: cod. 65.01 *Ovariectomia laparoscopica*

I/P: cod. 65.09 *Altra ovariectomia*

I/P: cod. 98.52 *Litotrissia extracorporea della colecisti e/o dotto biliare*

Nel caso non esista un codice che individui specificatamente 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).

Quando un intervento chirurgico, inizialmente avviato per via laparoscopia, toracosopia od artroscopica, viene successivamente convertito a cielo aperto l'intervento deve essere codificato utilizzando il cod. relativo alla procedura a cielo aperto, mentre tra le DS deve essere riportato il cod.: V64.41 *Intervento chirurgico per via laparoscopica convertito in intervento a cielo aperto*, V64.2 *Intervento chirurgico per via toracosopica convertito in intervento a cielo aperto*, V64.43 *Intervento chirurgico per via artroscopica convertito in intervento a cielo aperto*.

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 che ha implicato il maggiore consumo di risorse.

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

- a. in presenza di più interventi chirurgici, va selezionato e codificato come principale quello maggiormente correlato alla DP di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il **maggiore peso assistenziale** ed il **maggiore consumo di risorse** (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, etc.);
- b. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, vanno codificati sempre prima gli interventi chirurgici;
- c. quando sulla cartella clinica sono indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la SDO, tenendo comunque conto del seguente **ordine decrescente di priorità**:
 - interventi chirurgici a cielo aperto;
 - interventi per via endoscopica e/o laparoscopica;
 - procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):
 - cod. 87.53 *Colangiografia intraoperatoria*;
 - cod. 88.52 *Angiocardigrafia nel cuore destro*;
 - cod. 88.53 *Angiocardigrafia nel cuore sinistro*;
 - cod. 88.54 *Angiocardigrafia combinata nel cuore destro e sinistro*;
 - cod. 88.55 *Arteriografia coronarica con catetere singolo*;
 - cod. 88.56 *Arteriografia coronarica con catetere doppio*;
 - cod. 88.57 *Altra e non specificata arteriografia coronarica*;
 - cod. 88.58 *Roentgenografia cardiaca con contrasto negativo*;
 - cod. 92.27 *Impianto o inserzione di elementi radioattivi*;
 - cod. 92.3 *Radiochirurgia stereotassica*;
 - cod. 92.31 *Radiochirurgia fotonica a sorgente singola*;
 - cod. 92.32 *Radiochirurgia fotonica multi sorgente*;
 - cod. 92.33 *Radiochirurgia particolare*;
 - cod. 92.39 *Radiochirurgia stereotassica NIA*;
 - cod. 94.61 *Riabilitazione da alcool*;
 - cod. 94.63 *Disintossicazione e riabilitazione da alcool*;
 - cod. 94.64 *Riabilitazione da farmaci*;
 - cod. 94.66 *Disintossicazione e riabilitazione da farmaci*;
 - cod. 94.67 *Riabilitazione combinata da alcool e farmaci*;

- cod. 94.69 *Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci;*
 - cod. 95.04 *Esame dell'occhio sotto anestesia;*
 - cod. 96.70 *Ventilazione meccanica continua, durata non specificata;*
 - cod. 96.71 *Ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive;*
 - cod. 96.72 *Ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più;*
 - cod. 98.51 *Litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica;*
 - cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico;*
- procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (ad es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica);
 - procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore (cod. da 01._ a 86._) (ad es. gastroscopia);
 - altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore (cod. da 87._ a 99._), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, RMN, radioterapia, etc.).

UTILIZZO DI ROBOT NELL'ATTO CHIRURGICO

Va utilizzato il codice supplementare di intervento compreso tra 00.31 e 00.39 per evidenziare l'utilizzo del robot nell'atto chirurgico.

Esempio:

DP: cod. 198.0 *Tumori maligni del rene eccetto la pelvi*

I/P: cod. 55.4 *Nefrectomia parziale*

I/P: cod. 00.39 *Altra chirurgia computer assistita*

BIOPSIE

Il prelievo biotipico e l'analisi del materiale istologico prelevato nel corso di un intervento chirurgico non necessita di una specifica 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 è atteso 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 che individua sia la biopsia sia l'approccio utilizzato. In alcune situazioni, tuttavia, qualora non sia disponibile un codice combinato si devono osservare le seguenti regole:

- se si tratta di una biopsia endoscopica, è necessario riportare sia il codice dell'endoscopia, come procedura principale, sia quello della biopsia, come procedura associata;
- se si tratta 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.

Biopsia osteomidollare

Le biopsie osteomidollari effettuate per via percutanea con agoaspirazione vanno codificate con:

I/P: cod. 41.31 *Biopsia del midollo osseo*

Biopsia dell'osso (a cielo aperto)

Le biopsie dell'osso a cielo aperto vanno codificate con:

I/P: cod. 77.4_ *Biopsia dell'osso*

Nota sulla codifica: il cod. 77.40 *Biopsia dell'osso, sede non specificata* non dovrebbe mai essere utilizzato.

Biopsia stereotassica

La biopsia stereotassica cerebrale va codificata con:

I/P: cod. 01.13 *Biopsia [per cutanea] [agobiopsia] di lesione cerebrale (mediante foro di trapanazione con metodo stereotassico)*

I/P: cod. 01.18 *Altre procedure diagnostiche sul cervello e sulle meningi cerebrali*

PRESTAZIONI RICEVUTE IN OSPEDALI DIVERSI DA QUELLO DI RICOVERO

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

Gli interventi effettuati vanno codificati dalla struttura presso la quale il paziente è in degenza: in tal caso, però, uno dei campi relativi alle diagnosi secondarie deve anche riportare il codice V63.8 *Indisponibilità di altri servizi medici*.

Ovviamente, la struttura che eroga le prestazioni suddette non deve redigere la Scheda di Dimissione Ospedaliera.

La presente regola di codifica si applica per interventi e procedure erogabili sia in regime ambulatoriale (ad es. le prestazioni di medicina nucleare, RMN, TAC, consulenza specialistica), sia in regime di ricovero (ad es. alcune prestazioni di radiologia e cardiologia invasiva).

Si ricorda, infine, che nella SDO va compilato correttamente il campo relativo al "codice dell'istituto" che ha erogato la prestazione.

SETTING ASSISTENZIALE

Va prestata attenzione alle valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale selezionato, in quanto a parità di qualità di prestazione erogata e a parità di standard di sicurezza per il paziente e per l'operatore, va selezionato il regime assistenziale a minore consumo di risorse.

Per le prestazioni che sono riconducibili anche a regime ambulatoriale, qualora la scelta del regime assistenziale sia quella del ricovero, nella cartella clinica dovranno risultare chiaramente documentati sia i criteri legati all'intervento, clinici o assistenziali, sia l'assistenza post-intervento, che hanno motivato il ricorso al regime di ricovero.

Va prestata, inoltre, attenzione alle valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale selezionato, in quanto i ricoveri ordinari e diurni a scopo diagnostico risultano tra gli indicatori da monitorare essendo a rischio di non appropriatezza.

CAPITOLO 1 MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (001-139)

Il capitolo primo comprende le categorie da 001 a 139, così suddivise:

- Malattie infettive intestinali: 001-009
- Tubercolosi: 010-018
- Malattie batteriche trasmesse da animali: 020-027
- Altre malattie batteriche: 030-041
- Infezioni da HIV: 042
- Poliomielite e altre malattie virali del S.N.C. non trasmesse da artropodi: 045-049
- Malattie virali con esantema: 050-057
- Malattie virali da artropodi: 060-066
- Altre malattie da virus e clamidia: 070-079
- Rickettsiosi e altre malattie trasmesse da artropodi: 080-088
- Sifilide e altre malattie veneree: 090-099
- Altre malattie da spirochete: 100-104
- Micosi: 110-118
- Elmintiasi: 120-129
- Altre malattie infettive e parassitarie: 130-136
- Postumi di malattie infettive e parassitarie: 137-139

La codifica della diagnosi di malattia infettiva deve essere specifica ed indicare quando possibile:

- il microrganismo responsabile;
- il sito d'infezione.

È da evitare l'utilizzo in **DP** e **DS** di cod. che:

- evidenziano alterazioni rilevate da **dati di laboratorio** (ad es. alterazioni emocromocitometriche, ipogammaglobulinemia, etc.), in quanto comuni a molte patologie infettive acute e quindi aspecifiche;
- inerenti manifestazioni quali le linfadenopatie locoregionali quando rappresentano reperti semeiologici di infezioni d'organo.

TUBERCOLOSI (cat. 010-018)

Esistono codici specifici per tipo di tubercolosi e sede anatomica; la quinta cifra è prevista per indicare il metodo usato per porre diagnosi di tubercolosi:

- cod. 01_._0 *non specificato*;
- cod. 01_._1 *esame batteriologico o istologico non eseguito*;
- cod. 01_._2 *esame batteriologico o istologico eseguito, ma con risultato non disponibile*;
- cod. 01_._3 *esame microscopico positivo (in espettorato)*;
- cod. 01_._4 *esame microscopico negativo (in espettorato), ma con esame culturale positivo*;
- cod. 01_._5 *esame batteriologico negativo (in espettorato), ma tubercolosi confermata istologicamente*;
- cod. 01_._6 *esame batteriologico o istologico negativo (in espettorato), ma tubercolosi confermata con altri metodi*.

SETTICEMIA, SIRS, SEPSI, SEPSI SEVERA, SHOCK SETTICO

I termini setticemia e sepsi non sono sinonimi. A tale fine si precisa quanto segue.

Setticemia (cat. 038)

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

La categoria è ulteriormente specificata dalla quarta e quinta cifra, ad indicare i microrganismi responsabili.

Nota sulla codifica: le setticemie sostenute da microrganismi (es. virus o criptococco, etc.) per i quali non sono previsti codici specifici devono essere rappresentate dal cod. 038.8_ *Altre forme di setticemia*.

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 precisa che per i codici della cat. 038 *Setticemia* va utilizzato un cod. aggiuntivo in caso di sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) (995.91-995.92).

Nota sulla codifica: per la corretta codifica della setticemia va consultato anche l'indice alfabetico.

Altre setticemie sono classificate con:

- cod. 112.5 *Candidiasi disseminata*
- cod. 054.5 *Setticemia erpetica*
- cod. 040.82 *Sindrome dello Shock tossico*

SIRS, sepsi, sepsi severa (995.9_)

SIRS

La SIRS (Sindrome da risposta infiammatoria sistemica) è una risposta sistemica dovuta a infezione, trauma/ustione o altro danno (ad es. neoplasia o pancreatite), caratterizzata da febbre, tachicardia, tachipnea e leucocitosi.

Sepsi

È la Sindrome da risposta infiammatoria sistemica conseguente ad un'infezione in atto.

Sepsi severa

È la sepsi associata a insufficienza acuta d'organo.

Note sulla codifica:

Nel caso di SIRS, sepsi, sepsi severa va codificata in DP la patologia di base, ad esempio infezione (DP: cod. 038._ *Setticemia* oppure cod. 112.5 *Candidiasi disseminata*), o il trauma, seguiti dalla sottocategoria cod. 995.9_.

Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il cod. 995.92 *Sepsi severa* ma il cod. 995.94 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo con disfunzione d'organo acuta*.

L'utilizzo dei cod. 995.92 *Sepsi severa* e 995.94 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo con disfunzione d'organo acuta* richiede l'uso di cod. aggiuntivi per descrivere l'insufficienza acuta d'organo.

Nel caso di SIRS, sepsi, sepsi severa associate ad infezione localizzata, ad esempio polmonite o cellulite, questa deve essere codificata con cod. aggiuntivi.

Shock settico (785.52)

Il cod. 785.52 *Shock settico* deve essere impiegato come cod. aggiuntivo in caso di sepsi severa.

Il cod. 040.82 *Sindrome dello shock tossico* deve essere impiegato come cod. aggiuntivo.

Setticemia neonatale (771.81)

Nel caso di utilizzo del cod. 771.81 *Setticemia (sepsi) del neonato* va utilizzato un cod. aggiuntivo per identificare il microrganismo (cod. 041.00-041.9).

AGENTE PATOGENO

Le infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041.___ Batteriche e 079.___ da Virus e Chlamydiae) sono diagnosi addizionali che vanno utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile.

Esempio:

Diagnosi di dimissione: Prostatite acuta da Streptococco gruppo A:

DP: cod. 601.0 Prostatite acuta

DS: cod. 041.01 Infezione streptococcica in condizioni morbose classificate altrove, streptococco gruppo A

I codici di questa categoria possono essere assegnati come DP solo quando la natura o il sito di infezione non sono specificati, oppure in quei rari casi in cui è così indicato nell'indice alfabetico (ad es. Infezione Batterica NIA).

Note sulla codifica: nel caso in cui l'agente patogeno sia noto, va riportato il cod. relativo tra le DS.

INFEZIONE DA HIV, VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA (COD. 042)

Nella classificazione ICD-9_CM 2007 l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana viene descritta con un unico cod. 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana* che comprende:

Sindrome da immunodeficienza acquisita

AIDS

Sindrome tipo-AIDS

Complesso collegato all'AIDS

ARC

Infezione da HIV, sintomatica

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

Esempi:

a) Nel caso di un paziente affetto da AIDS e ricoverato per appendicite acuta e contemporaneo riscontro di epatite C cronica la corretta codifica da riportare è la seguente:

DP: cod. 540._ *Appendicite acuta*

DS: cod. 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana*

DS: cod. 070.54 *Epatite C cronica senza coma epatico*

b) Lo stesso paziente nel quale il quadro di appendicite acuta è stato causato dalla localizzazione viscerale del sarcoma di Kaposi va classificato invece come segue:

DP: cod. 042 *Infezione da virus dell'immunodeficienza umana*

DS: cod. 176.3 *Infezione da Sarcoma di Kaposi – Tratto gastro-intestinale*

DS: cod. 540._ *Appendicite acuta*

DS: cod. 070.54 *Epatite C cronica senza coma epatico*

Lo stato di sieropositività asintomatico corrisponde al cod. V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)*.

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

Per la codifica di pazienti con **HIV** ricoverate per **gravidanza, parto o puerperio** si vedano le indicazioni contenute nel cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

I trattamenti con farmaci antiretrovirali

Si descrivono con:

I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*

I cod. della categoria **V09 Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci** possono essere utilizzati solo in DS per descrivere la resistenza ai farmaci in condizioni infettive specificate.

FEBBRE DEL NILO OCCIDENTALE (066.4__)

La Febbre del Nilo Occidentale (West Nile Fever) va codificata con i cod. specifici compresi fra 066.40 e 066.49.

EPATITE VIRALE (070.___)

In questa categoria la quarta e/o la quinta cifra descrivono l'agente eziologico e/o lo stato clinico; per tale motivo i singoli cod. sono completi ed esplicativi delle varie condizioni.

La quinta cifra per alcune sottocategorie identifica la presenza o meno di epatite Delta (es.: 070.30-070.33).

Non esistendo un cod. che identifichi univocamente i **postumi di epatite virale**, deve essere utilizzato il cod. 139.8 *Postumi di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie* appartenenti alle categorie del blocco *Postumi malattie infettive e parassitarie* (137-139), se è evidente che la malattia non è più presente da lungo tempo.

POSTUMI DELLE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

I postumi delle malattie infettive e parassitarie sono raggruppati nelle tre categorie:

cod. 137._ *Postumi della tubercolosi*

cod. 138 *Postumi della poliomielite acuta*

cod. 139._ *Postumi di altre malattie infettive e parassitarie*

Nota sulla codifica:

Per codificare i postumi sono necessari due cod.:

DP: la condizione residua o la natura del postumo

DS: la causa del postumo

Esempio:

Fibrosi polmonare in postumi di tubercolosi polmonare:

DP: cod. 515 *Fibrosi polmonare*

DS: cod. 137.0 *Postumi della tubercolosi dell'apparato respiratorio o non specificata*

STATO DI PORTATORE O PORTATORE SOSPETTO DI MALATTIE INFETTIVE

La condizione di portatore o portatore sospetto di malattie infettive specificate potrà essere segnalata utilizzando il cod. appropriato della categoria V02._ *Portatore o portatore sospetto di malattie infettive.*

INFEZIONI IN GRAVIDANZA, PARTO, PUERPERIO

Per le condizioni specifiche di malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio occorre fare riferimento al cap. 11 *Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.*

INFEZIONI NEL NEONATO

Per le condizioni specifiche di infezione neonatale occorre fare riferimento al cap. 15 *Altre condizioni morbose di origine perinatale.*

OSSERVAZIONE PER SOSPETTO DI MALATTIA

Si codifica con i seguenti cod.:

cod. V71.2 *Tubercolosi*

cod. V71.82 *Antrace*

cod. V71.83 *Altri agenti biologici*

cod. V71.89 *Condizione morbosa non specificata*

Il contatto o l'esposizione a virus della varicella va descritto con il cod. V01.71 *Contatto con o esposizione a varicella*; il contatto o l'esposizione ad altri virus va descritto con il cod. V01.79 *Contatto con o esposizione ad altre malattie virali.*

NECESSITÀ DI ISOLAMENTO DURANTE IL RICOVERO

Nel caso in cui durante il ricovero si verifichi la necessità di isolamento (ad es. per infezione da *Clostridium* o per *Scabbia*) va utilizzato il cod.:

DS: cod. V07.0 *Necessità di isolamento*

Per i casi di isolamento di pazienti con germi multiresistenti va utilizzato anche il cod.:

DS: cod. V09._ *Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci* (per indicare la resistenza ai farmaci in manifestazioni infettive specificate)

CAPITOLO 2 TUMORI (140-239)

REGOLE GENERALI DI CODIFICA

I codici da attribuire alle diagnosi di tumore sono riportati:

- nell'elenco sistematico delle malattie nei blocchi da 140 a 239;
- nell'indice alfabetico delle malattie alla voce "neoplasia" in una tavola sinottica dove le neoplasie sono elencate in ordine alfabetico e per sede.

Il secondo capitolo suddivide i tumori in:

- Tumori maligni: 140-208
- Tumori senza indicazione della sede: 199
- Tumori metastatici: sono codificati da 196-198; si utilizzano per codificare le patologie neoplastiche che si estendono oltre la sede di origine o per diretta estensione o attraverso metastasi a distanza
- Tumori benigni: 210-229
- Carcinomi in situ: 230-234
- Tumori a comportamento incerto: 235-238
- Tumori di natura non specificata: 239; questa categoria deve essere utilizzata per tutte quelle situazioni per cui non sia possibile una diagnosi definitiva né clinica né morfologica. È necessario porre attenzione a non confondere tali situazioni con le neoplasie di comportamento incerto

Nella sezione dei tumori maligni primitivi (da 140 a 195) la quarta cifra indica la parte anatomica dell'organo interessato dal tumore (ad es. cod. 151 *Tumori maligni dello stomaco*, cod. 151.0 *Tumori maligni del cardiac*).

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

Quando il punto di origine della neoplasia non può essere determinato, poiché il tumore primitivo si sovrappone al confine di due o più siti, si usa la quarta cifra uguale a 8 (altri siti specificati).

I sarcomi sono compresi nel capitolo dei tumori maligni del tessuto connettivo, dei tessuti molli e delle ossa; i cod. dei sarcomi di altri organi specifici vanno ricercati nei capitoli riguardanti i tumori maligni di vari organi ed apparati.

Codifica di alcune forme di displasia epiteliale di grado grave o severo

Per alcune situazioni cliniche relativamente frequenti di displasia epiteliale di grado grave o severo, istologicamente accertata, si ricorre all'uso dei cod. 230-234 *Carcinomi in situ*.

Esempi a tale riguardo sono costituiti dalla displasia grave/severa su polipi adenomatosi dell'apparato digerente o genitourinario (ulcera gastrica, rettocolite ulcerosa, morbo di Crohn, polipi vescicali, displasia della portio).

Tumori di comportamento incerto

I cod. relativi alla categoria *Tumori a comportamento incerto* (235._ - 238.9) sono da utilizzare solamente nei casi in cui il tumore sia **istologicamente** classificato di comportamento incerto.

Tumori di natura non specificata

I cod. relativi alla categoria *Tumori di natura non specificata* (239._) sono da utilizzare solamente nei casi in cui non si sia in possesso di una diagnosi istologica.

Questa categoria deve essere utilizzata per tutte quelle situazioni per cui non sia possibile una diagnosi definitiva né clinica né morfologica.

È necessario porre attenzione a non confondere tali situazioni con le neoplasie di comportamento incerto.

REGOLE GENERALI PER LA SELEZIONE E LA CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE

Di seguito si riportano le regole generali per la selezione e la codifica del tumore in DP.

- Quando il ricovero è finalizzato a trattare una neoplasia maligna, quest'ultima deve essere selezionata come DP salvo che il ricovero sia finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia (cod. V58.0 *Sessione di radioterapia*) o la chemioterapia (cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*) o l'immunoterapia (cod. V58.12 *Immunoterapia antineoplastica*); in tali casi la neoplasia maligna deve essere codificata come DS e la DP deve essere codificata con i cod. 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 DP la radioterapia (cod. V58.0 *Sessione di radioterapia*) o la chemioterapia (cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*) o l'immunoterapia (cod. V58.12 *Immunoterapia antineoplastica*).
- Quando il ricovero comporta il trattamento chirurgico di una neoplasia maligna, primitiva o secondaria, deve essere selezionata quale DP la neoplasia (anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia).
- Fatto salvo il setting assistenziale più appropriato, quando il ricovero ordinario è finalizzato alla diagnosi e alla stadiazione della neoplasia va selezionata come DP la neoplasia, anche se nel corso dello stesso sono state eseguite radioterapia o chemioterapia/immunoterapia, che dovranno essere codificate in DS.
- Quando il ricovero è esitato in decesso a causa della patologia stessa in DP va posto il tumore.
- 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 DP anche se la forma primitiva è ancora presente. Se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma metastatica, la DP deve essere codificata con V58.0 *Sessione di radioterapia* o V58.1_ *Chemioterapia e immunoterapia antineoplastiche*.
- 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 neoplasia pregressa deve essere segnalata in DS utilizzando il cod. V10._ *Anamnesi personale di tumore maligno*.
- Nel caso di ricoveri per tumori ematologici con ripresa di malattia, dopo remissione, il cod. di tumore va posto in DP.

Sede di insorgenza incerta

Quando un paziente è ricoverato per metastasi e la neoplasia primitiva non può essere identificata, la DP è la sede metastatica e la DS è rappresentata dal cod. 199.1 *Altri tumori maligni senza indicazione della sede*.

Metastasi diffuse da sede primitiva non specificata (che coinvolgono cioè almeno due sedi non contigue)

Se il trattamento non è diretto ad una specifica regione affetta da metastasi, va utilizzato come DP il cod. 199.0 *Tumori maligni disseminati senza indicazione della sede*.

Incertezza sul tumore maligno primitivo o secondario

Quando non è possibile determinare se un tumore maligno è primitivo o secondario, si presume che sia di **origine primitiva** (per la codifica quindi si usano i cod. che descrivono il tumore primitivo).

In caso di neoplasie epatiche la cui natura primaria o secondaria non sia specificata, si deve utilizzare il cod. 155.2 *Neoplasie maligne del fegato, non specificate come primarie o secondarie*. L'utilizzo di tale codice deve essere limitato ai soli casi in cui la natura primaria o secondaria del tumore non sia stata effettivamente chiarita.

Coesistenza di due o più tumori primitivi

Quando coesistono due o più tumori primitivi si codificano tutti utilizzando i cod. dei tumori primitivi, classificando come principale la neoplasia che ha assorbito la maggiore quota assistenziale.

Tumore interessante più sedi confinanti

I casi di tumori maligni estesi a sedi confinanti per i quali non sia possibile determinare il punto di origine devono essere classificati utilizzando la sottocategoria cod. __.8 come quarta cifra.

Esempi:

- cod. 157.8 *Carcinoma del tratto testa-corpo del pancreas*
- cod. 150.8 *Carcinoma dell'esofago cervico-toracico*

Tumori funzionalmente attivi

Nel caso di neoplasie funzionalmente attive che influenzano l'attività endocrina vanno utilizzati:

- DP: cod. relativo alla neoplasia
- DS: cod. relativo alla disfunzione endocrina

Cachessia neoplastica

La cachessia neoplastica va codificata:

- DP: codifica del tumore
- DS: cod. 799.4 *Cachessia*

Diagnosi casuale di tumore

Nel caso in cui un tumore venga casualmente diagnosticato durante un ricovero effettuato per altro motivo, si deve codificare come DP il tumore solo se rientra nei criteri di selezione della DP.

Recidiva locale

- DP: il cod. della recidiva
- DS: la progressa neoplasia con i codici della categoria V10. *Anamnesi personale di tumore maligno*

Metastasi senza recidiva locale della neoplasia

- DP: il cod. della metastasi
- DS: il cod. della progressa neoplasia con i cod. della categoria V10. *Anamnesi personale di tumore maligno*

Trattamento chirurgico per l'allargamento di un precedente intervento

Nel caso in cui il trattamento chirurgico consista nell'allargamento di un precedente intervento in cui sia stata asportata una neoplasia ad elevato grado di microinvasività in DP andrà posta la codifica della neoplasia stessa. Per la patologia della mammella si rimanda al contenuto del cap. 12 Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo.

Sindrome mielodisplastica

Per la Sindrome mielodisplastica vanno utilizzati i cod. della sottocategoria 238.7 *Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici*:

- cod. 238.71 *Trombocitemia essenziale*
- cod. 238.72 *Sindrome mielodisplastica con lesioni a basso grado*
- cod. 238.73 *Sindrome mielodisplastica con lesioni ad alto grado*
- cod. 238.74 *Sindrome mielodisplastica con delezione 5q*
- cod. 238.75 *Sindrome mielodisplastica, non specificata*
- cod. 238.76 *Mielofibrosi con metaplasia mieloide*
- cod. 238.79 *Altri tessuti linfatici ed ematopoietici*

Linfoma extranodale

In caso di diagnosi di linfoma di sede specificata extranodale occorre utilizzare il cod. di linfoma specificandone la tipologia anziché codificarlo come neoplasia solida.

Ad esempio, per indicare il linfoma gastrico primitivo associato al MALT (mucose associated lymphoid tissue) si utilizzerà il cod. 200.10 *Linfosarcoma, sito non specificato, organi solidi o sito extranodale* anziché codificarlo come neoplasia gastrica.

INTERVENTI/PROCEDURE**RADIOTERAPIA, CHEMIOTERAPIA E IMMUNOTERAPIA**

Quando un paziente viene ricoverato per essere sottoposto a radioterapia, chemioterapia o immunoterapia antineoplastica, la codifica delle diagnosi è la seguente:

a) in presenza di tumore primitivo o presenza di metastasi:

DP: cod. V58.0 *Sessione di radioterapia*

oppure

DP: cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*

Oppure

DP: cod. V58.12 *Immunoterapia antineoplastica*

DS: cod. di tumore

oppure

DS: cod. di metastasi

b) in assenza di tumore primitivo o assenza di metastasi:

DP: cod. V58.0 *Sessione di radioterapia*

oppure

DP: cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*

oppure

DP: cod. V58.12 *Immunoterapia antineoplastica*

DS: cod. V10. *Anamnesi personale di tumore maligno*

Per le procedure la codifica è la seguente:

I/P: cod. 92.2 *Radioterapia* (esclusi i cod. 92.20 – 92.27 – 92.28)

I/P: cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*

I/P: cod. 99.28 *Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici (Immunoterapia antineoplastica)*

Nota sulla codifica:

In caso di esecuzione nello stesso ricovero sia di radioterapia che di chemioterapia vanno utilizzati:

DP: codificare la radioterapia

DS: codificare la chemioterapia

Nota sulla codifica:

Il cod. di diagnosi V58.11 *Chemioterapia antineoplastica* va ugualmente utilizzato:

1. per terapie endocavitarie peritoneali, intrapleuriche, intravesicali (compreso BCG) e intrarachidee;
2. per indicare un ricovero finalizzato al trattamento farmacologico palliativo delle metastasi ossee quale la somministrazione endovenosa di bifosfonati.

Il cod. di procedura 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore (Iniezione o infusione di agenti antineoplastici; Chemioembolizzazione)* non va utilizzato per:

- impianto di agente chemioterapico (00.10)
- iniezione di radioisotopi (92.28)
- iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici (99.28)
- immunoterapia antineoplastica (00.15, 99.28)

ACCESSI VASCOLARI CENTRALI**INSERZIONE DI DISPOSITIVO TOTALMENTE IMPIANTABILE (PORT A CATH)**

Quando il ricovero è finalizzato all'inserzione di dispositivo totalmente impiantabile per successivo trattamento vanno utilizzati:

DP: cod. V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*

I/P: cod. 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile*

INSERZIONE DI DISPOSITIVO NON TOTALMENTE IMPIANTABILE O CATETERE CENTRALE TUNNELIZZATO (TIPO GROSHONG, HICKMAN, BROVIAC, QUINTON E PICC)

Quando il ricovero è finalizzato all'inserzione di dispositivo non totalmente impiantabile o catetere centrale tunnellizzato per successivo trattamento vanno utilizzati:

DP: cod. V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*

I/P: cod. 38.93 *Altro cateterismo venoso non classificato altrove*

Nota sulla codifica:

Qualora le procedure di confezionamento di accessi vascolari sono incidentali nel corso di un ricovero per chemioterapia, deve essere assegnato in DP il cod. V58.11 *Chemioterapia*.

Esempi:

a) Nel caso di un paziente affetto da carcinoma dell'esofago ricoverato per confezionamento di accesso vascolare totalmente impiantabile la codifica da riportare è la seguente:

DP: cod. V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*

DS: cod. 150._ *Carcinoma dell'esofago*

I/P: cod. 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile*

b) Nel caso di un paziente affetto da carcinoma dell'esofago ricoverato per confezionamento di accesso vascolare totalmente impiantabile e chemioterapia la codifica da riportare è la seguente:

DP: cod. V58.11 *Chemioterapia*

DS: cod. 150._ *Carcinoma dell'esofago*

DS: cod. V58.81 *Collocazione e sistemazione di catetere vascolare*

I/P: cod. 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile*

RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE

In caso di rimozione di un dispositivo di accesso vascolare collocato in un precedente ricovero vanno utilizzati:

DP: cod. V58.81 *Estrazione di catetere vascolare*

I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo se totalmente impiantabile*

I/P: cod. 97.89 *Rimozione di altro dispositivo terapeutico se non totalmente impiantabile o catetere centrale tunnellizzato*

INFEZIONE DEL DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE

In caso di rimozione di un dispositivo di accesso vascolare per infezione vanno utilizzati:

DP: cod. 996.62 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti vascolari*

I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo se totalmente impiantabile*

I/P: cod. 97.89 *Rimozione di altro dispositivo terapeutico se non totalmente impiantabile o catetere centrale tunnellizzato*

DISLOCAZIONE DEL DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE

In caso di rimozione di un dispositivo di accesso vascolare per dislocazione vanno utilizzati:

DP: cod. 996.1 *Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti e innesti vascolari*

I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo se totalmente impiantabile*

I/P: cod. 97.89 *Rimozione di altro dispositivo terapeutico se non totalmente impiantabile o catetere centrale tunnellizzato*

BRACHITERAPIA E TERAPIE RADIOMETABOLICHE

Nel caso di ricovero per l'esecuzione di brachiterapia o di terapie radiometaboliche vanno utilizzati:

DP: V58.0 *Sessione di radioterapia*

DS: cod. di tumore

I/P: a **seconda del trattamento effettuato** uno dei seguenti cod.:

cod. 92.20 *Infusione di radioisotopo per brachiterapia*

cod. 92.27 *Impianto di elementi radioattivi*

cod. 92.28 *Iniezione di radioisotopi*

Nota sulla codifica:

La presente 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, come riportato nelle linee guida nazionali.

CHEMIOEMBOLIZZAZIONE/CHEMIOTERAPIA LOCO-REGIONALE

In caso di ricovero per trattamento di tumore mediante embolizzazione (epatica, pancreatica, uterina) vanno indicati:

DP: cod. del tumore o della metastasi trattata
I/P: i seguenti cod.:
cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze*
cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*
per quelle epatiche va aggiunto anche:
cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato*

In caso di ricovero per trattamento di tumore mediante chemioembolizzazione (epatica, pancreatica, uterina) vanno indicati:

DP: cod. del tumore o della metastasi trattata
I/P: i seguenti cod.:
cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*
cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*
per quelle epatiche va aggiunto anche:
cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato*

Queste codifiche vanno utilizzate anche in caso di chemioterapia loco-regionale con accesso vascolare sotto guida angiografica.

TRATTAMENTO DI TUMORE EPATICO MEDIANTE ALCOLIZZAZIONE

In caso di ricovero per trattamento di tumore epatico mediante alcolizzazione vanno indicati:

DP: cod. del tumore o della metastasi trattata
I/P: cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato*
I/P: cod.99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*

STOP-FLOW METODICA

La metodica stop-flow viene utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico e prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale con attivazione della circolazione extracorporea.

In tali casi vanno indicati:

DP: il cod. V58.11 *Chemioterapia*
I/P: i seguenti cod.:
cod. 38.08 *Incisione di arterie dell'arto inferiore*
cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*
cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove*
cod. 39.97 *Altra perfusione*

TERMOABLAZIONE A RADIOFREQUENZA DI TUMORE

In caso di ricovero per il trattamento di tumore mediante termoablazione a radiofrequenza vanno indicati:

DP: cod. del tumore o della metastasi trattata
I/P: utilizzare i seguenti cod.:
per neoplasia epatica:
- cod. 50.23 *Ablazione di tessuto o lesione epatici (se ablazione aperta)*
- cod. 50.24 *Ablazione di tessuto o lesione epatici (se ablazione percutanea)*
- aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*
per neoplasia renale:

- cod. 55.32 se ablazione aperta
- cod. 55.33 se percutanea
- aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*
per neoplasia prostatica:
 - cod. 60.61 *Asportazione di lesione prostatica*
 - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*
- per neoplasia pancreaticata:
 - cod. 52.22 *Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico*
 - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*
- per neoplasia ossea:
 - cod. 77.6_ *Asportazione locale di lesione o tessuto osseo* (indicare con la quarta cifra la sede)
 - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*
- per neoplasia polmonare:
 - cod. 32.23 se ablazione a cielo aperto
 - cod. 32.24 *Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare*
 - aggiungere cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*

CRIOterapia PER ABLAZIONE DI TUMORE

Nel caso di impiego di crioterapia per l'ablazione di neoplasia, mancando un cod. specifico per questa prestazione, la codifica può essere la stessa della termoablazione omettendo il cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*.

TERAPIA PALLIATIVA

In caso di ricovero per **cure palliative** vanno indicati:

DP: cod. V66.7 *Cure palliative*

DS: la diagnosi di tumore

Il cod. V66.7 deve essere utilizzato come DP anche se è praticata una **chemioterapia palliativa**.

In caso di ricovero per l'esecuzione di **procedure palliative invasive** (ad es. toracentesi, paracentesi), vanno utilizzati:

DP: il cod. relativo alla patologia trattata (ad es. il cod. 789.5 *Ascite* o il cod. 511.8 *Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare*)

DS: il cod. della neoplasia primitiva (se presente) o metastatica o l'anamnesi di neoplasia, codice V (se non più presente)

I/P: 34.91 *Toracentesi*

oppure

I/P: cod. 54.91 *Drenaggio percutaneo addominale-paracentesi*

I/P: eventuali altri cod.

Quando il ricovero è finalizzato soltanto al trattamento di una complicanza dovuta al tumore stesso, la complicanza va codificata come DP (ostruzione, compressione, anemia, etc.) e la neoplasia o l'anamnesi di neoplasia (se non più presente) come DS.

Quando il ricovero è finalizzato soltanto al trattamento di altra patologia acuta, il cod. di neoplasia in DS può essere indicato solo se ricorrono i requisiti per la codifica delle DS.

TERAPIA DEL DOLORE ONCOLOGICO

In caso di ricovero per la terapia del dolore oncologico vanno indicati:

DP: il cod. 338.3 *Dolore correlato a neoplasia (sia acuto che cronico)*

I/P:

-in caso di confezionamento di dispositivo medico antalgico esterno alla cute: cod. 03.90 *Inserzione del catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*

oppure

-se si tratta di inserzione di pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea: cod. 86.06 *Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile*

FOLLOW UP DEI TUMORI

Fatto salvo il setting assistenziale più appropriato, qualora si effettui un ricovero per specifici controlli in pazienti già affetti da tumore maligno (codici V), tali cod. possono essere utilizzati in DP, in assenza di recidiva, fatte salve le eccezioni riportate nelle presenti linee guida (come quella indicata per il follow up del tumore alla vescica nel cap. 10 Malattie del sistema genitourinario).

RICOVERO PER SOSPETTO TUMORE MALIGNO

Nel caso di paziente ricoverato per sospetto tumore maligno, in assenza di precedente diagnosi di malattia tumorale, ove le indagini effettuate non consentano di formulare una diagnosi, va utilizzato in DP il cod. V71.1 *Osservazione per sospetto tumore maligno*.

ANAMNESI PERSONALE DI TUMORE MALIGNO

A fini epidemiologici si raccomanda di segnalare in DS la codifica di anamnesi personale di tumore maligno (V10._).

CAPITOLO 3

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

Il capitolo terzo comprende le categorie da 240 a 279, così suddivise:

- Disturbi della ghiandola tiroidea: 240-246
- Disturbi di altre ghiandole endocrine: 250-259
- Deficienze nutrizionali: 260-269
- Altri disturbi metabolici e immunitari: 270-279

DIABETE MELLITO

I 40 codici della categoria 250 classificano il diabete mellito: **cod. 250.____**

Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza (descritte nel cap. 11, che devono essere codificate utilizzando i cod. 648.0 *Diabete mellito complicante la gravidanza parto o puerperio* o 648.8 *Alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza parto o puerperio*):

- diabete senza menzione di complicanze: 250.0_
- complicanze metaboliche acute:
 - 250.1_ *Diabete con chetoacidosi*
 - 250.2_ *Diabete con iperosmolarità*
 - 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma*
- complicanze croniche o a lungo termine:
 - 250.4_ *Diabete con complicanze renali*
 - 250.5_ *Diabete con complicanze oculari*
 - 250.6_ *Diabete con complicanze neurologiche*
 - 250.7_ *Diabete con complicanze circolatorie periferiche*
 - 250.8_ *Diabete con altre complicanze specificate*
 - 250.9_ *Per diabete con complicazioni non specificate*

Il quinto carattere del cod. 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

Nelle note delle sottocategorie si raccomanda di segnalare, nel caso di utilizzo associato (attuale) di insulina a lungo termine, il cod. V58.67 *Uso a lungo termine (in corso) di insulina*.

Nel caso di coma diabetico dovuto ad incidente terapeutico da insulina vanno indicati:

DP: cod. 962.3 *Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici*

DS: cod. 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma*

Nota sulla codifica: va codificato il codice E; per le indicazioni si rimanda al paragrafo introduttivo delle Linee guida generali per la selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche o terapeutiche.

Nel caso di diabete con complicazioni renali a lungo termine o croniche vanno indicati:

DP: cod. 250.4_ *Diabete con complicazioni renali*

DS: i cod. aggiuntivi per descrivere il tipo di complicazioni rilevate, come ad es. il cod. della categoria 581.8_ *Nefrosi diabetica* o cod. 583.8_ *Nefropatia diabetica*

Nel caso di sottodosaggio o sovradosaggio di insulina per **malfunzionamento della pompa** vanno indicati:

DP: cod. 996.57 *Complicazioni meccaniche dovute alla pompa di insulina*

DS: cod. che descrivono il quadro clinico

DIABETE MELLITO SCOMPENSATO

Il diabete si intende scompensato solo se il medico lo ha diagnosticato esplicitamente come tale e, poiché il diabete è una patologia spesso presente nei pazienti che subiscono un ricovero per motivi diversi dalla patologia diabetica, va riportato in diagnosi solo se ne ricorrono le condizioni per la codifica della DS.

Nota sulla codifica

Nelle **complicazioni a lungo termine o croniche** devono essere indicati, oltre al cod. specifico del diabete complicato, anche i cod. relativi a ciascuna manifestazione. Occorre perciò porre attenzione alla regola presente sul manuale ICD-9_CM 2007 di indicare, in caso di complicanze del diabete, la patologia di base (ossia il diabete complicato) come DP e la complicazione tra le DS.

Se la patologia diabetica presenta molteplici complicanze, ciascuna di esse deve essere opportunamente codificata secondo le regole di selezione della DP. Si raccomanda di individuare con accuratezza i corrispondenti specifici cod. (da 250.4_ a 250.8_), evitando l'uso improprio e generico del cod. 250.0_ *Diabete mellito* in DP.

Per la codifica di diabete mellito **scompensato** vanno indicati:

DP: indicare la sottocategoria cod. 250.__ *Diabete mellito con le complicanze e l'eventuale scompenso*

DS: indicare il cod. aggiuntivo che identifica la complicanza

DS: il cod. aggiuntivo per l'utilizzo associato di insulina a lungo termine (cod. V58.67 *Uso a lungo termine (in corso) di insulina*)

Per la codifica del paziente diabetico di tipo II con polineuropatia diabetica scompensato in terapia insulinica vanno indicati:

DP: cod. 250.62 *Diabete tipo II o non specificato, scompensato, con complicazioni neurologiche*

DS: cod. 357.2 *Polineuropatia in diabete*

DS: cod. V58.67 *Uso a lungo termine (in corso) di insulina*

Per la codifica del paziente diabetico di tipo II con predominanti disturbi vascolari o con eziologia mista vascolare neuropatica vanno indicati:

DP: cod. 250.7_ *Diabete con complicanze circolatorie periferiche*

DS: cod. 443.81 *Angiopatia periferica in malattie classificate altrove*

DS: cod. 357.2 *Polineuropatia*

DS: cod. V58.67 *Uso a lungo termine (in corso) di insulina*

Qualora presente, a fini epidemiologici va inserito il cod. di diabete mellito non scompensato in DS.

CATARATTA SENILE VS CATARATTA DIABETICA

Premesso che il trattamento per la cataratta è stato ricondotto a regime ambulatoriale, nel caso eccezionale di ricovero è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica rispetto a quella della cataratta senile, come riportato nel cap. 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi.

DIABETE SECONDARIO

Le varie tipologie di diabete secondario sono classificate alla categoria cod. 251._ *Altri disordini della secrezione endocrina del pancreas*.

a) Per la codifica del diabete post-chirurgico va indicato:

DP: cod. 251.3 *Ipoinsulinemia post-chirurgica*

b) Per la codifica del diabete provocato da somministrazione di steroidi va indicato:

DP: cod. 251.8 *Altri disturbi della secrezione insulinare*

Nota sulla codifica: l'eventuale presenza di scompenso può essere descritta attraverso la codifica specifica della complicanza, utilizzando un cod. della categoria 251._ *Altri disordini della secrezione endocrina del pancreas* (ad es. 251.0 *Coma ipoglicemico*)

DIABETE GESTAZIONALE E GRAVIDANZA IN DIABETICA

Si rimanda al paragrafo specifico contenuto nel cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

REAZIONE IPOGLICEMICA

Occorre distinguere quando una reazione ipoglicemica colpisce un paziente diabetico da un altro non diabetico:

1) reazione ipoglicemica in paziente diabetico:

si assegna la sottocategoria 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma* oppure la sottocategoria 250.8_ *Diabete con altre complicanze specificate* nel caso in cui non fosse presente uno stato comatoso

2) reazione ipoglicemica in paziente non diabetico:

si assegna la sottocategoria 251.0 *Coma ipoglicemico* oppure il cod. 251.1 *Altre manifestazioni di iperinsulinismo* per indicare le altre ipoglicemie specificate in assenza di stato comatoso oppure cod. 251.2 *Ipoglicemia non specificata*

PIEDE DIABETICO

Si parla di piede diabetico quando la neuropatia diabetica e/o l'arteriopatia degli arti inferiori compromettono la funzione o la struttura del piede.

Trattamento medico delle ulcere diabetiche agli arti inferiori

Il ricovero per ulcera diabetica agli arti inferiori è appropriato quando il trattamento dell'ulcera non può essere erogato ad un livello inferiore, ambulatoriale o domiciliare.

Esempio:

DP: cod. 250.8_ *Diabete con altre complicazioni specificate*

DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito*

Nota sulla codifica: per l'ulcera diabetica va utilizzato in **DP** esclusivamente il cod. 250.8_ (e non un altro cod. della categoria 250.__).

Trattamento chirurgico delle ulcere diabetiche agli arti inferiori

Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede l'utilizzo di 2 cod. a seconda che la toilette chirurgica venga eseguita con metodi cruenti oppure non cruenti:

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

I/P: cod. 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione*

Si fa presente che, in tutti i casi di trattamento delle ulcere, è ritenuta altamente consigliabile la presenza di immagini fotografiche all'inizio e alla fine del ricovero.

Esempio:

DP: cod. 250.8_ *Diabete con altre complicazioni specificate*

DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito*

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

I/P: cod. 86.6_ *Innesto cutaneo libero* (se effettuato)

Nota sulla codifica: l'utilizzo del cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione* si ritiene corretto solo nel caso in cui l'intervento venga eseguito come livello minimo in ambulatorio chirurgico; nel verbale operatorio non è sufficiente riportare la dicitura: "toilette chirurgica", "pulizia dell'ulcera", "necresectomia", ma è necessario descrivere il tipo di intervento chirurgico effettuato, che deve documentare l'asportazione cruenta dell'ulcera.

Tali prestazioni sono da effettuarsi a livello ambulatoriale tranne che se eseguite in concomitanza con altre prestazioni più complesse che necessitano del ricovero o in casi di particolari criticità del paziente (chiaramente documentate).

Osteomielite in piede diabetico

DP: cod. 250.8_ *Diabete con altre complicazioni specificate*

DS: cod. 731.8 *Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove*
oppure
DS: cod. 730.17 *Osteomielite cronica ossa del piede*
oppure
DS: cod. 730.07 *Osteomielite acuta, ossa del piede*
DS: cod. dell'agente infettivo

Per l'utilizzo del cod. 730.07 *Osteomielite acuta, ossa del piede* deve esservi chiara documentazione in cartella clinica della presenza di una forma acuta confermata **dalla positività all'esame colturale dell'osso**. In assenza di esame colturale osseo positivo, si può codificare osteomielite acuta purché siano presenti almeno due dei seguenti criteri: "probe to bone", segni di flogosi sistemica in atto e terapia antibiotica specifica.

La presenza di osteomielite in piede diabetico deve essere chiaramente documentata in cartella clinica.

Il **verbale operatorio** relativo al tipo di intervento chirurgico deve indicare in modo chiaro e dettagliato il tipo di intervento effettuato, in modo da consentire una adeguata valutazione anche da parte di chi effettua i controlli.

Amputazione delle dita in piede diabetico

In caso di trattamento chirurgico con amputazione delle dita in piede diabetico il **verbale operatorio** relativo deve indicare in modo chiaro e dettagliato il tipo di intervento effettuato:

DP: cod. 250.8 *Diabete con altre complicazioni specificate*
DS: cod. 731.8 *Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove*
oppure
DS: cod. 730.17 *Osteomielite cronica ossa del piede*
oppure
DS: cod. 730.07 *Osteomielite acuta, ossa del piede*
DS: cod. dell'agente infettivo

I/P: cod. 84.11 *Amputazione di dita del piede. Amputazione attraverso l'articolazione metatarsofalangea. Disarticolazione del dito. Resezione della testa metatarsale. Resezione raggio metatarsale*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 84.11 *Amputazione di dita del piede* quanto segue: "Amputazione attraverso l'articolazione metatarsofalangea. Disarticolazione del dito. Resezione della testa metatarsale. Resezione raggio metatarsale".

Asportazione di falangi ed altro tessuto osseo in piede diabetico

In caso di trattamento chirurgico con asportazione di falangi ed altro tessuto osseo in piede diabetico il **verbale operatorio** relativo deve indicare in modo chiaro e dettagliato il tipo di intervento effettuato:

DP: cod. 250.8 *Diabete con altre complicazioni specificate*
DS: cod. 731.8 *Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove*
oppure
DS: cod. 730.17 *Osteomielite cronica ossa del piede*
oppure
DS: cod. 730.07 *Osteomielite acuta, ossa del piede*
DS: cod. dell'agente infettivo

I/P: cod. 77.38 *Altra sezione di tarso e metatarso (osteotomia)*

I/P: cod. 77.39 *Altra sezione di altre ossa, escluse quelle facciali (osteotomia falangi)*

I/P: cod. 77.68 *Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso o metatarso (toilette chirurgica osso)*

I/P: cod. 77.69 *Asportazione locale di altre ossa, escluse quelle facciali (falangi) (toilette chirurgica osso)*

I/P: cod. 77.89 *Altra osteotomia parziale di altre ossa (escluse facciali) (falangectomia)*

I/P: cod. 77.99 *Altra osteotomia totale di altre ossa (escluse facciali) (falangectomia)*

Nota sulla codifica: si segnala che l'utilizzo come I/P del cod. 77.39 porta all'attribuzione del DRG 468 Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale, come l'utilizzo del cod. 77.99.

In caso di trattamento chirurgico con asportazione di falangi ed altro tessuto osseo in piede diabetico, non va codificata la sovrastante ulcera, né come diagnosi né come intervento. Fa eccezione a questa regola il caso in cui l'ulcera trattata sia presente in una sede diversa rispetto a quella nella quale avviene l'asportazione del tessuto osseo o si estenda attorno alla parte che viene asportata, in questo caso va **aggiunta** alla codifica sopra descritta:

DS: cod. DS 707.1 *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito* con la quinta cifra che indica la sede

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

Asportazione di ulcera e flemmone in piede diabetico

In caso di trattamento chirurgico di ulceroectomia con drenaggio del flemmone e con eventuale onicectomia in piede diabetico vanno indicati:

DP: cod. 250.8_ *Diabete con altre complicazioni specificate* con la quinta cifra che indica la sede

DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito* con la quinta cifra che indica la sede

DS: cod. 681.10 *Flemmone e ascesso delle dita del piede, non specificato*

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

I/P: cod. 86.04 *Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo*

I/P: cod. 86.23 *Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (se effettuata)*

I/P: cod. di eventuali altre procedure

GANGRENA DIABETICA AGLI ARTI INFERIORI

La presenza della gangrena agli arti inferiori deve essere chiaramente documentata in cartella, anche con immagini fotografiche all'ingresso e alla dimissione, quindi precedenti e successive al trattamento della stessa:

DP: cod. 250.7_ *Diabete con complicazione circolatorie periferiche* con la quinta cifra specificare tipo ed eventuale scompenso

DS: cod. 785.4 *Gangrena*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM prevede per il cod. 785.4 di codificare per prima una delle seguenti manifestazioni: "*Diabete (250.7_); sindrome di Raynaud (443.0)*".

Esempio:

DP: cod. 250.7_ *Diabete con complicazione circolatorie periferiche* con la quinta cifra specificare tipo ed eventuale scompenso

DS: cod. 785.4 *Gangrena*

I/P: cod. 77.38 *Altra sezione di tarso e metatarso (osteotomia)*

I/P: cod. 77.39 *Altra sezione di altre ossa, escluse quelle facciali (osteotomia falangi)*

I/P: cod. 77.68 *Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso o metatarso (toilette chirurgica osso)*

I/P: cod. 77.69 *Asportazione locale di altre ossa, escluse quelle facciali (falangi) (toilette chirurgica osso)*

I/P: cod. 77.89 *Altra osteotomia parziale di altre ossa (escluse facciali) (falangectomia)*

I/P: cod. 77.99 *Altra osteotomia totale di altre ossa (escluse facciali) (falangectomia)*

I/P: cod. 84.11 *Amputazione di dita del piede. Amputazione attraverso l'articolazione metatarsofalangea. Disarticolazione del dito. Resezione della testa metatarsale. Resezione raggio metatarsale*

Nota sulla codifica: si segnala che l'utilizzo come I/P del cod. 77.39 porta all'attribuzione del DRG 468 Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale, come l'utilizzo del cod. 77.99.

ARTERIOGRAFIA ED ANGIOPLASTICA IN ARTERIOPATIA DIABETICA IN PIEDE DIABETICO

Si ricorda che in caso di effettuazione di arteriografia e PTA in arteriopatia diabetica in piede diabetico vanno inseriti i cod. di arteriografia, angioplastica ed eventuale inserzione di stent:

I/P: cod. 39.50 *Angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i Angioplastica transluminale percutanea (PTA) di vaso non coronarico: vasi delle estremità inferiori, arteria mesenterica, arteria renale, vasi delle estremità superiori*

I/P: cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in vaso periferico*

I/P: cod. 00.4_ *Procedure aggiuntive relative al sistema vascolare* per identificare il numero di vasi sui quali la procedura è stata effettuata e/o numero di stent inseriti e/o se la procedura viene effettuata sulla biforcazione dei vasi

I/P: cod. 88.48 *Arteriografia delle femorali e di altre arterie dell'arto inferiore*

IPERPARATIROIDISMO

Le malattie delle ghiandole paratiroidi sono descritte alla categoria 252._ *Malattie delle ghiandole paratiroidi*.

L'**iperparatiroidismo primitivo**, compreso il quadro di iperplasia delle paratiroidi riscontrabile nelle sindrome MEN I e II, si descrive con il cod. 252.0_ *Iperparatiroidismo primitivo*, dove la quinta cifra indica se è primario (252.01) o secondario (252.02).

L'**iperparatiroidismo secondario** di origine renale è classificato con il cod. 588.81 *Iperparatiroidismo secondario (di origine renale)*.

Si ricorda che i **disordini del metabolismo del calcio** sono previsti dal cod. 275.4_ *Disordini del metabolismo del calcio*:

- cod. 275.41 *Ipocalcemia*
- cod. 275.42 *Ipercalcemia*

IPERALDOSTERONISMO

È possibile descrivere i differenti quadri clinici di iperaldosteronismo utilizzando i seguenti cinque cod.:

- cod. 255.10 *Iperaldosteronismo (primario), non specificato*
- cod. 255.11 *Aldosteronismo glucocorticoide dipendente*
- cod. 255.12 *Sindrome di Conn*
- cod. 255.13 *Sindrome di Bartter*
- cod. 255.14 *Altri aldosteronismi secondari*

FIBROSI CISTICA

La fibrosi cistica, anche denominata mucoviscidosi o fibrosi cistica del pancreas, è identificata dal cod. 277.0_ *Fibrosi cistica*, dove la quinta cifra indica la presenza o meno di ileo da meconio e la sede di presentazione.

Per il **neonato con ileo da meconio o occlusione intestinale per mucoviscidosi** si usa il cod. 277.01 *Fibrosi cistica con ileo da meconio*.

Per le indicazioni di codifica del periodo perinatale si rimanda ai contenuti del cap. 15 Altre condizioni morbose del periodo perinatale.

Per i ricoveri finalizzati al **trattamento delle complicanze polmonari e/o gastrointestinali** della fibrosi cistica vanno impiegati i seguenti cod.:

- cod. 277.02 *Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari*
- cod. 277.03 *Fibrosi cistica con manifestazioni gastrointestinali*

Nel caso di utilizzo del cod. 277.02 *Fibrosi cistica con manifestazioni polmonari* è necessario indicare un cod. aggiuntivo per identificare eventuali microrganismi presenti (ad es. il cod. 041.7 *Pseudomonas*).

Per i ricoveri per **fibrosi cistica con altre manifestazioni** va impiegato il seguente cod.:

- cod. 277.09 *Fibrosi cistica con altre manifestazioni*

DISORDINI SPECIFICI DEL METABOLISMO

I cod. della sottocategoria 277.8 descrivono i disordini del metabolismo.

In particolare, i cod. 277.81, 277.82, 277.83 e 277.84 descrivono, rispettivamente, la deficienza di carnitina primaria da:

- errori congeniti del metabolismo
- iatrogena (ad es. da emodialisi o da terapia protratta con acido valproico)
- secondaria

Il cod. 277.85 *Disordini dell'ossidazione degli acidi grassi* raccoglie, invece, una serie di patologie del metabolismo dovute a disordini dell'ossidazione degli acidi grassi quali, ad es.:

- il deficit della Carnitina-palmitoil-transferasi (CPT1, CPT2)
- l'aciduria glutarica di tipo II (tipo IIA, IIB, IIC)
- diverse forme di deficit di acetil CoA deidrogenasi (a catena lunga, a catena molto lunga, a catena intermedia e a catena corta)

Il cod. 277.86 *Disordini dei perossisomi* include anche la sindrome di Zellweger.

Il cod. 277.87 *Disordini del metabolismo mitocondriale* comprende numerose patologie specialistiche tra cui:

- la sindrome di Kearns-Sayre
- la sindrome dell'encefalopatia mitocondriale
- l'acidosi lattica ed episodi Stroke-like (Mitochondrial myopathy, Encephalopathy, Lactic Acidosis, Stroke, MELAS syndrome)
- l'epilessia mioclonica con fibre rosse sfilacciate (Myoclonus Epilepsy Associated with Ragged-Red Fibers, MERRF syndrome)
- la sindrome NARP (Neuropatia, Atassia e Retinite Pigmentosa)

Nel caso di quest'ultime patologie mitocondriali è necessario impiegare un cod. aggiuntivo per segnalare le eventuali manifestazioni cliniche associate.

OBESITA'

Il cod. 278.0 *Sovrappeso ed obesità* specifica di utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare l'Indice di Massa Corporea (BMI) (V85.0- V85.54).

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM specifica che il BMI indica il rapporto tra peso in Kg e altezza in metri al quadrato (m²) e che i codici per l'indice di massa corporea degli adulti sono in uso per individui di età superiore a 20 anni.

Gli interventi per il trattamento chirurgico dell'obesità prevedono l'utilizzo dei seguenti cod.:

- cod. 44.3_ *Gastroenterostomia senza gastrotomia*
- cod. 44.5_ *Revisione di anastomosi gastrica*
- cod. 44.6_ *Altra riparazione dello stomaco*
- cod. 44.9_ *Altri interventi sullo stomaco*
- cod. 45.9_ *Anastomosi intestinale*

La procedura di **bendaggio gastrico regolabile** prevede l'utilizzo dei seguenti cod.:

- cod. 44.95 *Procedura laparoscopica di restrizione gastrica*
- cod. 44.96 *Revisione laparoscopica della procedura gastrica restrittiva*
- cod. 44.97 *Rimozione laparoscopica di dispositivo/i di restrizione gastrica*
- cod. 44.98 *Regolazione di misura (laparoscopica) del dispositivo di restrizione gastrica regolabile*

L'inserzione di palloncino gastrico prevede l'utilizzo dei seguenti cod.:

- DP: cod. 278.01 *Obesità grave*
- DS: V85. __ *Indice di massa corporea [BMI]*
- I/P: cod. 44.93 *Inserzione di bolla gastrica (palloncino)*

La rimozione del palloncino gastrico in paziente obeso prevede l'utilizzo dei seguenti cod.:

- DP: cod. V53.99 *Rimozione di altro e non specificato dispositivo*
- I/P: cod. 44.94 *Rimozione di bolla gastrica (palloncino)*

La tubulizzazione gastrica laparoscopica o sleeve gastrectomy laparoscopica prevede l'utilizzo dei seguenti cod.:

- DP: cod. 278.01 *Obesità grave*
- DS: V85. __ *Indice di massa corporea [BMI]*
- I/P: cod. 43.89 *Altra gastrectomia parziale*
- I/P: cod. 44.99 *Altri interventi sullo stomaco*
- I/P: cod. 54.21 *Laparoscopia*

Le complicanze infettive di chirurgia bariatrica vanno codificate con i seguenti cod.:

- DP: cod. 996.69 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni*
- DS: cod. V45.86 *Condizione successiva a chirurgia bariatrica*
- I/P: cod. 44.97 *Rimozione laparoscopica di dispositivo di restrizione gastrica*
- I/P: cod. 44.99 *Altri interventi sullo stomaco*

Il cod. *44.99 Altri interventi sullo stomaco* va utilizzato da solo quando la rimozione del dispositivo di restrizione gastrica viene fatta in corso di laparotomia.

SISTEMA IMMUNITARIO

Le malattie del sistema immunitario sono previste alla categoria 279.

Il cod. *279.3 Deficit immunitario non specificato* va utilizzato per codificare il **deficit immunitario iatrogeno**, ad es. nel caso di pazienti sottoposti a chemioterapia e radioterapia.

Nei pazienti sottoposti a trapianto d'organo in trattamento con immunosoppressori, va segnalato, inoltre, in DS, il cod. della categoria *V42. __ Organo o tessuto sostituito da trapianto*, con la quarta e quinta cifra che specificano l'organo.

CAPITOLO 4 MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI (280-289)

La codifica delle patologie afferenti a questo settore può risultare particolarmente difficoltosa per la continua evoluzione delle nozioni che portano ad una continua revisione della classificazione. Si tenga presente, inoltre, che la classificazione ICD-9_CM 2007 risulta datata e particolarmente carente in questo settore; per tale motivo, se non è possibile trovare un cod. che esprima compiutamente una diagnosi, si dovrà scegliere il cod. che si avvicini di più.

ANEMIA

Anemie da carenza: cod. 280._ e 281._ dove la quarta cifra ne specifica la causa.

Anemie emolitiche ereditarie: cod. 282._

cod. 282.41 *Talassemia falciforme senza crisi*

cod. 282.42 *Talassemia falciforme con crisi*

Nota sulla codifica: va utilizzato un cod. aggiuntivo per specificare il tipo di crisi, ad es.:

cod. 517.3 *Sindrome toracica acuta*

cod. 289.52 *Sequestro splenico*

cod. 282.49 *Altre talassemie (Anemia di Cooley, Anemia mediterranea, Talassemia SAI)*

cod. 282.64 *Malattia a cellule falciformi/emoglobinopatia - C con crisi*

Nota sulla codifica: va utilizzato un cod. aggiuntivo per specificare il tipo di crisi, ad es.:

cod. 517.3 *Sindrome toracica acuta*

cod. 289.52 *Sequestro splenico*

Anemia aplastica e altre sindromi da insufficienza midollare: cod. 284._: questo cod. non va utilizzato ogniqualvolta vi sia il dubbio di una anemia iporigenerativa, ma solo a seguito di **esame istologico**, mediante biopsia osteomidollare, associato ad un quadro emocromocitometrico ben definito:

cod. 284.1 *Pancitopenia*

cod. 284.2 *Mieloftisi (Anemia leucoeritroblastica, Anemia mieloftisica)*

Nota sulla codifica: va codificata in DP la patologia sottostante, ad es.:

cod. 174.0-174.9, 175.0-175.9 *Neoplasia maligna della mammella*

cod. 015.0-015.9 *Tubercolosi*

Altre e non specificate anemie (ad es. anemia refrattaria): cod. 285._

È importante distinguere l'anemia (perdita ematica) **acuta** da quella **cronica**:

cod. 285.1 *Anemia post-emorragica acuta*

cod. 285.2_ *Anemia post-emorragica cronica* con la quinta cifra che specifica il tipo di malattia cronica

cod. 648.2_ *Anemia complicante gravidanza, parto e puerperio*

cod. 773._ *Anemia emolitica del neonato*

Nota sulla codifica:

L'eventuale condizione di anemia secondaria ad emorragia (cod. 285.1 *Anemia post-emorragica acuta* e cod. 285.2_ *Anemia post-emorragica cronica*) segue le regole della DS e quindi si codifica solo se ha comportato un trattamento per via parenterale con emocomponenti.

Nel caso in cui la perdita ematica avvenga dopo un intervento chirurgico potrà essere considerata come complicanza, e quindi come DS, solo se ricorrono i requisiti per la codifica delle DS (come nell'esempio precedente).

L'autotrasfusione (da pre-deposito) a scopo preventivo in corso di intervento chirurgico non prevede la codifica dell'anemia secondaria ad emorragia.

DIFETTI DELLA COAGULAZIONE: cod. 286._

Il cod. 286.5 *Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti intrinseci* deve essere utilizzato solo nei casi in cui è effettivamente presente un disturbo emorragico (escluse le condizioni di emofilia o traumatismo) e non va confuso con il cod. V58.61 *Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti*.

Il cod. 964.2 *Avvelenamento da anticoagulanti* è riservato per l'avvelenamento da anticoagulanti (assunzione errata o dose eccessiva).

Per l'emorragia antepartum e postpartum con difetti di coagulazione si rimanda ai contenuti del cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

PORPORA

Per la **porpora ed altre manifestazioni emorragiche** occorre utilizzare il cod. 287.0_ che, come specificato nella nota del manuale ICD-9_CM 2007, include la vasculite allergica, la porpora idiopatica e la porpora vascolare di Schoenlein-Henoch.

Nel caso di porpora allergica la presenza delle sole manifestazioni petecchiali non consente di formulare la diagnosi descritta dal cod. 287.0; in questo caso occorre indicare solo il "segno" con il cod. di diagnosi 782.1 *Rash ed altre eruzioni cutanee non specifiche*.

La trombocitopenia primaria va codificata utilizzando il cod. 287.3_:

cod. 287.30 *Trombocitopenia primaria non specificata*

cod. 287.31 *Porpora trombocitopenica immune*

cod. 287.32 *Sindrome di Evans*

cod. 287.33 *Porpora trombocitopenica congenita ed ereditaria*

cod. 287.39 *Altre trombocitopenie primarie*

NEUTROPENIA

La neutropenia va codificata utilizzando il cod. 288.0_:

cod. 288.01 *Neutropenia congenita*

cod. 288.02 *Neutropenia ciclica*

cod. 288.03 *Neutropenia indotta da farmaci* (ad es. da chemioterapia)

cod. 288.04 *Neutropenia dovuta ad infezione*

Nota sulla codifica: va utilizzato un cod. aggiuntivo per l'eventuale febbre associata (cod. 780.6).

SEQUESTRO SPENICO

La codifica di sequestro splenico è rappresentata dal cod. 289.52 *Sequestro splenico*. Va codificata per prima la malattia a cellule falciformi in crisi (282.42, 282.62, 282.64, 282.69).

SINDROME MIELODISPLASICA

Per la Sindrome mielodisplastica vanno utilizzati i cod. 238.7_ *Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici*, come riportato nel cap. 2 Tumori.

LINFADENOMEGALIA: cod. 785.6

LINFADENITE ACUTA

La codifica della linfadenite acuta è rappresentata dal cod. 683 *Linfadenite acuta*; va utilizzato un cod. aggiuntivo per identificare l'agente infettivo (ad es. cod. 041.1_ *Stafilococco*).

La linfadenite acuta mesenterica va codificata con il cod. 289.2 *Linfadenite mesenterica non specificata*.

LINFOCELE O CHILOTORACE POSTCHIRURGICO

Per il linfocele o chilocele postchirurgico vanno utilizzati:

DP: cod. 998.89 *Altre complicazioni specificate in interventi non classificate altrove*

DS: cod. 457.8 *Altri disturbi non infettivi dei vasi linfatici*

INTERVENTI/PROCEDURE**TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO O DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE**

Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è descritto dai cod. da 41.00 a 41.09 *Trapianto del midollo osseo o di cellule staminali ematopoietiche*. Occorre descrivere anche il tipo di donatore (00.91-00.93).

Nota sulla codifica:

Il cod. 41.0_ *Trapianto del midollo osseo SAI* non dovrebbe essere utilizzato in quanto poco specifico.

Si richiamano, inoltre, le regole già evidenziate dal manuale ICD-9_CM 2007 per i trapianti allogenici, soprattutto la necessità di differenziare le forme con purging (cod. 41.02 *Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione - Alloinnesto di midollo osseo con rimozione* e cod. 41.08 *Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche con depurazione - Deplezione cellulare in vitro (purging) di cellule T*) da quelle senza purging (cod. 41.03 *Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione - Alloinnesto di midollo osseo SAI* e cod. 41.05 *Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione*).

Al di fuori di indicazioni specificamente oncologiche, la **trasfusione di cellule staminali autologhe oppure di granulociti o di surrogato ematico** deve essere codificata con:

I/P: cod. 99.09 *Trasfusione di altre sostanze*

L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto sia per l'autotrapianto che per l'allotrapianto è codificata con:

I/P: cod. 41.91 *Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto*

Aferesi di cellule staminali

Il prelievo selettivo o differenziato di cellule staminali sia per autotrapianto che per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi) è codificata con:

I/P: cod. 99.79 *Altre aferesi terapeutiche*

TRASFUSIONE DI SANGUE E COMPONENTI EMATICI**Trasfusione sostitutiva**

Con il cod. 99.01 *Exanguino trasfusione* si intende una serie continua di trasfusioni volta ad ottenere il ricambio pressoché completo del sangue del ricevente con quello del donatore; nella maggior parte dei casi si applica nella eritroblastosi fetale o del neonato (cod. 773.2) (anemia emolitica isoimmune che colpisce i neonati per incompatibilità Rh-0 in alcuni casi di iperbilirubinemia ereditaria ad esordio neonatale).

Trasfusione di sangue e componenti ematici

La trasfusione di sangue e componenti ematici va sempre codificata tra le procedure.

Si segnalano i cod.:

I/P: cod. 99.00 *Trasfusione perioperatoria autologa di sangue intero o di componenti del sangue (Raccolta di sangue durante l'intervento; Raccolta di sangue dopo l'intervento; Emergenza)*

I/P: cod. 99.02 *Autotrasfusione di sangue precedentemente raccolto (Autotrasfusione di componenti del sangue)*

I/P: cod. 99.03 *Altra trasfusione di sangue intero (Trasfusione: SAI; di sangue SAI; emodiluizione)*

I/P: cod. 99.04 *Trasfusione di concentrato cellulare*

I/P: cod. 99.05 *Trasfusione di piastrine (Trasfusione di trombociti)*

I/P: cod. 99.06 *Trasfusione di fattori della coagulazione (Trasfusione di fattore antiemofilico)*

I/P: cod. 99.07 *Trasfusione di altro siero (Trasfusione di plasma) (Esclusa l'iniezione di antivenina 99.16 e l'iniezione gamma globulina 99.14)*

I/P: cod. 99.08 *Trasfusione di plasma expander (Trasfusione di Dextrano)*

I/P: cod. 99.09 *Trasfusione di altre sostanze (Trasfusione di surrogato ematico; Trasfusione di granulociti) (Escluso il trapianto [trasfusione] di midollo osseo - cod. 41.0)*

CAPITOLO 5 DISTURBI MENTALI (290-319)

Il capitolo quinto comprende le categorie da 290 a 319, così suddivise:

- Stati psicotici organici: 290-294
- Altre psicosi: 295-299
- Disturbi nevrotici e della personalità e altri disturbi psichici non psicotici: 300-316
- Ritardo mentale: 317-319

STATI PSICOTICI ORGANICI (290-294)

Gli stati psicotici organici (290-294) includono la sindrome cerebrale organica psicotica.

Per le demenze organiche si rimanda, invece, al cap. 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi.

Demenza da infarti multipli

La demenza da infarti multipli (multinfartuale, denominata anche demenza arteriosclerotica) viene descritta dal cod. 290.4_ *Demenza vascolare*, con l'aggiunta del cod. 437._ *Altre e mal definite vasculopatie cerebrali*.

L'esito di **ischemia o emorragia cerebrale** con comparsa di decadimento cognitivo ed eventuali altre sequele va codificato indicando:

DP: cod. 290.4_ *Demenza vascolare*

DS: cod. 437._ *Altre e mal definite vasculopatie cerebrali*

Stato confusionale acuto

Il quadro di demenza arteriosclerotica in presenza di **stato confusionale acuto** va codificato con il cod. 290.41 *Demenza vascolare con delirium*, mentre la forma paranoide e quella associata a depressione dell'umore si descrivono, rispettivamente, con il cod. 290.42 *Demenza vascolare con deliri* ed il cod. 290.43 *Demenza vascolare con umore depresso*.

In assenza di evidenza della patogenesi di origine cerebrovascolare si utilizzerà, invece, il cod. 290.9 *Manifestazioni psicotiche senili, non specificate*.

Il cod. 293.0 *Delirium in condizioni patologiche classificate altrove* richiede in DP la codifica della malattia di base; tale cod. può essere indicato in DP solo quando lo **stato confusionale acuto non è riconducibile ad alcuna patologia**.

Demenza in condizioni patologiche classificate altrove

Il cod. 294.1_ *Demenza in condizioni patologiche classificate altrove* richiede in DP la codifica della malattia di base, come:

- cod. 333.4 *Corea di Huntington*
- cod. 275.1 *Degenerazione epatolenticolare*
- cod. 345._ *Epilessia*
- cod. 330.1 *Lipidosi cerebrali*
- cod. 331.0 *Malattia di Alzheimer*
- cod. 046.1 *Malattia di Jakob-Creutzfeld*
- cod. 331.11 *Malattia di Pick*
- cod. 094.1 *Paralisi generale progressiva [sifilide]*
- cod. 446.0 *Poliarterite nodosa*
- cod. 340 *Sclerosi multipla*
- cod. 094.1 *Sifilide*
- cod. 331.82 *Demenza con corpi di Lewy*
- cod. 331.82 *Demenza con parkinsonismo*
- cod. 331.19 *Demenza frontale*
- cod. 331.19 *Demenza frontotemporale*

Postumi di trauma cranico con comparsa di decadimento cognitivo

I postumi di trauma cranico con comparsa di decadimento cognitivo, diversamente da quanto indicato nel manuale ICD-9_CM 2007, vanno codificati ponendo:

DP: cod. 294.1 *Demenza in condizioni morbose classificate altrove* dove la quinta cifra indica la presenza o meno di disturbi comportamentali

DS: cod. 905.0 *Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia* se ci sono fratture oppure

DS: cod. 907.0 *Postumi dei traumatismi intracranici senza menzione di frattura del cranio* se non ci sono fratture

ALTRE PSICOSI (295-299)

Nella codifica delle psicosi con cod. da 295 a 298 bisogna utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare ogni malattia fisica, trauma o stato morboso cerebrale associato a tali patologie.

Psicosi schizofreniche

Nei cod. relativi alle psicosi schizofreniche (cod. 295) la quarta cifra indica la tipologia di schizofrenia e la quinta cifra lo stato attuale di malattia secondo il seguente schema:

- cod.295._0 *non specificata*
- cod.295._1 *subcronica* (malattia continua per più di 6 mesi ma inferiore ai 2 anni)
- cod.295._2 *cronica* (malattia continua per più di 2 anni)
- cod.295._3 *subcronica con esacerbazione acuta* (la durata della malattia è la stessa di quella subcronica semplice ma con tratti psicotici rilevanti in pazienti che sono stati in una fase residua)
- cod.295._4 *cronica con esacerbazione acuta* (la durata della malattia è la stessa di quella cronica ma con tratti psicotici rilevanti riemergenti in pazienti che sono stati in una fase residua)
- cod.295._5 *in remissione*

Psicosi affettive

Le psicosi affettive vengono classificate dalla categoria cod. 296 *Disturbi episodici dell'umore*, ordinate in funzione del tono affettivo predominante e dalla frequenza degli episodi.

Se il paziente ha esperienza sia di periodo maniaco che depressivo, la patologia è indicata come bipolare, con la sottocategoria (quarta cifra) che segnala lo stato di malattia in corso.

Esempi:

il cod. 296.4_ *Disturbo bipolare I, più recente (o corrente) episodio maniacale* descrive una psicosi maniaco-depressiva, tipo circolare, ma attualmente maniacale ovvero una sindrome bipolare, ora in fase maniacale

Il cod. 296.5_ *Disturbo bipolare I, più recente (o corrente) episodio depressivo* descrive una psicosi maniaco-depressiva, tipo circolare, ma attualmente depresso ovvero una sindrome bipolare, ora in fase depressiva

La quinta cifra nelle sottocategorie 296.0-296.6 sta ad indicare invece la **gravità** degli episodi o se la malattia si trovi in una fase di remissione parziale o completa, secondo il seguente schema:

- cod. 296._0 *non specificata*
- cod. 296._1 *lieve*
- cod. 296._2 *moderato*
- cod. 296._3 *severo, senza menzione di comportamento psicotico*
- cod. 296._4 *severo, specificato come comportamento psicotico*
- cod. 296._5 *in remissione parziale o non specificata*
- cod. 296._6 *in remissione completa*

DISTURBI NEVROTICI E DELLA PERSONALITÀ E ALTRI DISTURBI PSICHICI NON PSICOTICI (300-316)**Stati d'ansia**

Gli stati d'ansia vengono classificati con i cod. della sottocategoria 300.0_, dove il cod. 300.00 indica uno *Stato ansioso non specificato* (nevrosi d'ansia), mentre il cod. 300.02 descrive il *Disturbo ansioso generalizzato*.

Si fa presente, inoltre, che l'**ansia dovuta a reazione acuta da stress** e la **nevrastenia** si indicano, rispettivamente, con il cod. 308.0 *Disturbi predominanti dell'emotività* e con il cod. 300.5 *Nevrastenia*.

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 prevede per il cod. 300.5 *Nevrastenia. Affaticamento generale psicogeno; astenia psicogena; debolezza nervosa; nevrosi da affaticamento* di utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare ogni disturbo fisico associato.

Per segnalare l'**attacco/stato di panico** occorre utilizzare il cod. 300.01 *Disturbo di panico senza agorafobia*; in caso di *Disturbo di panico con agorafobia* va impiegato, invece, il cod. 300.21.

Trasformazione di sesso

Per la trasformazione di sesso va utilizzato il cod.:

DP: cod. 302.5_ *Transessualismo*

La trasformazione di sesso richiede solitamente diversi ricoveri (almeno due episodi per la trasformazione maschio-femmina e almeno tre episodi per quella femmina-maschio); come DP di ciascun ricovero va utilizzata la diagnosi di transessualismo; sono da segnalare tutte le procedure effettuate, indicando come principale l'intervento ritenuto più rilevante.

Dipendenza da alcool

La dipendenza da alcool è classificata alla categoria cod. 303 *Sindrome di dipendenza da alcool*.

Tale categoria richiede l'aggiunta di altri cod. per identificare ogni eventuali condizione patologica associata come:

Dipendenza da droghe (304.0-304.9)

Psicosi indotte da alcool (291.0-291.9)

Complicazioni somatiche dell'alcolismo quali:

- cod. 571.1 *Epatite acuta alcolica*
- cod. 571.2 *Cirrosi epatica alcolica*
- cod. 571.3 *Danno epatico da alcool, non specificato*
- cod. 331.7 *Degenerazione cerebrale*
- cod. 345.0-345.9 *Epilessia*
- cod. 535.3 *Gastrite alcolica*

Nella dipendenza da alcool (categoria cod. 303) la quinta cifra specifica il grado di dipendenza:

._0 *non specificato*

._1 *continuo*

._2 *episodico*

._3 *in remissione*

La sottocategoria 303.0_ *Intossicazione acuta da alcool* è assegnata, quando il paziente, dipendente dall'alcool, si presenta in uno stato di intossicazione acuta.

La sottocategoria 303.9_ *Altra e non specificata dipendenza da alcool* si utilizza, invece, se il paziente non mostra un quadro di intossicazione acuta e deve iniziare un programma di riabilitazione.

Quando il ricovero avviene per **intossicazione acuta da alcool** e vi è anche una **Sindrome organica cerebrale da alcoolismo** cronico vanno utilizzati:

DP: cod. 303.0_ *Intossicazione acuta da alcool*

DS: cod. 291.2 *Demenze persistenti indotte da alcool*

Viceversa quando il ricovero avviene per **Sindrome organica cerebrale da alcoolismo** in **Sindrome da dipendenza cronica da alcool** vanno utilizzati:

DP: cod. 291.2 *Demenze persistenti indotte da alcool*

DP: cod. 303.9_ *Altra e non specificata dipendenza da alcool*

Se il ricovero avviene per **disintossicazione e/o riabilitazione**, la dipendenza costituisce la DP. Vanno codificati in DS eventuali altri sintomi psicotici solo quando sono oggetto di specifico trattamento.

Se la disintossicazione e/o riabilitazione avviene sia per abuso di alcool che di sostanze, si riporta in DP quella a maggiore impatto assistenziale.

Se un paziente ricoverato per altra patologia presenta anche diagnosi di abuso o dipendenza da alcool o sostanze, queste vanno riportate in DS secondo le regole di codifica illustrate nel paragrafo "Selezione e codifica delle diagnosi secondarie".

Per la codifica della **degenerazione cerebrale da alcool** vanno utilizzati:

DP: cod. 303.0-303.9 *Sindrome di dipendenza da alcool*

DS: cod. 331.7 *Degenerazione cerebrale in malattie classificate altrove*

Dipendenza da sostanze

La dipendenza da sostanze è classificata alla categoria 304 utilizzando la quinta cifra per specificare la frequenza di assunzione:

.0 non specificato

.1 continuo

.2 episodico

.3 in remissione

L'abuso da sostanze, senza dipendenza, è classificato alla categoria 305 dove la quarta cifra si riferisce alla classe della sostanza assunta:

.0 abuso di alcool

.1 abuso di tabacco

.2 abuso di cannabinoidi

.3 abuso di allucinogeni

.4 abuso di sedativi, ipnotici o ansiolitici

.5 abuso di oppioidi

.6 abuso di cocaina

.7 abuso di anfetamina o di simpaticomimetici ad azione simile

.8 abuso di antidepressivi

.9 altro abuso misto e non specificato

Nota sulla codifica: una combinazione di cod. è prevista per la dipendenza da più sostanze.

Analogamente al cod. 304, anche per il cod. 305 la quinta cifra indica la frequenza di assunzione.

Abuso di droghe o alcool senza dipendenza

Per segnalare i casi di abuso di alcool senza dipendenza (compreso lo stato di ubriachezza) si impiegano i cod. della sottocategoria 305.0_ *Abuso di alcool* dove la quinta cifra specifica la frequenza dell'abuso, come sopra descritto.

La stessa modalità di codifica va utilizzata per le altre droghe.

Il cod. 305._ va utilizzato qualora non si riscontri dipendenza e comprende i casi in cui una persona, per la quale non è possibile alcuna altra diagnosi, è pervenuta all'attenzione medica in conseguenza degli **effetti mal adattativi di droghe o dell'alcool**, di cui non è dipendente e che ha assunto di propria iniziativa, con detrimento della propria salute e del proprio rendimento sociale. La quinta cifra specificante la frequenza dell'abuso (vedi sopra) deve essere utilizzata per i codici 305.0_, e da 305.2_ a 305.9_.

In caso di **intossicazione acuta accidentale**, avvelenamento, ad es. nel bambino, va utilizzato il cod. 980.0 *Effetti tossici dell'alcool*.

Procedure psichiatriche da codificare nell'abuso da alcool e sostanze

I seguenti cod. di procedura, relativi alla **disintossicazione/riabilitazione da alcool e sostanze**, vanno riportati sulla SDO solo per i ricoveri con degenza superiore alle 10 giornate e solo se nel corso del ricovero siano state effettuate almeno 3 consulenze psicologiche/riabilitative:

- cod. 94.61 *Riabilitazione da alcool*
- cod. 94.63 *Disintossicazione e riabilitazione da alcool*
- cod. 94.64 *Riabilitazione da farmaci*
- cod. 94.66 *Disintossicazione e riabilitazione da farmaci*
- cod. 94.67 *Riabilitazione combinata da alcool e farmaci*
- cod. 94.69 *Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci*

In questi casi deve essere presente in cartella clinica il progetto riabilitativo individuale.

CEFALEA

Per la **cefalea** inquadrabile nella sottocategoria **emicrania** (cod. 346._) si rimanda al cap. 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi.

La **cefalea** inquadrabile nella sottocategoria *Cefalea tensiva*, sia essa episodica o cronica, va codificata con il cod. 307.81.

E', infine, possibile utilizzare il cod. 784.0 *Cefalea* nel caso in cui non sia individuabile la patologia di base, ma occorra ricorrere al cap. 16 Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti.

La **sindrome post-commotiva**, con quadro clinico a prevalente **cefalea** in paziente con pregresso trauma cranico, va codificata con il cod. 310.2 *Sindrome post-commotiva*.

La **sindrome post-commotiva**, con quadro clinico a prevalente **vertigine** in paziente con pregresso trauma cranico, va codificata secondo le regole del cap. 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi.

TENTATIVO DI SUICIDIO

Per il ricovero a seguito di un tentativo di suicidio si precisano le seguenti indicazioni di codifica:

DP: va posta la condizione morbosa che si è rilevata responsabile del ricovero (ad es. avvelenamento, trauma, etc.)

DS: va posta la diagnosi psichiatrica, che in taluni casi, può coincidere con la DP, ad es. nel caso di un paziente che non ha riportato danni fisici evidenti e che viene ricoverato per osservazione dello stato psichico ed accertamenti

DS: cod. V62.84 *Ideazione suicida*

Esempio:

DP: cod. 850._ *Commozione cerebrale*

DS: cod. 296._ *Depressione*

DS: cod. V62.84 *Ideazione suicida*

Nota sulla codifica:

Nella SDO, come previsto dal Decreto Ministeriale 380/2000, oltre alle informazioni relative alle diagnosi, deve essere compilata anche la variabile 19 "**traumatismi o intossicazioni**", riportando il codice "5" "**autolesione o tentativo di suicidio**" (indipendentemente dal luogo dove questo sia avvenuto).

Nel caso di trauma si ricorda di indicare anche il codice E (le indicazioni di codifica sono riportate nel paragrafo introduttivo delle Linee guida generali per la selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche o terapeutiche).

PROCEDURE PSICHIATRICHE DA CODIFICARE

Per i ricoveri psichiatrici si pone l'indicazione di segnalare, se effettuate, le procedure relative alla psiche riportate nella sezione Miscellanea (I/P: cod. 94._).

RICOVERO RIABILITATIVO

Per il ricovero riabilitativo per intossicazione/disintossicazione da alcool vanno seguite le indicazioni contenute in appendice.

CAPITOLO 6 MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI (320-389)

La codifica delle malattie del sistema nervoso presenta una certa complessità a causa del fatto che i cod. da usare non sono rintracciabili in un unico capitolo dell'indice sistematico, bensì in capitoli diversi, e precisamente:

- Capitolo 1 – Malattie infettive e parassitarie
- Capitolo 2 – Tumori
- Capitolo 3 – Malattie endocrine, metaboliche e del sistema immunitario
- Capitolo 5 – Disturbi mentali
- Capitolo 6 – Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
- Capitolo 7 – Malattie del sistema circolatorio
- Capitolo 13 – Malattie osteomuscolari e connettivo
- Capitolo 14 – Malformazioni congenite
- Capitolo 15 – Condizioni morbose di origine perinatale
- Capitolo 16 – Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
- Capitolo 17 – Traumatismi e avvelenamenti
- Codice V – Classificazione supplementare

Ad es. i cod. di encefalite, mielite e meningite sono presenti sia nel cap. 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi sia nel cap. 1 Malattie infettive e parassitarie.

Anche la stessa voce può comparire in capitoli diversi, come ad es. *l'emiplegia*:

1. se è postumo di malattia cerebrovascolare si usa il cod. 438.2 *Emiplegia/emiparesi*
2. se è di altra natura (ad es. neoplastica) o di natura non specificata si usa il cod. 342_ *Emiplegia e emiparesi*

MALATTIE INFIAMMATORIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (320-326)

Le malattie infiammatorie del SNC vengono classificate in vari modi ed è fondamentale seguire attentamente le indicazioni illustrate nell'indice alfabetico ed in quello sistematico del manuale ICD-9_CM 2007, potendo essere necessaria, in più di una circostanza, il ricorso ad una codifica multipla.

I seguenti cod. di encefalite e mielite:

- cod. 323.0_ *Encefalite, mielite ed encefalomielite in malattie virali classificate altrove*
- cod. 323.1 *Encefalite, mielite ed encefalomielite in malattie da Rickettsie classificate altrove*
- cod. 323.2 *Encefalite, mielite ed encefalomielite in malattie da protozoi classificate altrove*
- cod. 323.4_ *Altre encefaliti, mieliti ed encefalomieliti da infezioni classificate altrove*
- cod. 323.6_ *Encefalite, mielite ed encefalomielite, postinfettiva*
- cod. 323.7_ *Encefalite, mielite ed encefalomielite tossiche*

prevedono la codifica della patologia di base in DP (tali suddetti cod. vanno quindi inseriti in DS).

Il seguente cod. prevede di codificare un codice E aggiuntivo per identificare il vaccino:

- cod. 323.5_ *Encefalite, mielite ed encefalomielite successive a procedure di immunizzazione*

DISTURBI ORGANICI DEL SONNO (327)

I disturbi organici del sonno sono trattati alla categoria 327.

Nel caso di utilizzo dei seguenti cod. va codificata per prima la patologia di base:

- cod. 327.01 *Insonnia dovuta a condizioni mediche classificate altrove*
- cod. 327.02 *Insonnia dovuta a disturbi psichici*
- cod. 327.14 *Ipersonnia dovuta a condizioni mediche classificate altrove*
- cod. 327.15 *Ipersonnia dovuta a disturbi psichici*
- cod. 327.26 *Ipoventilazione/ipossiemia correlate al sonno in malattie classificabili altrove*
- cod. 327.27 *Apnea del sonno di tipo centrale in malattie classificabili altrove*
- cod. 327.37 *Disturbo del ritmo circadiano del sonno in malattie classificate altrove*
- cod. 327.44 *Parasonnia in malattie classificate altrove*

È importante distinguere i **ricoveri senza** o **con intervento chirurgico**.

1. Ricoveri senza intervento chirurgico

Si utilizzeranno i seguenti cod. di diagnosi:

cod. 327.2_ *Apnea nel sonno di tipo organico*

oppure

cod. 327.5_ *Disturbi organici del movimento correlati al sonno*

2. Ricoveri con intervento chirurgico

Se viene effettuato l'intervento chirurgico di **ugulo-faringoplastica** si utilizzeranno i seguenti cod.:

DP: cod. 528.9 *Altre e non specificate malattie dei tessuti molli orali*

DS: cod. 327._ *Disturbi organici del sonno*

I/P: cod. 27.99 *Altri interventi sulla cavità orale*

Se contemporaneamente vengono effettuati anche interventi di **sospensione ioidea e/o linguale** (spesso associati), questi devono essere descritti utilizzando il cod. unico aggiuntivo 29.4 *Intervento di plastica sul faringe*.

Se viene associato anche l'intervento chirurgico di **tonsillectomia** va aggiunto il cod. 28.2 *Tonsillectomia*.

Disturbi del sonno - sintomo

I disturbi del sonno sono individuabili anche come sintomi cod. 780.5_ *Disturbi del sonno*, codificabili in DP nel caso in cui non sia individuabile la patologia di base, ma occorra ricorrere al cap. 16 Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti.

La Sindrome dell'Apnea Notturna trattata con radiofrequenza (RFVR) prevede l'utilizzo dei seguenti cod.:

DP: cod. 528.9 *Altre e non specificate malattie dei tessuti molli orali*

I/P: cod. 27.49 *Altra asportazione della bocca*

oppure

I/P: cod. 29.39 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe*

oppure

I/P: cod. 21.69 *Altra turbinectomia*

oppure

I/P: cod. 28.99 *Altri interventi su tonsille e adenoidi*

MALATTIE EREDITARIE E DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (330-337)

Malattia di Alzheimer

Va codificata con:

DP: cod. 331.0 *Malattia di Alzheimer*

Demenze degenerative non dovute a malattie di Alzheimer

DP: cod. 331.2 *Degenerazione senile dell'encefalo*

Degenerazione cerebrale

In caso di ricovero per degenerazione cerebrale vanno indicati:

DP: malattia di base:

- cod. 303.0-303.9 *Alcolismo*
- cod. 265.0 *Beriberi*
- cod. 266._ *Deficit di componenti del complesso B*
- cod. 741.0-742.3 *Idrocefalo congenito*
- cod. 430-438 *Malattia cerebrovascolare*
- cod. 140.0-239.9 *Malattia neoplastica*
- cod. 244.0-244.9 *Mixedema*

DS: cod. 331.7 *Degenerazione cerebrale in malattie classificate altrove*

Morbo di Parkinson

Il Morbo di Parkinson si classifica utilizzando i cod. della categoria 332, con la quarta cifra si specifica se la patologia è primaria (cod. 332.0) o secondaria (332.1).

Nel caso in cui la malattia sia correlata con la sifilide, il cod. da indicare è 094.82 *Parkinsonismo sifilitico*.

Atassia cerebellare

L'atassia cerebellare causata da **infezioni ad esordio acuto-subacuto, alcolismo, neoplasie, patologie vascolari, malattie carenziali**, etc., si descrive indicando:

DP: la malattia di base (ad es. alcolismo cod. 303.0-303.9 o mixedema cod. 244.0-244.9)

DS: cod. 334.4 *Atassia cerebellare in malattie classificate altrove*

In caso di atassia cerebellare dovuta a **reazione tossica da farmaci, solventi, metalli ed agenti fisici** occorre indicare:

DP: cod. 995.29 *Altri effetti avversi non specificati di altri farmaci, medicinali e prodotti biologici*

DS: cod. 334.3 *Altre atassie cerebellari*

DOLORE (338)

La categoria 338 *Dolore* classifica i diversi quadri clinici caratterizzati dalla presenza di una sindrome dolorosa rilevante.

Per le specifiche sulla codifica del dolore si rimanda ai contenuti dell'appendice Terapia antalgica.

ALTRI DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (340-349)**Emiplegia ed emiparesi ed altre sindromi paralitiche**

I cod. relativi alla *Emiplegia ed emiparesi (342.__)* ed alle *Altre sindromi paralitiche (344.__)* vanno utilizzati raramente e solamente quando il quadro è indicato come antico o è presente da lungo tempo, ma di origine non specificata.

Nelle emiplegie/emiparesi conseguenti ad accidenti vascolari vanno utilizzati i cod. contenuti nel cap. 7 *Malattie del sistema circolatorio* alla categoria 430-438 *Malattia cerebrovascolari*.

Paralisi cerebrale infantile

Nel caso di ricovero per paralisi cerebrale infantile va utilizzato un cod. all'interno della categoria 343 *Paralisi cerebrale infantile*.

Epilessia

I quadri clinici di epilessia (epilessia generalizzata, stato di male, spasmi infantili ed altre forme non specificate), sono quelli compresi nella categoria 345 con il quinto carattere che identifica la resistenza alla terapia:

._0 senza menzione di epilessia trattabile

._1 con epilessia non trattabile

La tabella seguente riassume le modalità di codifica dell'epilessia.

TIPO	SOTTOTIPO	TRATTABILE	INTRATTABILE
GENERALIZZATA	NON CONVULSIVA	345.00	345.01
	CONVULSIVA	345.10	345.11
PARZIALE	COMPLESSA	345.40	345.41
	SEMPLICE	345.50	345.51
	CONTINUA	345.70	345.71
SPASMI INFANTILI		345.60	345.61
ALTRE FORME E CRISI RICORRENTI		345.80	345.81
NON SPECIFICATA		345.90	345.91
PICCOLO MALE		345.2	
GRANDE MALE		345.3	

Si utilizza il cod. 780.39 *Altre convulsioni* per classificare l'episodio convulsivo isolato, al di fuori della malattia epilettica, nell'adulto o nel bambino. Nel neonato, invece, va utilizzato il cod. 779.0 *Convulsioni del neonato. Attacco nel neonato. Convulsioni nel neonato. Crisi convulsiva*.

Sindrome di West

Va codificata con:

DP: cod. 345.6_ *Spasmi infantili*

Emicrania

La categoria 346 va utilizzata con la quinta cifra:

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

Per la codifica della **cefalea** si rimanda al cap. 5 Disturbi mentali.

DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (350-359)

Disturbi delle radici e dei plessi nervosi

In caso di danno radicolare in ernia del disco intervertebrale non va utilizzato il cod. 353._ *Disturbi delle radici e dei plessi nervosi*, ma i cod. del cap. 13 Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo.

Quindi, ad es., in caso di lombosciatalgia per ernia del disco va indicato:

DP: cod. 722.1_ *Ernia del disco intervertebrale lombare*

Neuropatia diabetica

La neuropatia diabetica deve essere codificata come segue:

DP: cod. 250.6_ *Diabete con complicanze neurologiche* (la quinta cifra indica la tipologia di diabete e la presenza o assenza di scompenso metabolico)

DS: uno o più cod. aggiuntivi per identificare la complicanza ad es.:

- cod. 337.1 *Neuropatia autonoma periferica diabetica*
- cod. 354.0-355.9 *Mononeuropatia diabetica*
- cod. 357.2 *Polineuropatia in diabete*
- cod. 358.1 *Amiotrofia diabetica*
- cod. 713.5 *Artropatia neurogenica diabetica*

CODICI INTERVENTI/PROCEDURE (I/P) SUL SNC (01-05)

Intervento per idrocefalo acquisito (ad es. post-emorragico da rottura di aneurisma)

DP: cod. 331.4 *Idrocefalo acquisito*

I/P: cod. 02.3 *_Anastomosi ventricolare extracranico*

Somministrazione intratecale di farmaci citotossici

I/P: cod. 03.8 *Iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale*

Biopsia percutanea di lesione cerebrale effettuata mediante foro di trapanazione con metodo stereotassico

Va codificata con il cod. 01.13 *Biopsia (percutanea) (agobiopsia) di lesione cerebrale. Mediante foro di trapanazione con metodo stereotassico* + cod. 01.18 *Altre procedure diagnostiche sul cervello e sulle meningi cerebrali*

EPILESSIA REFRATTARIA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA TRATTATA CON NEUROSTIMOLATORE VAGALE

Inserzione di neurostimolatore vagale

DP: cod. 345._1 *Epilessia ... non trattabile*

I/P: cod. 04.92 *Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici* in associazione al cod. 86.96 *Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neuro stimolatore*

Sostituzione del neurostimolatore vagale

DP: cod. V53.02 *Collocazione e sistemazione di dispositivo relativo al sistema nervoso*

DS: cod. 345._1 *Epilessia ... non trattabile*

I/P: cod. 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore*

EPILESSIA REFRATTARIA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA TRATTATA CON STIMOLAZIONE CEREBRALE PROFONDA (DBS)

Inserzione di DBS

DP: cod. 345._1 *Epilessia ... non trattabile*

I/P: cod. 02.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico* in associazione al cod. 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore*

Sostituzione di DBS

DP: cod. V53.02 *Collocazione e sistemazione di dispositivo relativo al sistema nervoso*

DS: cod. 345._1 *Epilessia ... non trattabile*

I/P: cod. 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore*

PARKINSON AVANZATO TRATTATO CON NEUROSTIMOLATORE

Inserzione di DBS

DP: cod. 332.0 *Paralisi agitante* oppure 333.1 *Tremore essenziale ed altre forme specificate di tremore*

I/P: cod. 02.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico* in associazione al cod. 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore*

Sostituzione di DBS

DP: cod. V53.02 *Collocazione e sistemazione di dispositivo relativo al sistema nervoso*

DS: cod. 332.0 *Paralisi agitante* oppure 333.1 *Tremore essenziale ed altre forme specificate di tremore*

I/P: cod. 02.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico* in associazione al cod. 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore*

EMICRANIA CRONICA REFRATTARIA TRATTATA CON IMPIANTO DI NEUROSTIMOLATORE

Si rimanda ai contenuti dell'appendice Terapia antalgica.

TRATTAMENTO DELLA SPASTICITA'

Trattamento della spasticità con inserzione di pompa di baclofene

DP: cod. 781.0 *Movimenti involontari anormali*

DS: cod. 344. *Quadriplegia e tetraplegia*

I/P: cod. 86.06 *Inserzione di pompa infusoriale completamente impiantabile*

I/P: cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*

Sostituzione della pompa di baclofene

DP: cod. V53.09 *Collocazione e sistemazione di altri dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi di senso* (per esaurimento delle batterie)

oppure

DP: cod. 996.59 *Complicazioni meccaniche di altri impianti e dispositivi interni non classificati altrove* (per complicanze meccaniche)

oppure

DP: 996.69 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni* (per complicanze infettive)

I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo*

I/P: cod. 86.06 *Inserzione di pompa infusoriale completamente impiantabile*

oppure

I/P: cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*

Trattamento con tossina botulinica

DP: riportare la sintomatologia per la quale viene effettuato il trattamento (disfagia, spasmo, paralisi del facciale, etc.)

I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*

In caso di iniezione endovesicale di tossina botulinica va aggiunta la codifica della cistoscopia (cod. 57.32).

MALATTIE DELL'OCCHIO E DEGLI ANNESSI (360-379)

In caso di **retinopatia diabetica**:

DP: cod. 250.5 *Diabete con complicazioni oculari*

DS: cod. 362.0 *Retinopatia diabetica*

Nota sulla codifica: il cod. 362.07 *Edema maculare diabetico* va utilizzato insieme ad un cod. 362.01-362.06 *Retinopatia diabetica*.

Cataratta senile vs cataratta diabetica

Nel paziente diabetico affetto da cataratta è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica rispetto a quella della cataratta senile.

Per la codifica della cataratta senile in paziente diabetico senza complicazioni oculari vanno indicati:

DP: cod. 366.1 *Cataratta senile*

DS: cod. 250. *Diabete mellito*

Nota sulla codifica: la DS può complicare il DRG e pertanto va riportata se rispetta le indicazioni previste per la diagnosi secondaria.

Per la codifica della cataratta diabetica vanno indicati:

DP: cod. 250.5 *Diabete con complicazioni oculari*

DS: cod. 366.41 *Cataratta diabetica*

INTERVENTI/PROCEDURE SULL'OCCHIO (08-16)

Si premette di porre attenzione alla scelta del setting assistenziale in quanto vari interventi sull'occhio sono riconducibili al regime ambulatoriale.

INTERVENTI OCULISTICI DI INNESTO DI LIMBUS E DI INNESTO DI MEMBRANA AMNIOTICA

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

I/P: per l'autotrapianto cod. 11.61 *Cheratoplastica lamellare autologa*

I/P: per il trapianto da altro donatore cod. 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare*

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

ALTRI INTERVENTI SULL'OCCHIO**Cataratta**

Per quanto riguarda l'estrazione di cataratta occorre tenere presente che per l'estrazione semplice il cod. appropriato è compreso tra il 13.11 ed il 13.69; mentre per l'intervento di estrazione di cataratta e sincrona inserzione di protesi occorre codificare entrambe le fasi, ad es.:

- cod. 13.41 *Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta*
- cod. 13.71 *Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea*

Rimozione e contemporanea sostituzione di lenti oculari protesiche impiantate

a) Se la rimozione è dovuta a **complicazioni meccaniche** (ad es. dislocazioni):

DP: cod. 996.53 *Complicazioni meccaniche di lenti oculari protesiche*

b) Se invece la rimozione **non è dovuta a complicazioni meccaniche** (opacizzazione, errato calcolo del cristallino artificiale intraoculare):

DP: cod. 996.79 *Altre complicazioni da lenti oculari NIA*

In entrambi i casi (a e b) va riportato in:

DS: cod. V43.1 *Cristallino sostituito con altri mezzi*

I/P: cod.13.72 *Impianto secondario di cristallino artificiale, eseguiti in contemporanea*

I/P: cod. 13.8 *Rimozione di cristallino impiantato*

Iniezione sottocongiuntivale

Il cod. 10.91 *Iniezione sottocongiuntivale* non può essere utilizzato per indicare la procedura di anestesia locale pre-intervento o per i trattamenti di profilassi antibiotica e/o antiinfiammatoria in corso di intervento chirurgico.

I cod. che identificano i trattamenti di profilassi sono da ricercarsi nella categoria cod. 99.2_ *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

Glaucoma ad angolo aperto/chiuso

DP: cod. 365.__ *Glaucoma*

I/P: cod. 12.65 *Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia*

oppure

I/P: cod. 12.69 *Altri interventi di fistolizzazione della sclera*

Distacco di retina

DP: 361.__ *Distacco e rottura della retina*

I/P: cod. 14.9 *Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore*

Trattamento del Pucker maculare

DP: cod. 362.56 *Raggrinzimento (pucker) maculare*

I/P: cod. 14.9 *Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore*

Asportazione di lesioni palpebrali

Occorre porre attenzione alla codifica di asportazione di lesioni palpebrali, in quanto per la codifica della maggior parte degli interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo vanno utilizzati i cod. della categoria 86, ma con l'eccezione a tale regola rappresentata dagli interventi su palpebra e sopracciglia per i quali vanno impiegati i cod. 08.01-08.99.

MALATTIE DELL'ORECCHIO E DELL'APOFISI MASTOIDE (380-389)**Malattia di Meniere**

DP: cod. 386.0_ *Malattia di Meniere*

Vertigini periferiche

DP: cod. 386.1_ *Altre e non specificate vertigini periferiche*

Vertigini di origine centrale

DP: cod. 386.2. *Vertigine di origine centrale*

Vertigine post-traumatica acuta conseguente a lesione dell'ottavo nervo cranico in assenza di frattura

DP: cod. 951.5 *Traumatismo del nervo acustico*

DS: cod. 386.19 *Altre vertigini periferiche*

Vertigine post-traumatica cronica conseguente a frattura della base cranica e lesione dell'ottavo nervo cranico

DP: cod. 386.19 *Altre vertigini periferiche*

DS: cod. 905.0 *Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia*

DS: cod. 907.1 *Postumi di traumatismi dei nervi cranici*

Vertigine post-traumatica cronica conseguente a lesione dell'ottavo nervo cranico in assenza di frattura della base cranica

DP: cod. 386.19 *Altre vertigini periferiche*

DS: cod. 907.1 *Postumi di traumatismi dei nervi cranici*

Vertigine tossica labirintica

DP: cod. 386.34 *Labirintite tossica*

Sindrome vertiginosa in esiti di malattie cerebrovascolari

DP: cod. 438.85 *Vertigine*

Vertigine - sintomo

Qualora non sia stata determinata l'origine della sindrome vertiginosa va utilizzato in DP il cod. 780.4 *Vertigine SAI*.

INTERVENTI/PROCEDURE SULL'ORECCHIO (18-20)**Asportazione di neurinoma del nervo acustico**

I/P: cod. 04.01 *Asportazione di neurinoma acustico*; in tale caso **non deve essere segnalato** il cod. della craniotomia in quanto già compreso

Asportazione di lesioni all'orecchio

Occorre porre attenzione alla codifica di asportazione di lesioni all'orecchio, in quanto per la codifica della maggior parte degli interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo vanno utilizzati i cod. della categoria 86, ma con l'eccezione a tale regola rappresentata dagli interventi sull'orecchio per i quali vanno impiegati i cod. 18.01-18.9.

Impianto di protesi cocleare

DP: patologia di base (ad es. 389. __ Sordità)

I/P: cod. 20.96 *Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare***INTERVENTI/PROCEDURE SUL NASO, BOCCA E FARINGE (21-29)****Paralisi di una corda vocale**

Per l'intervento di iniezione di materiale inerte nella corda interessata ed eventuale intervento di stripping della corda vocale controlaterale, la codifica da utilizzare è la seguente:

DP: cod. 478.32 *Paralisi della corda vocale unilaterale completa*I/P: cod. 31.69 *Altra riparazione della laringe*I/P: cod. 31.0 *Iniezione di materiale inerte nella laringe o nelle corde vocali*

se viene effettuato lo stripping va codificato anche:

I/P: cod. 30.09 *Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe***Inserimento di protesi fonatoria nei pazienti laringectomizzati**

Per i pazienti sottoposti a laringectomia in un precedente intervento e ricoverati per inserimento di protesi fonatoria vanno utilizzati i seguenti cod.:

DP: cod. V52.8 *Collocazione sistemazione di altra protesi*Ds: cod. V10.21 *Anamnesi personale di tumore maligno della laringe*I/P: cod. 31.98 *Altri interventi sulla laringe*

Per gli interventi/procedure su tracheotomia si rimanda ai contenuti del capitolo 8 Malattie dell'apparato respiratorio.

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

DP: cod. di neoplasia maligna

I/P: cod. di demolizione della neoplasia

Altri tipi di intervento:**- Tracheotomia per assistenza ventilatoria**I/P: cod. 31.1 *Tracheostomia temporanea***- Innesto osseo**I/P: cod. 76.91 *Innesto osseo su ossa facciali***- Ricostruzione con lembo libero rivascolarizzato**I/P: cod. 86.74 *Trasferimento di innesto pedunculato a lembo in altre sedi***- Microanastomosi vascolare**I/P: cod. 39.29 *Altri anastomosi o bypass vascolari (periferici)***- Prelievo osseo da cresta iliaca**I/P: cod. 77.79 *Prelievo di altre ossa per innesto***- Prelievo di lembo**I/P: cod. 86.91 *Asportazione di cute per innesto***Settoplastica**

Per gli interventi di correzione del setto nasale deviato vanno utilizzati i cod.:

DP: cod. 470 *Deviazione del setto nasale*I/P: cod. 21.5 *Resezione sottomucosa del setto nasale*

Nota sulla codifica: l'intervento di plastica del setto nasale associata con la resezione sottomucosa del setto va descritta con il cod. 21.5 *Resezione sottomucosa del setto nasale*, come indicato nel manuale ICD-9_CM 2007. In tali casi, quindi, il cod. 21.88 *Altra plastica del setto* non deve essere riportato.

Nota sulla codifica: attenzione il cod. 754.0 *Malformazioni congenite del cranio, della faccia e della mascella* genera il DRG 477 Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale.

Turbinectomia con radiofrequenza

DP: cod. 478.0 *Ipertrofia dei turbinati*

I/P: 21.69 *Altra turbinectomia*

Chirurgia funzionale endoscopica rinosinusale

I/P: cod. 22.63 *Etmoidectomia*

Asportazione di papilloma invertito delle cavità paranasali

DP: cod. 212.0 *Tumori benigni delle cavità nasali, orecchio medio e seni paranasali*

Gli interventi di asportazione possono essere i seguenti:

I/P: cod. 22.63 *Etmoidectomia*

I/P: cod. 21.69 *Altra turbinectomia*

I/P: cod. 22.2 *Antrotomia intranasale*

I/P: cod. 22.41 *Senotomia frontale*

I/P: cod. 22.51 *Etmoidotomia*

I/P: cod. 22.64 *Sfenoidectomia*

I/P: cod. 76.39 *Osteotomia parziale di altre ossa della faccia*

CAPITOLO 7

MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390-459)

Le malattie relative al sistema circolatorio sono descritte nel capitolo settimo (categorie 390 - 459) ad eccezione:

- di quelle riferite a condizioni ostetriche, descritte nel cap. 11
- di quelle riferite a patologie congenite, descritte nel cap. 14

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

Si ricorda che una serie di cod. di diagnosi di questo cap., se indicati in DP o in DS, nonché in funzione delle loro combinazioni e della presenza di intervento/procedura, comportano l'assegnazione a DRG particolari, ad es. DRG 547 Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore.

Analogamente l'utilizzo di alcuni cod. di interventi/procedure determinano l'assegnazione a DRG particolari per la presenza di procedure assistenziali specifiche, quali:

- terapia trombolitica;
- presenza/assenza di cateterismo cardiaco;
- inserzione di stent.

IPERTENSIONE ARTERIOSA (401-405)

Nella codifica, è opportuno consultare, nell'indice alfabetico delle diagnosi, la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, tre cod. relativi, rispettivamente, alla forma:

- maligna (quarta cifra = 0)
- benigna (quarta cifra = 1)
- non specificata (quarta cifra = 9)

Ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente, viene indicato per primo il cod. della **malattia di base** che causa l'ipertensione; l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un cod. della categoria 642 (come riportato nel cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e dei puerperio).

Cardiopatía ipertensiva (402.__)

L'ipertensione causa diretta della cardiopatía va codificata con il cod. 402.__, cui si aggiunge il cod. dell'insufficienza cardiaca se associata (codifica multipla).

Esempio:

402.11 *Cardiopatía ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca* piú un cod. da 428.0 a 428.43 per specificare il tipo di insufficienza cardiaca

Nel caso di ricovero per ipertensione senza relazione causale diretta con l'insufficienza cardiaca o la cardiopatía si devono assegnare cod. separati.

Esempio:

cod. 428.0 *Insufficienza cardiaca congestizia non specificata* (vedi paragrafo specifico)
cod. 401.9 *Ipertensione essenziale non specificata*

Nefropatia ipertensiva cronica (403.__) e cardionefropatia ipertensiva (404.__)

Per codificare la presenza di malattia cronica ipertensiva, intesa come compromissione renale in corso di ipertensione arteriosa, vanno utilizzati i cod. della categoria 403.__ *Nefropatia ipertensiva cronica*.

Nel caso di malattia cronica ipertensiva, intesa come compromissione renale con contemporaneo interessamento cardiaco, vanno utilizzati i cod. della categoria 404.__ *Cardionefropatia ipertensiva*.

Per la ricerca dei cod. di malattia cronica ipertensiva ("nefropatia ipertensiva") va interrogato l'indice alfabetico attraverso il termine principale di "nefropatia"; al modificatore "ipertensiva" viene indicato l'uso della categoria 403 *Nefropatia ipertensiva cronica*.

L'assegnazione del cod. corretto non può prescindere dall'attenta analisi della parte sistematica, dove oltre alla *Nefropatia ipertensiva cronica* (cod. categoria 403.__) viene descritta anche la *Cardionefropatia ipertensiva* (categoria 404.__).

Nota sulla codifica: la quinta cifra descrive la condizione di insufficienza renale e/o insufficienza cardiaca congestizia.

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 indica per il cod. 403.__ di utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare lo stadio dell'insufficienza renale cronica (cod. 585.__ *Malattia renale cronica*).

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 indica per il cod. 404._ di utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare:

- il tipo di insufficienza cardiaca (cod. 428.0 - 428.43)
- lo stadio dell'insufficienza renale cronica (cod. 585._)

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE (410-414)

Comprende le categorie:

- 410 *Infarto miocardio 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 (410.__)

Le sottocategorie da 410.0_ a 410.6_ e 410.8_ identificano i casi di IMA con soprasslivellamento 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.

La sottocategoria cod. 410.9_ *IMA sede non specificata* deve essere usata solo per gli infarti equivalenti agli STEMI, in cui l'ECG non è valutabile per presenza di blocco di branca, pace maker o defibrillatore. Pertanto, al cod. 410.9_ dovrà essere aggiunto un ulteriore cod. in DS che precisi le ragioni che rendono impossibile il riconoscimento della sede:

- blocco di branca sinistro: cod. 426.3
- presenza di pace maker: V45.01
- presenza di defibrillatore impiantato: V45.02

La quinta cifra distingue l'episodio di assistenza:

- Quinta cifra = 0: **episodio di assistenza non specificato** (da non utilizzare in quanto la documentazione clinica dovrebbe sempre contenere le informazioni necessarie per una descrizione precisa del caso e quindi consentire l'utilizzo della quinta cifra 1 o 2).
- Quinta cifra = 1: **episodio iniziale di assistenza**. Nella definizione di episodio iniziale di assistenza sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti tra istituti per acuti; questo cod. va assegnato indipendentemente dal numero di trasferimenti che il paziente può avere effettuato. Non deve essere impiegato nei casi in cui si sia verificata un'interruzione dell'assistenza per acuti (trasferimento in strutture non per acuti o dimissioni a domicilio) perché in tali situazioni va utilizzato il quinto carattere 2.
- Quinta cifra = 2: **episodio successivo di assistenza per lo stesso infarto**. Tale carattere va utilizzato per i ricoveri successivi all'episodio iniziale di assistenza, se effettuati entro le otto settimane dall'evento acuto. Va quindi usato per i pazienti che vengono nuovamente ricoverati per valutazioni, osservazioni o trattamenti relativi ad un infarto miocardico acuto per il quale hanno già avuto un ricovero **entro le 8 settimane precedenti**, e che si sia concluso o con la dimissione o con il trasferimento ad una struttura non per acuti.

Se nel corso del ricovero un NSTEMI evolve in STEMI, va codificato come STEMI; nel caso in cui uno STEMI evolva in NSTEMI, a seguito di terapia trombolitica, va codificato come STEMI.

Se nel corso del ricovero l'infarto evolve verso complicanze quali aritmie, fibrillazione, shock, è opportuno che queste ultime siano codificate tra le **DS** con cod. 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. Analogamente, in caso di secondo evento infartuale acuto, intervenuto dopo la dimissione per un primo evento, con sede diversa dal precedente, si dovrà codificare utilizzando il quinto carattere 1.

Angina pectoris e altre cardiopatie ischemiche acute (411._ e 413._)

Vanno utilizzati i cod. della categoria 413, ricordando che per l'**angina instabile** il cod. da utilizzare è il 411.1 *Sindrome coronarica intermedia, angina instabile*.

Qualunque sindrome anginosa di nuova insorgenza va codificata come angina instabile.

Infarto miocardico pregresso (412)

L'infarto pregresso senza sintomi attuali deve essere codificato utilizzando il cod. 412 *Infarto miocardico pregresso* e dovrebbe essere assegnato esclusivamente come **DS** nei casi in cui siano assenti sintomi e malattia ischemica in atto e l'indicazione del pregresso infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale (influenza il trattamento e/o la durata della degenza).

Aterosclerosi coronarica (414.0_)

I cod. 414.0_ *Altre forme di cardiopatia ischemica* indicano la sede anatomica dell'aterosclerosi (coronarie native, bypass venosi o arteriosi, etc.).

È indicato il loro utilizzo in DP negli episodi di ricovero effettuati per svolgere:

- interventi elettivi di bypass aorto-coronarico e angioplastica; oppure
- procedura coronarografica nel caso in cui l'esame diagnostico permetta di identificare una diagnosi anatomica di aterosclerosi coronarica.

Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica (414.8)

Quando un ricovero per cardiopatia ischemica post-infarto miocardico acuto (in presenza di sintomatologia) avviene **oltre le otto settimane dall'infarto** (e cioè dalla data di ricovero per infarto) non deve essere utilizzata la categoria 410 ma il cod. 414.8 *Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica*.

Cardiopatia ischemica cronica non specificata (414.9)

Si sconsiglia l'utilizzo in DP del cod. 414.9 *Cardiopatia ischemica cronica non specificata*, in quanto troppo generico.

CARDIOMIOPATIA (425._)

L'impiego in DP o DS dei cod. relativi alla categoria 425 *Cardiomiopatia* sono da riservarsi alla malattia primitiva del miocardio. Questi cod. non vanno utilizzati per tutte le patologie riferite al rimodellamento cardiaco (ipertensione, ischemia e valvulopatia), per le quali si rimanda agli specifici codici.

ARRESTO CARDIACO – ARRESTO CARDIORESPIRATORIO (427.5)

È sconsigliato l'uso del cod. 427.5 *Arresto cardiaco* in DP. Tale cod. deve essere usato in DS solo a condizione che siano state adottate risorse per la rianimazione del paziente.

INSUFFICIENZA CARDIACA (428.__)

Per la codifica di questa condizione morbosa in DP, dato l'eccessivo uso riscontrato in molteplici sedi, devono essere valutati e documentati i seguenti criteri:

- anamnesi specifica (ad es. dispnea, aumento di peso)
- presenza di obiettività clinica (ad es. crepitii polmonari, edemi declivi, turgore giugulare)
- documentazione di terapia diuretica endovenosa od orale ad alte dosi
- aumento significativo del BNP
- ecocardiogramma con segnalazione di riduzione della frazione di eiezione (<50%) o segni significativi di disfunzione diastolica

Se l'insufficienza cardiaca si manifesta nel postoperatorio va codificata con il cod. 997.1 *Complicazioni cardiache non classificate altrove* mentre se compare dopo intervento cardiocirurgico effettuato in un precedente ricovero va utilizzato il cod. 429.4 *Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca*.

Lo shock cardiogeno va codificato con il cod. 785.51 *Shock cardiogeno*.

Edema polmonare acuto

Occorre porre attenzione alla codifica di questa patologia:

1) quando è di origine cardiaca:

DP: 428.1 *Insufficienza del cuore sinistro*

2) quando è di origine polmonare:

DP: 518.4 *Edema polmonare acuto, non specificato* (ad es. distress respiratorio in corso di sepsi)

Edema polmonare acuto da valvulopatia

DP: cod. 428.1 *Insufficienza del cuore sinistro*

DS: il cod. della valvulopatia

Nell'edema polmonare acuto da valvulopatia non bisogna basarsi sul percorso patogenetico, ma sulla reale patologia che ha comportato il maggiore consumo di risorse.

Cuore polmonare cronico scompensato

Il cuore polmonare cronico scompensato va descritto ponendo in **DP** il cod. 428.0 *Insufficienza cardiaca congestizia, scompenso cardiaco congestizio* e in **DS** il cod. 416.8 *Altre forme di malattia cardiopolmonare*.

In presenza di malattia polmonare evoluta in cuore polmonare cronico è corretto codificare per primo lo scompenso cardiaco perché la dilatazione e lo scompenso destro, pur essendo secondari alle alterazioni prodotte dall'enfisema, richiedono una quota prevalente di risorse assistenziali.

MALATTIE CEREBROVASCOLARI (430-437)

Le malattie cerebrovascolari acute sono codificate con le categorie comprese tra 430 e 437; i loro postumi sono codificati con i cod. della categoria 438. Ciascun aspetto patologico 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 es. aterosclerosi cerebrovascolare con emorragia subaracnoidea dovuta a rottura di un aneurisma saccolare: cod. 430 *Emorragia subaracnoidea* + cod. 437.0 *Aterosclerosi cerebrale*.

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

. _0 *senza menzione di infarto cerebrale*

. _1 *con infarto cerebrale*

Ictus cerebrale ischemico (434.__)

I cod. da utilizzare sono i seguenti:

cod. 434.01 *Trombosi cerebrale con infarto cerebrale*

cod. 434.11 *Embolia cerebrale con infarto cerebrale*

cod. 434.91 *Occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale*

ponendo attenzione all'appropriato utilizzo del cod. 434.91, che va riservato ai casi in cui il medico non abbia specificato la natura trombotica o embolica dell'ictus ischemico.

Si raccomanda particolare attenzione alla codifica del trombolitico (cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico*), il cui utilizzo determina l'assegnazione ad un DRG specifico (DRG 559 Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici).

Ischemia cerebrale transitoria (435.__)

Per codificare correttamente tale diagnosi si deve utilizzare la sottocategoria 435._ *Ischemia cerebrale transitoria (TIA)*. Tale cod. prevede la quarta cifra per descrivere la sede dell'arteria colpita e include anche la condizione di spasmo delle arterie cerebrali.

POSTUMI DELLE MALATTIE CEREBROVASCOLARI (438.__)

I cod. della categoria 438 vanno utilizzati in caso di ricovero successivo all'evento vascolare cerebrale acuto (concluso); tali cod. comprendono le sequele delle condizioni morbose classificabili da 430-437, come afasia, monoplegia, emiplegia, etc.

ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO**Pseudoaneurisma**

DP: cod. 997.79 *Complicanze vascolari di altri vasi sanguigni*

I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche* se effettuata iniezione locale di adesivo tissutale o colla

oppure

I/P: cod. 39.79 *Endograft e riparazioni endovascolari* se effettuata riparazione per via endovascolare

oppure

I/P: cod. 39.52 *Altra riparazione di aneurismi*

oppure

I/P: cod. 39.31 *Sutura di arteria* se effettuata riparazione a cielo aperto

Sindrome della vena cava

Per codificare la sindrome della vena cava (inferiore o superiore) va utilizzato il cod. 459.2 *Compressione venosa*.

CODICI DI CATEGORIA V NELLE MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Per l'utilizzo corretto di questi cod. occorre consultare anche il cap. 18 Codici V.

I cod. di questa categoria servono:

- per codificare **problemi clinici** che influenzano lo stato di salute del paziente, ma che non sono una malattia o un traumatismo (ad es. cod. V45.01 *Stimolatore cardiaco in situ*). In tali casi lo specifico problema clinico deve essere riportato nella SDO e codificato con i codici V solo se esercita un'effettiva influenza sul trattamento erogato al paziente nel corso del ricovero;
- per codificare **servizi erogati** in circostanze, diverse da malattie e traumatismi, che tuttavia possono determinare un ricovero; un tipico esempio è rappresentato dal ricovero per controllo, sostituzione, regolazione, esaurimento della batteria del pacemaker (**in assenza di sintomi clinici**) (ad es. cod. V53.3 *Collocazione e sistemazione del dispositivo cardiaco*);
- in caso di ricovero di un paziente già portatore di contropulsatore aortico, VAD o altri supporti circolatori impiantati in altra struttura, indicando tra le **DS** il cod. V46.8 *Dipendenza da altri apparecchi*, per specificare la presenza di tali dispositivi di assistenza;
- come **DP** nel caso di paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura pregressi, indicando come **DS** la patologia che ha determinato le cure pregresse. Ad es. ricoveri dopo:
 - trapianto di cuore (V42.1 *Cuore sostituito da trapianto*)
 - trapianto di valvola cardiaca (V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto*)
 - impianti di protesi valvolare (V43.3 *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi*)
 - impianto di pace-maker (V45.0_ *Dispositivo cardiaco post-chirurgico in situ*)
- come **DS** per identificare, in ricoveri effettuati per altre motivazioni, i portatori di bypass, valvole cardiache, protesi vascolari, angioplastica, pace maker, defibrillatori o qualsiasi altra protesi o impianto cardiovascolare.

I cod. V non vanno utilizzati per indicare complicanze delle precedenti cure mediche o chirurgiche, le quali, se presenti, devono essere codificate con le specifiche categorie numeriche.

INTERVENTI/PROCEDURE SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE**IMPIANTO, SOSTITUZIONE, RIMOZIONE DI DISPOSITIVI CARDIACI****PACE MAKER**

Di seguito si riassumono i codici di interesse:

cod. 00.50 *Impianto di pacemaker per la risincronizzazione cardiaca senza menzione di defibrillazione, sistema totale (CRT-P)*

cod. 00.53 *Impianto o sostituzione del solo pacemaker per la risincronizzazione cardiaca (CRT-P)*
Impianto/sostituzione di pace maker

cod. 37.80 *Inserzione di pace-maker permanente, iniziale o sostituzione, tipo di strumento non specificato*
cod. 37.81 *Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola*
cod. 37.82 *Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta*
cod. 37.83 *Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia*
cod. 37.85 *Sostituzione di un eventuale pace-maker con apparecchio a camera singola non specificato come frequenza di risposta*
cod. 37.86 *Sostituzione di eventuale pacemaker con apparecchio a camera singola, frequenza di risposta*
cod. 37.87 *Sostituzione di eventuale apparecchio di pace-maker con camera doppia*

ESEMPI DI CODIFICA**Impianto/sostituzione di pace maker**

L'impianto iniziale di pace-maker permanente prevede l'utilizzo di due cod.: il primo specifica il tipo di apparecchio usato e il secondo la sede dove viene posizionato l'elettrodo.

In caso di inserimento iniziale di PM monocamerale vanno utilizzati:

I/P: cod. 37.81 *Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola*

I/P: cod. 37.71 *Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo* (37.73 *Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nell'atrio se in atrio*)

Per l'inserimento iniziale di PM bicamerale vanno utilizzati:

I/P: cod. 37.83 *Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia*

I/P: cod. 37.72 *Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio e nel ventricolo*

Se viene effettuato, nel corso di un ricovero con altra motivazione, solo il controllo del funzionamento del PM (interrogazione senza induzione di aritmia, controllo delle soglie, etc.) va utilizzato:

I/P: un cod. 89.45 - 89.49 *Controllo di pace-maker e defibrillatore*

Per la sostituzione di PM cardiaco va utilizzato:

DP: V53.31 *Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco*

oppure, nel caso di ricovero per complicazioni del PM (ad es. malfunzionamento, dislocazione dell'elettrodo, infezione della tasca, etc.), uno o più dei seguenti cod.:

DP: cod. 996.01 *Complicazioni meccaniche da PM cardiaco*

DP: cod. 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria da impianti cardiaci*

DP: cod. 996.72 *Altre complicazioni da impianti cardiaci*

mentre nelle procedure si utilizzano uno o più dei seguenti cod.:

I/P: cod. 37.85-37.87 *Sostituzione di eventuale PM*

I/P: cod. 37.75-37.77 *Revisione/riposizionamento e rimozione di elettrodo*

I/P: cod. 37.79 *Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco*

Il cod. sufficiente a descrivere da solo l'inserzione di PM temporaneo transvenoso è il 37.78 *Inserzione di pace-maker transvenoso temporaneo*.

Il primo impianto di PM per la risincronizzazione cardiaca (pace maker biventricolare o BiV, CRT-P) prevede l'utilizzo del cod.:

I/P: cod. 00.50 *Impianto di PM per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale*

La sostituzione di generatore o elettrodo/i per la risincronizzazione cardiaca (pace maker biventricolare o BiV, CRT-P) prevede l'utilizzo di uno o più dei seguenti cod.:

I/P: cod. 00.52 *Impianto o sostituzione di soli elettrodi transvenosi nel ventricolo sinistro*

I/P: cod. 00.53 *Impianto o sostituzione del solo pace maker per la risincronizzazione cardiaca*

DEFIBRILLATORE

Di seguito si riassumono i codici di interesse:

cod. 00.51 *Impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale (CRT-D)*
cod. 00.54 *Impianto o sostituzione del solo defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca (CRT-D)*
cod. 37.94 *Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale*
cod. 37.96 *Impianto di solo generatore di impulsi di defibrillatore*
cod. 37.98 *Sostituzione del solo generatore di impulsi di defibrillatore automatico*

ESEMPI DI CODIFICA

Impianto/sostituzione di defibrillatore

L'impianto del defibrillatore a permanenza (AICD) può essere codificato con i seguenti cod.:

I/P: cod. 37.94 *Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale*

oppure con i cod.:

I/P: cod. 37.96 *Impianto di solo generatore di impulsi di defibrillatore*

I/P: cod. 37.95 *Impianto di soli elettrodi di defibrillatore automatico*

Per la sostituzione del defibrillatore si utilizzano, a seconda dei casi, i cod.:

DP: cod. V53.32 *Collocazione e sistemazione di defibrillatore cardiaco automatico impiantabile*

oppure, se sono presenti complicazioni, i seguenti cod.:

DP: cod. 996.04 *Complicazioni meccaniche del defibrillatore cardiaco*

DP: cod. 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria impianti cardiaci*

DP: cod. 996.72 *Altre complicazioni da impianti cardiaci*

con i cod. di procedura:

I/P: cod. 37.97 *Sostituzione del solo elettrodo del defibrillatore automatico*

I/P: cod. 37.98 *Sostituzione del solo generatore di impulsi di defibrillatore automatico*

I/P: cod. 37.77 *Rimozione di elettrodo senza riposizionamento (se effettuato)*

I/P: cod. 37.79 *Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco*

Il primo impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca (defibrillatore biventricolare o BiV ICD, CRT-D) prevede di utilizzare un unico cod.:

I/P: cod. 00.51 *Impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale*

La sostituzione del defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca (defibrillatore biventricolare o BiV ICD, CRT-D) prevede, invece, l'utilizzo dei seguenti cod.:

I/P: cod. 00.52 *Impianto o sostituzione di soli elettrodi transvenosi nel ventricolo sinistro*
e/o

I/P: cod. 00.54 *Impianto o sostituzione del solo defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca*

Upgrading di pace maker da monocamerale a bicamerale con inserzione aggiuntiva di nuovo elettrodo

DP: cod. V53.31 *Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco*

I/P: cod. 37.89 *Revisione o rimozione di pace-maker*

I/P: cod. 37.71 *Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo*

oppure

I/P: cod. 37.73 *Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nell'atrio*

Impianto di pace-maker in Sindrome del seno carotideo

DP: cod. 427.89 *Altre aritmie cardiache specificate*

DS: cod. 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo*

I/P: cod. 37.8_ *Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di PM cardiaco*

I/P: cod. 37.7_ *Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di elettrodi*

Impianto di pace-maker sul globo carotideo o su altri glomi

DP: cod. 337.0 *Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo*

I/P: cod. 39.8 *Interventi sul globo carotideo e su altri glomi vascolari*

Impianto di registratore ciclico (loop recorder) per lo studio del ritmo cardiaco

DP: cod. 780.2 *Sincope e collasso*

I/P: cod. 89.51 *Elettrocardiogramma per lo studio del ritmo*

I/P: cod. 37.79 *Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco - Inserzione di loop recorder*

Espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo incluso loop recorderDP: cod. V53.39 *Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco*I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e sottocute***Espianto del catetere nei portatori di defibrillatore o di pacemaker con tecnica laser**DP: cod. 996.61 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci*
oppureDP: cod. 996.72 *Altra complicazione di altre protesi, impianti e innesti cardiaci*I/P: cod. 37.77 *Rimozione di elettrodo senza riposizionamento*I/P: cod. 37.34 *Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesioni del cuore altro approccio* (se la rimozione del catetere avviene con tecnica laser)**INTERVENTI PER VIA PERCUTANEA SUI VASI CORONARICI E PERIFERICI**

Tali cod. possono essere applicati sia per i vasi coronarici che per quelli periferici. Questi cod. devono essere utilizzati insieme agli altri cod. delle procedure terapeutiche per fornire informazioni aggiuntive circa il numero di vasi sui quali la procedura è stata effettuata e/o sul numero di stent inseriti.

La codifica deve essere utilizzata indipendentemente dall'efficacia della procedura effettuata.

Vanno codificati sia il numero dei vasi trattati (00.40- 00.43) sia il numero degli stent inseriti (00.45-00.48), sia la procedura se effettuata sulla biforcazione dei vasi (00.44).

Vanno codificate anche le eventuali: *angioplastica o aterectomia* (00.61-00.62, 00.66, 39.50); *endoarterectomia* (38.10-38.18); *inserzione di stent vascolari* (00.55, 00.63-00.65, 36.06-36.07, 39.90); *altra rimozione di ostruzione delle coronarie* (36.09).

Nota sulla codifica: nel manuale ICD-9_CM 2007 mancano i cod.: 00.46 *Inserzione di due stent vascolari*, 00.47 *Inserzione di tre stent vascolari*, 00.48 *Inserzione di quattro o più stent vascolari*, che devono comunque essere utilizzati per una corretta codifica.

Angioplastica percutanea ed inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali

I cod. da 00.61 a 00.65 identificano le procedure di angioplastica o aterectomia o inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali.

Angioplastica percutanea di vaso cerebraleI/P: cod. 00.62 *Angioplastica percutanea dei vasi intracranici*I/P: cod. 00.65 *Inserzione percutanea di stent vascolari intracranici* (se effettuata)

vanno codificati anche:

I/P: cod. 00.45-00.48 *Numero di stent vascolari inseriti*I/P: cod. 00.40-00.43 *Numero di vasi trattati*I/P: cod. 00.44 *Procedure sulla biforcazione dei vasi*

ed eventualmente:

I/P: cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico***Angioplastica percutanea di vaso precerebrale**I/P: cod. 00.61 *Angioplastica percutanea di vasi precerebrali (basilare, carotide, vertebrale)*I/P: cod. 00.63 *Inserzione percutanea di stent in arteria carotidea* (se effettuata)I/P: cod. 00.64 *Inserzione percutanea di stent in altre arterie precerebrali* (se effettuata)

vanno codificati anche:

I/P: cod. 00.45-00.48 *numero di stent vascolari inseriti*I/P: cod. 00.40-00.43 *numero di vasi trattati*I/P: cod. 00.44 *Procedure sulla biforcazione dei vasi*

ed eventualmente:

I/P: cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico*

Angioplastica percutanea di vaso coronarico

I/P: cod. 00.66 *Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica*

I/P: cod. 36.06 *Inserzione di stent non medicato in arteria coronarica (se effettuata)*

I/P: cod. 36.07 *Inserzione di stent medicato in arteria coronarica (se effettuata)*

vanno codificati anche:

I/P: cod. 00.45-00.48 *Numero di stent vascolari inseriti*

I/P: cod. 00.40-00.43 *Numero di vasi trattati*

I/P: cod. 00.44 *Procedure sulla biforcazione dei vasi*

ed eventualmente:

I/P: 36.04 *Infusione trombolitica nell'arteria coronarica*

I/P: 99.10 *Iniezione o infusione di agenti trombolitici*

Angioplastica percutanea di altro vaso periferico

Si richiama l'attenzione alla corretta codifica del numero e del tipo di stent utilizzati e del numero di vasi trattati:

I/P: cod. 39.50 *Angioplastica non coronarica o aterectomia*

I/P: cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in arteria periferica (se effettuata)*

I/P: cod. 00.55 *Inserzione di stent medicato in arteria periferica (se effettuata)*

vanno codificati anche:

I/P: cod. 00.45-00.48 *Numero di stent vascolari inseriti*

I/P: cod. 00.40-00.43 *Numero di vasi trattati*

I/P: cod. 00.44 *Procedure sulla biforcazione dei vasi*

ed eventualmente:

I/P: cod. 99.10 *Iniezione o infusione di agente trombolitico*

ALTRI INTERVENTI DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Chiusura del dotto di Botallo

Se effettuato per via percutanea va descritto con i seguenti cod.:

I/P: cod. 38.85 *Altra occlusione chirurgica di altri vasi toracici*

I/P: cod. 37.23 *Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro*

Chiusura del difetto interatriale (DIA) e del forame ovale pervio (PFO)

Se effettuato per via percutanea va descritto con i seguenti cod.:

I/P: cod. 35.52 *Riparazione di difetto del setto atriale con sutura diretta*

I/P: cod. 37.23 *Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro*

Sostituzione di valvola aortica transcatetere (TAVI)

I/P: cod. 35.21 *Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi*

I/P: cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*

Riparazione di valvola cardiaca con tecnica endovascolare (MitraClip)

I/P: cod. 35.99 *Altri interventi sulle valvole cardiache*

I/P: cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*

Ablazione di fibrillazione atriale

Se eseguita per via percutanea (laboratorio elettrofisiologico) va codificata con il cod.:

I/P: cod. 37.34 *Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesione del cuore, altro approccio*

Se eseguita con tecnica chirurgica (in sala operatoria) va codificata con il cod.:

I/P: cod. 37.33 *Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio a cielo aperto*

Chiusura di auricola sinistra percutanea

DP: cod. 427.31 *Fibrillazione atriale*

I/P: cod. 35.52 *Riparazione di difetto setto interatriale con sutura diretta*

Studio Elettrofisiologico Endocavitario (SEE)

I/P: cod. 37.26 *Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo*

Studio Elettrofisiologico Transesofageo (STE)

I/P: cod. 37.20 *Stimolazione elettrica non invasiva programmata*

ALTRI INTERVENTI ENDOVASCOLARI

Riparazione percutanea di aneurisma dell'aorta addominale o di altro vaso

I/P: cod. 39.7_ *Riparazione endovascolare di vaso*

I/P: numero di stent inseriti

CARDIOCHIRURGIA

La completa descrizione degli interventi cardiocirurgici, in genere, comporta l'utilizzo di più cod. (codifica multipla).

Quando viene impiegata la circolazione extracorporea (C.E.C.), questa va sempre segnalata fra le procedure con il cod.:

- I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)*

Quando viene effettuato l'arresto di circolo concomitante ad ipotermia profonda va utilizzato il cod.:

- I/P: cod. 39.62 *Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto*

INTERVENTI SUI VASI CORONARICI (BYPASS)

Bypass aorto-coronarico

Nei casi di bypass aorto-coronarico è indicata la seguente codifica:

- I/P: cod. 36.15 *By-pass singolo di mammaria interna- arteria coronaria*
- I/P: cod. 36.1_ *By-pass aortocoronarico*

Qualora si utilizzino **altri specifici vasi arteriosi per effettuare il bypass aorto-coronarico** vanno utilizzati i seguenti cod.:

- I/P: cod. 36.17 *By-pass dell'arteria coronaria addominale per arteria gastroepiploica*
- I/P: cod. 36.19 *Altro by-pass per rivascolarizzazione cardiaca per arteria radiale*
- I/P: cod. 36.16 *By-pass doppio mammaria interna arteria coronaria per doppia arteria mammaria o mammaria sinistra con anastomosi multiple (sequenziale)*
- I/P: 36.39 *Altra rivascolarizzazione cardiaca per arteria bovina*

Bypass aortocoronarico con aneurismectomia cardiaca

- I/P: cod. 36.1_ *By-pass aortocoronarico*
- I/P: cod. 37.32 *Asportazione di aneurisma del cuore*

INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE

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

- I/P: cod. 35.12 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione*

Intervento secondo Bentall

- I/P: cod. 35.22 *Altra sostituzione di valvola aortica con protesi*
- I/P: cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*

- I/P: cod. 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore* per indicare il reimpianto delle arterie coronariche

Se nel corso di intervento secondo Bentall viene eseguita anche l'inserzione di **endoprotesi aortica**, questa deve essere descritta con un cod. aggiuntivo:

- I/P: cod. 39.71 *Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale*
oppure
- I/P: cod. 39.73 *Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica*

Intervento secondo David

- I/P: cod. 35.11 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione*
- I/P: cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*
- I/P: cod. 36.99 *Altri interventi sui vasi del cuore* per indicare il reimpianto delle arterie coronariche

Intervento di Yacoub per il rimodellamento della radice aortica

- I/P: cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*

Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione

- I/P: cod. 35.11 *Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione*

Sostituzione di valvola aortica con tecnica transapicale

- I/P: cod. 35.21 *Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi*
- I/P: cod. 37.11 *Cardiotomia*
- I/P: cod. 37.22 *Cateterismo cardiaco del cuore sinistro*

Sostituzione valvolare aortica con tecnica suturless

- I/P: cod. 35.21 *Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi*
- I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)*
- I/P: cod. 37.99 *Altri interventi sul cuore e sul pericardio (per tracciare la suturless)*

ALTRI INTERVENTI CARDIOCHIRURGICI

Sostituzione di arco aortico con tubo valvolato

Va descritto con i seguenti cod.:

- I/P: cod. 38.45 *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*
- I/P: cod. 35.22 *Sostituzione di valvola aortica*

Rimodellamento ventricolare

L'intervento, che può conseguire a diversi interventi cardiocirurgici, deve essere descritto con il cod.:

- I/P: cod. 37.35 *Asportazione parziale di ventricolo*

Trapianto di cuore

- I/P: cod. 37.51 *Trapianto di cuore*
- I/P: cod. 00.93 *Trapianto da cadavere*
- I/P: cod. 37.25 *Biopsia endomiocardica*

IMPIANTO DI SISTEMI DI ASSISTENZA CARDIACA E CIRCOLAZIONE ASSISTITA

Impianto di pompa centrifuga con cannule percutanee (pVAD)

I/P: cod. 37.68 *Inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo*

Impianto di VAD paracorporeo o pompa centrifuga impiantato mediante stereotomia

I/P: cod. 37.65 *Impianto di sistema di assistenza cardiaca esterno*

Impianto di VAD intracorporeo

I/P: cod. 37.66 *Inserzione di sistema di assistenza cardiaca impiantabile*

Impianti di ossigenatore

I/P: cod. 39.65 *Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO)*

Assistenza cardiocircolatoria ventricolare destra con pompa centrifuga più ossigenatore (assistenza ventricolare destra con impianto di circolazione assistita, da atrio destro a atrio sinistro con esclusione del circolo polmonare)

I/P: cod. 37.62 *Impianto di altri sistemi di circolazione assistita* associato al cod. 39.65 *Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO)*

Impianto di cuore artificiale

I/P: cod. 37.52 *Impianto di sistema di sostituzione cardiaca totale*

REINTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA

Reintervento per complicazione meccanica di bypass aorto-coronarico

DP: cod. 996.03 *Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico*

I/P: cod. *By-pass aortocoronarico*, codifica specifica

Qualora le complicazioni meccaniche insorgano nel corso del medesimo ricovero nel quale è stato effettuato l'intervento originario in **DP** si deve codificare la diagnosi cardiologica motivo dell'intervento (malattie ischemiche del cuore 410-414) e in **DS** il cod. 996.03 *Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico*.

Reintervento per altre complicazioni di bypass aorto-coronarico (embolia, trombosi)

DP: cod. 996.72 *Altre complicazioni da altre protesi, impianti, innesti cardiaci*

I/P: cod. *By-pass aortocoronarico*

Può essere ricompresa in questo cod. la restenosi/occlusione di stent coronarico precedentemente impiantato.

Reintervento per complicazione meccanica di protesi valvolare cardiaca

DP: cod. 996.02 *Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca*

I/P: cod. 35.2_ *Sostituzione di valvola cardiaca*

Reintervento per altra complicazione da protesi valvolare cardiaca (embolia, trombosi)

DP: cod. 996.71 *Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*

I/P: cod. 35.2_ *Sostituzione di valvola cardiaca*

Infarto perioperatorio

DP: cod. 410._ 1 *Infarto miocardico acuto*

DS: cod. 997.1 *Complicazioni cardiache, non classificate altrove*

INFEZIONI E COMPLICAZIONI POST-OPERATORIE

Infezione della ferita chirurgica e conseguente toilette

DP: cod. 998.59 *Altra infezione postoperatoria*

DS: per identificare l'infezione va utilizzato un cod. aggiuntivo

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

se viene applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure):

I/P: cod. 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo*

Deiscenza della ferita sternale e conseguente risutura

DP: cod. 998.31 *Rottura di ferita chirurgica*

I/P: cod. 78.41 *Altri interventi di riparazione/plastica su scapola, clavicola e torace (coste e sterno)*

Mediastinite e conseguente trattamento

DP: cod. 998.59 *Altra Infezione postoperatoria*

DS: cod. 519.2 *Mediastinite*

I/P: cod. 34.3 *Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino*
se viene applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure):
I/P: cod. 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo*

Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria

Con pericardiocentesi:

DP: cod. 998.11 *Emorragia complicante un intervento*
I/P: cod. 37.0 *Pericardiocentesi*

Con pericardiotomia:

DP: cod. 998.11 *Emorragia complicante un intervento*
DS: cod. 423.0 *Emopericardio*
I/P: cod. 37.12 *Pericardiotomia*

CARDIOPATIA CONGENITA DELL'ADULTO

Riparazione di difetto del setto atriale e chiusura del forame ovale

DP: cod. 745.5 *Difetto del setto atriale tipo ostium secundum*
I/P: cod. 35.51 *Riparazione di difetto del setto interatriale con protesi, tecnica aperta se la sutura è con protesi*
oppure
I/P: cod. 35.71 *Altra e non specificata riparazione di difetto del setto interatriale se la sutura è diretta aggiungere*
I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)*

Altri interventi cardiocirurgici

Nota sulla codifica: nel caso di cardiopatia congenita dell'adulto il cod. di diagnosi va selezionato tra quelli compresi tra le categorie 745-747 del cap. 14 Malformazioni congenite.

CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA

Riparazione del setto interatriale a cielo aperto

DP: cod. 745.5 *Difetto del setto atriale tipo ostium secundum*
I/P: cod. 35.51 *Riparazione di difetto del setto interatriale con protesi, tecnica aperta*
I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)*
I/P: cod. di eventuali altre procedure

Riparazione del setto interventricolare a cielo aperto

DP: cod. 745.4 *Difetto del setto interventricolare*
I/P: cod. 35.62 *Riparazione di difetto del setto interventricolare con innesto tissutale*
I/P: cod. 39.61 *Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)*
I/P: cod. di eventuali altre procedure

Altri interventi cardiocirurgici

Nota sulla codifica: nel caso di cardiopatia congenita in età pediatrica il cod. di diagnosi va selezionato tra quelli compresi tra le categorie 745-747 del cap. 14 Malformazioni congenite.

REINTERVENTO PER CARDIOPATIA CONGENITA

In DP va posto il cod. di cardiopatia congenita (categorie 745-747 del cap. 14 Malformazioni congenite) a cui va aggiunto in DS il cod. V15.1 *Anamnesi personale di chirurgia del cuore e dei grandi vasi con rischio di malattia.*

CAPITOLO 8 MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (460-519)

Il capitolo ottavo comprende le categorie dalla 460 alla 519, così suddivise:

- Infezioni acute delle vie respiratorie (460-466)
- Altre malattie delle vie respiratorie superiori (470-478)
- Polmonite e influenza (480-487)
- Malattie polmonari croniche ostruttive e manifestazioni associate (490-496)
- Pneumoconiosi e altre malattie del polmone da agenti esterni (500-508)
- Altre malattie del sistema respiratorio (510-519)

POLMONITI

Per la corretta segnalazione delle diverse forme di polmonite occorre prestare particolare attenzione alle indicazioni riportate sul manuale ICD-9_CM 2007 in quanto, a seconda dell'agente eziologico coinvolto, sono previste 2 distinte modalità di codifica:

codifica con un cod. unico

codifica multipla nel caso di polmoniti in malattie infettive classificate altrove

Nel caso non sia stato possibile identificare l'agente eziologico responsabile del quadro clinico:

se broncopolmonite non specificata: cod. 485 *Broncopolmonite, agente non specificato*

se polmonite non specificata: cod. 486 *Polmonite, agente non specificato*

Il **versamento pleurico** di lieve entità può essere considerato parte integrante del quadro clinico di polmonite. Invece, il versamento pleurico che complica il quadro clinico di polmonite va codificato in DS solo nei casi in cui abbia richiesto, nel corso della degenza, uno specifico impegno diagnostico-terapeutico.

MALATTIE POLMONARI CRONICHE OSTRUTTIVE

Per la corretta classificazione dei diversi quadri clinici di BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) o COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) sono previsti i seguenti cod. della sottocategoria 491.2_:

cod. 491.20 *Bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione*

cod. 491.21 *Bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta)*

cod. 491.22 *Bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta.*

La compresenza di bronchite cronica ed enfisema va codificata con il cod. 491.2_ *Bronchite cronica ostruttiva. Bronchite: enfisematosa, ostruttiva (cronica). Bronchite con: ostruzione cronica delle vie aeree. enfisema*; la compresenza di asma e BPCO va codificata con il cod. 493.2_ *Asma cronica ostruttiva. Asma con malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO). Bronchite cronica asmatica.*

La bronchite cronica semplice viene codificata con il cod. 491.0 *Bronchite cronica*; la bronchite cronica semplice riacutizzata comporta l'indicazione:

DP: cod. 466.0 *Bronchite acuta*

DS: cod. 491.0 *Bronchite cronica semplice*

La bronchite acuta in BPCO va codificata con il cod. 491.22 *Bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta.*

La presenza di insufficienza respiratoria acuta (cod. 518.81) o cronica (cod. 518.83) va codificata quando rigorosamente definita e documentata.

OSTRUZIONI CRONICHE DELLE VIE RESPIRATORIE NON CLASSIFICATE ALTROVE (496)

Questo cod. non deve essere utilizzato con alcuno dei cod. appartenenti alle categorie 491-493.

POLMONITI DA ASPIRAZIONE

La polmonite da aspirazione di solidi e liquidi viene descritta con i cod. della categoria 507.

In particolare:

quella da inalazione di cibo o vomito, si indica con il cod. 507.0 *Polmonite da inalazione di cibo o vomito*

quella da inalazione di olii ed essenze con il cod. 507.1 *Polmonite da inalazione di oli ed essenze*
La polmonite da aspirazione postoperatoria (Sindrome di Mendelson) si descrive con il cod. 997.3 *Complicazioni respiratorie non classificate altrove*, mentre la Sindrome di Mendelson nel corso di travaglio e di parto si indica con il cod. 668.0_ *Complicazioni polmonari*.

La polmonite ab ingestis causata da microrganismi aspirati deve essere considerata una forma infettiva e quindi segnalata con i cod. compresi nelle categorie 480-483.

Nel caso, poi, in cui l'etiologia da aspirazione coesista con quella infettiva è necessario codificare entrambe le cause.

PLEURITE

La pleurite è codificata alla categoria 511._ *Pleurite*.

Le pleuriti si distinguono per la presenza o meno di versamento pleurico:

- senza versamento pleurico:

cod. 511.0 *Pleurite senza menzione di versamento o di tubercolosi attiva*

- con versamento pleurico:

cod. 511.1 *Pleurite con versamento e menzione di una causa batterica, esclusa la tubercolosi*

cod. 511.8 *Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare 012.0 Pleurite tubercolare.*

Tubercolosi della pleura. Empiema tubercolare. Idrotorace tubercolare

Per descrivere il **versamento pleurico neoplastico** va utilizzato il cod. 197.2 *Tumori maligni secondari della pleura*.

Per l'**emotorace** si distinguono i seguenti casi:

-di origine traumatica senza menzione di ferita aperta nel torace (cod. 860.2 *Emotorace senza menzione di ferita aperta nel torace*)

-di origine traumatica con ferita aperta nel torace (cod. 860.3 *Emotorace con ferita aperta nel torace*)

-di origine non traumatica (cod. 511.8 *Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto tubercolare*)

Per lo **pneumoemotorace** si distinguono i seguenti casi:

-di origine traumatica senza menzione di ferita aperta nel torace (cod. 860.4 *Pneumoemotorace senza menzione di ferita aperta nel torace*)

-di origine traumatica con ferita aperta nel torace (cod. 860.5 *Pneumoemotorace con ferita aperta nel torace*)

-di origine non traumatica (cod. 511.8 *Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto tubercolare*)

EDEMA POLMONARE

L'**edema acuto del polmone** va codificato con:

518.4 *Edema polmonare acuto, non specificato*

L'**edema polmonare acuto di origine cardiaca** va codificato con:

428.1 *Insufficienza del cuore sinistro(scompenso cardiaco sinistro)* indica la malattia cardiaca o l'insufficienza cardiaca o l'insufficienza ventricolare sinistra

L'**edema polmonare acuto da radiazioni** è classificato alla sottocategoria cod. 508.0 *Manifestazioni polmonari acute da radiazioni*, quello **da fumi e vapori** si descrive con il cod. 506.1 *Edema polmonare acuto da fumi e vapori*.

L'**edema polmonare cronico** o l'**edema polmonare non altrimenti specificato di origine non cardiaca** è classificato alla categoria 514 *Congestione ed ipostasi polmonare. Ipostatica: broncopolmonite, polmonite. Congestione polmonare (cronica) (passiva). Edema polmonare: SAI, cronico, congestione ed ipostasi polmonare.*

L'edema polmonare cronico causato da sovraccarico congestizio secondario a fibrosi polmonare post-infiammatoria, a stenosi congenita della vena polmonare oppure ad embolismo venoso polmonare non deve essere considerato di origine cardiogena, e dovrà essere codificato come di origine polmonare.

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

L'insufficienza respiratoria deve essere codificata con la quinta cifra del cod. 518.8_ *Altre malattie del polmone* e più precisamente con i seguenti cod.:

cod. 518.81 *Insufficienza respiratoria acuta*

cod. 518.83 *Insufficienza respiratoria cronica*

cod. 518.84 *Insufficienza respiratoria acuta e cronica (insufficienza respiratoria acuta su cronica)*

L'insufficienza respiratoria va segnalata sulla base di alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi.

Devono, inoltre, essere correttamente riportati in cartella clinica e in SDO gli interventi terapeutici effettuati con particolare attenzione ai cod. che segnalano le terapie ventilatorie/ossigenoterapia.

La sindrome da distress respiratorio dell'adulto va codificata dipendentemente dall'eziologia con:

cod. 518.5 *Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico. Insufficienza polmonare successiva a: shock, chirurgica, trauma. Polmone da shock. Sindrome da distress respiratorio nell'adulto [ARDS]*

cod. 518.82 *Altre insufficienze polmonari, non classificate altrove*: tale cod. va riservato a particolari forme di insufficienza polmonare, quali ad es. il distress respiratorio nei pazienti adulti, qualora non sia dovuto alle cause sopra descritte

L'insufficienza respiratoria potrà essere indicata in **DP solo se si è in presenza di:**

a) alterazioni documentate di due dei seguenti parametri emogasanalitici arteriosi:

- PaO₂ < 60 mmHg
- Ipercapnia arteriosa: PaCO₂ > 45 mmHg
- pH ≤ 7.35

e/o

b) documentazione inerente a interventi terapeutici eseguiti, con particolare considerazione alle terapie (ventilatorie/ossigenoterapia), inclusi i portatori cronici di ventilatori.

L'ipossiemia pura isolata non è condizione sufficiente a giustificare l'utilizzo del cod. 518.81 *Insufficienza respiratoria acuta* a meno che sia documentata attraverso i criteri per l'appropriato utilizzo del cod. 93.96 *Ossigenoterapia e ventilazione non invasiva* per un tempo superiore alle 48 ore.

Quando **l'insufficienza respiratoria acuta insorge a seguito di un intervento chirurgico** e non è prevista nella gestione dell'immediato post-operatorio (ad es. grossi interventi chirurgici) si codifica con:

DS: 518.5 *Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico*

ALTRE MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (519._)

Va utilizzato il cod. 519.01 *Infezioni della tracheostomia* con eventualmente i seguenti cod. aggiuntivi:

- per identificare il tipo di infezione: ascesso o cellulite del collo (682.1) o setticemia (038.0-038.9)
- per identificare l'agente patogeno (041.00-041.9)

SINTOMI RELATIVI ALL'APPARATO RESPIRATORIO ED ALTRI SINTOMI TORACICI

Nella categoria 786 si trovano i sintomi relativi all'apparato respiratorio ed altri sintomi toracici. La dispnea e le altre anomalie respiratorie sono classificate mediante la quinta cifra del cod. 786.0_.

Si tratta di sintomi generici da utilizzare raramente.

SVEZZAMENTO DI PAZIENTI TRACHEOSTOMIZZATI

DP: cod. V55.0 *Controllo di tracheostomia*

COMPLICAZIONI DELLA TRACHEOSTOMIA

DP: cod. 519.0_ *Complicazioni della tracheostomia* con l'utilizzo della specifica quinta cifra

DIPENDENZA DA VENTILATORE

La dipendenza da ventilatore viene descritta con:

cod. V64.1 *Dipendenza da respiratore [Ventilatore]*

INTERVENTI/PROCEDURE

TERAPIA VENTILATORIA

La terapia ventilatoria:

- **non invasiva** è codificata alla categoria 93.9_ *Terapia respiratoria*
- **invasiva** è codificata alla categoria 96.7_ *Altra ventilazione meccanica continua*

Si riportano di seguito alcuni criteri per l'appropriato utilizzo dei cod. di riferimento per la terapia ventilatoria.

CODICE TERAPIA RESPIRATORIA NON INVASIVA	INDICAZIONI
cod. 93.90 <i>Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)</i>	PaO ₂ < 60 mmHg, PaO ₂ /Fi O ₂ <200 (edema polmonare, polmoniti gravi, etc.)
cod. 93.90 <i>Respirazione a pressione positiva a due livelli (Bi-Level)</i>	PaCO ₂ > 45 mmHg PH <= 7.35
cod. 93.91 <i>Respirazione a pressione positiva intermittente</i>	PaCO ₂ > 45 mmHg PH <= 7.35
cod. 93.96 <i>Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)</i>	Ipossiemia isolata (PAO ₂ < 60 mmHg) per almeno 48 ore, con emogasanalisi giornaliera e monitoraggio SaO ₂ nelle 48 ore
cod. 93.99 <i>Altre procedure respiratorie (polmone di acciaio)</i>	PaCO ₂ > 45 mmHg PH <= 7.35

CODICE TERAPIA RESPIRATORIA INVASIVA	INDICAZIONI
cod. 96.70 <i>Ventilazione meccanica continua di durata non specificata</i>	Questo codice non va utilizzato in quanto la durata non è specificata
cod. 96.71 <i>Ventilazione meccanica continua >di 96 ore consecutive</i>	PaO ₂ <40 mmHg PaO ₂ /Fi O ₂ <200 PH <= 7.35 PaCO ₂ <= 60mmHg Fallimento o controindicazione alla ventilazione non invasiva
cod. 96.72 <i>Ventilazione meccanica continua <96 ore consecutive o più</i>	PaO ₂ <40 mmHg PaO ₂ /Fi O ₂ <200 PH <= 7.35 PaCO ₂ <= 60mmHg Fallimento o controindicazione alla ventilazione non invasiva

Nota sulla codifica: va posta attenzione alla durata della ventilazione meccanica, per il calcolo della quale vanno seguite le regole contenute nel manuale ICD-9_CM 2007.

DISTRUZIONE O ESCISSIONE DI LESIONE TRACHEALE, ANCHE LASER ASSISTITA

I/P: cod. 31.5 *Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea* (anche endoscopica)

Se contestualmente viene inserita una protesi tracheale, l'intervento va codificato con il cod. 31.99 *Altri interventi sulla trachea*.

CHIUSURA DELLA TRACHEOSTOMIA

Nel caso di ricovero finalizzato alla chiusura di tracheostomia vanno utilizzati:

DP: cod. V55.0 *Controllo di tracheostomia*

I/P: cod. 31.72 *Chiusura di fistola esterna della trachea*

ASPORTAZIONE DI LESIONE BRONCHIALE

I/P: cod. 32.01 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi*

Se contestualmente viene inserita una protesi bronchiale, in aggiunta vanno utilizzati i cod. 33.79 *Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali* ed il cod. 33.98 *Altri interventi sui bronchi*.

LASERTERAPIA DISOSTRUTTIVA/FOTODINAMICA SU LESIONI BRONCHIALI

I/P: cod. 32.01 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi*

DISOSTRUZIONE BRONCHIALE CON ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE

Se la procedura è effettuata per via endoscopica va utilizzato:

I/P: cod. 32.01 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi*

in tutti gli altri casi va utilizzato:

I/P: cod. 32.09 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dei bronchi*

TERMOPLASTICA BRONCHIALE

DP: cod. 493.02 *Asma estrinseca, con esacerbazione acuta*

I/P: cod. 33.29 *Altre procedure diagnostiche sul polmone*

BIOPSIA TRANSBRONCHIALE DEL POLMONE

I/P: cod. 33.27 *Biopsia endoscopica del polmone*

Se eseguita biopsia del linfonodo con la stessa procedura va aggiunto:

I/P: cod. 40.11 *Biopsia di strutture linfatiche*

ABLAZIONE DI LESIONE POLMONARE IN RADIOFREQUENZA

I/P: cod. 32.24 *Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare*

ENDOPROTESI BRONCHIALI

Come detto sopra, le procedure, per via endoscopica, di inserzione, sostituzione o rimozione di dispositivo terapeutico o sostanze nei bronchi o nei polmoni sono individuate dal cod.:

I/P: cod. 33.79 *Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali*

INSERZIONE DI STENT TRACHEALE

I/P: cod. 96.05 *Altra intubazione del tratto respiratorio*

INIEZIONE DI VOX IMPLANT

I/P: cod. 31.0 *Iniezione della laringe*

SCIALOENDOSCOPIA

I/P: cod. 26.19 *Altre procedure diagnostiche sulle ghiandole e dotti salivari*

CAPITOLO 9 MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE (520-579)

Il capitolo nono comprende le categorie dalla 520 alla 579, così suddivise:

- Malattie della cavità orale, delle ghiandole salivari e delle mascelle: 520-529
- Malattie dell'esofago, stomaco e duodeno: 530-538
- Appendicite: 540-543
- Ernie della cavità addominale: 550-553
- Enteriti e coliti non infettive: 555-558
- Altre malattie dell'intestino e del peritoneo: 560-569
- Altre malattie dell'apparato digerente: 570-579

COMPLICANZE DA ESOFAGOSTOMIA, GASTROSTOMIA, ENTEROSTOMIA E COLOSTOMIA

Sono previsti i cod.:

- cod. 530.86 *Infezione dell'esofagostomia*
- cod. 530.87 *Complicazione meccanica dell'esofagostomia, ad es. mal funzionamento*
- cod. 536.41 *Infezione di gastrostomia*
- cod. 536.42 *Complicazione meccanica di gastrostomia*
- cod. 536.49 *Altre complicazioni di gastrostomia*
- cod. 569.60 *Complicazione non specificata da colostomia ed enterostomia*
- cod. 569.61 *Infezione di colostomia ed enterostomia*
- cod. 569.62 *Complicazioni meccaniche di colostomia ed enterostomia*
- cod. 569.69 *Altre complicazioni (ad es. fistola, erniazione o prolasso);*

Per i cod. relativi alle infezioni (cod. 530.86, 536.41 e 569.61) occorre indicare tra le altre diagnosi un cod. aggiuntivo per la segnalazione dell'agente patogeno.

COMPLICANZE INFETTIVE POST-INTERVENTO DI IMPIANTO DI RETE IN LAPAROCELE

In caso di ricovero per sola rimozione della rete infetta, il ricovero va descritto utilizzando i seguenti cod.:

- DP: cod. 998.59 *Altra infezione postoperatoria*
- DS: cod. V45.89 *Altro stato postchirurgico*
- I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo*
- I/P: cod. 83.09 *Altra incisione dei tessuti molli*

In caso di ricovero per rimozione della rete infetta ed esecuzione di nuova plastica erniaria, il ricovero va descritto utilizzando i seguenti cod.:

- DP: cod. 998.59 *Altra infezione postoperatoria*
- DS: cod. V45.89 *Altro stato postchirurgico*
- I/P: cod. 53.59 *Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore*
- I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo*

EMORRAGIA GASTRO-INTESTINALE

Nel caso di emorragia digestiva occorre indicare in DP la causa dell'emorragia, ad es.:

- cod. 531.0 *Ulcera gastrica acuta con emorragia*
- cod. 535.01 *Gastrite acuta con emorragia*
- cod. 562.13 *Diverticolite del colon con emorragia*

Nel caso in cui, invece, l'origine della perdita ematica non sia stata individuata, vanno indicati in DP o in DS, in base ai diversi quadri clinici, i seguenti cod.:

- cod. 578.0 *Ematemesi*
- cod. 578.1 *Melena e rettorragia*
- cod. 569.3 *Emorragia del retto e dell'ano*
- cod. 578.9 *Emorragia del tratto gastrointestinale non specificata*

ESOFAGITE ED ULCERA ESOFAGEA

Sono previsti i cod.:

- cod. 530.12 *Esofagite acuta*
- cod. 530.11 *Esofagite da reflusso*
- cod. 947.2 *Ustione dell'esofago* ad es. in caso di ustione da ingestione di sostanze chimiche
- cod. 530.85 *Esofago di Barrett*

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 cod. della categoria 230 *Carcinoma 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 (cod. 230.3 *Carcinomi in situ del colon* o cod. 230.4 *Carcinomi in situ del retto*).

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

ESOFAGITE CON EMORRAGIA E VARICI ESOFAGEE

L'emorragia esofagea, ad eccezione dei casi in cui sia causata da varici esofagee, va codificata con il cod. 530.82 *Emorragia esofagea*. *Esclusa: emorragia da varici esofagee (456.0-456.2)*. Le varici esofagee sono codificate come malattia del sistema circolatorio.

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 epatica o ad ipertensione portale è necessario codificare entrambe le patologie come successivamente riportato.

Esempi:

- sanguinamento da varici esofagee con cirrosi epatica:
 - DP: cod. 571. *Malattia epatica cronica e cirrosi*
 - DS: cod. 456.20 *Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove*
- sanguinamento da varici esofagee in ipertensione portale:
 - DP: cod. 572.3 *Ipertensione portale*
 - DS: cod. 456.20 *Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove*

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

ULCERA PEPTICA

La classificazione relativa all'ulcera peptica è in funzione della localizzazione:

- cod. 531__ *Ulcera gastrica*
- cod. 532__ *Ulcera duodenale*
- cod. 533__ *Ulcera peptica*
- cod. 534__ *Ulcera gastroduodenale*

Per la corretta segnalazione della suddetta patologia è necessario utilizzare sempre un cod. di sotto-classificazione, in cui la quarta cifra indica se la lesione è in **fase acuta** (da 0 a 3) o **cronica** (da 4 a 7) e la quinta segnala l'eventuale presenza di **complicanze** (emorragia, ostruzione e perforazione).

Le ulcere dello stomaco e del duodeno non presentano cod. specifici per sede (ad es.: antro, fundus, etc.); considerata l'aspecificità della descrizione, l'utilizzo dei cod. della categoria 533 *Ulcera peptica, sito non specificato*.

Inclusa: ulcera gastroduodenale SAI, ulcera da stress, ulcera peptica SAI dovrebbe essere il più possibile limitato.

L'eventuale condizione di anemia secondaria ad emorragia segue le regole della DS e quindi si codifica solo se ha comportato un trattamento per via parenterale con emocomponenti.

ERNIE DELLA CAVITÀ ADDOMINALE (COD. 550 – 553)

Per la classificazione delle ernie occorre utilizzare un cod. di sottoclassificazione dove:

- la quarta cifra indica la complicazione ad es. ostruzione e/o gangrena
- la quinta cifra indica la mono/bilateralità e la recidiva.

MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL'INTESTINO (COD. 555 – 558)

Per la descrizione del **Morbo di Crohn** è necessario indicare, a seconda della localizzazione, uno dei seguenti cod.:

- cod. 555.0 *Enterite regionale dell'intestino tenue*
- cod. 555.1 *Enterite regionale dell'intestino crasso*
- cod. 555.2 *Enterite regionale dell'intestino tenue e crasso*

In caso di interessamento prevalentemente anale o perianale con presenza di fistola:

DS: cod. 565.1 *Fistola anale*

La riacutizzazione o la cronicità dell'enterite regionale va codificata con gli stessi cod. delle sottocategorie 555._ *Enterite regionale. Incluso.: Morbo di Crohn, Enterite granulomatosa.*

Per la descrizione dell'**entero/rettocolite** ulcerosa è necessario indicare, a seconda della localizzazione, uno dei seguenti cod.:

- cod. 556.0 *Enterocolite ulcerosa (cronica)*
- cod. 556.1 *Ileocolite ulcerosa (cronica)*
- cod. 556.2 *Proctite ulcerosa (cronica)*
- cod. 556.3 *Proctosigmoidite ulcerosa (cronica)*
- cod. 556.5 *Colite ulcerosa localizzata al colon sinistro (cronica)*

Gli stessi cod. 556_ vengono utilizzati per indicare la riacutizzazione e la cronicità dell'enterite regionale.

Come da indicazione del manuale ICD-9_CM 2007, la condizione di **megacolon tossico** non deve essere codificata con un altro cod. costituendo una componente integrale della patologia principale.

Per la segnalazione delle forme di colite (infiammatoria cronica) non determinata va utilizzato il cod. specifico 556.9 *Colite ulcerosa non specificata.*

PERITONITE ED ALTRE INFEZIONI RETROPERITONEALI (COD. 560 – 569)

Come da indicazione del manuale ICD-9_CM 2007, sono previsti i seguenti cod. per la descrizione di alcuni specifici quadri clinici di peritonite e di infezione retroperitoneali:

- cod. 567.21 *Peritonite (acuta) generalizzata*
- cod. 567.22 *Ascesso peritoneale*
- cod. 567.23 *Peritonite batterica spontanea*
- cod. 567.29 *Altre peritoniti suppurative*
- cod. 567.31 *Ascesso del muscolo psoas*
- cod. 567.38 *Altro ascesso retro peritoneale*
- cod. 567.39 *Altra infezione retro peritoneale*
- cod. 567.81 *Coleperitonite*
- cod. 567.82 *Mesenterite sclerosante (che include anche: la Steatonecrosi peritoneale, la Fibrosi mesenterica sclerosante idiopatica, la Lipodistrofia mesenterica, la Panniculite mesenterica e la Mesenterite retrattile)*
- cod. 567.89 *Altre peritoniti specificate (che include anche: la Peritonite proliferativa cronica, la Saponificazione mesenterica e la Peritonite da urina)*

CALCOLOSI DELLA COLECISTI

La categoria 574 *Colelitiasi* contiene una serie di cod. che comprendono la calcolosi della colecisti o dei dotti biliari associata o meno alla colecistite; con la quinta cifra, inoltre, è possibile indicare la presenza o assenza di ostruzione, ad es.:

- cod. 574.00 *Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, senza menzione di ostruzione*
- cod. 574.01 *Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, con ostruzione*
- cod. 574.60 *Calcolosi della colecisti e del dotto biliare, con colecistite acuta, senza o con (574.61) menzione di ostruzione, in caso di calcolosi contemporanea della colecisti e del coledoco con colecistite*

La sindrome post-colecistectomia è una condizione in cui sono presenti sintomi suggestivi per una patologia delle vie biliari, preesistente o insorta a seguito di colecistectomia e persistente: tale sindrome si indica con il cod. 576.0 *Sindrome postcolecistectomia.*

Eventuali complicanze post-operatorie devono, invece, essere descritte con i cod. delle categorie 996-999.

In assenza di calcolosi della colecisti e del coledoco va codificato il dolore addominale con 789.0_ *Dolore addominale*.

CIRROSI EPATICA

I diversi quadri clinici di cirrosi epatica vengono descritti utilizzando uno dei seguenti cod.:

cod. 571.2 *Cirrosi epatica alcolica (cirrosi florida, cirrosi di Laennec)*

cod. 571.5 *Cirrosi epatica senza menzione di alcool*

cod. 571.6 *Cirrosi biliare*

In caso di **varici esofagee sanguinanti correlate alla cirrosi epatica** vanno indicati:

DP: cod. 571._ *Malattia epatica cronica e cirrosi*

DS: cod. 456.20 *Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 prevede per l'utilizzo del cod. 456.20 di "Codificare per prima la malattia di base se: cirrosi del fegato (571.0-571.9), ipertensione portale (572.3)"

In presenza della condizione di **cancro-cirrosi** vanno indicati:

DP: cod. 155.0 *Neoplasia maligna del fegato*

DS: cod. 571._ *Malattia epatica cronica e cirrosi*

ASCITE

L'ascite viene descritta principalmente dal cod.789.5 *Ascite. Fluido in cavità addominale*, nel caso in cui questa sia trattata in regime di ricovero anziché in regime ambulatoriale, la scelta di codificare la cirrosi in DP o DS deve seguire la regola generale della codifica della DP e DS:

DP: cod. 789.5 *Ascite. Fluido in cavità addominale* con o senza I/P: cod. 54.91 *Paracentesi*

oppure

DP: cod. 789.5 *Ascite. Fluido in cavità addominale* + DS cod. 571._ *Cirrosi* con o senza I/P: cod. 54.91 *Paracentesi*

oppure

DP: cod. 571_ *Cirrosi* + DS: cod.789.5 *Ascite. Fluido in cavità addominale* con o senza I/P: cod. 54.91 *Paracentesi*

EPATITE

Il manuale ICD-9_CM 2007 distingue le epatiti di origine virale - cod. della categoria 070 *Epatite virale* - rispetto alle altre forme di epatite - cod. della categoria 571 *Malattia epatica cronica e cirrosi* quali, ad es., l'*Epatite acuta alcolica* (cod. 571.1) oppure l'*Epatite cronica persistente* (cod. 571.41).

Nella categoria 571 sono, inoltre, comprese le diverse forme di cirrosi, tra cui quella post-epatitica (cod. 571.5).

La positività sierologica verso i virus epatici, evidenziata nel corso del ricovero ma che non impegna ulteriori risorse in termini di indagini diagnostiche e/o di laboratorio e/o di trattamento specifico, si segnala tra le DS come **condizione di positività** impiegando uno o più tra i cod. della sottocategoria V02.6_ *Portatore o portatore sospetto di epatite virale*.

INSUFFICIENZA EPATICA

In assenza di un cod. specifico, l'insufficienza epatica si indica con il cod. 573.8 *Altri disturbi epatici specificati*. In caso di insufficienza epatica acuta dovuta, ad es., ad epatite acuta fulminante oppure a necrosi epatica, si utilizza il cod. 570 *Necrosi acuta e subacuta del fegato*.

STEATOSI EPATICA

La steatosi epatica non alcolica si indica con il cod. 571.8 *Altra epatopatia cronica non alcolica*; la steatosi epatica di origine alcolica si indica con il cod.571.0 *Steatosi epatica alcolica*.

A tal riguardo, richiamando le regole della DS, la segnalazione della steatosi epatica alcolica deve essere riportata solo se tale patologia ha influenzato il trattamento ricevuto e/o ha determinato un effettivo allungamento della degenza.

MALATTIE DEL PANCREAS

In caso di pancreatite va codificato in DP il cod. 577.0 *Pancreatite acuta* o cod. 577.1 *Pancreatite cronica* e in DS le condizioni cliniche rilevate e ascrivibili quali cause della pancreatite:

DP: cod. 577.0 *Pancreatite acuta* o cod. 577.1 *Pancreatite cronica*

DS: i seguenti cod. a seconda delle condizioni cliniche ascrivibili come cause:

- cod. 574. __ *Colelitiasi*
- cod. 157_ *Tumori maligni del pancreas*
- cod. 303.0 *Intossicazione acuta da alcool*
- cod. 303.9 *Altra e non specificata dipendenza da alcool*
- cod. 272.1 *Ipertrigliceridemia pura*

INTERVENTI/PROCEDURE

COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA PERENDOSCOPICA (ERCP)

Va sempre indicata come procedura, se eseguita:

I/P: cod.51.10 *Colangiopancreatografia retrograda perendoscopica (ERCP)*

POSIZIONAMENTO T-STENT NELLE VIE BILIARI

In caso di inserzione o sostituzione di protesi del tratto biliare:

I/P: cod. 51.87 *Inserzione endoscopica di tubo nel dotto biliare, Endoprotesi del dotto biliare* Inserzione di tubo nel dotto biliare secondo interventi classificabili ai cod. 51.10-51.11, 52.13:

I/P: cod. 51.99 *Altri interventi sulle vie biliari. Inserzione o sostituzione di protesi del tratto biliare (con approccio percutaneo)*

Rimozione di protesi dal dotto biliare con approccio percutaneo o chirurgico:

I/P: cod. 51.95 *Rimozione di protesi dal dotto biliare*

Rimozione di stent dal dotto biliare con approccio endoscopico:

I/P: cod. 51.95 *Rimozione di tubo a T, altro tubo biliare o tubo epatico. Rimozione di stent dal dotto biliare*

I/P: cod. 45.13 *Altra endoscopia dell'intestino tenue. Esofagogastroduodenoscopia [EGD]*

CHEMIOEMBOLIZZAZIONE E ALCOLIZZAZIONE

In caso di ricovero per trattamento di tumore mediante chemioembolizzazione (epatica, pancreatica, uterina), vanno indicati:

DP: il tumore o la metastasi trattata

I/P: i seguenti cod.:

- cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore*
- cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*
- cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato solo per quelle epatiche*

TUMORE EPATICO MEDIANTE ALCOLIZZAZIONE (TRATTAMENTO)

Vanno sempre indicati:

DP: il tumore o la metastasi trattata

I/P: cod. 50.94 *Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato* **aggiungere** il cod.99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*

Stop-flow metodica

La metodica stop-flow viene utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico e prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale con attivazione della circolazione extracorporea. In tali casi vanno indicati:

DP: cod. V58.11 *Chemioterapia*

I/P: cod. 38.08 *Incisione di arterie dell'arto inferiore* con il cod. 38.91 *Cateterismo arterioso* **aggiungere** anche il cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove* con il cod. 39.97 *Altra perfusione*

Termoablazione a radiofrequenza di tumore (tecnica R.I.T.A.)

In caso di ricovero per il trattamento di tumore mediante termoablazione con tecnica RITA a radiofrequenza vanno indicati:

DP: il tumore o la metastasi trattata

I/P: utilizzare i seguenti cod.:

a) Per la **neoplasia epatica**: cod. 50.23 se *Ablazione aperta* oppure cod. 50.24 se *Ablazione percutanea* **aggiungere** il cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*

b) Per la **neoplasia pancreaticata**: cod. 52.22 *Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico* **aggiungere** il cod. 99.85 *Ipertermia per il trattamento di tumore*

INTERVENTO DI TIPS PER SHUNT VENOSO INTRAADDOMINALE PER VIA PERCUTANEA

Vanno indicati i cod. di procedura 39.1 *Anastomosi arteria cava e polmonare* + cod. 38.93 *Altro cateterismo venoso non classificato altrove*.

PROCTOPESSI ADDOMINALE CON PROTESI

I/P: cod. 48.75 *Proctopessi addominale*

I/P: cod. 46.79 *Altra riparazione dell'intestino*

RESEZIONE DI PROLASSO DEL RETTO PER VIA TRANSANALE (INTERVENTO DI S.T.A.R.R.)

Nel caso di intervento di resezione di prolasso del retto per via transanale con tecnica S.T.A.R.R. va utilizzato il cod. 48.69 *Altra resezione del retto* e come DP il cod. 569.1 *Prolasso rettale* ed eventualmente, in DS, il cod. di rettocele se documentato.

Nel corso di intervento con tecnica S.T.A.R.R. (cod. 48.69) va riportato anche l'intervento specifico di colporrafia posteriore (cod. 70.52 *Riparazione di rettocele. Colporrafia posteriore*), solo nel caso in cui quest'ultimo sia stato effettuato; in questa tipologia di ricoveri va utilizzato in DP il cod. 569.1 *Prolasso rettale* e in DS il cod. 618.04 *Rettocele*.

Nel caso, invece, di intervento di riparazione di rettocele per via vaginale va riportato come intervento il cod. 70.52 *Riparazione di rettocele* e come DP il cod. 618.04 *Rettocele*.

Non va utilizzato il cod. di resezione del prolasso rettale in caso di intervento per emorroidi prolapsate.

RIPARAZIONE DI RETTOCELE CON PROTESI

Vanno indicati i cod. di correzione del rettocele unitamente al cod. 48.79 *Altra riparazione del retto*

RESERVOIR RETTALE CON J-POUCH COLICA

I/P: cod. 45.95 *Anastomosi dell'ano*

RESERVOIR RETTALE CON COLONPLASTICA TRASVERSALE (STRITTUROPLASTICA COLICA)

I/P: cod. 45.03 *Altra incisione dell'intestino crasso*

EMORROIDECTOMIA SECONDO LONGO (PROCEDURE FOR PROLAPSE HAEMORROIDS)

I/P: cod. 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi*

Nel caso di intervento di emorroidectomia secondo Longo la tecnica deve essere indicata nell'atto operatorio.

ENDOPROTESI PER LA DILATAZIONE INTESTINALE DEL COLON

I/P: cod. 46.99 *Altri interventi sull'intestino*

I/P: cod. 45.23 *Colonscopia con endoscopio flessibile*

ENDOPROTESI PER LA DILATAZIONE INTESTINALE DEL RETTO

DP: cod. 569.2 *Stenosi del retto e dell'ano*

I/P: cod. 46.99 *Altri interventi sull'intestino*

I/P: cod. 48.23 *Altra proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido*

IMPIANTO E REVISIONE DI PROTESI DELLO SFINTERE ANALE

Nel caso di impianto di sfintere anale vanno utilizzati:

DP: cod. 787.6 *Incontinenza fecale*

I/P: cod. 49.75 *Impianto o revisione dello sfintere anale artificiale*

Qualora vi sia la necessità di rimuovere lo sfintere anale va utilizzato:

I/P: cod. 49.76 *Rimozione di sfintere anale artificiale*

INSERZIONE DI PROTESI ESOFAGEA

Se non associata a tumore dell'esofago:

DP: cod. 530.3 *Restringimento e stenosi dell'esofago*

Se associata a tumore dell'esofago:

DP: cod. 150_ *Tumori maligni dell'esofago*

I/P: cod. 42.85 *Riparazione di stenosi esofagea*

I/P: cod. 42.23 *Altra esofagoscopia*

INSERZIONE DI PROTESI DUODENALE/STOMACO

DP: cod. 537.3 *Altra ostruzione del duodeno, codificare se presente eventuale neoplasia (pancreas, stomaco, duodeno)*

I/P: cod. 44.39 *Altra gastroenterostomia senza gastrectomia*

I/P: cod. 45.13 *Altra endoscopia dell'intestino tenue*

PLICATURA ENDOSCOPICA DI ERNIA IATALE

I/P: cod. 44.66 *Altri interventi per la creazione di sfintere esofago gastrico*

I/P: cod. 44.13 *Altra gastroscopia*

FUNDUPLICATIO CON TECNICA LAPAROSCOPICA

I/P: cod. 44.67 *Procedura laparoscopica per la creazione dello sfintere esofagogastrico*

VIDEOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON CAPSULA

I/P: cod. 45.19 *Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue*

MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANSANALE (TEM)

Per descrivere la TEM, procedura adottata per l'asportazione di adenomi villosi del retto o di tumori del retto in stadio iniziale, va utilizzato:

I/P: cod. 48.36 *Polipectomia (endoscopica) del retto*

TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO

I/P: cod. 46.97 *Trapianto di intestino*
va codificato anche il tipo di donatore (cod. da 00.91 a 00.93)

TRAPIANTO MULTIVISCERALE

Nel caso di trapianto multiviscerale vanno utilizzati:

DP: la patologia di base

I/P: cod. 46.97 *Trapianto di intestino*; altre procedure: cod. 43.99 *Altra gastrectomia totale*, cod. 52.83 *Trapianto eterologo di pancreas*, cod. 50.59 *Altro trapianto di fegato*
va codificato anche il tipo di donatore (cod. da 00.91 a 00.93)

TRAPIANTO DI FEGATO SPLIT

I/P: cod. 50.59 *Altro trapianto di fegato* associato al cod. 51.39 *Altra anastomosi del dotto biliare*

RICOVERO PER ASPORTAZIONE DI FEGATO DA DONATORE SANO

Nel caso di ricovero per asportazione di fegato da donatore sano vanno utilizzati:

DP: cod. V59.6 *Donatori di fegato*

I/P: cod. 50.22 *Epatectomia parziale*

TRATTAMENTO PER L'OBESITÀ

Nel caso di ricovero per trattamento di obesità si rimanda al cap. 3 Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari.

CAPITOLO 10

MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO (580-629)

Il capitolo decimo comprende le malattie dell'apparato genito-urinario così suddivise:

- Nefrite, sindrome nefrosica, nefrosi: 580-589
- Altre patologie del sistema genito urinario: 590-599
- Patologie degli organi genitali maschili: 600-608
- Disturbi della mammella: 610-611
- Malattie infiammatorie degli organi femminili: 614-616
- Altre malattie dell'apparato genitale femminile: 617-629

INSUFFICIENZA RENALE

L'insufficienza renale va codificata come DP solo se a tale patologia è stata riservata la maggiore quota assistenziale. Se un paziente, ricoverato per altro motivo, presenta una condizione di insufficienza renale che richiede un trattamento (ad es. dialisi o emofiltrazione) o che comunque comporta un aggravio assistenziale che determina un prolungamento della degenza, l'insufficienza renale deve essere indicata fra le DS utilizzando i cod. specifici di:

cod. 584._ *Insufficienza renale acuta*

cod. 585._ *Malattia renale cronica*

E' da evitare l'uso del cod. 586: *Insufficienza renale non specificata* in quanto non specifico, salvo a fini epidemiologici quando presente.

Per la ricerca dei cod. attraverso l'indice alfabetico va utilizzato il termine principale:

defaillance per l'insufficienza renale acuta

malattie rene per l'insufficienza renale cronica

Attenzione in quanto alla voce insufficienza renale acuta l'indice alfabetico riporta in modo non appropriato l'utilizzo del cod. 593.9 *Patologia non specificata del rene e dell'uretere*.

MALATTIA RENALE CRONICA

La categoria 585 *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 cod. 585.6 identifica la malattia in stadio terminale.

- 585.1 *Malattia renale cronica, stadio I*
- 585.2 *Malattia renale cronica, stadio II (lieve)*
- 585.3 *Malattia renale cronica, stadio III (moderata)*
- 585.4 *Malattia renale cronica, stadio IV (grave)*
- 585.5 *Malattia renale cronica, stadio V. Esclusa la malattia renale cronica di stadio V che necessita di dialisi cronica (585.6)*
- 585.6 *Malattia renale cronica, stadio finale. Malattia renale cronica che necessita di dialisi cronica*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 prevede per la categoria 585 di codificare prima la malattia cronica ipertensiva (403.00-403.91, 404.00-404.94), se è il caso. Prevede, inoltre, di utilizzare il cod. addizionale per indicare lo stato di trapianto di rene (V42.0).

Nota sulla codifica: i pazienti sottoposti a trapianto di rene potrebbero ancora manifestare qualche grado di disfunzione renale, perché il rene trapiantato potrebbe non avere 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 il cod. 585._, seguito dal cod. V42.0 che identifica lo status di trapianto renale.

In caso di **riacutizzazione** vanno utilizzati:

DP: cod. 584._ *Insufficienza renale acuta*

DS: cod. 585._ *Malattia renale cronica*

I cod. 585._ *Malattia renale cronica* vanno usati anche in caso di ricovero con intervento chirurgico specifico per il trattamento della patologia (inserzione di catetere, allestimento di fistola arterovenosa (FAV), formazione di shunt).

NEFROPATIA IPERTENSIVA O MALATTIA CRONICA IPERTENSIVA

Si rimanda alle indicazioni contenute nel cap. 7 Malattie del sistema circolatorio.

NEFROPATIA DIABETICA O MALATTIA RENALE DA DIABETE MELLITO

Si rimanda alle indicazioni contenute nel cap. 3 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche e disturbi immunitari.

GLOMERULONEFRITE ACUTA E SINDROME NEFROSICA

Per codificare:

la *Glomerulonefrite acuta* si utilizzano i cod. della categoria 580._

la *Sindrome nefrosica* si utilizzano i cod. della categoria 581._

la quarta cifra delle due categorie indica la descrizione istologica delle patologie.

Se la natura istologica non è conosciuta o non è descritta vanno utilizzati: il cod. 580.9 *Glomerulonefrite acuta, con lesioni istologiche non specificate* o il cod. 581.9 *Sindrome nefrosica, con lesioni istologiche non specificate*.

INFEZIONI DELLE VIE URINARIE

L'infezione delle vie urinarie deve essere adeguatamente documentata in cartella clinica. I seguenti cod. identificano:

cod. 595.0 *Cistite acuta*

cod. 599.0 *Infezione del sistema urinario, sito non specificato* (diagnosi generica da utilizzare in assenza di causa organica nota e localizzata)

cod. 590.1_ *Pielonefrite acuta* dove la quinta cifra identifica la presenza o l'assenza di necrosi midollare

cod. 590.0_ *Pielonefrite cronica* dove la quinta cifra identifica la presenza o l'assenza di necrosi midollare

Va utilizzato un cod. aggiuntivo per codificare eventuali microorganismi, ad es. Escherichia Coli (cod. 041.4).

Invece la semplice **batteriuria asintomatica** deve essere codificata, se influente sul ricovero, con il cod. 791.9 *Altri reperti non specifici dell'esame urina*.

EMATURIA

Il cod. 599.7 *Ematuria (benigna) (essenziale)* deve essere indicato in DP quando, al termine del ricovero, non si identifica una specifica patologia che la sostiene.

Se l'ematuria è espressione di una complicazione post-chirurgica tale da richiedere un successivo ricovero, va utilizzato in DP un cod. della categoria 996-999 *Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove* (più frequentemente il cod. 998.11 *Emorragia complicante un intervento*).

Se l'ematuria avviene nel corso del ricovero ove è stato effettuato l'intervento, l'ematuria non dovrebbe essere considerata come una complicanza postoperatoria e non dovrebbe essere riportata in DS, tranne nei casi in cui il sanguinamento risulti particolarmente importante e persistente e tale da richiedere uno specifico trattamento diagnostico-terapeutico.

COLICA RENALE

Per codificare la colica renale, in assenza di calcolosi documentata, va utilizzato:

DP: cod. 788.0 *Colica renale*

Per codificare la colica renale, in presenza di calcolosi documentata, vanno indicati:

DP: cod. 592._ *Calcolosi renale ed ureterale*

DS: cod. 788.0 *Colica renale*

Nota sulla codifica: la codifica di idronefrosi in DS conduce all'attribuzione di un DRG complicato.

IPERTROFIA/IPERPLASIA PROSTATICA

I cod. di ipertrofia/iperplasia prostatica sono i seguenti:

cod. 600.0_ *Ipertrofia benigna della prostata*

cod. 600.1_ *Prostata nodulare*

cod. 600.2_ *Iperplasia benigna localizzata della prostata*

Nota sulla codifica: la quinta cifra descrive la presenza o meno di ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie.

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 prevede per i codici:

-600.01 *Ipertrofia prostatica benigna con ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS). Ipertrofia prostatica benigna con ritenzione urinaria*

-600.21 *Iperplasia benigna localizzata della prostata con ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS)*

-600.91 *Iperplasia della prostata non specificata, con ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie urinarie (LUTS)*

L'utilizzo di cod. aggiuntivi per identificare i seguenti sintomi: svuotamento incompleto della vescica (788.21); nicturia (788.43); sforzo nella minzione (788.65); minzione frequente (788.41); esitazione alla minzione (788.64); incontinenza urinaria (788.30-788.39); ostruzione urinaria (599.69); ritenzione urinaria (788.20); urgenza urinaria (788.63); mitto debole (788.62).

INTERVENTI/PROCEDURE

PROCEDURE/INTERVENTI PER DIALISI

DIALISI

La dialisi in corso di IRC (insufficienza renale cronica) è un trattamento ambulatoriale e i ricoveri dei pazienti dializzati sono per lo più determinati da complicanze della patologia di base o del trattamento dialitico stesso.

Per tale motivo come DP del ricovero non è appropriata la codifica di IRC, ma va indicata:

DP: la patologia che ha determinato il ricovero

DS: la condizione di dializzato con i seguenti cod.:

- cod. V45.1 *Stato postchirurgico di dialisi renale se non viene eseguito trattamento dialitico*
- cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea*

I/P cod. 39.95 *Emodialisi se viene eseguita emodialisi*

- cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi*

I/P cod. 54.98 *Dialisi peritoneale se viene eseguita dialisi peritoneale*

Nel ricovero esclusivamente finalizzato all'effettuazione del trattamento dialitico in DP va riportato il cod. V56._ *Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente.*

ACCESSI VASCOLARI PER EMODIALISI

Fistola Artero-Venosa (FAV)

Nel paziente che si sottopone al primo intervento di preparazione di Fistola Artero-Venosa (FAV) per l'emodialisi vanno utilizzati:

DP: cod. 585._ *Malattia Renale Cronica*

I/P: cod. 39.27 *Arteriovenostomia per dialisi renale*

Nel caso di utilizzo di stent per la costruzione di un accesso vascolare va aggiunto:

I/P: cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in vaso periferico*

Nel caso di reintervento per complicanze correlate alla FAV preesistente vanno indicati:

DP: cod. 996.1 *Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti o innesti vascolari*
oppure

DP: cod. 996.62 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti o innesti vascolari*

I/P: cod. 39.27 *Arteriovenostomia per dialisi renale*

oppure

I/P: cod. 39.42 *Revisione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale*

L'utilizzo di stent per la costruzione di un accesso vascolare va segnalato con il cod. aggiuntivo:

I/P: cod. 39.90 *Inserzione di stent non medicato in vaso periferico*

Se il paziente è già in trattamento dialitico va utilizzato:

se è sottoposto ad emodialisi durante il ricovero:
DS : cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede emodialisi*
se non viene sottoposto a dialisi durante il ricovero:
DS: cod. V45.1 *Stato post-chirurgico di dialisi renale*

Impianto di catetere venoso per emodialisi

Nel caso di impianto di catetere venoso per emodialisi vanno utilizzati:
DP: codifica della patologia principale
I/P: cod. 38.95 *Cateterismo venoso per dialisi renale*

Utilizzo di dispositivo totalmente impiantabile

Nel caso di utilizzo di dispositivo totalmente impiantabile vanno utilizzati:
DP: codifica della patologia principale
I/P: cod. 86.07 *Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile*

Accesso per dialisi peritoneale

- a) Nel posizionamento di catetere peritoneale per dialisi vanno segnalati:
DP: cod. 585._ *Malattia renale cronica*
I/P: cod. 54.93 *Creazione di fistola cutaneoperitoneale*
- b) Nelle complicanze relative al catetere peritoneale vanno segnalati:
DP: cod. 996.56 *Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale*
oppure
DP: cod. 996.68 *Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale*
DS: cod. V45.1 *Stato postchirurgico di dialisi renale* se il paziente non effettua dialisi
oppure
DS: cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi* se il paziente effettua la dialisi peritoneale
oppure
DS: cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea* se viene eseguita emodialisi
DS: eventuale cod. V56.2 *Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi*
- c) Nella rimozione del catetere vanno segnalati:
I/P: se procedura non operatoria: cod. 97.82 *Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale*
I/P: se procedura operatoria solo esplorativa: cod. 54.95 *Incisione del peritoneo*
I/P: se procedura operatoria con rimozione di catetere: cod. 97.82 *Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale* con cod. 54.95 *Incisione del peritoneo*

ESTRAZIONE ENDOSCOPICA DI CALCOLI

Nel caso di **estrazione endoscopica di calcolo ureterale o intrarenale dopo frammentazione (anche laser)** vanno utilizzati:

DP: cod. 592._ *Calcolosi renale ed ureterale*
I/P: cod. 56.0 *Estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo*
I/P: cod. 56.31 *Ureteroscopia*
I/P: cod. 59.8 *Cateterizzazione ureterale* se effettuata

SOSTITUZIONE/RIMOZIONE DI STENT URETERALE

Nel caso di sostituzione o rimozione di stent ureterale (DJ) va utilizzata:

1) sostituzione

DP: cod. V53.6 *Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari*
I/P: cod. 59.8 *Cateterizzazione ureterale*

2) rimozione

DP: cod. V53.6 *Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari*
I/P: cod. 97.62 *Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 precisa che nel caso di **stomia** va utilizzato il cod. V55._ *Controllo di aperture artificiali*, che specifica: "Inclusa: chiusura, estrazione o sostituzione di catetere, introduzione di sonde o

cateteri, revisione, sistemazione o ricollocamento di cateteri, toletta o pulitura. Esclusa: complicazioni di orifizio esterno (519.00-519.09, 569.60-569.69, 997.4, 997.5), presenza di aperture artificiali, senza necessità di cure (V44.0-V44.9)”.

FOLLOW UP DI TUMORE VESCICALE

Nel caso di follow up per tumore vescicale con esecuzione di biopsia vescicale (cod. 57.33) o resezione endoscopica (cod. 57.49) in corso di cistoscopia, si codifica come segue: se l'istologia risulta positiva in DP va inserito il cod. di tumore, se risulta negativa in DP il cod. di anamnesi (cod. V10.51), se risultano alterazioni all'esame istologico (ad es. cistite o altro) in DP il cod. specifico e in DS il cod. di anamnesi (cod. V10.51).

Esempio:

a) Qualora nel corso del ricovero si evidenzi una recidiva, in DP va indicato il cod. relativo alla neoplasia:

DP: il cod. relativo alla neoplasia

I/P: cod. 57.33 *Cistoscopia con biopsia*

b) Quando dall'esame istologico risulti una flogosi cronica, in DP va indicato il cod. 595._ e in DS il cod. V di anamnesi:

DP: cod. 595._ *Cistite*

DS: cod. V10.51 *Anamnesi personale di tumore maligno della vescica*

I/P: cod. 57.33 *Cistoscopia con biopsia*

c) Negli altri casi vanno utilizzati:

DP: cod. V10.51 *Anamnesi personale di tumore della vescica*

I/P: cod. 57.33 *Cistoscopia con biopsia*

CORREZIONE DI VARICOCELE

Per l'intervento tradizionale di correzione di varicocele mediante legatura dei vasi spermatici vanno indicati:

DP: cod. 456.4 *Varicocele*

I/P: cod. 63.1 *Asportazione di varicocele*

Le tecniche eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda sono identificate dall'uso combinato dei seguenti cod.:

I/P: cod. 63.1 *Asportazione di varicocele*

I/P: cod. 39.92 *Iniezione o infusione di altre sostanze sclerosanti*

La via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione di:

I/P: cod. 88.67 *Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate*

CORREZIONE DI IDROCELE

Per l'intervento di correzione di idrocele vanno indicati:

DP: utilizzare un cod. della categoria 603._ *Idrocele*

I/P: cod. 61.2 - *Asportazione di idrocele (della tunica vaginale)* in caso di chiusura del dotto peritoneo-vaginale associato o non ad eversione della tunica vaginale

INTERVENTO PER CRIPTORCHIDISMO

Per codificare il criptorchidismo vanno indicati:

DP: cod. 752.51 *Testicolo non disceso*

oppure

DP: cod. 752.52 *Testicolo retrattile*

DS: cod. di *Ernia inguinale* (categoria 550._) e l'eventuale intervento sull'ernia solo quando l'ernia è clinicamente evidente e trattata (condizione presente soprattutto in chirurgia pediatrica)

I/P: cod. 62.5 *Orchiopessi*

FIMOSI

La fimosi deve essere codificata utilizzando:

DP: cod. 605 *Prepuzio esuberante e fimosi*

I/P: cod. 64.0 *Circoncisione*

Nota sulla codifica: per tale intervento non va utilizzato il cod. 64.93 *Liberazione di sinechie peniene*.

Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere codificate con il cod. 64.91 *Plastiche di slittamento del prepuzio*.

CORREZIONI DI ANOMALIE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE

In caso di anomalie del pene vanno indicati:

DP: cod. 752.63 *Curva anomala e congenita del pene* se congenita

oppure

DP: cod. 098.2 *Infezione gonococcica cronica dell'apparato urinario inferiore* se acquisita

oppure

DP: cod. 607.81 *Induratio penis plastica* se acquisita

oppure

DP: cod. 607.85 *Malattia di Peyronie (induratio penis)* se acquisita

I/P: cod. 64.49 *Altra riparazione del pene* (intervento secondo NESBIT)

oppure

I/P: cod. 64.93 *Liberazione di sinechie peniene*

ASPORTAZIONE DI CONDILOMI DELL'URETRA

♂ Per l'asportazione di condilomi acuminati dell'uretra o dal tessuto periuretrale vanno indicati:

DP: cod. 078._ se di origine virale o cod. 090._ se di origine infettiva

I/P: cod. 58.31 *Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra*

oppure

I/P: cod. 58.39 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra* che contempla anche l'eventuale uretrectomia

♀ Per l'asportazione di condilomi acuminati della cervice uterina o della vagina vanno indicati:

DP: i cod. della categoria 616._ *Malattia infiammatoria della cervice, della vagina e della vulva*

DS: cod. 078.1 *Condiloma acuminato*

I/P: cod. 67.3_ *Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice*

oppure

I/P: cod. 70.3_ *Asportazione di lesione locale della vagina*

oppure

I/P: cod. 71.3 *Altra asportazione di lesione locale dalla vulva*

BIOPSIA PROSTATICA

La biopsia della prostata si codifica con:

I/P: 60.11 *Biopsia transperineale [percutanea] [agobiopsia] della prostata. Approccio transrettale. Approccio transuretrale. Biopsia transperineale con punch*

RESEZIONE PROSTATICA TRANSURETRALE

Nel caso di resezione prostatica transuretrale vanno indicati:

DP: cod. 600._ *Iperplasia della prostata* oppure cod. 185 *Tumori maligni della prostata* in caso di istologico positivo

Nota sulla codifica: vedi nota precedente relativa al paragrafo "ipertrofia prostatica".

Nota sulla codifica: non deve essere utilizzato il cod. 222.2 *Tumori benigni degli organi genitali maschili – prostata*.

I/P: cod. 60.29 *Resezione transuretrale della prostata (TURP)*

LINFOCELE POST-PROSTATECTOMIA

In caso di linfocele post-prostatectomia vanno indicati:

DP: cod. 998.89 *Altre complicazioni specificate in interventi non classificati altrove*

DS: cod. 457.8 *Altri disturbi non infettivi dei vasi linfatici*

I/P: cod. 54.91 *Drenaggio percutaneo addominale*

INTERVENTO PER REFLUSSO VESCICO-URETERALE

Per l'intervento per reflusso vescico-ureterale vanno indicati:

DP: cod. 593.7_ *Reflusso vescico-ureterale*

a cielo aperto:

I/P: cod. 56.74 *Uretero-neocistostomia diretta, con plastica antireflusso o con flap vescicale*

per via endoscopica:

I/P: cod. 56.31 *Ureteroscopia*

oppure

I/P: cod. 57.32 *Cistoscopia*

I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*

INTERVENTO PER INCONTINENZA URINARIA MASCHILE

♂ Per l'incontinenza urinaria maschile vanno indicati:

DP: cod. 788.32 *Incontinenza da stress nel maschio*

a cielo aperto:

I/P: cod. 59.4 *Sospensione uretrale sovrapubica con sling (anche se la benderella è posizionata per via transotturatoria)*

per via endoscopica con tecnica di iniezione di collagene:

I/P: cod. 59.72 *Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale*

I/P: cod. 57.32 *Altra cistoscopia*

INTERVENTO PER INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE

Per l'incontinenza urinaria da sforzo femminile vanno indicati:

DP: cod. 625.6 *Incontinenza urinaria da sforzo nella donna*

Nel caso in cui la causa dell'incontinenza sia il prolasso genitale (uterino, pareti vaginali, utero-vaginale, etc.) va utilizzato in DP il cod. 618.__ *Prolasso genitale* e in DS il cod. 625.6 *Incontinenza urinaria da sforzo nella donna*

a cielo aperto:

I/P: cod. 70.51 *Riparazione di cistocele eventualmente associato al cod. 59.3 Colpoplastica (Kelly)*

oppure

I/P: cod. 59.4 *Sospensione uretrale sovrapubica con sling (anche se la benderella è posizionata per via transotturatoria)*

oppure

I/P: cod. 59.5 *Sospensione uretrale retropubica (Marshall)*

oppure

I/P: cod. 59.6 *Colposospensione parauretrale*

per via endoscopica e in caso di intervento con tecnica di iniezione di collagene:

I/P: cod. 59.72 *Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale*

I/P: cod. 57.32 *Altra cistoscopia*

per l'intervento di plastica vescicale con protesi:

I/P: cod. 57.85 *Cistoureteroplastica e chirurgia plastica del collo vescicale*

I/P: cod. 57.99 *Altri interventi sulla vescica*

IMPIANTO DI PACE-MAKER NEURALE O ELETTROSTIMOLATORE NEURO-UROLOGICO

Si rimanda ai contenuti dell'appendice Terapia antalgica.

IMPIANTO DI PROTESI SFINTERIALI URETRALI

DP: cod. 788.32 *Incontinenza da stress nel maschio*

I/P: cod. 58.93 *Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali*

PATOLOGIE NON ONCOLOGICHE DELLA MAMMELLA

Le malattie ed i disturbi di natura non neoplastica della ghiandola mammaria vengono descritti dai cod. della categoria 610-611:

categoria 610._ *Displasia benigna della mammella*, compresa la mastopatia cistica diffusa

categoria 611._ *Altri disturbi della mammella*, compresa la malattia infiammatoria della mammella (ascesso, mastite non puerperali, fistola), l'ipertrofia mammaria e altri segni, sintomi e disturbi specificati della mammella

DEINFIBULAZIONE

DP: cod. 629.2_ *Mutilazione genitale femminile*

I/P: cod. 71.01 *Lisi di aderenze vulvari associato* al cod. 71.09 *Altra incisione della vulva e del perineo*

Per la codifica della deinfibulazione al momento del parto vaginale si rimanda ai contenuti del cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e dei puerperio.

BIOPSIA E RASCHIAMENTO DELL'UTERO

In caso di biopsia dell'utero va indicato:

I/P: cod. 68.16 *Biopsia dell'utero. Biopsia endoscopica (laparoscopia) (isteroscopia) dell'utero. Esclusa la biopsia a cielo aperto dell'utero (68.13)*

In caso di dilatazione e raschiamento dell'utero va indicato:

I/P: cod. 69.0_ *Dilatazione e raschiamento dell'utero*

TRATTAMENTO DI FIBROMA UTERINO MEDIANTE EMBOLIZZAZIONE

In caso di trattamento di fibroma uterino mediante embolizzazione vanno indicati:

DP: cod. 218._ *Leiomioma uterino*

I/P: cod. 68.29 *Altra asportazione o demolizione di lesione dell'utero*

I/P: cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*

ENDOMETRIOSI

In caso di endometriosi profonda retroperitoneale nelle seguenti localizzazioni: setto retto-vaginale, legamento utero sacrale, parametrio, uretere, vescica, la codifica è la seguente:

DP: cod. 617._ *Endometriosi*

I/P: codificare la procedura correlata alla sede senza aggiungere il cod. dell'approccio laparoscopico

Nota: l'atto operatorio dovrà riportare correttamente l'asportazione della localizzazione endometriosa delle sedi sopra riportate.

ABLAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DEL RENE

L'ablazione percutanea di lesione o tessuto del rene è identificata dal cod. procedura 55.33 *Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali*.

TRAPIANTO RENALE

In caso di ricovero per trapianto renale vanno indicati:

DP: cod. 585._ *Malattia Renale Cronica* se il paziente non ha iniziato il trattamento dialitico

oppure

DP: cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea* se il paziente ha iniziato il trattamento dialitico extracorporeo

oppure

DP: cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi* se il paziente ha iniziato il trattamento dialitico peritoneale

I/P: cod. 55.69 *Eterotrapianto di rene (indipendentemente da cadavere vivente)* in aggiunta va descritto il tipo di donatore con i cod. di procedura 00.91 *Trapianto da donatore vivente, parente*, 00.92 *Trapianto da donatore vivente, non-parente* o 00.93 *Trapianto da cadavere*

Complicanze del trapianto renale

In caso di ricovero per complicanze di trapianto renale vanno indicati:

DP: cod. 996.81 *Complicazioni di trapianto di rene*

DS: codificare la patologia specifica

Se invece la patologia che determina il ricovero è indipendente dal precedente trapianto (ad es.: appendicite acuta), va segnalato lo stato di trapiantato come DS utilizzando il cod. V42.0 *Rene sostituito da trapianto*.

Nota sulla codifica: si rimanda alla nota sull'utilizzo del cod. 585._.

UTILIZZO DI ROBOT CHIRURGICO NEGLI INTERVENTI DI CHIRURGIA UROLOGICA

Nel caso di utilizzo del robot chirurgico negli interventi di chirurgia urologica va indicato nelle procedure/interventi il cod. 00.39 *Altra chirurgia computer assistita*

Esempio:

DP: cod. 189.0 *Tumori maligni del rene, eccetto la pelvi*

I/P: cod. 55.4 *Nefrectomia parziale*

I/P: cod. 00.39 *Altra chirurgia computer assistita*

CAPITOLO 11 COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO (630-677)

I codici della MDC 14 Gravidanza, parto e puerperio appartengono all'undicesimo capitolo del manuale ICD-9_CM 2007, che comprende le complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio suddivise nelle seguenti categorie:

- Gravidanza e mola vescicolare: 630-633
- Altre gravidanze con esito abortivo: 634-638
- Complicazioni successive ad aborto e a gravidanze ectopiche molarie: 639
- Complicazioni principalmente correlate alla gravidanza: 640-649
- Parto normale e altre indicazioni per ricovero in gravidanza, travaglio e parto: 650-659
- Complicazioni che avvengono principalmente nel corso del travaglio e del parto: 660-669
- Complicazioni del puerperio: 670-677

Nel corso della gravidanza, del parto e del puerperio, devono sempre essere utilizzati in DP i codici del capitolo 11; per casi eccezionali e per dare maggiore specificità alla diagnosi possono essere utilizzati in DS codici di altri capitoli.

Per le procedure occorre fare riferimento ai codici relativi agli interventi ostetrici (72-75).

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 DP.

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

Nota sulla codifica: il cod. 677 *Effetto tardivo della complicazione della gravidanza, del parto, del puerperio* non va mai selezionato in quanto il DRG risulta non classificabile.

GRAVIDANZA ECTOPICA E MOLA VESCICOLARE (630-633)

Le categorie da 630 a 633 descrivono gravidanze ectopiche, molarie, altri prodotti anomali del concepimento e l'aborto ritenuto.

Qualsiasi complicazione insorta nel corso del ricovero deve essere descritta con un cod. diagnosi aggiuntivo appartenente alla categoria 639. *Complicazioni successive ad aborto e gravidanze ectopiche e molarie*.

GRAVIDANZA TUBARICA

Il ricovero di una paziente con gravidanza tubarica, nel corso del quale venga eseguito un intervento laparoscopico di salpingotomia con rimozione del prodotto del concepimento, lasciando la tuba in sede, va descritto ponendo:

DP: cod. 633.1 *Gravidanza tubarica*

I/P: cod. 66.01 *Salpingotomia*

I/P: cod. 54.21 *Laparoscopia*

L'eventuale esecuzione di una salpingoplastica si descrive con:

I/P: cod. 66.79 *Altra riparazione delle tube. Trapianto di tuba; riapertura di tuba sezionata; salpingoplastica*

ABORTO RITENUTO

In caso di raschiamento a seguito di aborto con ritenzione del prodotto del concepimento vanno utilizzati:

DP: 632 *Aborto ritenuto* I/P: cod. 69.02 *Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto*

I/P: cod. 69.02 *Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto*

oppure

I/P: cod. 69.52 *Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di gravidanza o aborto*

Nota sulla codifica: il cod. 632 di aborto ritenuto si riferisce a morte fetale precoce prima del compimento della 22ma settimana con ritenzione del feto morto o ritenzione del prodotto del concepimento non seguiti da aborto spontaneo, indotto o da parto. Non include, invece, l'anomalo prodotto del concepimento (630, 631), il mancato aborto indotto (638.0-638.9), la morte intrauterina (tardiva) (656.4), il parto mancato (656.4).

ALTRE GRAVIDANZE CON ESITO ABORTIVO (634-638)

Le categorie da 634.__ a 638.__ descrivono le varie tipologie di aborto: aborto spontaneo, aborto indotto legalmente (IVG), aborto terapeutico, aborto illegale, aborto non specificato e tentativo fallito di aborto.

Le complicazioni legate all'aborto vengono descritte con la quarta cifra mentre la quinta cifra identifica se l'aborto è completo o incompleto.

Nel caso di complicazione trattata con ricovero successivo all'evento abortivo o parto va utilizzato:

DP: cod. 639._ *Complicazioni successive all'aborto o alla gravidanza ectopica e molari*

ABORTO SPONTANEO

In caso di raschiamento a seguito di aborto spontaneo vanno utilizzati:

DP: cod. 634.__ *Aborto spontaneo* dove la quarta cifra identifica eventuali complicazioni e la quinta cifra consente di specificare se l'aborto è completo o incompleto

I/P: cod. 69.02 *Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto*

oppure

I/P: cod. 69.52 *Raschiamento dell'utero mediante aspirazione a seguito di gravidanza o aborto*

INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (IVG)

In caso di raschiamento per interruzione di gravidanza indotta legalmente, incluso l'aborto terapeutico, vanno utilizzati:

DP: cod. 635.__ *Aborto indotto legalmente* dove la quarta cifra identifica eventuali complicazioni e la quinta cifra consente di specificare se l'aborto indotto legalmente è completo o incompleto

I/P: cod. 69.01 *Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza*

oppure

I/P: cod. 69.51 *Raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza.*

INTERRUZIONE VOLONTARIA FARMACOLOGICA DI GRAVIDANZA (RU 486)

1) In caso di interruzione volontaria farmacologica di gravidanza, effettuata in un unico ricovero ordinario continuativo, vanno utilizzati i seguenti codici:

DP: cod. 635.92 *Aborto completo indotto legalmente senza complicazioni*

I/P: cod. 99.24 *Iniezione di altri ormoni* per la prima ed eventuale seconda somministrazione per os

I/P: cod. 96.49 *Altra instillazione genitourinaria* qualora avvenga effettuata una seconda somministrazione anche per via vaginale

I/P: cod. 88.78 *Diagnostica ecografia dell'utero gravido*

2) Nel caso di **dimissione volontaria** anticipata, la codifica è la seguente:

DP: cod. 635.9_ *Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita* (con verifica ecografica)
oppure

DP: cod. V61.7 *Altra gravidanza non desiderata* (senza verifica ecografica)

I/P: cod. 99.24 *Iniezione di altri ormoni* (RU 486)

I/P: cod. 88.78 *Diagnostica ecografia dell'utero gravido*

3) Ogni eventuale richiesta di successiva prosecuzione di trattamento abortivo si configurerà come nuovo ricovero ordinario:

DP: cod. 635.92 *Aborto completo, indotto legalmente senza complicazione riferita, completo*

I/P: cod. 96.49 *Altra instillazione genitourinaria*, somministrazione di prostaglandine

I/P: cod. 88.78 *Diagnostica ecografia dell'utero gravido*

I cod. della categoria 639._ *Complicazioni successive ad aborto, gravidanze ectopiche e molari* devono essere utilizzati nei seguenti due casi:

1. in corso di ricovero per gravidanze ectopiche o molari come cod. di DS per descrivere un'eventuale complicanza insorta nel corso dello stesso;

2. nel caso in cui la complicanza venga trattata in un ricovero successivo all'evento abortivo, ectopico o molare, va utilizzato in DP il cod. della categoria 639._, dove la quarta cifra identifica il tipo di complicazione.

COMPLICAZIONI PRINCIPALMENTE CORRELATE ALLA GRAVIDANZA (CAT. 640-649)

Le categorie 640-649 *Complicazioni principalmente correlate alla gravidanza* comprendono anche le patologie preesistenti o insorte nel corso della gravidanza con ripercussioni sul parto (patologia ipertensiva, diabete, cardiopatie, coagulopatie, malattia tromboembolica, patologia infettiva, insufficienza renale acuta, asma, epilessia, obesità, tossicodipendenza, tabagismo, psicosi, etc.).

Il cod. di diagnosi relativo alla complicazione ostetrica deve essere selezionato in DP quando diventa motivo di ricovero. Può essere utilizzato un cod. di diagnosi aggiuntivo per dare maggiore specificità alla codifica.

Nota sulla codifica: tali codifiche in DS possono condurre all'attribuzione di un DRG complicato.

Si precisa che:

nelle categorie 640-649, 651-659, 660-669, 670-676 la quinta cifra deve essere impiegata per connotare/definire l'attuale ricovero rispetto al ricovero in cui avviene il parto:

0: episodio di cura non specificato (**non deve mai essere utilizzato**)

1: parto, con o senza menzione della condizione antepartum (**la paziente partorisce in questo ricovero con o senza complicazione antepartum**)

2: parto, con complicazione postpartum (**la paziente partorisce in questo ricovero e manifesta la complicazione prima della dimissione**)

3: condizione o complicazione antepartum (**la paziente esce gravida**)

4: condizione o complicazione postpartum/puerperio (**la paziente ha partorito in un ricovero precedente o prima dell'arrivo in una struttura ospedaliera**)

MINACCIA DI ABORTO

Prima del compimento della 22ma settimana di gestazione:

- DP: cod. 640.0_ *Minaccia d'aborto, condizione o complicazione antepartum*

MINACCIA DI TRAVAGLIO SENZA PARTO

- DP: cod. 644.03 *Minaccia di travaglio prematuro, condizione o complicazione antepartum* (fra la 22ma e la 37ma settimana di gestazione senza parto)
- DP: cod. 644.13 *Altra minaccia di travaglio, condizione o complicazione antepartum* (dopo la 37ma settimana di gestazione senza parto, incluso il falso travaglio senza parto)

TRAVAGLIO DI PARTO PRECOCE/PRETERMINE CON PARTO

- DP: cod. 644.21 *Inizio di parto spontaneo, precoce, parto, con o senza menzione della condizione antepartum* (prima della fine della 37ma settimana di gestazione)

GRAVIDANZA POST-TERMINE

- DP: cod. 645.1_ *Gravidanza post-termine* (fra la 40ma e la 42ma settimana di gestazione)

GRAVIDANZA PROTRATTA

- DP: cod. 645.2_ *Gravidanza protratta* (oltre la 42ma settimana di gestazione)

PROCEDURE DA CODIFICARE IN CASO DI INDUZIONE AL TRAVAGLIO DI PARTO

- cod. 73.4 *Induzione medica del travaglio*
- cod. 73.1 *Altra induzione chirurgica del travaglio, induzione per mezzo di dilatazione cervicale*
- cod. 73.01 *Induzione del travaglio mediante rottura artificiale delle membrane*

Il cod. di diagnosi 641.___ comprende: *Perdita ematica antepartum, Distacco prematuro o intempestivo di placenta normalmente inserita, Placenta previa con o senza emorragia.*

IPERTENSIONE, PRE-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA

L'**ipertensione che insorge durante la gravidanza** si codifica con il seguente cod.:

cod. 642.3_ *Iipertensione transitoria della gravidanza*

L'ipertensione preesistente alla gravidanza si codifica con uno dei seguenti cod.:

cod. 642.0_ *Ipertensione essenziale benigna complicante la gravidanza, il parto e il puerperio*

cod. 642.1_ *Ipertensione secondaria a malattia renale complicante la gravidanza, il parto e il puerperio*

cod. 642.2_ *Altra ipertensione preesistente complicante la gravidanza, il parto e il puerperio*

Nota sulla codifica: quest'ultimo cod. si riferisce alle malattie da ipertensione: "cardiaca e da malattia renale cronica specificate come complicazioni, o come motivo di intervento ostetrico durante la gravidanza, il parto o il puerperio; del cuore e del rene; del cuore; del rene; ipertensione maligna".

L'eclampsia prevede cod. differenziati in base alla gravità e alla possibile sovrapposizione di ipertensione preesistente la gravidanza:

cod. 642.4_ **Pre-eclampsia lieve o non specificata**

Nota sulla codifica: questo cod. si riferisce a: "ipertensione in gravidanza, parto o puerperio, non specificata come preesistente con albuminuria o edema o entrambi, lieve o non specificata; pre-eclampsia: SAI lieve; tossiemia (da pre-eclampsia): SAI lieve".

cod. 642.5_ **Pre-eclampsia grave**

Nota sulla codifica: questo cod. si riferisce a: "ipertensione in gravidanza, parto o puerperio non specificata come preesistente con albuminuria o edema o entrambi, specificata come grave; pre-eclampsia grave; tossiemia (da pre-eclampsia) grave, HELLP SYNDROME (H=emolisi, EL=danno epatico con aumento degli enzimi epatici e LP=trombocitopenia, può evolvere fino a un quadro di scompenso d'organo multiplo MOF)".

cod. 642.6_ **Eclampsia complicante la gravidanza, il parto o il puerperio**

Nota sulla codifica: questo cod. si riferisce a: "tossiemia con convulsioni tonico-cloniche generalizzate, perdita di coscienza da eclampsia".

cod. 642.7_ **Pre-eclampsia o eclampsia sovrapposta a ipertensione preesistente**

MALATTIA RENALE NON SPECIFICATA IN GRAVIDANZA SENZA IPERTENSIONE ARTERIOSA

La malattia renale non specificata in gravidanza senza ipertensione arteriosa si codifica con:

646.2_ *Malattia renale non specificata in gravidanza, senza menzione di ipertensione*

Nota sulla codifica: questo cod. si riferisce a: "albuminuria, proteinuria gestazionale, uremia, nefropatia SAI, malattia renale SAI".

INFEZIONI DELL'APPARATO GENITOURINARIO IN GRAVIDANZA (646.6 _)

In caso di donna gravida con tampone vaginale e rettale positivo per Streptococco B-emolitico del gruppo B (GBS) sottoposta ad antibiotico-profilassi per la prevenzione della malattia infettiva neonatale da GBS, si utilizza la seguente codifica:

DP: cod. 646.61 *Infezioni dell'apparato genitourinario in gravidanza, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

DS: cod. 041.02 *Infezione streptococcica in manifestazioni morbose classificate altrove e di sede non specificata, Streptococco, gruppo B*

DS: cod. V27._ *Esito del parto*

I/P: cod. 73.5_ *Assistenza manuale al parto*

I/P: cod. 99.21 *Iniezione di antibiotici*

Manifestazioni infettive e parassitarie nella madre

Per le patologie infettive occorre fare riferimento alle indicazioni dell'elenco sistematico alla categoria 647._ *Manifestazioni infettive e parassitarie nella madre, classificabili altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio.*

Nota sulla codifica:

Va utilizzato un cod. di DS per specificare ulteriori complicazioni.

Sono escluse quelle manifestazioni nella madre che abbiano arrecato un danno certo o sospetto al feto, in questo caso deve essere utilizzato un cod. della categoria 655.0-655.9.

Esempi:

In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in madre affetta da **epatite virale C (HCV) e B (HBV), herpes genitale, condilomi acuminati** vanno utilizzati:

DP: cod. 647.6_ *Altre malattie virali*

DS: eventuali ulteriori complicazioni mediante cod. aggiuntivi

In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in madre **HIV sieropositiva asintomatica** vanno utilizzati:

DP: cod. 647.8_ *Altre malattie infettive e parassitarie*

DS: cod. V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)*

In caso di ricovero per gravidanza, parto o puerperio in madre **HIV sieropositiva sintomatica** vanno utilizzati:

DP: cod. 647.6_ *Altre malattie virali*

DS: cod. 042 *Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)*

In caso di ricovero per **setticemia** in corso di gravidanza vanno utilizzati:

DP: cod. 647.8_ *Altre malattie infettive e parassitarie*

DS: eventuali ulteriori complicazioni mediante cod. aggiuntivi

ANEMIA

L'anemia postpartum va codificata solo se trattata per via parenterale con emocomponenti:

cod. 648.2_ *Anemia* (la quinta cifra consente di specificare l'attuale ricovero rispetto al ricovero in cui avviene il parto)

I/P: cod. 99.04 *Trasfusione di concentrato cellulare*

DIABETE

In caso di **gravidanza con diabete mellito preesistente** vanno utilizzati i cod. della sottocategoria 648.0_ *Diabete mellito* ad es.:

cod. 648.01 *Diabete mellito, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

In caso di **diabete gestazionale** vanno utilizzati i cod. della sottocategoria 648.8_ *Alterata tolleranza al glucosio* ad es.:

cod. 648.81 *Alterata tolleranza al glucosio, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

I cod. della sottocategoria 648.8_ vanno utilizzati quando il diabete gestazionale è trattato con insulina. Nel caso di diabete gestazionale trattato con sola dieta, tali cod. vanno omessi, ad eccezione di quando sono causa di induzione al parto.

Nota sulla codifica:

Per entrambe le sottocategorie va aggiunto anche il cod. V58.67 *Uso (corrente) a lungo termine di insulina* in caso di trattamento con insulina.

ALTRE MANIFESTAZIONI MORBOSE IN ATTO DELLA MADRE CLASSIFICATE ALTROVE, NON CODIFICATE NEL CAPITOLO 11, MA CON INDICAZIONE AL RICOVERO E/O AL TAGLIO CESAREO

Tali cod. possono essere utilizzati solo in DP (si veda la premessa in merito all'utilizzo dei cod. non appartenenti al capitolo undicesimo).

Esempio:

DP: cod. 648.91 *Altre manifestazioni altrimenti classificabili, parto*

DS: cod. 362__ *Retinopatia* o una miopia grave degenerativa o altre patologie materne non comprese nel capitolo 11

DS: cod. V27._ *Esito del parto*

I/P: cod. 740_ *Taglio cesareo*

PARTO NORMALE E ALTRE INDICAZIONI PER RICOVERO IN GRAVIDANZA, TRAVAGLIO E PARTO (650-659)**PARTO NORMALE (cod. 650)**

In caso di parto normale va utilizzato il cod. 650 *Parto normale* secondo la definizione del manuale ICD-9_CM 2007:

cod. 650 Parto normale. Parto spontaneo, cefalico, vaginale, a termine, di feto singolo e vitale che richiede poca o nessuna assistenza con o senza episiotomia, senza intervento manuale sul feto [es. rotazione] o strumentale [forcipe]. Questo codice va usato come diagnosi singola e non deve essere usato insieme ad alcun altro codice dell'intervallo 630-676.

Va utilizzato un codice aggiuntivo per indicare l'esito del parto (V27.0).

Il codice (650) non va utilizzato in caso di: parto podalico (assistito) (spontaneo) SAI (652.2); ventosa ostetrica, forcipe, taglio cesareo o estrazione podalica senza complicazioni specificate (669.5-669.7)

Esempio:

DP: cod. 650 *Parto normale*

DS: cod. V27.0 *Nato singolo, vivo*

I/P: cod. 73.5_ *Assistenza manuale al parto*

I/P: cod. 73.6 *Episiotomia. Episio-proctotomia; episiotomia con seguente episiorrafia (se effettuata)*

ALTRE INDICAZIONI PER IL RICOVERO IN GRAVIDANZA, TRAVAGLIO E PARTO (651-659)

Le condizioni o le complicazioni del parto (651-659) devono essere riportate in DP o come DS se sono presenti più condizioni o complicazioni.

In particolare:

cod. 652.__ *Posizione e presentazione anomala del feto*

Nota sulla codifica: tale cod. è da utilizzare **prima dell'insorgenza del travaglio di parto**. In caso di inizio di travaglio va codificato, invece, come DP il travaglio ostacolato 660.0_ *Ostacolo causato da posizione e presentazione anomala del feto all'inizio del travaglio* e come DS il cod. 652.__.

cod. 653.__ *Sproporzione*

Nota sulla codifica: tale cod. è da utilizzare **prima dell'insorgenza del travaglio di parto**. In caso di inizio di travaglio va codificato, invece, come DP il travaglio ostacolato 660.1_ *Ostacolo causato dal bacino osseo durante il travaglio* e come DS il cod. 653.__.

cod. 654.__ *Anomalie degli organi e dei tessuti molli della pelvi*

Nota sulla codifica: tale cod. è da utilizzare **prima dell'insorgenza del travaglio di parto**. In caso di inizio di travaglio va codificato, invece, come DP il travaglio ostacolato 660.2_ *Ostacolo causato da anomalie dei tessuti molli del bacino* e come DS il cod. 654.__.

In caso di **pregresso taglio cesareo con ricovero programmato per l'espletamento del parto cesareo**, prima dell'insorgenza del travaglio di parto, vanno utilizzati:

DP: cod. 654.21 *Pregresso parto cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

DS: cod. V27._ *Esito del parto*

IP: cod. 74._ *Taglio cesareo*

Per la **gravidanza multipla** si utilizza:

cod. 651.__ *Gravidanza multipla* la quarta cifra indica il numero di feti presenti in cavità uterina

Nota sulla codifica: in caso di parto spontaneo va associato anche il cod. 73.5_ *Assistenza manuale al parto*.

ISOIMMUNIZZAZIONE MATERNO FETALE

L'isoimmunizzazione materno fetale si codifica con:

cod. 656.11 *Isoimmunizzazione Rh, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

cod. V07.2 *Necessità di immunoterapia profilattica*

I/P: cod. 99.11 *Iniezione di immunoglobuline anti Rh*

oppure

cod. 656.21 *Isoimmunizzazione da altro gruppo e incompatibilità di gruppo sanguigno, non specificato, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

I/P: cod. 99.71 *Plasmaferesi terapeutica*

SOFFERENZA FETALE

La sofferenza fetale si codifica con:

cod. 656.31 *Sofferenza fetale, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica che il cod. 656.3_ [*Sofferenza fetale. Acidosi fetale*] esclude: “*anomalie nell’equilibrio acido-base del feto (656.8); meconio nel liquor (656.8); anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto (659.7); bradicardia fetale (659.7); tachicardia fetale (659.7)*”.

Si raccomanda estrema attenzione a questa codifica: il cod. di sofferenza fetale va utilizzato solo in presenza di specifica documentazione in cartella clinica e non in presenza di sole anomalie del tracciato cardiocardiografico, che richiedono invece l’utilizzo del cod. 659.7_ *Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto*.

MORTE INTRAUTERINA (A PARTIRE DALLA FINE DELLA 22ESIMA SETTIMANA GESTAZIONALE)

La morte intrauterina si codifica con:

cod. 656.41 *Morte intrauterina, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

cod. V27.1 *Parto semplice: nato morto*

Nota sulla codifica: prima del compimento della 22ma settimana va utilizzato il cod. 632 *Aborto ritenuto*.

SVILUPPO FETALE ANOMALO

Lo sviluppo fetale anomalo comprende:

cod. 656.5_ *Sviluppo fetale insufficiente (piccolo per la data gestazionale, insufficienza placentare)*

cod. 656.6_ *Sviluppo fetale eccessivo*

PROBLEMI COLLEGATI AL LIQUIDO AMNIOTICO

I problemi collegati al liquido amniotico si codificano con:

cod. 657.0_ *Polidramnios*

cod. 658.0_ *Oligoidramnios*

ROTTURA SPONTANEA PREMATURA DELLE MEMBRANE - PROM

La rottura prematura delle membrane equivale alla rottura spontanea delle membrane prima dell’insorgenza del travaglio di parto e può verificarsi in qualsiasi momento della gravidanza.

La rottura prematura delle membrane si codifica con:

cod. 658.11 *Rottura prematura delle membrane, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

Nota sulla codifica: questo cod. si usa in caso di: “*rottura del sacco amniotico 24 ore prima dell’inizio del travaglio*”.

cod. 658.21 *Parto ritardato dopo rottura spontanea o non specificata delle membrane, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

Nota sulla codifica: questo cod. si usa in caso di: “*rottura prolungata delle membrane SAI; rottura del sacco amniotico 24 ore o più ore prima dell’inizio del travaglio*”.

cod. 658.31 *Parto ritardato dopo rottura artificiale delle membrane, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

Il parto ritardato dopo rottura spontanea ed artificiale delle membrane si codifica con:

cod. 658.21 *Parto ritardato dopo rottura spontanea o non specificata delle membrane, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

cod. 658.31 *Parto ritardato dopo rottura artificiale delle membrane, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*.

I/P: cod. 73.01 *Induzione del travaglio mediante rottura artificiale delle membrane*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica: “*rottura spontanea del sacco amniotico superiore alle 24 ore prima dell’inizio del travaglio*”.

FALLIMENTO DI INDUZIONE AL TRAVAGLIO

Il fallimento di induzione al travaglio si codifica con:

DP: cod. 659.01 *Mancata induzione meccanica, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

I/P: cod. 73.01 *Induzione del travaglio mediante rottura artificiale delle membrane oppure 73.1 Altra induzione chirurgica del travaglio (dilatazione cervicale)*

oppure

DP: cod. 659.11 *Mancata induzione medica o non specificata, parto, con o senza menzione della condizione antepartum*

I/P: cod. 73.4 *Induzione medica del travaglio*

ALTERAZIONI CARDIOTOCOGRAFICHE

Si intende: battito cardiaco non rassicurante, decelerazioni del battito cardiaco, tachicardia fetale, bradicardia fetale, depressione dei toni cardiaci del feto.

Le alterazioni cardiocografiche si codificano con:

cod. 659.7_ *Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto*

PARTO OPERATIVO/PARTO CESAREO

In caso di parto operativo/parto cesareo, va indicato in DP il motivo clinico che lo giustifica.

Si riportano di seguito le procedure più frequentemente utilizzate:

cod. 72.7_ *Estrazione mediante ventosa*

cod. 72. __ *Parto con forcipe*

cod. 73.3 *Tentativo non riuscito di applicazione del forcipe*

cod. 74. _ *Taglio cesareo*

ASSISTENZA MANUALE AL PARTO VAGINALE

L'assistenza al parto vaginale deve essere riportata e specificatamente codificata nel campo relativo all'intervento chirurgico principale:

cod. 73.51 *Rotazione manuale della testa fetale*

cod. 73.59 *Altra assistenza manuale al parto*

PARTO INDOLORE

La codifica del parto indolore mediante **anestesia peridurale** viene descritta utilizzando:

I/P: cod. 03.91 *Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia*

I/P: cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*

Nota sulla codifica: la procedura afferisce all'Anestesia e Rianimazione, pertanto nella compilazione della SDO al campo "reparto intervento" andrà riportato il codice di quest'ultima.

COMPLICAZIONI CHE AVVENGONO PRINCIPALMENTE NEL CORSO DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO (660-669)

Nel caso di **travaglio di parto ostacolato** va utilizzato in DP il cod. 660. __ *Travaglio ostacolato*, seguito in DS da:

presentazioni anomale del feto all'inizio del travaglio, cod. da 652.0-652.9

anomalie del bacino osseo durante il travaglio, cod. da 653.0-653.9

anomalie dei tessuti molli del bacino, cod. da 654.0-654.9

Le anomalie delle contrazioni uterine in travaglio vanno codificate con:

cod. 661.01 *Inerzia uterina primitiva, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum*

Nota sulla codifica: il cod. di inerzia uterina primitiva si utilizza in caso di: "ipotonia uterina disfunzionale primitiva; mancata dilatazione cervicale; prolungamento della fase latente del travaglio".

cod. 661.11 *Inerzia uterina secondaria, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum.*

Nota sulla codifica: il cod. di inerzia uterina secondaria si utilizza in caso di: "arresto della fase attiva del travaglio; ipotonia uterina disfunzionale secondaria".

cod. 661.31 *Travaglio con parto precipitoso, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum.*

Il travaglio prolungato va codificato con:

cod. 662.01 *Prolungamento del primo stadio, parto*

cod. 662.21 *Prolungamento del secondo stadio, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum*

Complicazione del cordone ombelicale

Le complicazioni del cordone ombelicale si codificano con:

cod. 663.01 *Prolasso del cordone ombelicale, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum*

cod. 663.11 *Cordone ombelicale attorno al collo, con compressione, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum*

cod. 663.21 *Altri e non specificati uncinamenti del cordone, con compressione, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 663.2_: "Agganciamento dei cordoni in gemelli monoamniotici. *Nodo vero del funicolo*"

cod. 663.41 *Funicolo corto, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum*

PARTO CON LACERAZIONI OSTETRICHE

Il parto con lacerazioni include: danni da strumentazione (*forcipe*) e danni da estensione dell'episiotomia.

Diagnosi:

cod. 664.01 *Lacerazione perineale di primo grado, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum. Lacerazioni, rotture o lesioni perineali che coinvolgono: forchetta, imene, labbra, pelle, vagina, vulva*

cod. 664.11 *Lacerazione perineale di secondo grado, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum. Lacerazione, rotture o lesioni perineali (dopo episiotomia) che coinvolgono: muscoli perineali, muscoli vaginali, pavimento pelvico*

cod. 664.21 *Lacerazione perineale di terzo grado, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum. Lacerazioni, rotture o lesioni perineali (dopo episiotomia) che coinvolgono: setto rettovaginale, sfintere anale, sfintere SAI*

cod. 664.31 *Lacerazione perineale di quarto grado, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum. Lacerazioni, rotture o lesioni perineali classificabili con 664.2 che coinvolgono anche: mucosa anale, mucosa rettale*

cod. 665.31 *Lacerazione cervicale, parto con o senza menzione delle manifestazioni antepartum*

cod. 665.51 *Altre lesioni di organi pelvici (uretra, vescica), parto con o senza menzione delle manifestazioni antepartum*

Ematomi:

cod. 664.5_ *Ematoma vulvare e perineale*

cod. 665.7_ *Ematoma pelvico/vaginale*

Interventi:

cod. 75.51 *Riparazione di lacerazione ostetrica recente della cervice*

cod. 75.61 *Riparazione di lacerazione ostetrica recente della uretra e della vescica*

cod. 75.62 *Riparazione di lacerazione ostetrica recente del retto e sfintere anale per la sutura di lacerazione di terzo e quarto grado*

cod. 75.69 *Riparazione di altra lacerazione ostetrica recente. Riparazione di: pavimento pelvico, perineo, vagina, vulva; riparazione secondaria di episiotomia. E' esclusa la riparazione di episiotomia (73.6)*

cod. 75.91 *Evacuazione di ematoma ostetrico del perineo (episiotomia, perineorrafia)*

cod. 75.92 *Evacuazione di altro ematoma della vulva o della vagina*

EMORRAGIA POSTPARTUM

Diagnosi:

cod. 666.02 *Emorragia del terzo stadio, parto, con menzione delle complicazioni postpartum*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 666.0_: "Emorragia del terzo stadio. Emorragia associata con *placenta ritenuta, accreta o incarcerata. Placenta ritenuta SAI*".

cod. 666.12 Altra emorragia postpartum *immediata*, parto, con menzione delle *complicazioni postpartum*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 666.1_: "Emorragia *entro* le prime 24 ore dopo il parto. Emorragia postpartum (*da atonia*) SAI. Il cod. esclude: atonia dell'utero senza emorragia (669.8)".

cod. 666.22 Emorragia postpartum *ritardata* e secondaria, parto, con menzione delle complicazioni postpartum

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 666.2_: "Emorragia: *dopo* le prime 24 ore successive al parto associate a *frammenti di placenta* o di prodotti del concepimento ritenuti. Emorragie postpartum specificate come secondarie".

Interventi:

cod. 75.4 Rimozione manuale di placenta ritenuta o secondamento manuale

cod. 75.8 Tamponamento ostetrico dell'utero o della vagina

cod. 69.02 Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto

Ritenzione della placenta o delle membrane senza emorragia

La ritenzione della placenta o delle membrane *senza emorragia* si codifica con:

cod. 667.02 *Placenta ritenuta, senza emorragia*, parto, con menzione delle complicazioni postpartum. Incluso: *Placenta accreta. Placenta ritenuta: senza emorragia SAI totale*

cod. 667.1_ *Ritenzione di residui di porzioni della placenta o delle membrane*, senza emorragia, parto, con menzione delle complicazioni postpartum

Interventi:

cod. 75.4 Rimozione manuale di placenta ritenuta o secondamento manuale

cod. 75.8 Tamponamento ostetrico dell'utero o della vagina

cod. 69.02 Dilatazione e raschiamento a seguito di parto o aborto

COMPLICAZIONI DEL PUERPERIO (670-677)

INFEZIONI PUERPERALI MAGGIORI

Si codificano con:

cod. 670.0_ *Infezioni puerperali maggiori puerperio con parto*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 670.0_: "Cellulite della pelvi, endometrite, febbre, peritonite, piemia, salpingite, sepsi della pelvi, setticemia".

PIRESSIA DI ORIGINE IGNOTA DURANTE IL PUERPERIO

Si codifica con:

cod. 672.0_ *Piressia di origine ignota durante il puerperio con parto.*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica per il cod. 672.0_: "Piressia puerperale SAI, Febbre post parto SAI, Febbre puerperale SAI".

COMPLICAZIONI VENOSE DELLA GRAVIDANZA E DEL PUERPERIO

Tromboflebiti superficiali

Si codificano con:

cod. 671.2_ *Tromboflebite superficiale, soprattutto arti inferiori*

Questo cod. non va utilizzato in caso di tromboflebite agli arti superiori da somministrazioni ev.

Malattia tromboembolica profonda (TVP)

Si codifica con:

cod. 671.3_ *Flebotrombosi profonda antepartum o con parto*

cod. 671.4_ *Flebo trombosi profonda postpartum*

Embolia polmonare ostetrica

Il cod. 673.__ include l'embolia polmonare in gravidanza, parto e puerperio ed esclude l'embolia polmonare successiva ad aborto (639.6):

cod. 673.1_ *Embolia da liquido amniotico*

cod. 673.2_ *Embolia ostetrica da coagulo sanguigno*

cod. 673.0_ *Embolia gassosa ostetrica*

cod. 673.3_ *Embolia settica*

COMPLICAZIONI DI FERITE CHIRURGICHE IN PUERPERIO

Diagnosi:

cod. 674.1_ *Riapertura di sutura di taglio cesareo durante il postpartum/puerperio*

Inclusa: deiscenza o riapertura della sutura di taglio cesareo

cod. 674.2_ *Riapertura della sutura perineale*

Incluse: deiscenza o riapertura di ferita episiotomica, ferita di lacerazione perineale

cod. 674.3_ *Altre complicazione di suture chirurgiche ostetriche*

Incluse: infezioni, ematoma, emorragia, di sutura di cesareo, episiorrafia o di sutura perineale

Interventi:

cod. 75.69 *Riparazione di altra lacerazione ostetrica recente. Riparazione di: pavimento pelvico, perineo, vagina, vulva; riparazione secondaria di episiotomia*

cod. 75.52 *riparazione di lacerazione ostetrica recente del corpo dell'utero*

CODICI V

GRAVIDA CHE PARTORISCE FUORI DALLA STRUTTURA OSPEDALIERA

Per i casi in cui la gravida partorisce fuori dalla struttura ospedaliera e vi è necessità di ricovero per trattamenti successivi al parto, **senza complicazioni**, va utilizzato:

DP: cod. V24.0 *Cure ed esami postpartum subito dopo il parto*

Nota sulla codifica: non va riportato il cod. V27._ *Esito del parto*, in quanto occorso fuori dalla struttura ospedaliera. Se invece sono presenti **complicazioni**, per la DP occorre fare riferimento ai cod. specifici presenti in questo capitolo con la quinta cifra = 4, mentre per gli interventi ostetrici occorre fare riferimento ai cod. compresi tra 72.0 e 75.9

RISCONTRO CASUALE DI GRAVIDANZA

In caso di riscontro casuale di gravidanza in una donna ricoveratasi per altri motivi va utilizzato:

DS: cod. V22.2 *Reperto accidentale di gravidanza*

DEINFIBULAZIONE A SEGUITO DI MUTILAZIONE DEI GENITALI ESTERNI FEMMINILI TIPO III (circoncisione faraonica) AL MOMENTO DEL PARTO VAGINALE

Esempio di codifica di deinfibulazione al momento del parto vaginale in contemporanea all'episiotomia:

DP: cod. 660.81 *Altre cause di travaglio ostacolato, parto*

DS: cod. 629.2_ *mutilazione genitale femminile*

DS: cod. V27_ *Esito del parto*

I/P: cod. 71.01 *Lisi di aderenze vulvari*

I/P: cod. 71.09 *Altra incisione della vulva e del perineo*

I/P: cod. 73.6 *Episiotomia*

I/P: cod. 73.5_ *Altra assistenza manuale al parto* oppure cod. 72.71 *Estrazione mediante ventosa con episiotomia*

CAPITOLO 12

MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (680-709)

Il capitolo dodicesimo comprende le categorie dalla 680 alla 709, le principali sono:

- Infezioni della cute e del tessuto sottocutaneo: 680 -686
- Altre manifestazioni infiammatorie della cute e del tessuto sottocutaneo: 690-698
- Ulcerazione cronica della cute: 707

Si premette che nel caso di effettuazione di ricoveri per patologie cutanee va prestata attenzione alle valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale selezionato, in quanto molte prestazioni possono essere erogabili in regime ambulatoriale.

CELLULITE

La cellulite intesa come infezione acuta e diffusa della cute e dei tessuti molli deve essere descritta impiegando i cod. a cinque caratteri (la quarta cifra specifica la sede) delle categorie sotto riportate:

DP: cod. 681 *Flemmone e ascesso delle dita delle mani e delle dita dei piedi*

oppure

DP: cod. 682 *Altri flemmoni o ascessi*

DS: è necessario indicare un **cod. aggiuntivo per l'agente patogeno responsabile dell'infezione** (se noto)

In caso di ricovero finalizzato al trattamento della cellulite quale **complicanza precoce o tardiva postchirurgica oppure successiva a terapia endovenosa**, si deve indicare:

DP: l'infezione post-operatoria (998.59) o post terapia endovenosa (999.3)

DS: la cellulite assieme al cod. aggiuntivo che identifica l'agente patogeno

DERMATITI IATROGENE

1. Dermatiti causate da sostanze appropriatamente e correttamente somministrate

uso topico: cod. 692.3 *Dermatite da contatto con farmaci e medicinali o presidi per uso topico*

uso sistemico: cod. 693.0 *Dermatite da farmaci e medicinali o presidi per via sistemica*

2. Dermatiti causate da sostanze somministrate in modo non congruo

DP: uno dei cod. afferenti al blocco 960-979, avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici

DS: va indicato l'effetto nocivo ossia la dermatite (tossicità o avvelenamento)

PSORIASI

Per la descrizione della malattia psoriasica sono previsti i seguenti specifici cod.:

cod. 696.0 *Artropatia psoriasica*

cod. 696.1 *Altre psoriasi*

ORTICARIA

Per indicare le diverse varianti cliniche di orticaria occorre utilizzare uno dei cod. afferenti alla categoria 708_ *Orticaria*.

Per la porpora allergica si rimanda al cap. 4 Malattie del sangue e degli organi emopoietici.

ULCERE CRONICHE DELLA CUTE (cat. 707)

La categoria 707_ *Ulcerazione cronica della cute* include l'ulcera non guarita ed esclude le infezioni specifiche classificate nel capitolo 1 dell'ICD-9_CM 2007 "Malattie infettive e parassitarie" (001.01-136.9) e l'ulcera varicosa (454.0, 452.2).

Ulcera da decubito

La sottocategoria 707.0_ *Ulcerazione da decubito. Ulcera da compressione. Ulcera da decubito. Ulcerazioni da decubito (ogni localizzazione)* identifica l'ulcera da decubito e prevede l'utilizzo della quinta cifra per identificare la sede.

In caso di ricovero finalizzato al trattamento chirurgico dell'ulcera da decubito di un paziente immobilizzato in conseguenza, ad es., di un accidente cerebrovascolare, in DP andrà riportata l'ulcera da decubito cod. 707.0_ *Ulcerazione da decubito* e non l'emiplegia o la patologia vascolare.

Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito

La sottocategoria 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito* include l'ulcera cronica degli arti inferiori: neurogena e trofica.

Il ricovero per ulcera agli arti inferiori è appropriato quando il trattamento dell'ulcera non può essere erogato ad un livello inferiore, ambulatoriale o domiciliare.

Nella documentazione clinica devono essere riportate le notizie cliniche relative all'ulcera: peggioramento del quadro clinico, comparsa di iperpiressia, segni di infezione, mancata risposta alla terapia domiciliare, necessità di terapia chirurgica non effettuabile ambulatorialmente, estensione dell'ulcera con impotenza funzionale dell'arto coinvolto, etc.

Nella cartella clinica deve essere presente l'esame obiettivo dell'ulcera, che deve indicare: sede dell'ulcera, dimensioni dell'ulcera, presenza di necrosi, presenza di polsi periferici, etc.

Il manuale ICD-9_CM 2007 specifica che nel caso di ricovero per trattamento di ulcera va codificata in DP la malattia di base associata:

- DP: cod. 459.31 *Ipertensione venosa cronica con ulcera*
oppure
- DP: cod. 459.33 *Ipertensione venosa cronica con ulcera ed infiammazione*
oppure
- DP: cod. 459.11 *Sindrome postflebitica con ulcera*
oppure
- DP: cod. 459.13 *Sindrome postflebitica con ulcera ed infiammazione*
oppure
- DP: cod. 440.23 *Arteriosclerosi delle arterie native degli arti con ulcerazioni*
aggiungere
- DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito* con la quinta cifra che specifica la sede
- DS: cod. dell'agente infettivo se presente

Il manuale ICD-9_CM 2007 presenta alcune codifiche in cui l'utilizzo di un solo cod. prevede entrambe le situazioni (la patologia di base + la manifestazione):

- DP: cod. 454.0 *Varici degli arti inferiori con ulcera*
- DP: cod. 454.2 *Varici degli arti inferiori con ulcera e infiammazione*

Ulcera agli arti inferiori di origine diabetica

Per la codifica del ricovero per il trattamento di ulcera agli arti inferiori di origine diabetica si rimanda al cap. 3 Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari.

Ulcerazioni croniche di altre sedi specificate

Il cod. 707.8 *Ulcerazioni croniche di altre sedi specificate* identifica le ulcere croniche di altre sedi specificate.

Per la codifica della malattia di base si rimanda alle note del manuale ICD-9_CM 2007 inerenti l'utilizzo del cod. 440.23 *Arteriosclerosi delle arterie native degli arti con ulcerazioni* e del cod. 440.24 *Aterosclerosi delle arterie native degli arti con gangrena*.

TRATTAMENTO MEDICO DELLE ULCERE AGLI ARTI INFERIORI

Si precisa che nell'ambito del trattamento medico, prima della valutazione della codifica, va valutata l'appropriatezza del ricovero stesso, e quindi la possibilità di erogare la prestazione ad un livello assistenziale inferiore. Particolare attenzione va posta ai casi di ricovero ripetuto.

Esempio ulcera arteriosclerotica sottoposta a trattamento medico:

- DP: cod. 440.23 *Aterosclerosi delle arterie native degli arti con ulcerazioni*
- DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito* con la quinta cifra che indica la sede
- I/P: cod. 86.89 *Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo* se applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure)

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE ULCERE AGLI ARTI INFERIORI

Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede l'utilizzo di 2 cod. a seconda che la toilette chirurgica venga eseguita con metodi cruenti oppure non cruenti:

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

I/P: cod. 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione*

Nota sulla codifica: il cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione* va utilizzato solo nel caso in cui l'intervento venga eseguito come livello minimo in ambulatorio chirurgico; nel verbale operatorio non è sufficiente riportare la dicitura: "toilette chirurgica", "pulizia dell'ulcera", "necresectomia", ma è necessario descrivere il tipo di intervento chirurgico effettuato, che deve documentare l'asportazione cruenta dell'ulcera, anche con immagini fotografiche (vedi paragrafo "Interventi e procedure").

Esempio di ulcera aterosclerotica trattata chirurgicamente:

DP: cod. 440.23 *Aterosclerosi delle arterie native degli arti con ulcerazioni*

DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito* con la quinta cifra che indica la sede

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

I/P: cod. 86.6_ *Innesto cutaneo libero* se effettuato

METASTASI CUTANEA DI NEOPLASIA A PARTENZA NON NOTA

In accordo alle regole generali di codifica delle neoplasie, in caso di ricovero finalizzato prevalentemente alla diagnosi e al trattamento di una metastasi cutanea, questa va segnalata:

1) DP: cod.198.2 *Tumori maligni secondari della cute*

DS: cod. neoplasia, se presente

2) Quando la neoplasia primitiva sia stata asportata nel corso di un precedente ricovero deve essere segnalata utilizzando un cod. della categoria V10. __

INTERVENTI/PROCEDURE

E' importante sottolineare come le categorie 86 (Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo) **escludono** le procedure effettuate sulla cute e sottocute nelle sedi seguenti:

- 08.01 - 08.99 Palpebra e sopracciglia
- 18.01 - 18.9 Orecchio
- 21.00 - 21.99 Naso
- 27.0 - 27.99 Labbra
- 49.01 - 49.99 Ano
- 61.0 - 61.99 Scroto
- 64.0 - 64.99 Pene
- 71.01 - 71.09 Perineo femminile e vulva
- 85.0 - 85.99 Mammella

Gli interventi chirurgici devono essere codificati ricorrendo ai cod. specifici per sede, tipo ed estensione dell'intervento.

I seguenti cod. di procedura sono da utilizzare **in mancanza** dei cod. specifici per sede:

- cod. 86.3 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo*
- cod. 86.4 *Asportazione radicale di lesione della cute*
- cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*
- cod. 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione*

In caso di patologie benigne, quali, ad es., nevi o fibromi che **non richiedano asportazioni estese e profonde**, va utilizzato il cod. 86.3 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo*. Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede, infatti, che il cod. venga utilizzato per "distruzione di cute mediante: cauterizzazione, criochirurgia, folgorazione, raggio laser, asportazione di cicatrice con plastica a Z".

Il cod. 86.4 *Asportazione radicale di lesione della cute* deve essere utilizzato esclusivamente nei casi in cui venga eseguita **l'asportazione larga di una lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti**, codificando

anche l'eventuale resezione linfonodale (cod. 40.2-40.3 – cod. 40.5). Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede, infatti, che il cod. venga utilizzato per "asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti". Tali casi si verificano prevalentemente in patologie neoplastiche (melanomi, epitelomi estesi) o in presenza di cheloidi molto estesi.

Il cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione* comprende **la rimozione per mezzo di asportazione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa di tessuto necrotico**; è da utilizzare solo nel caso in cui l'intervento venga effettuato come livello minimo in ambulatorio chirurgico con verbale operatorio; non è sufficiente indicare "toilette chirurgica", "pulizia dell'ulcera" o "necresectomia"; è necessaria la descrizione precisa dell'intervento cruento, che deve essere adeguatamente documentato (verbale operatorio, manovre anestesiolgiche, fotografie). Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede, infatti, che il cod. venga utilizzato per "rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico".

Il cod. 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione* comprende **la rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante brushing, irrigazione sotto pressione, washing o scrubbing**; ne deriva un DRG medico. Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede, infatti, che il cod. venga utilizzato per: "rimozione SAI; rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing; terapia con le larve di mosca; rimozione con bisturi ad acqua (a getto, jet)".

AUTOINNESTO DI GEL PIASTRINICO PER IL TRATTAMENTO DELLE ULCERE

Va utilizzato il cod. 99.74 *Piastrinoaferesi terapeutica*.

TERAPIA FOTODINAMICA

La nota regionale (n. 507434 del 22/11/2013) considera appropriato il ricovero diurno per terapia fotodinamica per il trattamento dei tumori cutanei e delle lesioni pretumorali se effettuata nel volto o se > 7 cm, codificando l'I/P con cod. 86.3.

ADDOMINOPLASTICA SUCCESSIVA A CHIRURGIA BARIATRICA

La codifica da utilizzare in caso di interventi di addominoplastica a seguito di chirurgia per l'obesità sono i seguenti:

DP: cod. V45.86 *Condizione successiva a chirurgia bariatrica*

I/P: cod. 86.83 *Intervento di plastica per riduzione di ampiezza*

LINFONODO SENTINELLA

Asportazione del solo linfonodo sentinella se negativo

DP: V10.__ *Anamnesi personale di tumore maligno*

I/P: cod. 40.__ *Asportazione semplice di strutture linfatiche*

Asportazione del solo linfonodo sentinella se positivo

DP: il cod. che descrive la metastasi (categoria 196 *Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi*)

DS: il cod. di anamnesi della neoplasia primitiva precedentemente asportata

I/P: cod. 40.__ *Asportazione semplice di strutture linfatiche*

Se nel ricovero finalizzato alla rimozione del tumore viene asportato il linfonodo sentinella si utilizzano:

I/P i cod. della categoria 40.2_ *Asportazione semplice di strutture linfatiche* e, se eseguita, il cod. che descrive la scintigrafia linfatica (cod. 92.16 *Scintigrafia del sistema linfatico*).

Qualora il linfonodo risultasse positivo, fra le DS va aggiunto il cod. di metastasi linfonodale (categoria 196 *Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi*).

PATOLOGIE DELLA MAMMELLA

Patologie non oncologiche della mammella

Per la codifica delle patologie non oncologiche della mammella si rimanda ai contenuti del cap. 10 Malattie del sistema genitourinario.

Patologie oncologiche della mammella

Per la selezione della DP, nelle diverse tipologie di ricovero dei pazienti oncologici, si rimanda ai contenuti del cap. 2 Tumori.

Intervento di linfadenectomia successivo all'asportazione di linfonodo sentinella

In caso di ricovero finalizzato all'intervento di linfadenectomia regionale, dopo un primo intervento di asportazione di linfonodo sentinella risultato positivo, la codifica della DP deve essere selezionata sulla base dell'esame istologico. In presenza di metastasi:

DP: cod. 196._ *Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi*

DS: cod. V10.3_ *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*

I/P: cod. 40.5_ *Asportazione radicale di altri linfonodi*

In assenza di metastasi:

DP: cod. V10.3. *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*

I/P: cod. 40.5_ *Asportazione radicale di altri linfonodi*

Radioterapia intraoperatoria

Nel caso si effettui la radioterapia intraoperatoria (IORT) nel corso di intervento di asportazione parziale o totale della mammella, va aggiunto il cod. procedura 92.26 *Teleradioterapia con altre radiazioni particolate*.

Rimozione profilattica della mammella/ovaio

Per tracciare il ricovero con intervento di rimozione profilattica della mammella/ovaio si utilizzano i seguenti cod.:

cod. V50.41 *Rimozione profilattica della mammella*

cod. V50.42 *Rimozione profilattica dell'ovaio*

Ricostruzione chirurgica della mammella in paziente mastectomizzata

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

1. se l'intervento ricostruttivo prevede l'impianto di protesi indicare:
DP: cod. V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario*
2. se l'intervento ricostruttivo non prevede l'impianto di protesi (ad es. ricostruzione del capezzolo) indicare:
DP: cod. V51 *Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica*
3. in entrambi i casi va indicato:
DS: cod. V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*
4. in I/P va riportato il cod. corrispondente all'intervento chirurgico effettuato

Rimozione di protesi mammaria

In caso di rimozione di protesi mammaria in assenza di complicazioni vanno utilizzati:

DP: cod. V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario*

DS: cod. V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*

I/P: cod. 85.94 *Rimozione di protesi della mammella*

In caso di complicazioni in DP vanno utilizzati:

cod. 996.69 *Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni*

cod. 996.54 *Complicazioni meccaniche di protesi mammarie*

Lipofilling della mammella (mastectomia/quadrantectomia) dopo intervento demolitivo per tumore:

DP: cod. V.51 *Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica*

DS: cod. V10.3 *Anamnesi personale di tumore maligno della mammella*

I/P: cod. 86.69 *Altro innesto di cute su altre sedi*

CAPITOLO 13 MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO (710-739)

Il capitolo tredicesimo raggruppa le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, con esclusione delle patologie neoplastiche, infettive e traumatiche, trattate nei rispettivi capitoli.

Le varie patologie sono divise in quattro blocchi:

- Artropatie: 710-719
- Dorsopatie: 720-724
- Reumatismo: 725-729
- Osteopatie, condropatie e deformità acquisite: 730-739

Nota sulla codifica:

Molte delle categorie del sistema muscoloscheletrico richiedono l'utilizzo della codifica a cinque caratteri. Il quinto carattere 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

Va prestata attenzione alle valutazioni di appropriatezza rispetto al setting assistenziale selezionato, in quanto varie prestazioni possono essere erogabili in regime ambulatoriale.

ARTROPATIE E DISTURBI CORRELATI (710-719)

Il blocco comprende, oltre alle malattie diffuse del connettivo, patologie di diversa origine (infettive, infiammatorie, degenerative, associate a malattie sistemiche) e sintomi articolari (versamento articolare, dolore articolare, etc.), con categoria apposita per le lesioni dell'articolazione del ginocchio.

Malattie diffuse del Connettivo (710)

Include le malattie diffuse del connettivo i cui effetti generalmente non sono confinati al singolo sistema, ad es. LES, dermatomiosite.

Artropatie da agenti infettivi (711)

Nell'artrite da piogeni vanno indicati:

DP: cod. 711.0_ *Artrite*

DS: il microrganismo responsabile (cod. 041.0_ - 041.8_)

Nell'artrite associata ad altre patologie infettive vanno indicati:

DP: va codificata prima la malattia di base

DS: l'artrite cod. 711.1_ - 711.8_ , con alcune eccezioni precisate nel manuale ICD-9_CM 2007 e riportate nel cap. 1 Malattie infettive e parassitarie (ad es. artrite da salmonella, gonococcica)

Nell'artrite infettiva non specificata va indicato:

DP: cod. 711.9_ *Artrite infettiva non specificata*

Artropatia associata ad altri disturbi classificati altrove (713)

DP: la malattia di base

Artrite reumatoide ed altre poliartropatie infiammatorie (714)

Artrosi (cod. 715)

Include sinonimi come: osteoartrosi, poliartrosi, artrite o poliartrite degenerativa o ipertrofica. E' distinta in generalizzata o localizzata, primaria o secondaria. E' esclusa l'artrosi della colonna, che è compresa nelle dorsopatie (cat. 721).

Altre artropatie non specificate (716)

- cod. 716.1_ *Artropatia traumatica*
- cod. 716.2_ *Artrite allergica*
- cod. 716.3_ *Artrite post-climaterica*

Lesioni interne del ginocchio (717)

La categoria include le lesioni inveterate (degenerazione, rottura, strappo) dell'articolazione del ginocchio nelle sue varie componenti (cartilagine articolare, menischi, legamenti, rotula), mentre sono escluse le lesioni traumatiche acute (836.0 – 836.6), le anchilosi (718.5_), le contratture (718.4_), le deformità acquisite (736.4 – 736.6).

DORSOPATIE (720-724)

Il blocco raccoglie varie patologie/sintomi di diversa eziologia che interessano la colonna vertebrale, escluse le deviazioni della colonna (cat. 737) e l'osteochondrosi della colonna vertebrale (cat.732).

Lombalgia - Sciatalgia

Se la lombalgia e/o la sciatalgia sono causate:

- da ernia del disco vanno codificate con il cod. 722.10 *Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia* (compresa compressione radicolare da ernia discale lombare)
- da spondilosi vanno codificate con il cod. 721.3 *Spondilosi lombosacrale senza mielopatia*

Se la lombalgia e/o la sciatalgia non sono correlate a patologia del disco o a spondilosi vanno utilizzati i cod. 724.2 *Lombalgia*, 724.3 *Sciatalgia* o 724.5 *Dorsalgia*.

In caso di ricovero per trattamento antalgico si rimanda ai contenuti in appendice Terapia antalgica.

Disturbi delle radici e dei plessi nervosi

In caso di danno radicolare in ernia del disco intervertebrale non va utilizzato il cod. 353._ *Disturbi delle radici e dei plessi nervosi*, ma i cod. del cap. 13 Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo.

Quindi, ad es., in caso di lombosciatalgia per ernia del disco va indicato:

DP: cod. 722.1_ *Ernia del disco intervertebrale lombare*

REUMATISMO, ESCLUSE LE FORME DORSALI (725-729)

Il blocco comprende numerose e diffuse patologie/sintomi dei tessuti molli dell'apparato osteomuscolare (muscoli, tendini, inserzioni muscolari, membrane sinoviali, borse, rotture non traumatiche di muscoli sinoviali e tendini).

Sindrome ipocinetica:

cod. 728.2 *Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove senza ulteriori complicanze*

Sindrome da immobilizzazione:

cod. 728.3 *Altri specifici disturbi muscolari*

Il cod. 728.3 *Altri specifici disturbi muscolari* è permesso in DP nei ricoveri per acuti qualora la degenza sia particolarmente protratta e la causa di questa degenza lunga sia l'immobilizzazione, in attesa di trasferimento in altro regime assistenziale.

Debolezza muscolare:

cod. 728.87 *Debolezza muscolare (generalizzata)*

OSTEOPATIE, CONDROPATIE E DEFORMITA' ACQUISITE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE (730-739)**Osteomielite (730)**

La codifica dell'osteomielite, in forma acuta (730.00-730.09) o cronica (730.10-730.19), va distinta per sede e richiede, se possibile, un cod. aggiuntivo specificante l'eziologia.

Una possibile evoluzione dell'osteomielite è la pseudoartrosi ossea che viene indicata con il cod. 733.82 *Mancata saldatura di frattura*.

La codifica in DP o in DS di questa patologia deve seguire la regola generale di codifica della DP e della DS e dipende dalla evidenza di trattamento chirurgico della pseudoartrosi nello specifico episodio di ricovero.

La malattia di base (osteomielite) va posta in DP nelle seguenti fattispecie, secondo le regole generali di codifica:

- ricovero diagnostico
- ricovero esitato in decesso a causa della patologia stessa
- ricovero per la ristadiatione della malattia con esecuzione di esami strumentali invasivi
- ricovero con intervento chirurgico

Nei casi di esclusive terapie mediche con somministrazione di antibiotici:

DP: cod. V54.89 *Altri trattamenti ortopedici ulteriori in diagnosi principale*

DS: cod. 730.1_ *Osteomielite cronica*

Nelle situazioni in cui ci sia evidenza in cartella clinica di traumatismi precedenti (fratture, interventi chirurgici, pregresse inserzione di protesi) che configurino la situazione di postumi, così come previsto dall'ICD-9_CM 2007, in DP andrà sempre posta l'osteomielite e in DS la causa del postumo (es. protesi infetta).

Tabella delle equivalenze tra terminologie e quadri clinici di osteomielite

- 1) Osteoartrite settica e/o aspecifica
- 2) Spondilodiscite aspecifica e/o settica
- 3) Sacro ileite aspecifica e/o settica
- 4) Protesi articolare infetta e/o infezione periprotetica

Nota: Tutte le definizioni sopra riportate rappresentano sinonimi della patologia osteomielitica.

Per l'**osteomielite in piede diabetico**, si rimanda ai contenuti del cap. 3 Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari.

Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove (731)

cod. 731.0 *Malattia delle ossa di Paget*

Osteocondropatie (732)

cod. 732.0-732.6 *Osteocondrosi giovanile*

cod. 732.7 *Osteocondrite dissecante*

Altri disturbi delle ossa e delle cartilagini (733)

cod. 733.0_ *Osteoporosi*

cod. 733.1_ *Fratture patologiche*

cod. 733.4_ *Necrosi asettica delle ossa*

cod. 733.7 *Atrofia Sudeck*

cod. 733.81 e cod. 733.82 *Viziosa e mancata saldatura di frattura*

cod. 733.93, 733.94, 733.95 *Frattura da stress*

I cod. 733.1_ sono utilizzati in DP solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura, indicando in DS la patologia di base (ad es. cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo*).

Per le indicazioni sulla codifica delle fratture si rimanda al paragrafo "Fratture patologiche" ed ai contenuti del cap. 17 Traumatismi e avvelenamenti.

Deformazioni acquisite delle dita del piede (735)

cod. 735.0 *Alluce valgo (acquisito)*

cod. 735.1 *Alluce varo (acquisito)*

cod. 735.5 *Dita ad artiglio*

Deviazioni della colonna vertebrale (737)

cod. 737.0-737.39 *Cifosi, lordosi, cifoscoliosi e scoliosi*

Se associata ad altre malattie di base (cod. 737.40-737.9) va codificata per prima la malattia di base (ad es. cod. 138 *Poliomielite*, 015.0 *Tbc della colonna vertebrale - Morbo di Pott*).

INTERVENTI/PROCEDURE

INTERVENTI ARTO SUPERIORE

INTERVENTI SULL'ARTO SUPERIORE PER VIA ARTROSCOPICA

A differenza degli altri interventi chirurgici dove va codificata la via di accesso se diversa dalla via classica, negli interventi dell'arto superiore va sempre omesso il cod. di artroscopia.

Esempio:

DP: cod. 718.31 *Lussazione recidivante o abituale della spalla*

I/P: cod. 83.82 *Riparazione di lussazione ricorrente della spalla*

Esempio:

DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*

I/P: cod. 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori*

Quando si utilizzano **particolari ausili** (ad es. ancorette) per migliorare la tenuta della riparazione della cuffia dei rotatori, in I/P va aggiunto il cod. intervento 81.83 *Altra riparazione della spalla* anche in assenza di acromionplastica.

Esempio:

DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*

I/P: cod. 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori*

I/P: cod. 81.83 *Altra riparazione della spalla*

Nota: il cod. 81.83 *Altra riparazione della spalla* va utilizzato nel caso vengano effettuati specifici interventi (se non esiste un cod. più specifico), ad es. acromionplastica, necessariamente riportati nel registro operatorio.

In caso di riparazione della cuffia dei rotatori 83.63 o di acromionplastica 81.83 vanno omesse le procedure propedeutiche o complementari (borsectomia, tenotomia, etc.).

Esempio: Riparazione cuffia dei rotatori + tenotomia del capo lungo del bicipite e borsectomia

DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*

DS: cod. 726.12 *Tenosinovite del bicipite*

I/P: cod. 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori*

Nel caso, invece, non vengano eseguite la riparazione della cuffia dei rotatori 83.63 e/o l'acromionplastica 81.83, vanno codificate le procedure quali, ad es., la borsectomia 835 e/o la tenotomia 83.13.

Esempio: Rottura cuffia dei rotatori irreparabile + tenosinovite del capo lungo del bicipite e borsite

I/P: cod. 83.13 *Altra tenotomia*

I/P: cod. 83.5 *Borsectomia*

CAPSULITE ADESIVA DELLA SPALLA CON MOBILIZZAZIONE IN ANESTESIA

DP: cod. 726.0 *Capsulite adesiva scapolo-omeroale*

I/P: cod. 93.16 *Mobilizzazione di altre articolazioni*

I/P: cod. 99.26 *Iniezione di tranquillanti*

CAPSULITE ADESIVA DELLA SPALLA CON ARTROLISI CHIRURGICA

DP: cod. 726.0 *Capsulite adesiva scapolo-omeroale*

I/P: cod. 83.91 *Lisi di aderenze di muscoli, tendini, fasce e borse*

oppure

I/P: cod. 80.41 *Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della spalla* a seconda se la lisi è rispettivamente extra o intrarticolare

INTERVENTO ORTOPEDICO CON INNESTO DA BANCA SULLA SPALLA

Esempio: Riparazione della cuffia dei rotatori con innesto

DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*

DS: cod. V42.89 *Altro organo o tessuto sostituito da trapianto*

I/P: cod. 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori*

I/P: cod. 81.83 *Altra riparazione della spalla*

REVISIONE DI PROTESI DI SPALLA CON SOSTITUZIONE DELLA PROTESI

La revisione con sostituzione di protesi di spalla va descritta con:

DP: cod. della categoria 996.4_ se complicazione meccanica, 996.66 se infezione o infiammazione, 996.77 se altra complicazione diversa dalle precedenti

DS: utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare la protesi articolare con complicazioni meccaniche (V43.61-V43.69)

I/P: cod. 81.97 *Revisione di sostituzione di articolazione di arto superiore*

I/P: cod. 81.80 *Sostituzione totale della spalla*

oppure

I/P: cod. 81.81 *Sostituzione parziale della spalla*

REVISIONE DI PROTESI DI SPALLA SENZA SOSTITUZIONE DELLA PROTESI

La revisione senza sostituzione di protesi di spalla va descritta:

DP: cod. della categoria 996.4_ se complicazione meccanica, 996.66 se infezione o infiammazione, 996.77 se altra complicazione diversa dalle precedenti

DS: utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare la protesi articolare (V43.61-V43.69)

I/P: cod. 81.97 *Revisione di sostituzione di articolazione di arto superiore*

Nota: la stessa regola vale anche per la revisione della protesi di gomito, tuttavia per la protesi di gomito si utilizza il cod. I/P 81.84 *Sostituzione totale del gomito anche per la sostituzione parziale del gomito.*

INSERIMENTO INSPACE ORTHOSPACE (CND P090199 – PROTESI DI SPALLA)

DP: cod. 715._1 *Artrosi localizzata di spalla* (la quarta cifra cambia a seconda se l'artrosi è primaria, secondaria o non specificata)

oppure

DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica della cuffia dei rotatori*

I/P: cod. 81.81 *Protesi parziale della spalla (con protesi sintetica)*

L'asportazione di tessuto o lesione ossea deve essere codificata utilizzando la sottocategoria 77.6_ *Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo* e non i cod. della sottocategoria 77.4_ *Biopsia dell'osso* che vanno riservati alle biopsie ossee e osteomidollari a cielo aperto o per via artroscopica.

MORBO DI DUPUYTREN

DP: cod. 728.6 *Morbo di Dupuytren*

I/P: cod. 82.35 *Altra fasciectomia della mano (risoluzione della contrattura di Dupuytren)*

RIZOARTROSI

DP: cod. 715._4 *Artrosi localizzata*

I/P: cod. 81.74 *Artroplastica dell'articolazione con impianto*

I/P cod. 81.75 *Artroplastica dell'articolazione senza impianto*

ROTTURA LIGAMENTO SCAFO-LUNATO

DP: cod. 845.12 *Distorsione o distrazione metacarpo falangeo*

I/P: cod. 81.93 *Sutura della capsula o dei legamenti dell'arto superiore*

INTERVENTI ARTO INFERIORE

PRIMO IMPIANTO DI PROTESI

In caso di primo impianto di **protesi di anca** vanno utilizzati i cod.:

81.51 *Sostituzione totale dell'anca*

oppure

81.52 *Sostituzione parziale dell'anca (endoprotesi)*

aggiungere il cod. relativo al tipo di superficie di appoggio 00.74-00.77

In caso di primo impianto di **protesi di ginocchio** va utilizzato il cod.:

81.54 *Sostituzione totale del ginocchio*

INTERVENTO CHIRURGICO DI REVISIONE E DI SOSTITUZIONE DI PROTESI DI ANCA O DI GINOCCHIO

In caso di sostituzione di protesi d'anca o di ginocchio è necessario utilizzare i cod. di procedura delle rubriche 00.7_ *Altre procedure sull'anca* e 00.8_ *Altre procedure sul ginocchio o sull'anca* specifici per la componente sostituita (e non i cod. 81.53 e 81.55).

Si deve codificare anche l'eventuale cod. 84.57 *Rimozione di spaziatore di cemento* e, nel caso dell'anca, anche la superficie d'appoggio (00.74-00.76).

Questi cod. comprendono sia la revisione che la contemporanea sostituzione e sono di conseguenza sufficienti per descrivere l'intervento complessivo di revisione e sostituzione.

La revisione con sostituzione di protesi va descritta utilizzando i cod. della categoria 996.4_ *Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni* se complicazione meccanica (la quinta cifra identifica il tipo di complicazione meccanica), 996.66 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna* se infezione o infiammazione, 996.77 *Altre complicazioni da protesi articolari interne* se altra complicazione diversa dalle precedenti.

Esempi:

Revisione della protesi conseguente a mobilizzazione asettica:

DP: cod. 996.41 *Allentamento meccanico della protesi articolare*

DS: utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare la protesi articolare (V43.61-V43.69)

Revisione della protesi conseguente all'infezione della protesi stessa:

DP: cod. 996.66 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne*

DS: l'eventuale agente infettivo responsabile dell'infezione

DS: utilizzare un cod. aggiuntivo per identificare la protesi articolare (V43.61-V43.69)

Qualora l'intervento debba essere effettuato in due tempi, nel **primo ricovero** andrà codificata:

I/P: la rimozione della protesi cod. 80.0_ *Artrrotomia per rimozione di protesi*

I/P: eventuale posizionamento di spaziatore cod. 84.56 *Inserzione spaziatore in cemento*

Il **secondo ricovero** per posizionamento della nuova protesi in assenza di infezione si codificherà con:

DP: cod. V54.81 *Trattamento ulteriore successivo a sostituzione articolare*

I/P: il reimpianto della protesi utilizzando i cod. visti per la revisione

I/P: cod. 84.57 *Rimozione di spaziatore di cemento* (se presente)

PROTESI DI ROTULA/SOSTITUZIONE

Nel caso ci sia l'impianto/sostituzione della rotula in paziente portatore di artroprotesi di ginocchio si codifica:

DP: cod. V54.81 *Trattamento ulteriore successivo a sostituzione articolare*

oppure

DP: cod. 996.77 *Altre complicazioni da protesi articolari interne*

DS: cod. V43.65 *Sostituzione di articolazione del ginocchio*

I/P: cod. 81.47 *Altra riparazione del ginocchio* (in tutti e due i casi)

PROTESI DI CAVIGLIA/SOSTITUZIONE

Il **primo impianto** di protesi di caviglia va descritto:

DP: codificare la patologia di base

I/P: cod. 81.56 *Sostituzione totale della tibio-tarsica*

La **revisione con sostituzione** di protesi di caviglia va descritta:

DP: cod. 996.77 *Altre complicazioni da protesi articolari interne*

I/P: cod. 81.59 *Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificato altrove*

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA SINDROME/CONFLITTO FEMORO-ACETABOLARE

DP: cod. 726.5 *Entesopatia della regione dell'anca*

I/P: cod. 80.85 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione dell'anca*

I/P: cod. 80.25 *Artroscopia dell'anca*

I/P: cod. 78.45 *Altri interventi di riparazione o plastica sul femore (se effettuata)*

PLASTICA DELLA GOLA INTERCONDILOIDEA DEL FEMORE (NOTCHPLASTY)

I/P: cod. 77.65 *Asportazione locale di lesione o tessuto del femore*

MENISCECTOMIA IN ARTROSCOPIA

Nel caso di rimozione di menisco in artroscopia occorre utilizzare i seguenti cod.:

I/P: cod. 80.6 *Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio*

I/P: cod. 80.26 *Artroscopia del ginocchio*

SHAVING CARTILAGINEO/CONDRIOABASIONE

Nel caso di intervento di pulizia della cartilagine articolare del ginocchio (shaving cartilagineo, condroabrasione) occorre utilizzare il seguente cod.:

I/P: cod. 80.86 *Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio*

INTERVENTO DI AUTOTRAPIANTO DI CARTILAGINE

Per il ricovero in cui si effettua il prelievo di cartilagine dal paziente vanno indicati:

DP: codificare la patologia che richiede l'autotrapianto

I/P: cod. 80.9_ *Altra asportazione dell'articolazione*

I/P: cod. 80.2_ *Artroscopia*

Per il successivo ricovero in cui si effettua l'autotrapianto vanno indicati:

DP: la patologia che richiede l'autotrapianto

DS: cod. V42.89 *Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto*

I/P: cod. 81.4_ *Altra riparazione dell'articolazione delle estremità inferiori*

I/P: cod. 80.2_ *Artroscopia*

INSERZIONE DI SPAZIATORE (ARTICOLARE) IN CEMENTO

I/P: cod. 84.56 *Inserzione di spaziatore di cemento*

RIMOZIONE DI SPAZIATORE (ARTICOLARE) IN CEMENTO

I/P: cod. 84.57 *Rimozione spaziatore di cemento*

INNESTO OSSEO

Il cod. 78.00 *Innesto osseo, sede non specificata* non deve essere mai utilizzato in quanto aspecifico.

Quando si ricorre ad un cod. della categoria 78.0_ *Innesto osseo* occorre codificare anche l'eventuale prelievo di osso per innesto (77.71 - 77.79).

INNESTO DI OSSO DA BANCA

I casi di innesto di osso da banca vanno codificati nel modo seguente:

DP: codificare la patologia che richiede il trapianto

DS: cod. V42.4 *Ossso sostituito da trapianto*

I/P: cod. 78.0_ *Innesto osseo*

RIPARAZIONE CON INNESTO DI TENDINE DA BANCA

Deve essere descritto con i cod.:

DP: cod. della patologia di base

DS: cod. V42.89 *Altro organo o tessuto sostituito da trapianto*

I/P: cod. 83.75 *Trasposizione o trapianto di tendini*

RIPARAZIONE CON INNESTO DI TENDINE SINTETICO

Se, invece, vengono utilizzati tendini/legamenti sintetici si codifica con:

DP: cod. della patologia di base

I/P: cod. 83.81 *Innesto tendineo*

IMPIANTO (TRAPIANTO, INNESTO) DI SOSTITUTO OSTEOCONDRALE DI ARTICOLAZIONE

Per i ricoveri che prevedono interventi **a cielo aperto** di ricostruzione articolare di ginocchio, spalla e caviglia, in cui venga utilizzato un sostituto osteocondrale di derivazione biotecnologica di ampie dimensioni va utilizzato il cod. di procedura: 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio* nella accezione di unicompartimentale (emiarticolare); 81.80 e 81.81 *Sostituzione totale e parziale di spalla*; 81.56 *Sostituzione totale della tibiotarsica*.

Esempio:

DP: codificare la patologia che richiede il trapianto

I/P: cod. 81.54 *Sostituzione totale di ginocchio*

oppure

I/P: cod. 81.80 o 81.81 *Sostituzione totale o parziale di spalla*

oppure

I/P: cod. 81.56 *Sostituzione totale della tibiotarsica*

La presente regola si riferisce ai casi in cui ci sia un trapianto/impianto totale o parziale almeno unicompartimentale (emiarticolare) di articolazione, intendendo la superficie di contatto funzionale dell'articolazione.

In caso di correzione di lesioni osteocondrali, anche di grado elevato, non assimilabili alle sostituzioni articolari, con sostituti osteocondrali di derivazione biotecnologica, la codifica prevede l'uso del cod. 84.52 *Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti*, associato ai cod. di riparazione articolare specifici per sede (81.47 ginocchio, 81.83 spalla, 81.49 caviglia).

INTERVENTI SULLA COLONNA**INTERVENTO PER ERNIA DISCALE**

L'intervento per ernia discale trattata con tecnica chirurgica a cielo aperto si codifica con:

I/P: cod. 80.51 *Asportazione di disco intervertebrale*

ULTERIORI TRATTAMENTI PER ERNIA DISCALE

Per questi trattamenti si ricorda di attenersi strettamente ai criteri di appropriatezza e di efficacia.

- Ernia discale trattata con radiofrequenza o laser o altra tecnica percutanea (coablazione) e nucleoplastica a radiofrequenza
I/P: cod. 80.59 *Altra distruzione di disco intervertebrale*
- Ernia discale con chemionucleolisi intervertebrale
I/P: cod. 80.52 *Chemionucleolisi intervertebrale*

Vertebroplastica

I/P: cod. 81.65 *Vertebroplastica*

Cifoplastica

I/P: cod. 81.66 *Cifoplastica*

Cifoplastica in caso di viziosa o mancata saldatura di frattura patologica vertebrale

In caso di viziosa o mancata saldatura di frattura con presenza di frattura patologica vertebrale ed intervento di cifoplastica, è indicata la seguente codifica:

DP: cod. 733.81-82 *Mancata e viziosa saldatura di frattura*

DS: cod. V54.27 *Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica di vertebra*

I/P: cod. 81.66 *Cifoplastica (compresa tecnica con palloncino)*

Sostituzione di disco vertebrale

Per il ricovero in cui si effettua l'inserzione di protesi artificiale del disco vertebrale e la revisione o sostituzione va indicato:

I/P: cod. 84.6_ *Sostituzione di disco vertebrale*

IMPIANTO DI DISPOSITIVI INTERSPINOSI DI TIPO DINAMICO

Per le Indicazioni di utilizzo dei dispositivi interspinosi di tipo dinamico, si rimanda ai contenuti della Circolare Ministeriale n. 3354 del 23 gennaio 2015.

Per la codifica:

I/P: cod. 84.58 *Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso*

ALTRE DIAGNOSI E ALTRI INTERVENTI IN ORTOPEDIA**TRATTAMENTI ORTOPEDICI ULTERIORI**

I pazienti sottoposti a riduzione di una frattura generalmente presentano la necessità di ulteriori cure, ad es. per la rimozione di protesi metalliche, punti, placche o apparecchi di fissazione esterna. Per la descrizione di questi specifici casi sono previsti i 24 codici V della categoria V54. __ *Altro trattamento ortopedico ulteriore* suddivisi nelle seguenti sottocategorie:

- cod. V54.0_ *Trattamento ulteriore per dispositivo di fissazione interna*
- cod. V54.1_ *Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica*
- cod. V54.2_ *Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica*
- cod. V54.8_ *Altro trattamento ortopedico ulteriore*
- cod. V54.9 *Trattamento ortopedico ulteriore non specificato*

COLLOCAZIONE E SISTEMAZIONE DI APPARECCHI ORTOPEDICI QUALI CORSETTO, GESSO E PROTESI DI ARTO

cod. V53.7 *Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici*

RICOVERO FINALIZZATO AD IMPIANTO DI NUOVA PROTESI DOPO RIMOZIONE DELLA PROTESI PER INFEZIONE

cod. V54.81 *Trattamento ulteriore successivo a sostituzione articolare*

SINDROME DELLO STRETTO TORACICO

In presenza di Sindrome dello stretto toracico vanno utilizzati i seguenti cod.:

DP: cod. 353.0 *Lesioni del plesso brachiale*

I/P: cod. 77.91 *Ostectomia totale della scapola, della clavicola, del torace (coste e sterno)*

BIOPSIA OSSEA E OSTEOMIDOLLARE

Le biopsie osteomidollari effettuate per via percutanea con agoaspirazione vanno codificate con:

I/P: cod. 41.31 *Biopsia del midollo osseo*

BIOPSIA DELL'OSSO (CIELO APERTO)

cod. 77.4_ *Biopsia dell'osso* (vedi in premessa paragrafo "biopsie")

CONVERSIONE A CIELO APERTO DI ARTROSCOPIA

Se l'intervento in artroscopia viene convertito a cielo aperto vanno indicati:

DP: codificare la patologia che ha indotto l'intervento

DS: cod. V64.43 *Intervento chirurgico per via artroscopica convertito in intervento a cielo aperto*

CHEMIOEMBOLIZZAZIONE DI CISTI ANEURISMATICA DELL'OSSO

DP: cod. 733.22 *Cisti aneurismatica dell'osso e negli spazi*

I/P: cod. 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove* con il cod. 38.91 *Cateterismo arterioso*

FRATTURE PATOLOGICHE

FRATTURE PATOLOGICHE

Coerentemente alle regole generali di selezione della DP, il cod. 733.1_ *Frattura patologica* deve essere utilizzato in DP solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica. Data la natura poco specifica del cod. si deve associare in DS il cod. relativo alla patologia di base (ad es. neoplasia, osteoporosi, etc.) se conforme ai criteri di selezione delle DS.

Nei casi di solo trattamento farmacologico antalgico vanno indicati:

DP: il dolore (per sede) – se dolore neoplastico 338.3 *Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico)*

DS: il cod. di frattura patologica

Frattura patologica del collo del femore

DP: cod. 733.14 *Frattura patologica del collo del femore*

DS: cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo*

I/P: cod. 78.45 *Altri interventi di riparazione o plastica del femore*

Frattura patologica delle vertebre da metastasi ossee

DP: cod. 733.13 *Frattura patologica della vertebre*

DS: cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo*

I/P: cod. 81.65 *Vertebroplastica* oppure cod. 81.66 *Cifoplastica* oppure cod. 78.49 *Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa* oppure cod. 79.39 *Riduzione cruenta di frattura di altro osso specificato con fissazione interna*

Frattura patologica delle vertebre da osteoporosi senile

DP: cod. 733.13 *Frattura patologica della vertebre*

DS: cod. 733.01 *Osteoporosi senile*

I/P: cod. 81.65 *Vertebroplastica* oppure cod. 81.66 *Cifoplastica* oppure cod. 78.49 *Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa* oppure cod. 79.39 *Riduzione cruenta di frattura di altro osso specificato con fissazione interna*

SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI DIFOSFONATI O FARMACI SIMILARI

Il ricovero di pazienti con metastasi ossee trattati con infusione di difosfonati o farmaci similari va descritto con i seguenti cod.:

DP: cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*

DS: cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo*

I/P: cod. 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*

CAPITOLO 14 MALFORMAZIONI CONGENITE (740-759)

Le malformazioni congenite sono classificate nel quattordicesimo capitolo mentre ulteriori patologie congenite sono comprese nel quindicesimo capitolo "Alcune condizioni morbose di origine perinatale" (760-769), che include anche i "Traumi ostetrici" classificati con la categoria 767._.

Le patologie descritte in questo capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età; infatti, molte condizioni congenite non correggibili persistono per tutta la vita e, quindi, l'età del paziente non può essere un fattore determinante nell'assegnazione di questi codici (ad es. cod.741._ *Spina bifida*). Inoltre alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita (ad es. cod. 744.0_ *Anomalie dell'orecchio che causano deficit dell'udito*).

Nota sulla codifica: la distinzione tra condizioni congenite ed acquisite è indicata nell'indice alfabetico attraverso l'utilizzo di modificatori (ad es. cod. 736.71 *Piede torto, acquisito* vs cod. 754.70 *Piede torto non specificato: malformazione congenita SAI*).

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; comunque i singoli termini clinici vanno ricercati nell'indice alfabetico e la correttezza del cod. individuato va quindi verificata con tutte le indicazioni accessorie riportate nel relativo elenco sistematico.

REGOLE DI CODIFICA

MALFORMAZIONE RILEVATA ALLA NASCITA

Per l'età neonatale occorre fare riferimento al capitolo 15.

La malformazione rilevata alla nascita viene indicata come DP nella SDO del neonato se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza. Le DS debbono essere segnalate sulla SDO solo quando esse siano significative, cioè influenzino il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.

Esempio:

Nel caso di neonato sottoposto, durante il ricovero per evento nascita, ad intervento chirurgico per patologia malformativa congenita, la DP deve riportare la patologia trattata chirurgicamente e la DS deve riportare il cod. da V3_._ a V39_._.

Esempio: neonato nato con atresia dell'esofago

DP: cod. 750.3 *Fistola tracheoesofagea, atresia esofagea e stenosi*

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

I/P: 42.51 *Esofago-esofagostomia intratoracica* eventuale cod. di riparazione di fistola esofagea

RICOVERO PER MALFORMAZIONI DIAGNOSTICATE O TRATTATE IN RICOVERO SUCCESSIVO ALLA NASCITA

In DP va riportato il cod. della patologia che viene trattata.

Non va utilizzato alcun cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*.

Seguono alcuni esempi.

Malformazione arterovenosa cerebrospinale congenita trattata

1. se cerebrale:

DP: cod. 747.81 *Anomalie del sistema cerebrovascolare*

I/P: cod. 38.81 *Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici*

oppure

I/P: cod. 38.61 *Altra asportazione di vasi intracranici*

2. se vasi spinali:

DP: cod. 747.82 *Anomalie dei vasi spinali*

I/P: cod. 38.80 *Altra occlusione chirurgica di vasi, sede non specificata*
oppure

I/P: cod. 38.60 *Altra asportazione di vasi, sede non specificata*

Criptorchidismo

In caso di ricovero per trattamento chirurgico di criptorchidismo vanno indicate:

DP: cod. 752.51 *Testicolo non disceso*

oppure

DP: cod. 752.52 *Testicolo retrattile*

I/P: cod. 62.5 *Orchiopessi*

Nota sulla codifica: in DS va codificata anche la diagnosi di ernia inguinale (se clinicamente evidente) e su I/P l'eventuale procedura di riparazione.

Intervento di raddrizzamento del pene secondo NESBIT

In caso di ricovero per trattamento chirurgico di raddrizzamento del pene secondo NESBIT vanno indicate:

1. se la deviazione è congenita:

DP: cod. 752.63 *Curvatura anormale, congenita del pene*

I/P: cod. 64.49 *Altra riparazione del pene*

2. se la deviazione è acquisita:

DP: cod. 607.81 *Induratio penis plastica*

I/P: cod. 64.49 *Altra riparazione del pene*

MALFORMAZIONI MUSCOLOSCELETRICHE DI ORIGINE MECCANICA

Alcune malformazioni muscolo-scheletriche di origine meccanica avvenute durante la gestazione (ad es. malposizione uterina) sono classificate nella categoria 754 (*Alcune malformazioni congenite del sistema muscoloscheletrico. Include: malformazioni non teratogeniche che sono considerate dovute a malposizione e compressione intrauterina*); se invece l'anomalia è legata a traumi alla nascita, occorre utilizzare i cod. della categoria 767 (Traumi ostetrici) del cap. 15 dedicato alle condizioni morbose del periodo perinatale.

ANOMALIE CROMOSOMICHE

Per la codifica delle anomalie cromosomiche occorre fare riferimento alla categoria 758 (*Anomalie cromosomiche. Include: sindromi associate con anomalie nel numero e nella struttura dei cromosomi. Va utilizzato un cod. aggiuntivo per indicare le manifestazioni associate ad anomalie cromosomiche*).

Nota sulla codifica:

Si sconsiglia di utilizzare i cod. 758.9 *Manifestazioni dovute ad anomalie di cromosomi non specificati* e 759.9 *Anomalie congenite, non specificate* in DP; questi cod. possono essere utilizzati in DS per completare la descrizione del caso, riportando invece come DP la malformazione più rilevante.

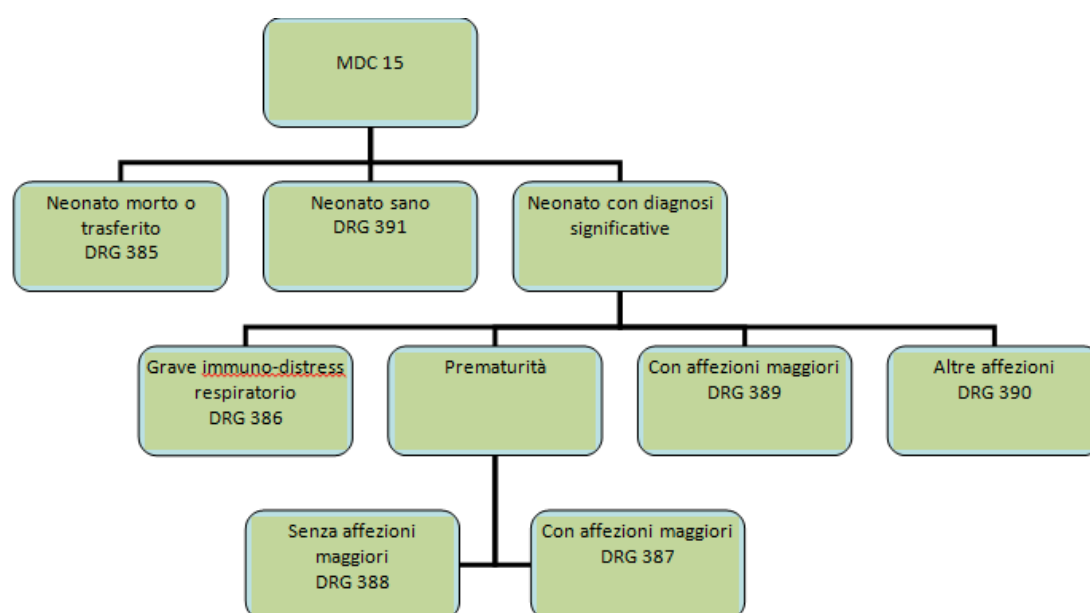
CAPITOLO 15 ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (760-779)

Nell'ambito della medicina perinatale, per la presenza di altri flussi informativi attinenti all'area, è fondamentale raggiungere la congruità delle codifiche in modo tale da permettere la lettura delle prestazioni anche in termini di "percorsi assistenziali": la lettura incrociata tra CEDAP, SDO materna e SDO neonatale configura il percorso nascita regionale.

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

Per il neonato morto non si deve compilare la SDO, né redigere una cartella clinica.

Tutte le SDO redatte dal nido devono produrre DRG afferenti alla MDC 15 Neonati nati sani e condizioni morbose del periodo perinatale.



DRG	MDC	TIPC	DESCRIZIONE	PESO	VALORE SOGLIA
391	15	M	Neonato normale	0,15977	5
390	15	M	Neonati con altre affezioni significative	0,20851	5
385	15	M	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	0,68912	4
389	15	M	Neonati a termine con affezioni maggiori	0,70411	14
388	15	M	Prematurità senza affezioni maggiori	0,83261	30
387	15	M	Prematurità con affezioni maggiori	3,53169	47
386	15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	8,68773	103

DEFINIZION

E DI PERIODO PERINATALE

Le malattie classificate nel capitolo 15 includono le condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale, quindi caratterizzate da manifestazioni che hanno origine da prima della nascita fino ai 28 giorni di vita, anche se la patologia o la morte possono evidenziarsi successivamente.

Sulla SDO non devono essere codificate le condizioni non rilevanti o segni e sintomi che si risolvono senza specifico impegno diagnostico/terapeutico e/o assistenziale.

TRASFERIMENTO NEL PERIODO PERINATALE

I cod. di diagnosi neonatale possono essere utilizzati per le patologie che hanno avuto origine nel periodo perinatale anche quando hanno comportato un periodo di degenza complessivo e continuativo superiore ai 28 giorni (documentabile in cartella clinica); tale regola vale anche nel caso in cui il neonato sia trasferito da altra struttura, ponendo attenzione alla codifica da utilizzare nel secondo trasferimento ovvero nella struttura ospedaliera ricevente il neonato proveniente dalla terapia intensiva neonatale. La struttura ricevente dovrà utilizzare un codice V in DP qualora il trasferimento sia avvenuto in un tempo che supera i 28 giorni di vita del neonato.

Esempio:

Qualora dall’Ospedale del punto nascita (A), vi sia necessità di trasferire il neonato presso la Terapia Intensiva Neonatale (TIN) di altro Ospedale (B) e da qui sia ri-trasferito nell’Ospedale A, va utilizzato il seguente schema:

	1^ SDO: EVENTO NASCITA	2^ SDO: TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	3^ SDO: POST TERAPIA INTENSIVA
DIAGNOSI PRINCIPALE	PATOLOGIA NEONATALE	PATOLOGIA NEONATALE	PATOLOGIA NEONATALE
DIAGNOSI SECONDARIA	V3_._		UTILIZZARE V66.5 CONVALESCENZA SUCCESSIVA AD ALTRO TRATTAMENTO O COD. RELATIVI AI POSTUMI. NOTA: UTILIZZARE IN DS SE TRASFERIMENTO ENTRO I 28 GIORNI; IN DP SE TRASFERIMENTO DOPO I 28 GIORNI
REPARTO DI AMMISSIONE	NIDO	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	NEONATOLOGIA O PEDIATRIA

INDICAZIONI GENERALI DI CODIFICA

I cod. 760-779 fanno riferimento al periodo perinatale.

Coerentemente con le regole generali di codifica, l’individuazione di condizioni cliniche sulla SDO del neonato deve avvenire solamente quando queste siano significative; non devono essere codificate le condizioni non rilevanti o non trattate.

I cod. 760._ - 763._ Cause materne di morbilità e mortalità perinatale vanno riportati, nell’evento nascita, in DS nella SDO del neonato, esclusivamente quando la condizione materna ha influenzato il trattamento rivolto al neonato. Tali cod. non devono essere utilizzati se non vi è impegno significativo dal punto di vista clinico/terapeutico/assistenziale rivolto al neonato anche in presenza di impegno assistenziale significativo rivolto alla madre.

Il neonato sano non ospitato per l’episodio della nascita, ma presente in Ospedale (culla vicino al posto letto della madre) a causa di un rientro della madre non richiede il ricovero al nido, né l’apertura della cartella clinica, né la compilazione della SDO. Eventuali annotazioni che lo riguardano possono essere incluse nella cartella clinica della madre.

Qualora vi sia nell’evento nascita un intervento chirurgico, si riporta in DP la patologia trattata chirurgicamente.

Nell’episodio della nascita, i cod. da V3._ a V39._ riportati come diagnosi principale, devono essere utilizzati per la codifica della DP nella SDO del neonato ospitato nel nido; negli altri casi vanno riportati in DS (come riportato successivamente).

NATO MORTO

I seguenti cod.:

768.0 Morte fetale da asfissia o anossia prima dell’inizio del travaglio in un momento non specificato

768.1 Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio

799.6 Interruzione della gravidanza riferita al feto

V35._ Altro parto multiplo (tre o più), tutti nati morti

non devono essere utilizzati in quanto riferiti al feto morto per il quale non deve essere compilata la SDO (e quindi non va compilata la cartella clinica).

NEONATO NATO VIVO IN OSPEDALE O IMMEDIATAMENTE PRIMA DEL RICOVERO

Tratto dalla versione originale del manuale ICD-9_CM 2007 per la categoria V30-39: "These categories are intended for the coding of liveborn infants who are consuming health care [e.g. crib or bassinet occupancy]".

Tutte le nascite avvenute in Ospedale o immediatamente prima del ricovero (ad es. il bambino nato in macchina o a casa che necessita di ricovero immediato) devono essere identificate riportando sulla SDO i cod. da V3_.__ a V39_.__ (ad eccezione del caso di intervento chirurgico ove i cod. V3_.__ - V 39_.__ vanno riportati in DS). Gli stessi non devono essere riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture), né sulla SDO della madre.

La cifra dopo il V3_.__ - V39_.__ specifica se è un neonato singolo o da parto multiplo.

E' sconsigliato l'utilizzo dei cod. **V33_.__, V37_.__, V39_.__** poiché non specifici.

I cod. da V3_.__ a V39_.__ riportati come diagnosi principale, devono essere utilizzati per la codifica della DP nella SDO del neonato ospitato nel nido; negli altri casi vanno riportati in DS.

L'esecuzione di **vaccinazioni** o **screening** sui neonati sani non comporta l'assegnazione di cod. di diagnosi ulteriori rispetto a quelli utilizzati per l'evento nascita (V3_.__ - V39_.__) né in DP né in DS poiché parte costitutiva dell'assistenza al neonato.

Neonato nato in Ospedale in attesa di adozione

Il cod. V20.0 può essere utilizzato per il neonato abbandonato e per giustificare la degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione:

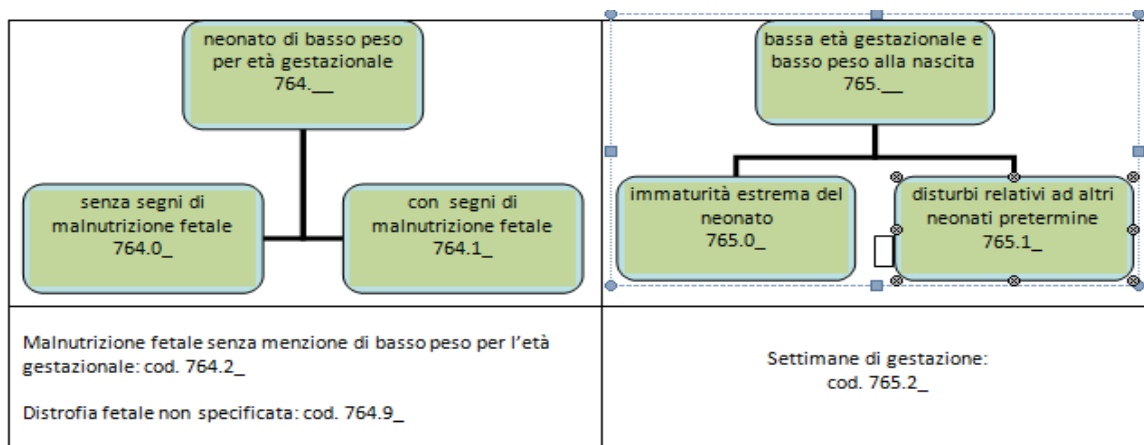
DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. V20.0 *Controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato*

PREMATURITA'

Va prestata particolare attenzione alle specifiche presenti nel sistema di classificazione poiché esistono grosse differenze di trattamento tra un prematuro di basso peso rispetto ad un prematuro con la stessa età, ma con un peso più elevato.

Si precisa che per il neonato di basso peso (sotto i 2500 gr), senza particolari problemi assistenziali e che permane al Nido, si utilizza solamente il cod. V30_.__ in DP.



Le condizioni di ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale e di prematurità vengono essenzialmente descritte dai cod. della categoria: **764. __ Ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale** e soprattutto dalla categoria **765. __ Problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita** con la quinta cifra che ne indica l'entità del peso alla nascita:

- 0 = peso non specificato
- 1 = < 500 gr
- 2 = 500-749 gr
- 3 = 750-999 gr
- 4 = 1000-1249 gr
- 5 = 1250-1499 gr
- 6 = 1500-1749 gr
- 7 = 1750 -1999 gr
- 8 = 2000-2499 gr
- 9 > 2500 gr

Nell'ambito della categoria 765 si trovano i cod. **765.0 Immaturità estrema del neonato** e **765.1 Disturbi relativi ad altri neonati pretermine** per i quali occorre aggiungere uno dei cod. della categoria **765.2 __** per indicare la settimana di gestazione:

- 765.21, meno di 24 settimane complete di gestazione
- 765.22, 24 settimane complete di gestazione
- 765.23, 25-26 settimane complete di gestazione
- 765.24, 27-28 settimane complete di gestazione
- 765.25, 29-30 settimane complete di gestazione
- 765.26, 31-32 settimane complete di gestazione
- 765.27, 33-34 settimane complete di gestazione
- 765.28, 35-36 settimane complete di gestazione

ITTERO NEONATALE

L'ittero che non richiede accertamenti e/o prolungamento della degenza non va codificato.

Ittero fisiologico

L'ittero fisiologico del neonato che non richiede fototerapia o frequenti prelievi per la determinazione della bilirubinemia totale ma che ha determinato un aumento della degenza va codificato con:

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. 774.6 *Ittero fetale e neonatale non specificato. Include: ittero neonatale, iperbilirubinemia neonatale transitoria, ittero fisiologico SAI nel neonato*

Ittero neonatale da ritardo della coniugazione

L'ittero neonatale da ritardo della coniugazione, causa non specificata, che necessita di fototerapia per 24 h, accertamenti di tipo eziologico e prolungamento della degenza, va codificato con:

DP: cod. 774.30 *Ittero neonatale da ritardo della coniugazione, causa non specificata*

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

Ittero in prematuro

L'ittero in prematuro va codificato con:

DP: cod. 774.2 *Ittero neonatale associato a parto prematuro*

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

Ittero da causa specifica

Se è stata identificata una causa specifica, ad es. galattosemia (271.1), mucoviscidosi (277.00-277.09) o stenosi congenita delle vie biliari (751.61), la codifica sarà la seguente:

DP: cod. 774.5 *Ittero perinatale da altre cause*

DS: cod. della patologia (galattosemia 271.1, mucoviscidosi 277.0, stenosi congenita delle vie biliari 751.61)

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

PROBLEMI RESPIRATORI**Apnea del neonato**

La codifica distingue:

- cod. 770.81 *Apnea primaria o essenziale nel sonno del neonato*
- cod. 770.82 *Apnea ostruttiva neonatale*
- cod. 770.88 *Ipossiemia del neonato*

Sofferenza fetale

Si esprime con i cod. da 768.2 a 768.4. Tale codifica va indicata **solo** se si riscontra patologia o diagnostica significativa, per l'utilizzo di tali cod. vanno, infatti, consultate le note di codifica.

Asfissia alla nascita

L'asfissia grave va codificata in presenza di almeno uno dei seguenti criteri:

- indice di Apgar ≤ 5 a 10 minuti dalla nascita;
- necessità di proseguire la rianimazione (con tubo ET o maschera e pallone) ancora a 10 minuti dalla nascita;
- acidosi fetale o neonatale definita con pH arterioso cordonale < 7.0 o eccesso di basi > 12 mmol/L;
- contemporanea presenza di segni e sintomi di danno neurologico o multiorgano con o senza riconoscimento strumentale.

I cod. della categoria da 768.5 a 768.7 tengono conto delle differenze di coinvolgimento delle condizioni neurologiche.

Sindrome da distress respiratorio neonatale

Il cod. 769 *Sindrome da distress respiratorio neonatale* descrive una grave patologia respiratoria neonatale che necessita di un elevato livello assistenziale quale la ventilazione assistita (cod. 96.7_ *Ventilazione meccanica continua* o cod. 93.90 *Respirazione a pressione positiva continua CPAP*) e pertanto deve essere riservato alle seguenti condizioni:

- Malattia delle Membrane ialine di terzo e quarto stadio
- Ipertensione Polmonare Primitiva (cod. 747.83 *Circolazione fetale persistente*)
- Severa Sindrome da Distress Respiratorio (RDS)

Distress respiratori lievi

I distress respiratori lievi vanno codificati con:

- cod. 770.84 *Insufficienza respiratoria del neonato*
- cod. 770.6 *Tachipnea transitoria del neonato o Sindrome del polmone bagnato*

Il manuale ICD-9_CM 2007 prevede anche i cod. della categoria 770.8_ *Altri problemi respiratori del neonato*.

Aspirazione fetale o neonatale

Con i cod. 770.1_ *Aspirazione fetale e neonatale* si descrive l'aspirazione di meconio, liquido amniotico e sangue definendo la compromissione o meno della funzione respiratoria.

I cod. 770.85 *Aspirazione del contenuto gastrico in fase post-natale senza sintomi respiratori* e 770.86 *Aspirazione del contenuto gastrico in fase post-natale con sintomi respiratori* indicano l'aspirazione del contenuto gastrico rispettivamente senza e con associato il sintomo respiratorio.

TRAUMI OSTETRICI/MALFORMAZIONI CONGENITE

I cod. 767.___ definiscono un'anomalia legata a traumi alla nascita e che hanno richiesto trattamenti specifici.

La malformazione congenita non teratogenica del sistema muscoloscheletrico, si codifica utilizzando i cod. della categoria 754.___ *Malformazioni congenite del sistema muscoloscheletrico di origine meccanica avvenute durante la gestazione (malposizione e compressione intrauterina)*.

Le malformazioni congenite sono trattate nel cap. 14 Malformazioni congenite.

CAUSE MATERNE DI MORBOSITA' E MORTALITA' PERINATALE (760-763)

I cod. da 760 a 763 *Cause materne di morbosità mortalità perinatale* possono essere utilizzati come DS 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.

categoria 760 *Manifestazioni morbose del feto o del neonato derivanti da patologia materna anche non correlata alla gravidanza attuale*

categoria 761 *Feto o neonato affetto da complicazioni materne della gravidanza*

categoria 762 *Feto o neonato affetto da complicazioni della placenta, del cordone ombelicale e delle membrane*

categoria 763 *Feto o neonato affetto da altre complicazioni del travaglio e del parto*

Tali cod. 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 nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede cod. appropriati piuttosto che i cod. 760-763 (ad es. 775.0 *Sindrome del neonato di madre diabetica*, 771.0 *Rosolia congenita. Polmonite congenita rubeolica*, 771.1 *Infezione congenita da virus citomegalico*, 771.2 *Altre infezioni congenite, specifiche del periodo perinatale*, 779.4 *reazione a farmaci e intossicazioni specifiche del neonato*, 779.5 *sindrome da astinenza del neonato*).

MALATTIA EMOLITICA DEL NEONATO**a) Neonato senza sintomi**

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)* (per segnalare la condizione clinica che rende necessaria l'osservazione clinica e gli accertamenti seriati)

b) Neonato con sintomi

DP: cod. 773._ *Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a dovuta a isoimmunizzazione materno fetale*

Nota sulla codifica: in caso di malattia emolitica del neonato anti Rh, con test di Coombs diretto positivo, va utilizzato il cod. cod. 773.0 *Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione Rh*, mentre in caso di malattia emolitica del neonato anti ABO, con test di Coombs diretto positivo, va utilizzato il cod. 773.1 *Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione ABO*.

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

NEONATO DA MADRE AFFETTA DA PATOLOGIA INFETTIVA**a) Neonato sano e con accertamenti negativi**

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

b) Neonato asintomatico ma positivo per gli accertamenti culturali e sierologici

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. 760.2 *Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato*

DS: cod. da V02.0 a V02.9 (inoltre V08 per stato infettivo asintomatico da HIV) per indicare lo stato di portatore sospetto di malattia infettiva

c) Neonato sintomatico

DP: cod. 771.2 *Altre infezioni congenite del periodo neonatale*

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. specifico dell'agente eziologico (ad es. cod. 070._ *epatite virale*; cod. 042 *HIV*; cod. 041.02 *Infezione streptococcica, streptococco gruppo B*; cod. 052._ *varicella*; cod. 130._ *toxoplasmosi*)

Nota sulla codifica:

Si evidenzia che la categoria 771 *Infezioni specifiche del periodo perinatale* prevede i cod.:

cod. 771.81 *Setticemia (sepsi) del neonato*

cod. 771.82 *Infezioni delle vie urinarie del neonato*

cod. 771.83 *Batteriemia neonatale*

cod. 771.89 *Altre infezioni specifiche del periodo perinatale*

Nella codifica di questi casi si raccomanda di porre particolare attenzione alle note di inclusione ed esclusione.

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

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. da V01.0 a V01.89 *Contatto con o esposizione a malattie trasmissibili*

NEONATO DA MADRE IPERTESA**a) Neonato sano**

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

b) Neonato da madre ipertesa con necessità di accertamenti

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. 760.0 *Disturbi ipertensivi della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato. Feto o neonato affetto da manifestazioni morbose materne classificabili in 642*

c) Neonato sintomatico

DP: utilizzare un cod. di diagnosi specifico per la patologia

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

NEONATO DA MADRE DIABETICA**a) Neonato sano**

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

b) Neonato da madre diabetica con glicemie seriate normali

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)*

c) Neonato sintomatico

DP: cod. 775.0 *Sindrome del neonato di madre diabetica*

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

NEONATO DA MADRE IPO/IPERTIROIDEA**a) Neonato sano**

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

b) Neonato da madre ipo/ipertiroidea con necessità di accertamenti

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)*

c) Neonato sintomatico

DP: cod. specifico per la patologia

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

NATO DA MADRE PIASTRINOPENICA**a) Neonato sano**

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

b) Neonato da madre piastrinopenica sottoposto ad osservazione clinica con emocromo e coagulazione normali

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)*

c) Neonato sintomatico

DP: cod. 776.1 *Trombocitopenia neonatale transitoria*

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

NATO DA MADRE CHE ASSUME SOSTANZE POTENZIALMENTE NOCIVE PER IL FETO (INCLUSI STUPEFACENTI)

a) Neonato sano

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

b) Neonato sano ma con necessità di osservazione clinica ed accertamenti

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

DS: cod. 760.8 *Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)*

c) Neonato sintomatico

DP: cod. relativo alla manifestazione clinica (ad es. dispnea, alterazione del ritmo cardiaco, sintomi neurologici, etc.)

DS: cod. 760.7 *Malattie del feto dovute a sostanze nocive passate attraverso la placenta o il latte materno dove la quinta cifra identifica la sostanza*

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

NATO DA MADRE CON ROTTURA PREMATURA DELLE MEMBRANE

a) Neonato asintomatico

DP: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

b) Neonato positivo agli accertamenti

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

DP: cod. 771.8_ *Altri tipi di infezioni specifiche del periodo perinatale*

DS: cod. 761.1 *Rottura prematura delle membrane che ha ripercussioni sul feto o sul neonato*

DS: un cod. appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 *Nati vivi secondo il tipo di nascita*

RICOVERO DI NEONATI DOPO L'EVENTO NASCITA

Per i ricoveri successivi al ricovero della nascita non si devono utilizzare i cod. V30.__ - V39.__ né in DP, né in DS.

Per problemi sociali e/o malattia materna

Va utilizzato in DP il cod. V20.1 *Cure ad altro neonato o bambino sano* per descrivere i ricoveri, successivi a quelli relativi alla nascita, per supervisione sanitaria del neonato sano in caso di cattive condizioni socio-economiche familiari o malattia materna fisica o psichica.

Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate

I cod. della categoria V29 *Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate* devono essere utilizzati per descrivere i ricoveri successivi a quello relativo alla nascita, in cui un neonato in apparente stato di buona salute ed entro i 28 giorni di vita, viene valutato per una condizione patologica sospetta che, dopo opportuni approfondimenti, non risulta essere confermata.

Se il ricovero avviene dopo i 28 giorni, va utilizzato il cod. V71._ *Osservazione e valutazione per sospetto di manifestazioni morbose*.

Osservazione dopo terapia intensiva neonatale

Il ricovero finalizzato all'osservazione del neonato successiva alla dimissione dalla terapia intensiva neonatale, va descritto ponendo in DP il cod. V66.5 *Convalescenza successiva ad altro trattamento*.

Ricovero per patologia insorta nel periodo perinatale dopo l'evento nascita

Vanno utilizzati in DP i cod. da 760.__ a 779.__.

Se non si identifica un cod. ricompreso nei cod. perinatali, va utilizzato in DP il cod. 779.89 *Altre manifestazioni specificate che hanno origine nel periodo perinatale* e in DS la patologia riscontrata.

CAPITOLO 16

SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (780-799)

Il capitolo sedicesimo include sintomi, segni, risultati anomali di laboratorio o altre indagini, nonché manifestazioni mal definite che non possono essere classificate negli altri settori.

I segni o i sintomi che si riferiscono in modo abbastanza definito ad una specifica malattia sono assegnati in altri settori della classificazione.

In generale le **categorie 780-796** comprendono:

manifestazioni morbose poco definite

sintomi che possono riguardare con uguale probabilità due o più malattie o apparati

tali cod. vanno utilizzati quando non è possibile assegnare una diagnosi più specifica.

Tutte le categorie di questo settore possono essere definite come:

“non altrimenti specificate”

“ad eziologia sconosciuta”

“transitorie”

L'indice alfabetico va consultato per identificare quali sintomi o segni devono essere collocati in questo settore e quali in altri e più specifici settori; le sottocategorie residuali con il **codice .9** sono state previste per altri sintomi rilevanti che non possono essere collocati in nessuna altra parte della classificazione.

Le circostanze nelle quali è opportuno utilizzare i cod. compresi nelle categorie 780-796 sono le seguenti:

- a) nessuna diagnosi **più specifica** può essere formulata anche dopo che tutti gli elementi relativi al caso sono stati esaminati;
- b) i segni o i sintomi presenti alla prima visita si rivelano **transitori** senza che sia stato possibile individuarne l'origine;
- c) i pazienti sono **trasferiti** altrove prima che sia stata formulata una diagnosi;
- d) si desidera evidenziare indagini o trattamenti **precedenti** il momento della diagnosi;
- e) si desidera indicare sintomi che rappresentano un **problema importante** nel trattamento medico e che possono essere segnalati insieme alla DP.

Questi cod. possono essere utilizzati come **DP** di dimissione in assenza di qualsiasi altra indicazione diagnostica più precisa o quando la manifestazione clinica si identifica con il sintomo stesso (ad es. cod. 780.31 *Convulsioni febbrili (semplici), non specificati. Convulsione in corso di febbre SAI*).

In **DS** possono essere riportati se rappresentano **manifestazioni rilevanti** e non costanti della patologia segnalata in diagnosi principale.

CAPITOLO 17 TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI (800-999)

Il capitolo diciassettesimo comprende traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici, complicazioni di cure mediche, postumi degli stessi.

In caso di ricovero per traumatismi/avvelenamenti, è obbligatorio compilare, oltre a diagnosi/interventi, anche il campo “traumatismi o intossicazioni”, presente nella SDO, che specifica la causa del trauma/avvelenamento.

I cod. da utilizzare, ad un carattere, sono i seguenti:

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

Il capitolo sui traumatismi ed avvelenamenti comprende:

- Frattura: 800-829
- Lussazioni: 830-839
- Distorsioni e distrazioni delle articolazioni e dei muscoli adiacenti: 840-848
- Traumatismi intracranici, esclusi quelli associati a frattura del cranio: 850-854
- Traumatismi interni del torace, dell'addome e della pelvi: 860-869
- Ferite aperte: 870-897
- Traumatismi dei vasi sanguigni: 900-904
- Postumi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici ed altre cause esterne: 905-909
- Traumatismi superficiali: 910-919
- Contusioni senza soluzione di continuo: 920-924
- Schiacciamento: 925-929
- Effetti da corpo estraneo penetrato attraverso un orifizio naturale: 930-939
- Ustioni: 940-949
- Traumatismi dei nervi e del midollo spinale: 950-957
- Alcune complicazioni traumatiche e traumatismi non specificati: 958-959
- Avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici: 960-979
- Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa: 980-989
- Altri e non specificati effetti di cause esterne: 990-995
- Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove: 996-999

Nota sulla codifica:

Come sopra riportato, nella SDO è presente il campo “traumatismi o intossicazioni”; quando tale campo viene compilato deve essere descritta anche la causa esterna tramite il codice E.

In caso di ricovero per postumi di trauma (cat. cod. 905-909 *Postumi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici ed altre cause esterne*) il campo “traumatismi ed intossicazioni” non deve essere compilato.

Per le ulteriori indicazioni si rimanda al paragrafo “Codici E” contenuto nel cap. Linee guida generali per la selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche.

TRAUMATISMI

I traumatismi sono suddivisi nei seguenti blocchi:

- Fratture (800–829)
- Lussazioni (830–839)
- Distorsioni (840–848)
- Traumatismi intracranici (850–854)
- Traumatismi interni (860–869)
- Ferite aperte di testa/collo/tronco (870–879)
- Ferite arto superiore (880–887)

Ferite arto inferiore (890–897)
Traumatismi dei vasi sanguigni (900–904)
Traumatismi superficiali (910–919)
Contusioni (920–924)
Schiacciamenti (925–929)
Effetti da corpi estranei (930–939)
Ustioni (940–949)
Traumatismi nervi/midollo spinale (950–957)
Complicazioni traumatiche (958–959)
Postumi di traumatismi/avvelenamenti (905–909)

Nota sulla codifica:

Il principio della codifica multipla dei traumatismi deve essere applicato in tutti i casi possibili. In caso di traumatismi multipli devono essere utilizzati i cod. combinati, quando la natura di ciascuno di essi non è indicata in maniera precisa, oppure quando, per la codifica della causa principale, è più conveniente adoperare un solo cod.; negli altri casi i componenti dei traumatismi saranno codificati separatamente.

Quando nei titoli delle categorie sono specificate sedi multiple di traumatismi, la parola “con” indica l’interessamento di ambedue le sedi; la congiunzione “e” indica l’interessamento di una o dell’altra o di entrambe le sedi. Il termine “dita” include il pollice.

Alcuni codici di fratture multiple degli arti prevedono già l’interessamento di più sedi (ad es. categorie 817 *Fratture multiple delle ossa della mano*, 819 *Fratture multiple di ambedue gli arti superiori e dell’arto superiore con le costole e lo sterno*, 828 *Fratture multiple interessanti ambedue gli arti inferiori, l’arto inferiore con quello superiore e l’arto inferiore con le costole e lo sterno*).

Le categorie **905-909** riguardano i “**postumi**” dei traumatismi.

FRATTURE

I termini “condilo”, “processo coronoide”, “branca” e “sinfisi” indicano la parte dell’osso fratturato, non il nome dell’osso colpito.

Le indicazioni “chiusa” o “esposta” usate nelle sottocategorie comprendono i seguenti termini:

Frattura chiusa (con o senza ritardo di consolidazione): a legno verde, avvallata, comminuta, da distacco epifisario, elevata, fissurata, frattura SAI, incastrata, lineare, semplice, spirale

Frattura esposta (con o senza ritardo di consolidazione): composta, con corpo estraneo, da arma da punta, da proiettile, infetta

Una frattura non indicata come chiusa o esposta deve essere classificata come chiusa.

Le fratture sono codificate alle categorie 800-829. Tali categorie non includono: la consolidazione viziosa (733.81), la mancata saldatura (733.82), la frattura patologica o spontanea (733.10-733.19), la frattura da stress (733.93-733.95).

Per la codifica delle fratture patologiche si rimanda ai contenuti del cap. 13 Malattie del sistema osteoarticolare e del tessuto connettivo.

TRAUMI CRANICI

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

I traumi cranici associati a frattura sono classificati, secondo la sede, nelle categorie 800-804; il quarto carattere del cod. indica se la frattura è aperta o chiusa, se è associata a trauma intracranico ed il tipo del trauma intracranico.

Per la categoria cod. 802. __ *Frattura delle ossa della faccia* 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 cod. indica il tipo di trauma e l’eventuale associazione con una ferita aperta.

Esempio:

Gli episodi di ricovero per osservazione clinica ed accertamenti diagnostici dopo trauma cranico vanno descritti utilizzando i seguenti codici:

- a) per ricovero breve di sola **osservazione clinica** va indicato:
DP: un cod. della categoria 850. _ *Concussione*

- b) per ricovero breve con **osservazione clinica ed esecuzione di esami diagnostici** (ad es. TAC del capo) volti allo studio del traumatismo intracranico vanno indicati:
DP: cod. 854.0_ *Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura, senza menzione di ferita intracranica esposta*
I/P: i cod. relativi agli esami diagnostici effettuati (ad es. cod. 87.03 *Tomografia assiale computerizzata (TAC) del capo*)
- c) se oltre al trauma cranico il paziente presenta **una o più ferite** del cuoio capelluto che non evidenziano complicazioni vanno indicati:
DP: cod. 854.1_ *Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura, con ferita intracranica esposta*
I/P: cod. 86.59 *Sutura del cuoio capelluto se la sutura non è stata effettuata in Pronto Soccorso*

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_).

Per le categorie **800, 801, 803, 804 e 851-854** il quinto carattere del cod. indica l'eventuale perdita di coscienza, la durata di tale perdita e se vi è il ritorno al persistente 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 h e 24 h
- 4 – con perdita di coscienza di durata superiore alle 24 h e recupero dello stato di coscienza preesistente
- 5 – con perdita di coscienza di durata superiore alle 24 h senza recupero dello stato di coscienza preesistente (paziente incosciente che muore prima di riacquistare coscienza)
- 6 – con perdita di coscienza di durata non specificata
- 9 – con stato commotivo non specificato

La sindrome post-commotiva (cod. 310.2 *Sindrome post-commotiva. Sindrome cerebrale post-traumatica, non psicotica. Sindrome o encefalopatia post-contusiva. Stato post-commotivo cerebrale*) 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 tale cod. 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 deve codificare la concussione stessa (cod. 850._ *Concussione*) 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_ *Altra e non specificata lacerazione cerebrale e contusione senza ferita intracranica esposta*) 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 cod. della concussione.

I traumatismi esterni o superficiali della faccia e del cuoio capelluto devono essere codificati secondo specifici cod., ad es. quelli appartenenti alla categoria 910 *Traumatismo superficiale della faccia, del collo e del cuoio capelluto, escluso l'occhio* o alla categoria 920 *Contusione della faccia, del cuoio capelluto e del collo escluso l'occhio*.

FERITE DELL'ARTO SUPERIORE E DELL'ARTO INFERIORE

Nelle categorie 880-897 sono comprese anche le amputazioni traumatiche.

TRAUMATISMI SUPERFICIALI (910–919)

Tale categoria comprende le voci di abrasione, vescicola, corpo estraneo superficiale (scheggia).

Puntura d'insetto non velenoso senza o con infezione, senza reazione tossica e allergica generalizzata:

DP: cod. 910.4 *Puntura d'insetto, non velenoso, senza menzione di infezione* oppure cod. 910.5 *Puntura d'insetto, non velenoso, con infezione*

Puntura o morso di animale che provoca reazione tossica:

DP: cod. 989.5 *Effetti tossici di veleno di origine animale*

Shock anafilattico:

DP: cod. 995.0 *Altro shock anafilattico non classificato altrove*

DS: cod. 985.9. *Effetti tossici di veleno di origine animale*

USTIONI (940–949)

Sono comprese le ustioni:

da alta temperatura (fuoco, oggetti o liquidi surriscaldati)

da elettricità

da radiazioni

da sostanze chimiche

Tali categorie classificano le ustioni per **sede**. Le categorie da 941 a 946 prevedono la quinta cifra per distinguere la **gravità** (non specificata, I, II, III grado e III grado profondo senza e con perdita di sostanza).

I cod. della categoria **948** classificano le ustioni per **estensione** della superficie corporea interessata e vanno usati:

DP: se non è specificata la sede, oppure in caso di ustioni molto estese, per le quali non è possibile codificare separatamente le varie sedi

DS: in aggiunta alle categorie 940-946 per le ustioni di III° grado per specificare la percentuale di superficie corporea interessata

Esempio:

Nel caso di diagnosi di dimissione per ustioni di III grado alla mano e al polso vanno utilizzati:

DP: cod. 944.38 *Perdita dell'epidermide e del derma [terzo grado SAI], sedi multiple del polso e della mano*

DS: cod. 948.00 *Ustione coinvolgente meno del 10% della superficie corporea, ustioni di terzo grado coinvolgenti meno del 10% della superficie corporea*

L'**ustione solare** o eritema solare si codifica con il cod.:

692.7_ *Dermatiti da radiazioni solari* distinte in I, II, III grado

Il **colpo di calore o colpo di sole** è classificato tra gli effetti da cause esterne con il cod.:

cod. 992.0 *Colpo di calore o colpo di sole*

Le **ustioni di organi interni** sono classificate nella categoria 947 che comprende anche le **ustioni chimiche da ingestione di caustici**; in questi casi vanno indicati:

DP: l'ustione

DS: la manifestazione clinica dell'ustione

Esempio:

DP: cod. 947.2 *Ustione dell'esofago*

DS: cod. 530.19 *Altra esofagite*

ALCUNE COMPLICAZIONI TRAUMATICHE E TRAUMATISMI NON SPECIFICATI (958–959)

Il blocco di tali cod. comprende alcune complicanze acute di traumatismi come:

cod. 958.1 *Embolia gassosa*

cod. 958.4 *Shock traumatico*

cod. 958.5 *Anuria traumatica*

cod. 958.7 *Emfisema sottocutaneo traumatico*

POSTUMI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI ED ALTRE CAUSE ESTERNE (905–909)

Queste categorie vanno utilizzate per indicare gli stati morbosi da 800 a 999 come causa di postumi, che sono essi stessi classificabili altrove.

I “postumi” comprendono gli stati specificati come tali, o con sequele, o quelli presenti un anno e più dopo il traumatismo acuto.

La codifica dei postumi prevede l'uso di 2 cod.:

DP: **la natura** del postumo

DS: **la causa** del postumo

Esempio:

DP: cod. 733.81 *Viziosa saldatura di frattura*

DS: cod. 905.4 *Postumi di frattura arti inferiori*

AVVELENAMENTO DA FARMACI, MEDICAMENTI E PRODOTTI BIOLOGICI (960–979)

Per avvelenamenti sono da intendersi gli effetti nocivi derivanti da dosi eccessive delle sostanze elencate nel manuale ICD-9_CM 2007 o dalle stesse sostanze somministrate o assunte per errore.

Nel caso di **avvelenamento** si usa la codifica multipla:

-un cod. va utilizzato per indicare la tipologia dell'avvelenamento (ad es. cod. 964.2 *Avvelenamento da anticoagulanti*)

-altri cod. vanno utilizzati per evidenziare gli effetti/manifestazioni cliniche conseguenti (ad es. cod. 599.7 *Ematuria*)

In linea generale vanno indicati:

DP: il cod. relativo all'avvelenamento

DS: la descrizione delle manifestazioni

Esempio:

Nel caso di coma diabetico da errato dosaggio di insulina vanno indicati:

DP: cod. 962.3 *Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici*

DS: cod. 250.3_ *Diabete con altri tipi di coma*

Qualora, invece, per il trattamento delle **manifestazioni secondarie** all'avvelenamento nel corso del ricovero venga impiegata la maggiore quantità di risorse (in particolare con riferimento all'uso di sala operatoria, alla permanenza in terapia intensiva, all'esecuzione di manovre e procedure terapeutiche invasive e/o costose) vanno indicati:

DP: il cod. della manifestazione stessa

DS: il cod. relativo all'avvelenamento

Sono **esclusi** da queste categorie e codificati altrove:

-gli effetti nocivi (ad es. reazioni avverse) di sostanze appropriate e correttamente somministrate che sono codificati secondo la natura dell'effetto nocivo (ad es. cod. 535.4 *Gastrite da aspirina*, cod. 692.9 *Dermatite da contatto*)

-cod. 304.0-304.9 *Farmacodipendenza*

-cod. 305.0-305.9 *Abuso di farmaci senza dipendenza*

EFFETTI TOSSICI DI SOSTANZE DI ORIGINE PRINCIPALMENTE NON MEDICAMENTOSA (980–989)

Con questa categoria si intendono gli effetti causati da sostanze non medicamentose.

In linea generale vanno indicati:

DP: il cod. dell'effetto tossico

DS: il cod. che descrive la manifestazione clinica (vedi indicazioni di codifica sul precedente paragrafo “Avvelenamenti”)

Tra gli effetti tossici si evidenziano:

cod. 980.0 *Effetti tossici dell'alcol etilico*. Questo cod. va usato solo per l'intossicazione acuta accidentale (ad es. nel bambino).

Per altre patologie legate all'alcool va consultato il cap. 5 Disturbi mentali (categoria 303 *Sindrome di dipendenza da alcool*)

cod. 989.5 *Effetti tossici di veleni di origine animale* (serpenti, ragni)

cod. 989.84 *Effetti tossici del tabacco*.

Sono esclusi:

- cod. 506.0 *Bronchite e polmonite da fumi e vapori* – 508.9 *Manifestazioni morbose respiratorie da non specificati agenti esterni* per gli effetti tossici respiratori da agenti esterni, descritti in altre malattie del polmone
- le reazioni allergiche a sostanze ingerite come alimenti

ALTRI E NON SPECIFICATI EFFETTI DI CAUSE ESTERNE (990–995)

Queste categorie elencano altre patologie da causa esterna:

cod. 991 *Effetti del freddo*

cod. 992 *Effetti del calore e della luce*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica che tale cod. esclude: ustioni (940.0-949.5); malattie delle ghiandole sudoripare da calore (705.0-705.9); iperpiressia maligna successiva ad anestesia (995.86); ustione solare (692.71, 692.76-692.77)

cod. 993 *Effetti della pressione atmosferica*

cod. 994.0 *Effetti del fulmine*

cod. 994.1 *Annegamenti e sommersione non mortale*

cod. 994.6 *Cinetosi*

cod. 994.7 *Asfissia e strangolamento, Soffocamento (da): indumenti da letto, frana, costrizione, meccanica, borsa di plastica, pressione, strangolamento*

Nota sulla codifica: il manuale ICD-9_CM 2007 specifica che il cod. 994.7 esclude asfissia da: altri gas, fumi o vapori (987.0-987.9), inalazione di cibo o corpo estraneo (932-934.9), monossido di carbonio (986)

cod. 994.8 *Elettrocuzione e effetti non mortali della corrente elettrica*

cod. 995.5_ *Sindrome del bambino maltrattato*

cod. 995.6_ *Shock anafilattico da reazioni avverse all'alimento*

cod. 995.86 *Iperpiressia maligna da anestesia*

Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo

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 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo senza disfunzione d'organo acuta*, in caso di SIRS senza disfunzione acuta d'organo, oppure cod. 995.94 *Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo con disfunzione d'organo acuta*, se SIRS con disfunzione acuta d'organo.

COMPLICAZIONI DI CURE MEDICHE E CHIRURGICHE NON CLASSIFICATE ALTROVE (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 a problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi, il cod. relativo alla complicazione deve essere selezionato come DP. Se la complicazione è classificata con i cod. compresi fra 996 e 999, può essere utilizzato un cod. aggiuntivo per specificarne la natura.

E' molto importante un'attenta lettura dei criteri di esclusione/inclusione poiché numerose complicanze sono elencate altrove.

In linea generale sono esclusi:

- gli avvelenamento ed effetti tossici da farmaci e sostanze chimiche (960.0-989.9) e gli effetti avversi da farmaci (995.0-995.8)
- le complicazioni della malattia per cui è eseguito l'intervento
- le complicazioni di interventi di interesse ostetrico (aborto, travaglio, parto) riportate nel cap. 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

Complicazioni peculiari di alcuni interventi specificati

La categoria 996 raggruppa le complicanze meccaniche di dispositivi, impianti ed innesti cardiaci, vascolari, ortopedici, ed altri impianti (sottocategorie 996.0-996.5) e le infezioni e reazioni infiammatorie da protesi, impianti e innesti interni (sottocategoria 996.6).

Nella sottocategoria 996.4, di interesse ortopedico, sono elencati i cod. che precisano con la quinta cifra specifiche complicazioni meccaniche delle protesi articolari (dislocazione, usura, frattura, etc.).

Le altre sottocategorie sono:

- cod. 996.7_ *Altre complicazioni di protesi, impianti e innesti interni (biologici) (sintetici)*
- cod. 996.8_ *Complicazioni di trapianto di organo*

Complicazioni di trapianto di rene

Il cod. 996.81 deve essere utilizzato per le complicanze di trapianto di rene come "failure" o rigetto.

Per ulteriori approfondimenti sull'utilizzo di tale cod. si rimanda ai contenuti del cap. 10 Malattie del sistema genitourinario.

Altre complicazioni di interventi non classificati altrove

La categoria 998 comprende alcune complicanze chirurgiche non elencate altrove come:

- cod. 998.0 *Shock post-operatorio*
- cod. 998.11 *Emorragia complicante l'intervento*
- cod. 998.3_ *Rottura (deiscenza, apertura) di ferita chirurgica*
- cod. 998.4 *Corpo estraneo lasciato accidentalmente durante un intervento*
- cod. 998.5_ *Infezione post-operatoria*
- cod. 998.6 *Fistola post-operatoria*

Complicazioni di cure mediche non classificate altrove

La categoria 999 comprende alcune complicanze mediche non elencate altrove come:

- cod. 999.1 *Embolia gassosa*
- cod. 998.2 *Flebite*
- cod. 999.4 *Shock anafilattico da siero*
- cod. 999.6-999.8 *Reazioni trasfusionali*

CAPITOLO 18

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

INTRODUZIONE

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

Possono essere utilizzati come **DP** nei seguenti casi:

- paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura (ad es. chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico); in questi casi può essere indicata come DS 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 es. per ricevere cure profilattiche o consulenza
- per indicare lo stato o l'osservazione di neonato

Possono essere utilizzati come **DS** nei seguenti casi:

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

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 DP i cod. appartenenti alle categorie V51-V58. Tali cod. 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 il ricovero sia stato effettuato per eseguire sia la chemioterapia che la radioterapia, entrambi i cod. V devono essere riportati in SDO indicando in DP la radioterapia e in DS la chemioterapia.

MALATTIE INFETTIVE ED ALLERGOLOGIA

I codici V relativi alle malattie infettive ed allergologia sono i seguenti:

- cod. V01.7 *Contatto con o esposizione ad altre malattie virali* non va mai utilizzato in DP
- cod. V02._ *Portatore o portatore sospetto di malattie infettive* in assenza di altre manifestazioni cliniche
- cod. V07.0 *Necessità di isolamento*
- cod. V07.1 *Necessità di desensibilizzazione ad allergeni* va utilizzato in DP in caso di ricovero finalizzato
- cod. V08 *Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)*
- cod. V09 *Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci*

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 cod. di tali categorie devono essere riportati, tra le DS, solo quando tale condizione ha rivestito qualche significato nel corso dell'episodio di cura attuale. A tale regola possono fare eccezione le situazioni previste nel cap. 2 Tumori.

Il cod. V10_ *Anamnesi personale di tumore maligno* può essere utilizzato, salvo diverse indicazioni contenute nelle presenti Linee guida, come DP nel caso di **controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata**, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici ma solo procedure diagnostiche e chirurgiche di controllo (TAC, endoscopie, scintigrafie, etc.).

Qualora, invece, nel corso del ricovero si evidenziasse una **recidiva**, in DP va indicato il cod. relativo alla neoplasia primitiva o alla metastasi.

Il cod. V14._ *Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali* va utilizzato in caso di ricovero finalizzato all'accertamento di reazioni avverse a farmaci; il cod. V15._ *Altra anamnesi personale con rischio di malattia* va utilizzato in caso di anamnesi personale con rischio di malattia.

ORGANO O TESSUTO SOSTITUITO DA TRAPIANTO O SOSTITUITO CON ALTRI MEZZI (COD. V42 E V43)

Questi cod. possono essere utilizzati in DP solo per descrivere i ricoveri in caso di riabilitazione o per follow up del paziente, in DS se complicano il ricovero.

Tali cod. includono:

cod. V42._ *Organo o tessuto sostituito da trapianto* (ad es. nella riabilitazione cardiologica post-cardiochirurgica per sostituzione valvolare con valvola biologica: cod. V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto*)

cod. V43._ *Organo o tessuto sostituito con altri mezzi* (ad es. nella riabilitazione cardiologica post-cardiochirurgica per sostituzione valvolare con valvola meccanica: cod. V43.3 *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi* oppure nella riabilitazione cardiologica post-cardiochirurgica per rivascolarizzazione miocardica: cod. V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi*)

cod. V43.6_ *Articolazione sostituita con altri mezzi* (cod. da utilizzare per descrivere i pazienti portatori di protesi, ad es. anca, spalla, etc., ad eccezione del cod. V43.60 *Sostituzione di articolazione non specificata* da non utilizzare in DP perché aspecifico)

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

Per le indicazioni relative all'utilizzo del cod. V42.0 *Rene sostituito da trapianto* si rimanda ai contenuti del cap. 10 Malattie del sistema genitourinario.

NEONATOLOGIA E OSTETRICIA

Il cod. V20.0 *Controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato* può essere utilizzato in DS per il neonato abbandonato e per giustificare la degenza di bambini o neonati che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione (cod. da V30 a V39 + cod. V20.0).

Il cod. V20.1 *Cure ad altro neonato o bambino* va utilizzato in DP per descrivere i ricoveri, successivi a quelli relativi alla nascita, per supervisione sanitaria del neonato in caso di cattive manifestazioni socio-economiche familiari o malattia materna fisica o psichica.

I codici della categoria V29 *Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate* devono essere utilizzati in DP per descrivere i ricoveri successivi a quello relativo alla nascita, in cui un neonato in apparente stato di buona salute ed entro i 28 giorni di vita, viene valutato per una condizione patologica sospetta che, dopo opportuni approfondimenti, non risulta essere confermata.

I codici da V30 a V39 *Nati vivi secondo il tipo di nascita* riportati come diagnosi principale devono essere utilizzati per la codifica della DP nella SDO del neonato nato in Ospedale ed ospitato nel Nido secondo le indicazioni riportate nel cap. 15 Altre condizioni morbose di origine perinatale; non devono essere riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre.

Nota sulla codifica:

Si sconsiglia l'utilizzo dei cod. V33._ *Gemello non specificato se di gemello nato vivo o morto*, V37._ *Altro parto multiplo (tre o più), non specificato se di gemelli nati vivi o morti* e V39._ *Nato vivo, non specificato se singolo o gemello di uno o di più gemelli* in quanto non specifici.

Il cod. V35._ *Altro parto multiplo (tre o più), tutti nati morti* non deve essere utilizzato, in quanto riferito al feto morto per il quale non deve essere compilata la SDO.

CARDIOLOGIA E CARDIOCHIRURGIA

I cod. da utilizzare in DP in caso di riabilitazione in Unità Operative per acuti sono i seguenti:

cod. V45.01 *Stimolatore cardiaco in situ*

cod. V45.81 *Stato post-chirurgico di by-pass aortocoronarico*

- cod. V53.31 *Collocazione e sistemazione di dispositivo cardiaco* (nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione di batteria di pace-maker in assenza di una patologia specificata)
- cod. V53.32 *Collocazione e sistemazione di defibrillatore cardiaco automatico impiantabile* (nei soli casi di ricovero programmato per la regolare sostituzione e sistemazione di defibrillatore in assenza di una patologia specificata)
- cod. V53.39 *Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco* (espianto di catetere sottocutaneo per la registrazione del ritmo)

Nota sulla codifica:

I cod. V52._ *Collocazione e sistemazione di protesi. Inclusa la rimozione dei dispositivi* e V53._ *Collocazione e sistemazione di altri dispositivi. Inclusa l'estrazione di dispositivi e la sostituzione di dispositivi* devono essere utilizzati in DP per descrivere i ricoveri finalizzati a posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di attività programmate da tenere distinte rispetto ai malfunzionamenti, che vanno invece codificati con le categorie 996 *Complicazioni peculiari di alcuni interventi specificati* e 997 *Altre complicazioni di protesi, impianti e innesti interni (biologici) (sintetici)*.

CHIRURGIA GENERALE

I cod. V relativi alla chirurgia generale risultano i seguenti:

- cod. V45.83 *Presenza di impianto rimovibile di mammella*
- cod. V45.89 *Altro stato post-chirurgico. Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico*
- cod. V50.41 *Rimozione profilattica della mammella*
- cod. V50.42 *Rimozione profilattica di ovaio*
- cod. V51 *Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica* è da utilizzare in DP nei pazienti che necessitano di trattamento di chirurgia plastica in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero
- cod. V52.0 *Collocazione e sistemazione di braccio artificiale (completo)(parziale)*, V52.1 *Collocazione e sistemazione di gamba artificiale (completa)(parziale)*, V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario* e V52.8 *Collocazione e sistemazione di altra protesi specificata* sono da utilizzare in DP nei pazienti che necessitano di trattamento di chirurgia in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero

Nota sulla codifica:

Nel ricovero per solo impianto di protesi della mammella va utilizzato in DP dal cod. V52.4 *Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario se il tumore è stato precedentemente asportato.*

Il cod. V58.49 *Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato, sostituzione o rimozione di drenaggi* va utilizzato in DP in caso di ricovero di paziente operato, per osservazione ed eventuale terapia post-intervento chirurgico (sostituzione o rimozione di drenaggi).

PERSONE CHE RICORRONO AI SERVIZI SANITARI PER INTERVENTI SPECIFICI NON ESEGUITI (V64._)**Ricoveri programmati**

Quando un ricovero è stato **programmato** esclusivamente per eseguire un trattamento specifico, generalmente di tipo chirurgico, e questo non viene effettuato va riportato come DP il cod. V64._ *Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti (V64.1 *Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione; V64.2 *Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per decisione del paziente; V64.3 *Procedura non eseguita per altre ragioni).****

Nel caso in cui il trattamento non venga praticato per decisione del paziente o per motivi organizzativi va riportato:

DP: cod. V64.2 *Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per decisione del paziente* oppure

DP: cod. V64.3 *Procedura non eseguita per altre ragioni*

Nel caso, invece, in cui il trattamento non venga praticato per l'insorgenza di un'altra patologia va riportato:

DP: cod. della patologia insorta soltanto se è stata trattata nel corso del ricovero. Qualora la patologia complicante non abbia determinato impegno di risorse per quel ricovero si riporta in DP il cod. V64.1 *Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione.*

Ricoveri urgenti

Quando un ricovero è **urgente**, nel caso in cui il trattamento non venisse eseguito, per motivi organizzativi o per decisione del paziente, la condizione che al termine del ricovero è risultata essere il motivo dello stesso deve essere selezionata come DP. In tali casi fra le DS deve essere riportato uno dei cod. V64._ *Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti*.

Nota sulla codifica: il cod. V64.3 *Procedura non eseguita per altre ragioni* si riferisce a problemi organizzativi, indisponibilità della sala operatoria o dei posti letto di terapia intensiva, etc.

Nota sulla codifica: i cod. V64._ *Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti* non vanno utilizzati nei ricoveri di Medicina Fisica e Riabilitativa, Lungodegenza, Unità Spinale, Unità di Neuroriabilitazione.

V64.4 INTERVENTO CHIRURGICO CHIUSO CONVERTITO IN INTERVENTO A CIELO APERTO

Rientra nella categoria dei cod. V64._ anche la segnalazione dei casi chirurgici iniziati per via laparoscopica, toracoscopica od artroscopica convertiti in interventi a cielo aperto (cod. V64.4).

Quando un intervento chirurgico, inizialmente avviato per via laparoscopia, toracoscopia od artroscopia, viene successivamente convertito a cielo aperto l'intervento deve essere codificato utilizzando il cod. relativo alla procedura a cielo aperto, mentre tra le DS deve essere riportato il cod.: V64.41 *Intervento chirurgico per via laparoscopica convertito in intervento a cielo aperto*, V64.42 *Intervento chirurgico per via toracoscopica convertito in intervento a cielo aperto*, V64.43 *Intervento chirurgico per via artroscopica convertito in intervento a cielo aperto*.

ORTOPEDIA

I cod. V relativi all'ortopedia risultano i seguenti:

cod. V53.7 *Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici* va utilizzato unicamente nei casi di adattamento di protesi esterna (ad es. gesso) per gli arti e per il tronco

cod. V54.0_ *Trattamento ulteriore per dispositivo di fissazione interna* è da utilizzare in DP nei pazienti che necessitano di trattamento ortopedico, ad es. per la rimozione di placche o di viti, in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero; in DS va inserito il cod. della frattura pregressa

In caso di complicazioni non vanno utilizzati i codici V, bensì quelli relativi alla complicazione del dispositivo. Ad es. il malfunzionamento di dispositivo ortopedico interno va codificato con il cod. 996.4_ *Complicazioni meccaniche non specificate di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni* oppure 996.49 *Altre complicazioni meccaniche di altri dispositivi ortopedici interni, impianti e innesti*

cod. V54.1_ *Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica*

cod. V54.2_ *Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica*

cod. V54.8_ *Altro trattamento ortopedico ulteriore*

-cod. V54.81 *Trattamento ulteriore successivo a sostituzione articolare* va utilizzato in DP per il posizionamento della nuova protesi dopo rimozione per infezione o per inserire la protesi di rotula dopo impianto di protesi parziale di ginocchio

-cod. V54.89 *Altri trattamenti ortopedici ulteriori* va utilizzato in DP nel caso di rimozione di dispositivo immobilizzante esterno, rimozione di fissatore esterno invasivo (escluso il distrattore), rimozione filo di Kirschner ed ulteriori trattamenti post-frattura

Per le specifiche relative all'utilizzo dei cod. V si rimanda ai contenuti del cap. 13 Malattie del sistema osteoarticolare e del tessuto connettivo.

OTORINOLARINGOIATRA

I cod. V relativi all'otorinolaringoiatria risultano i seguenti:

cod. V44.0 *Presenza di tracheostomia* trova indicazione all'utilizzo in DS nei ricoveri riabilitativi o nei ricoveri per acuti quando la tracheostomia influenza il ricovero

cod. V55.0 *Controllo di tracheostomia* (chiusura, estrazione o sostituzione di catetere, introduzione di sonde o cateteri, revisione, sistemazione o ricollocamento di cateteri e toletta o pulitura) vanno utilizzati in DP quando il ricovero è rivolto a questi interventi

APERTURE ARTIFICIALI

I cod. V55._ *Controllo di aperture artificiali* vanno utilizzati unicamente nei casi in cui il paziente necessita di trattamenti specifici per la stomia, in assenza di patologia.

DIALISI

Con il cod. V56._ *Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente* è possibile descrivere le diverse procedure relative ai trattamenti dialitici e alla loro valutazione funzionale:

cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente. Dialisi (renale) SAI. Escluso lo stato di dialisi (V45.1)*

cod. V56.1 *Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi. Estrazione o sostituzione di catetere. Toletta o pulitura*

cod. V56.2 *Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi*

cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi. Dialisi peritoneale*

Nel ricovero esclusivamente finalizzato all'effettuazione del trattamento dialitico in DP va riportato il cod. V56._ *Trattamento ulteriore che richiede dialisi intermittente*.

Per le ulteriori specifiche sull'utilizzo di tali cod. si rimanda ai contenuti del cap. 10 Malattie del sistema genitourinario.

RIABILITAZIONE

I cod. V relativi alla riabilitazione sono rappresentati dai cod. V57._ *Cure riabilitative*. Per il loro utilizzo si rimanda al capitolo in appendice.

RADIOTERAPIA

Il cod. V relativi alla radioterapia è rappresentato dal cod. V58.0 *Sessione di radioterapia*. Per il suo utilizzo si rimanda al cap. 2 Tumori.

CHEMIOTERAPIA

I cod. V relativi alla chemioterapia sono rappresentati da:

cod. V58.11 *Chemioterapia antineoplastica*

cod. V58.12 *Immunoterapia antineoplastica*

Per il loro utilizzo si rimanda al cap. 2 Tumori.

RIANIMAZIONE

Un cod. V che può trovare utilizzo in rianimazione è rappresentato dal cod. V46.1_ *Dipendenza da respiratore [Ventilatore]. Polmone d'acciaio*.

DONATORI DI ORGANI O TESSUTI (V59.1-V59.8)

Questi cod. possono essere utilizzati, in DP, solo quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi da vivente.

OSSERVAZIONE PER SOSPETTA MALATTIA

Nel caso di ricovero per persone che non presentano segni o sintomi di malattia e che non hanno una precedente diagnosi di malattia, ma che si sospetta abbiano una condizione patologica che però non è confermata dalle indagini eseguite, va utilizzato: cod. V71 *Osservazione e valutazione per sospetto di manifestazioni morbose*.

Per ulteriori indicazioni si rimanda ai contenuti in introduzione del cap. Linee guida per la selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e terapeutiche.

RICOVERO PER MOTIVI FAMILIARI O SOCIALI DI PAZIENTI CON DEMENZA

Si codificano con:

DP: i cod. da V60._ a V63._

DS: cod. 331.0 *Malattia di Alzheimer*

oppure

DS: cod. 331.2 *Degenerazione senile dell'encefalo*

APPENDICE 1 RIABILITAZIONE

INTRODUZIONE

Lo scopo di questo capitolo è quello di affiancare il manuale ICD-9_CM 2007 nell'intento di conseguire una elevata omogeneità di codifica di diagnosi, interventi e procedure, e migliorare la qualità delle informazioni contenute nella SDO in modo da renderne più efficace l'utilizzo sia per fini clinici che amministrativi, epidemiologici e di governo clinico.

Lo scopo è quello di fornire regole generali per i ricoveri nei reparti riabilitativi:

- l'utilizzo della classificazione ICD-9-CM;
- la selezione e la codifica della diagnosi principale;
- la selezione e la codifica delle diagnosi secondarie;
- la selezione e codifica degli interventi/procedure.

Per l'appropriatezza dei ricoveri riabilitativi e di lungodegenza si rimanda alla normativa vigente (DGR n. 3913 del 4 dicembre 2007 e DGR n. 839 del 8 aprile 2008).

I ricoveri nei reparti riabilitativi prevedono che venga predisposto e conservato in cartella clinica il "progetto riabilitativo individuale", rivolto a definire le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi. E' richiesta inoltre la presenza di uno o più programmi riabilitativi per indicare gli specifici interventi assistenziali programmati per il raggiungimento degli obiettivi indicati nel progetto, erogati da tutte le figure professionali coinvolte.

Il progetto riabilitativo individuale va predisposto anche in 60 Lungodegenza nei casi in cui la riabilitazione venga effettuata.

CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI RIABILITATIVI

Per l'appropriatezza dei ricoveri riabilitativi e di lungodegenza si rimanda alla normativa vigente (DGR n. 3913 del 4 dicembre 2007 e DGR n. 839 del 8 aprile 2008). Di seguito sono riportati i criteri clinici per l'appropriatezza del ricovero riabilitativo, tratti dalle indicazioni del Ministero della Salute, delle Società Scientifiche e dalla linee guida.

Si richiama che la FIM o la Barthel sono criterio per l'ammissione al ricovero per la riabilitazione Neuromotoria (MCD1), Ortopedica (MCD8) e per l'MDC 23 ove in diagnosi sia presente una codifica riferibile a postumi, patologie ed esiti relativi a malattie del sistema nervoso o dell'apparato osteo-muscolare.

Per tutti gli altri ambiti riabilitativi (cardiovascolare, respiratorio, etc.) in attesa di aggiornamenti normativi, in analogia con lo spirito della DGR 3913/2007, si possono considerare anche altre scale di valutazione, specifiche per ambito riabilitativo, ove esse esprimano esaustivamente e contestualmente il grado di disabilità, il bisogno assistenziale e siano in grado di certificare gli outcome del trattamento, quindi devono essere compilate almeno all'ingresso e alla dimissione.

Non è possibile identificare un "low cut-off" di FIM, Barthel o altre scale in quanto anche punteggi particolarmente bassi non escludono a priori possibilità di recuperi significativi.

Le strutture di secondo livello, collocate all'interno dei presidi ospedalieri per acuti o in strutture riabilitative, erogano attività di riabilitazione intensiva, in regime di ricovero ordinario, per pazienti affetti da menomazioni e disabilità importanti modificabili, di natura ed entità tali da richiedere tutela medica specialistica/riabilitativa, trattamenti terapeutici intensivi ed interventi di nursing ad elevata specificità articolati nell'arco delle intere 24 ore, non erogabili in forma extraospedaliera. Sono possibili ricoveri ordinari per interventi valutativi (ove espressamente precisato codice disciplina 75).

Il ricovero ordinario è erogato, di norma, in continuità con un episodio di ricovero in struttura per acuti. Per i ricoveri riabilitativi in regime ordinario gli interventi valutativi e terapeutici devono essere della durata di almeno 3 ore giornaliere complessive, intensità riabilitativa ed assistenziale con necessità di supporto medico-infermieristico continuativo notturno ed erogati dall'équipe riabilitativa multidisciplinare, documentati in cartella clinica attraverso il progetto e programma riabilitativo individuale. Per i ricoveri riabilitativi in regime diurno gli interventi valutativi e terapeutici devono essere della durata di almeno 2 ore giornaliere complessive. Il ricovero in regime diurno non deve essere mai alternativo ad un trattamento ambulatoriale, ma ad un ricovero ordinario soprattutto nei casi in cui si preveda una deospedalizzazione graduale del paziente.

RICOVERI IN MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

I criteri di appropriatezza di ricovero in tali ambiti sono indicati dalla DGR 3913/2007 e possono prevedere sostanzialmente due situazioni principali:

1. ricovero successivo ad un evento indice (ictus, trauma, intervento di protesi, etc.) trattato in ricovero per acuti, entro 30 giorni dalla dimissione dallo stesso;
2. ricovero non in relazione ad evento indice o ricovero per acuti. Le maggiori indicazioni sono nella gestione successiva del paziente dopo domiciliazione prevista dal progetto riabilitativo, nella riacutizzazione di patologia non trattabile a domicilio ma senza necessità di un ricovero per acuti, o in casistiche specifiche previste dalla normativa; in tutti i casi l'appropriatezza del ricovero deve essere chiaramente documentata e verificabile in cartella clinica.

RIABILITAZIONE CARDIOVASCOLARE

Si tratta di ricoveri riabilitativi con codice disciplina 56 e pertanto assoggettati ai principi generali della riabilitazione.

1. Intervento riabilitativo correlato ad evento indice

Ricovero ordinario

1. pazienti subito dopo un intervento cardiocirurgico, con particolare priorità per i casi complicati o complessi per la presenza di:

- scompenso cardiaco (classe NYHA > II^a o frazione di eiezione < 40%), aritmie iper o ipocinetiche severe, necessità di terapie infusive, o elevato rischio di recidive ischemiche, altri fattori di instabilità (versamento pleurico, complicanze di tipo respiratorio, disturbi neurocognitivi o neuropsicologici, etc.), severe comorbilità associate, complicanze evento-correlate (ictus, TIA, insufficienza renale, ferite complicate, decubiti, etc.).

In genere il trasferimento dal reparto di cardiocirurgia al centro riabilitativo degenziale può avvenire già tra il 3° e il 7° giorno dopo l'intervento. Il trasferimento può avvenire più tardivamente nei casi in cui vi sono periodi prolungati di degenza in Rianimazione o Terapia Intensiva;

2. pazienti che dopo ricovero per scompenso cardiaco presentano un profilo di rischio medio-alto per:

- classe NYHA III^a-IV^a;
- aritmie cardiache importanti;
- necessità di terapie infusive e difficoltà allo svezzamento da esse;
- necessità di terapie da titolare o di ottimizzazione della terapia farmacologica in presenza di labilità clinica e/o dopo ricovero prolungato o complicato;
- necessità di supporto nutrizionale o meccanico;
- necessità di trattamento riabilitativo intensivo (educazione sanitaria intensiva, training fisico, ricondizionamento fisico);
- necessità di valutazione per indicazione o mantenimento dell'indicazione al trapianto cardiaco;

3. pazienti con IMA ed alto rischio clinico per:

- scompenso clinico o disfunzione ventricolare sinistra (con frazione di eiezione < 40%);
- ricovero prolungato in fase acuta o con complicanze e/o comorbilità;
- pazienti anziani o fragili che presentano un elevato livello di compromissione dell'autonomia;

4. pazienti post-trapianto cardiaco o con necessità di valutazione per porre indicazione all'esecuzione di trapianto cardiaco o per verificare periodicamente la persistenza dell'indicazione;

5. pazienti con cardiopatie inoperabili e comunque a medio-alto rischio nei quali si prevede che l'intervento riabilitativo possa prevenire il deterioramento clinico e la progressione della malattia di base;

6. pazienti portatori di devices di assistenza al circolo;

7. dopo intervento per arteriopatia periferica o dopo un evento vascolare acuto.

Ricovero diurno

L'intervento riabilitativo trova indicazione ad essere erogato in regime di ricovero diurno nelle stesse tipologie di pazienti eleggibili per il ricovero ordinario ma con quadro clinico stabilizzato e basso rischio di complicanze e/o associati a programmi di deospedalizzazione progressiva. Tutte le condizioni soprariportate necessitano di adeguata documentazione clinica.

2. Intervento riabilitativo non correlato ad evento indice

La presenza di un evento indice rappresenta il principale elemento di appropriatezza di un ricovero riabilitativo. **In casi selezionati** vi può essere indicazione ad un percorso riabilitativo in presenza di un documentato aggravamento della condizione disabilitante preesistente, anche dovuto a comorbidità interagenti.

Lontano da un evento indice, l'accesso ad una struttura di riabilitazione cardiovascolare per un intervento riabilitativo (ordinario o diurno), deve essere preceduto da una valutazione clinica specialistica, che evidenzi una variazione peggiorativa del quadro clinico cardiologico per evoluzione/progressione della malattia cardiaca e un aumento del grado di disabilità conseguente alla patologia cardiaca presente, con necessità clinico-assistenziali e riabilitative non erogabili attraverso un percorso ambulatoriale.

Si ribadisce che la documentazione clinica deve consentire la valutazione dei seguenti requisiti: motivazione del ricovero, presenza di progetto e programma riabilitativo e strumento di valutazione della disabilità.

I criteri di appropriatezza clinica indicanti un regime di ricovero ordinario o diurno sono gli stessi previsti per i ricoveri eseguiti in seguito ad un evento indice e in ogni caso vanno sempre accuratamente documentati.

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

Si tratta di ricoveri riabilitativi con codice disciplina 56 e pertanto assoggettati ai principi generali della riabilitazione.

1. Intervento riabilitativo correlato ad evento indice

Ricovero ordinario

- 1.** pre e post-chirurgia toraco-addominale con compromissione della funzionalità respiratoria;
- 2.** pazienti in svezamento da procedure ventilatorie (invasive e non invasive);
- 3.** Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva con compromissione della funzionalità respiratoria da moderata a grave;
- 4.** patologie neuromuscolari con prevalente compromissione della funzionalità respiratoria;
- 5.** altre condizioni che possono comportare compromissione della funzionalità respiratoria: bronchiectasie, fibrosi polmonare, asma bronchiale, gravi deformità toraciche.

In questo elenco rientra anche l'ospedalizzazione per riacutizzazione di patologia respiratoria (ad es. BPCO) non completamente stabilizzata ma non necessitante ricovero per acuti.

Ricovero diurno

L'intervento riabilitativo trova indicazione ad essere erogato in regime di ricovero diurno nelle stesse tipologie di pazienti eleggibili per il ricovero ordinario ma con quadro clinico stabilizzato e basso rischio di complicanze e/o associati a programmi di deospedalizzazione progressiva. Tutte le condizioni soprariportate necessitano di adeguata documentazione clinica.

2. Intervento riabilitativo non correlato ad evento indice

Il ricovero per RR può trovare indicazione per la riabilitazione della disabilità da patologie con compromissione della funzionalità respiratoria in cui una riacutizzazione o un deterioramento clinico provochino un peggioramento funzionale che trova indicazione ad un trattamento riabilitativo intensivo quale intervento finalizzato a prevenire un probabile ricovero per acuti.

L'accesso ad una struttura di RR per un intervento riabilitativo (ordinario o diurno), deve essere preceduto da una valutazione clinica specialistica, che evidenzi una variazione peggiorativa del quadro clinico respiratorio per evoluzione/progressione della malattia ed un aumento del grado di disabilità conseguente alla patologia stessa, con necessità clinico-assistenziali e riabilitative non erogabili attraverso un percorso ambulatoriale.

Si ribadisce che la documentazione clinica deve consentire la valutazione dei seguenti requisiti: motivazione del ricovero, presenza di progetto e programma riabilitativo e strumento di valutazione della disabilità.

I criteri di appropriatezza clinica indicanti un regime di ricovero ordinario o diurno sono gli stessi previsti per i ricoveri eseguiti in seguito ad un evento indice e in ogni caso vanno sempre accuratamente documentati.

RIABILITAZIONE ALCOOLOGICA

L'attività di alcoologia con codice disciplina 56 è prevista nelle schede di dotazione ospedaliera (DGR 2122/2013).

Si tratta di ricoveri riabilitativi con codice disciplina 56 e pertanto assoggettati ai principi generali della riabilitazione. Per il percorso riabilitativo dei pazienti con problemi alcol correlati, il regime di ricovero ordinario, riservato ai casi più gravi, sottolinea la necessità di garantire per i pazienti un approccio con elevato impegno diagnostico/terapeutico/riabilitativo multiprofessionale. La continuità assistenziale, deve prevedere una presenza infermieristica h24, una presenza medica specialistica mirata agli interventi riabilitativi, quantificabile in non meno di 3 ore al giorno, oltre all'apporto dell'équipe multiprofessionale (psicologo, assistente sociale, educatore professionale, etc.).

In alcuni casi il ricovero ordinario si rende necessario per situazioni socio-economiche di particolare disagio con necessità di allontanare il paziente dall'ambito familiare.

In tutti gli altri casi si prevede il ricovero diurno.

Tutte le motivazioni del ricovero, il progetto e il programma riabilitativo, gli strumenti di valutazione della disabilità e del bisogno assistenziale specifico e degli outcome devono essere rigorosamente documentati. In particolare la disabilità e i bisogni assistenziali devono essere attestati attraverso valutazioni specifiche, lo stesso strumento di rilevazione (scala, etc.), indicato da linee guida validate, deve essere contestualmente utilizzabile e riprodotto anche per la valutazione degli outcome.

Sarebbe consigliabile, per facilitare la verifica, che le modalità di accesso e l'inserimento delle strutture riabilitative nell'ambito della rete assistenziale trovino condivisione in percorsi assistenziali con l'ULSS dove è presente la struttura e l'eventuale ambito territoriale da cui afferiscono i pazienti.

Per i Ricoveri in riabilitazione alcolologica sono previste due situazioni:

1. Pazienti trasferiti da Unità Operative per acuti;

2. Pazienti che provengono da domicilio, con documentazione attestante la necessità del ricovero.

Scopo dell'intervento riabilitativo:

- Disassuefazione dall'alcool;
- Valutazione multiprofessionale per una completa individuazione delle problematiche afferenti alle varie aree (ad es: condizioni di salute, attività lavorativa, relazioni interpersonali, etc.);
- Valutazione in particolare della presenza di comorbilità psichiatrica;
- Modifica dello stile di vita;
- Predisposizione di un programma riabilitativo per il momento del ricovero;
- Predisposizione di un programma riabilitativo per la fase post dimissione.

RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE

Si tratta di ricoveri riabilitativi con codice disciplina 56 e pertanto assoggettati ai principi generali della riabilitazione. La riabilitazione dei disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating, altri disturbi dell'alimentazione di gravità clinica) secondo le linee guida attuali e le indicazioni tracciate dai Quaderni della Sanità è intensiva (cod. 56). La riabilitazione intensiva può essere erogata in regime di ricovero diurno, qualora le condizioni generali del paziente lo consentano, oppure in regime di ricovero ordinario.

La Regione Veneto, con l'Allegato B alla DGR n. 94 del 31 gennaio 2012, ha stabilito che la valutazione dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è di tipo clinico, non essendo disponibili dati empirici che riconoscano specifici fattori predittivi di successo del trattamento riabilitativo in regime di ricovero. I criteri raccomandati sono descritti nella tabella 1 dell'Allegato B della DGR 94/2012.

Bulimia ed anoressia nervosa

1. Intervento riabilitativo correlato ad evento indice

L'accesso al ricovero riabilitativo può avvenire a seguito di un evento indice, che può consistere in un ricovero in reparti internistici e/o pediatrici, per la gestione delle complicanze mediche secondarie alla malnutrizione, oppure in reparti psichiatrici per la gestione delle complicanze psichiatriche acute associate al disturbo dell'alimentazione.

2. Intervento riabilitativo non correlato ad evento indice

L'accesso al percorso di riabilitazione ospedaliera, in molti casi, avviene anche in assenza di un evento indice, secondo i criteri di appropriatezza riportati nella tabella 1 dell'Allegato B alla DGR 94/2012.

Obesità grave

I criteri di appropriatezza per il ricovero in regime ordinario o diurno di riabilitazione nutrizionale sono il frutto di un consenso di un gruppo di lavoro istituito dalla Regione Veneto e sono stati stabiliti con il Decreto del Dirigente della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria n. 99 del 9 luglio 2012. La valutazione dell'appropriatezza del ricovero è eseguita da un medico di reparto in una visita pre-ricovero e si basa sul punteggio ottenuto da una scala di valutazione che prende in considerazione i parametri contenuti nella tabella 2 dell'Allegato A al Decreto 99/2012.

1. Intervento riabilitativo correlato ad evento indice

L'accesso al ricovero riabilitativo può avvenire a seguito di un evento indice, che può consistere in un ricovero in reparti internistici per la gestione delle complicanze mediche acute associate all'obesità grave.

2. Intervento riabilitativo non correlato ad evento indice

L'accesso al percorso di riabilitazione ospedaliera, in molti casi, avviene anche in assenza di un evento indice, secondo i criteri di appropriatezza riportati nella tabella 2 dell'Allegato A alla Decreto 99/2012.

CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN UNITA' SPINALE

I criteri di appropriatezza di tali ricoveri sono esplicitati nella DGR 3913/2007.

La presa in carico in Unità Spinale (US) è indicata per i pazienti che presentano lesioni acquisite del midollo spinale o della cauda equina di diversa eziologia (traumatica, vascolare, infettiva, etc.) e a cui conseguono menomazioni disabilitanti di tipo senso-motorio (paraplegia, tetraplegia) e/o viscerale (vescica ed intestino neurologici, insufficienza ventilatoria), afferenti alla MDC 1.

I pazienti presi in carico presso le US possono provenire direttamente dalle Unità Operative per acuti (dimissione/ammissione nella stessa giornata), o da Unità di Medicina Riabilitativa codice disciplina 56 o 60 ove siano stati ricoverati in attesa di posto letto disponibile oppure dal domicilio se presentano specifiche necessità, indicate nella DGR 3913/2007.

Modalità di erogazione dell'assistenza riabilitativa presso le Unità Spinali

La presa in carico in regime di ricovero riabilitativo, ordinario o diurno, presso le US ha lo scopo di recuperare e/o mantenere il miglior grado di autonomia e partecipazione sociale consentito dalla/dalle patologia/e disabilitante/i, attraverso interventi assistenziali, terapeutici ed educativo/informativi.

Per la presa in carico in regime di ricovero riabilitativo deve essere redatto un progetto riabilitativo individuale.

Al fine di completare la presa in carico, il ricovero ordinario di US può essere seguito da un ricovero diurno di US. Il suo scopo è di favorire la graduale deospedalizzazione ed il reinserimento domiciliare e sociale, garantendo nel contempo un'adeguata gestione del paziente sul piano clinico ed assistenziale.

Si precisa che non vanno ricoverati in US pazienti che hanno le caratteristiche per il codice disciplina 56 con MDC 1.

CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN UDGE E URNA**UDGE E URNA**

I criteri di appropriatezza di tali ricoveri sono esplicitati nella DGR 3913/2007.

I percorsi clinici che avvengono in Unità per le Gravi Disabilità in Età Evolutiva e Unità di Riabilitazione per le Turbe Neuropsicologiche Acquisite sono suddivisibili in due macroaree.

Criteri clinici

L'Unità per le gravi disabilità dell'età evolutiva (UDGE) è deputata alla presa in carico di pazienti da 0 a 18 anni con disabilità complesse e gravi in esiti di lesione cerebrovascolare pre, peri, o post natali, sindromi genetiche e dismetaboliche, cerebrolesioni acquisite (traumatiche, ipossiche, neoplastiche, infettive e infiammatorie, vascolari), gravi psicopatologie dell'età evolutiva (disturbi dello spettro autistico, psicosi, disturbi affettivi), sindromi epilettiche farmacoresistenti, malattie neuromuscolari e del tessuto connettivo. Le diagnosi sono afferenti alle MDC 1, 8, 10, 19. L'età adulta (URNA) si rivolge a disabilità associata a menomazioni di natura neurologica, quali condizioni conseguenti a gravi eventi acuti, patologie neurodegenerative, infiammatorie, neoplastiche caratterizzate da deficit complessi (coesistenza di menomazioni su più di un dominio), patologie rare, gravi deficit neuropsicologici cognitivi o comportamentali acquisiti, su base congenita o geneticamente determinata. Le diagnosi sono afferente alla MDC 1.

Tipologia di pazienti presi in carico

I pazienti presi in carico presso le UDGE provengono direttamente dalle Unità Operative per acuti o dal territorio per specifiche richieste legate a inquadramento diagnostico e riabilitazione intensiva in fase post-acuta.

I pazienti presi in carico presso le URNA provengono direttamente dalle Unità Operative per acuti (dimissione/ammissione nella stessa giornata) o da Unità di Medicina Riabilitativa codice disciplina 56 o 60.

CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN UNITA' GRAVI CEREBROLESIONI

L'Unità per le gravi cerebrolesioni (UGC) è deputata alla presa in carico dei pazienti affetti dagli esiti di gravi traumatismi cranio-encefalici (TCE) ed altre gravi cerebrolesioni acquisite come i comi postanossici e gravi emorragie secondarie a malformazioni vascolari, caratterizzati nella loro evoluzione clinica da stato di coma (GCS \leq 8) più o meno protratto (di norma superiore alle 24 ore) e dal coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse. Sono pertanto esclusi, di regola, gli esiti di stroke ischemici (eccetto nei casi in cui l'evento ischemico comporta stato di coma superiore alle 24 ore) e di cerebropatie degenerative.

Tipologia di pazienti presi in carico presso le UGC

Le patologie disabilitanti prese in carico presso le UGC rientrano nella MDC 1 e 24.

I pazienti presi in carico presso le UGC provengono direttamente dalle Unità Operative per acuti (dimissione/ammissione nella stessa giornata), o da Unità di Medicina Riabilitativa codice disciplina 56 o 60 ove siano stati ricoverati in attesa di posto letto disponibile oppure dal domicilio se presentano specifiche necessità, indicate nella DGR 3913/2007.

La presa in carico in regime di degenza presso le strutture di alta specialità riabilitativa UGC ha lo scopo di recuperare e/o mantenere il miglior grado di autonomia e partecipazione sociale consentito dalla/dalle patologia/e disabilitante/i, attraverso interventi assistenziali, terapeutici ed educativo/informativi.

Per la presa in carico in regime di ricovero deve essere redatto un progetto e programma riabilitativo individuale.

Allo scopo è di favorire la graduale deospedalizzazione ed il reinserimento domiciliare e sociale, garantendo nel contempo un'adeguata gestione del paziente sul piano clinico ed assistenziale, il ricovero ordinario di UGC può essere seguito da un ricovero ordinario con codice disciplina 56 o con codice disciplina 60 o da un ricovero diurno di UGC.

Si precisa che non vanno ricoverati in UGC pazienti che hanno le caratteristiche per il codice disciplina 56 con MDC 1.

REGOLE DI CODIFICA IN MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA E LUNGODEGENZA

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

RICOVERI DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE

Si tratta dei casi in cui il ricovero in riabilitazione o lungodegenza post-acuzie avviene in stretta correlazione clinico-temporale a quello relativo all'evento acuto e si adotta la finestra temporale massima di 30 giorni tra il ricovero e la dimissione da una Unità Operativa per acuti o di Lungodegenza.

La codifica della SDO prevede che venga inserita una DP coerente con il **progetto riabilitativo**. I codici da utilizzare sono i seguenti:

DP: un cod. di postumo o, quando non sia possibile disporre di un cod. di postumo, un cod. di patologia o in sua assenza di segno o sintomo

DS: cod. V57.___ *Cure riabilitative* (dove previsto va utilizzata la quinta cifra)

Nota sulla codifica: per i ricoveri in Lungodegenza codice disciplina 60, il codice di riabilitazione V57.___ *Cure riabilitative* va obbligatoriamente segnalato tra le DS solo nel caso sia stato messo in atto un progetto riabilitativo individuale con attività estensive.

La patologia che determina la necessità di trasferire il paziente da un reparto per acuti ad un reparto di riabilitazione è da intendersi come la/le menomazioni e disabilità che comportano il maggiore assorbimento di risorse riabilitative, in modo che il caso sia assegnato alla corretta MDC. Eventuali condizioni morbose concomitanti potranno essere indicate in DS.

Tale regola di codifica va utilizzata anche nei seguenti casi in cui dopo un primo ricovero in riabilitazione post-acuzie, risulti la necessità di effettuare un secondo ricovero:

- dopo un primo ricovero riabilitativo inviato da reparto per acuti (Cardiochirurgia, Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Unità Coronarica Intensiva) in Riabilitazione (codice disciplina 56) per patologie cardiovascolari afferenti all'MDC 5 e conclusosi con dimissione terapeutica per ambientazione domiciliare, solo nel caso in cui il secondo ricovero riabilitativo sia determinato da menomazioni/disabilità derivanti dalla patologia cardiovascolare ed il rientro sia stato specificamente previsto nel progetto riabilitativo e sia finalizzato al

suo completamento; il setting assistenziale individuato per il secondo ricovero riabilitativo può risultare anche quello del ricovero diurno;

Per poter utilizzare questa regola di codifica il secondo ricovero riabilitativo deve comunque avvenire entro 30 giorni dalla dimissione dal reparto per acuti;

- dopo un primo ricovero riabilitativo inviato da reparto per acuti (Chirurgia Toracica, Pneumologia) in Riabilitazione (codice disciplina 56) per patologie respiratorie afferenti all'MDC 4 e conclusosi con dimissione terapeutica per ambientazione domiciliare, solo nel caso in cui il secondo ricovero riabilitativo sia determinato da menomazioni/disabilità derivanti dalla patologia polmonare ed il rientro sia stato specificamente previsto nel progetto riabilitativo e sia finalizzato al suo completamento; il setting assistenziale individuato per il secondo ricovero riabilitativo può risultare anche quello del ricovero diurno. Per poter utilizzare questa regola di codifica il secondo ricovero riabilitativo deve comunque avvenire entro 30 giorni dalla dimissione dal reparto per acuti;
- i ricoveri riabilitativi inviati da Unità Spinale o Neuroriabilitazione.

Nella riabilitazione delle malattie polmonari croniche (ad es. BPCO) la finestra temporale 0-30 giorni si applica tra l'evento acuto (riacutizzazione) ed il ricovero riabilitativo; la riacutizzazione non sempre dà luogo a ricovero, ma deve essere in ogni caso dettagliatamente documentata in cartella clinica. Anche in questi casi si seguono le regole di codifica dei ricoveri di riabilitazione post-acuzie.

RICOVERI ELETTIVI PER ATTIVITÀ RIABILITATIVA

Per i ricoveri in Medicina Fisica e Riabilitazione che non sono in diretta connessione con l'evento acuto, ovvero con un intervallo temporale tra i due ricoveri (dimissione da ricovero acuto - ricovero riabilitativo) superiore a 30 giorni, la modalità di codifica è la seguente:

DP: cod. V57. __ *Cure riabilitative*

DS: il cod. di postumo o di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo

Fanno eccezione a questa regola generale:

- i ricoveri verso le Unità Operative di Alta Specialità Riabilitativa (codice disciplina 28 e codice disciplina 75), nel rispetto dei requisiti di appropriatezza del ricovero previsti in merito dalla normativa vigente;
- dopo un primo ricovero in Riabilitazione (codice disciplina 56) per patologie neurologiche afferenti all'MDC 1 e conclusosi con dimissione terapeutica per ambientazione domiciliare, solo nel caso in cui il secondo ricovero sia determinato da menomazioni/disabilità derivanti dalla patologia neurologica ed il rientro sia stato specificamente previsto nel progetto riabilitativo e sia finalizzato al suo completamento;
- i ricoveri che avvengono a causa di variazione del quadro clinico e della disabilità, conseguente a riacutizzazione o evoluzione della malattia di base rappresentata da patologie neurologiche a più o meno lenta tendenza evolutiva; in tali casi infatti la riacutizzazione o evoluzione della patologia non sempre dà luogo ad un ricovero in reparto per acuti, ma deve essere in ogni caso dettagliatamente documentata in cartella clinica, anche attraverso il rilievo di una disabilità consistente (FIM<91 e/o Barthel<70) e di una documentata e significativa variazione di disabilità rispetto alla condizione precedentemente rilevata. Sono invece da ritenersi sempre escluse da questa deroga le variazioni di menomazione e disabilità, generalmente transitorie, dovute a riacutizzazioni/evoluzioni di patologie diverse rispetto a quelle neurologiche;
- i ricoveri di pazienti dimessi da oltre 30 giorni da reparti per acuti nelle seguenti condizioni:
 - a) dimessi da reparti per acuti in attesa di concessione del carico;
 - b) pazienti amputati in attesa del completamento della stabilizzazione clinica del moncone e della fornitura della protesi;nell'intervallo di tempo tra la dimissione da reparto per acuti ed il ricovero in reparto di riabilitazione può eventualmente essere stato effettuato anche un ricovero in reparto codice disciplina 60 o 56, per la gestione delle condizioni patologiche sopracitate;
- i ricoveri effettuati per valutazione e successivo trattamento della spasticità (deve essere adeguatamente documentata in cartella la presenza di comorbidità o di necessità assistenziali o l'esecuzione di valutazioni cliniche e/o strumentali, tali da richiedere il ricovero).

Nelle eccezioni vanno seguite le modalità di codifica dei ricoveri di riabilitazione post-acuzie.

Per le attività riabilitative-educative rivolte a specifiche condizioni disabilitanti legate a turbe dell'alimentazione e/o ad abuso di alcool, in funzione del fatto che di regola tali ricoveri non sono direttamente connessi ad eventi acuti e pertanto debbono essere considerati ricoveri elettivi per attività riabilitativa, la modalità unica di codifica è la seguente:

DP: cod. V57._89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*

DS: il cod. di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo.

CODIFICA DELLE PRINCIPALI PROCEDURE

Si precisa che per una più completa descrizione dell'attività riabilitativa svolta devono essere utilizzati, negli spazi relativi alle procedure fino ad un massimo di 6 complessive, anche i codici di procedura del manuale ICD-9_CM 2007.

I codici di più frequente utilizzo per descrivere le procedure riabilitative effettuate sono i seguenti:

- cod. 93.11 *Esercizi assistiti*
- cod. 93.22 *Training del passo*
- cod. 93.24 *Addestramento all'uso della protesi o apparecchi ortesici*
- cod. 93.31 *Esercizi assistiti in piscina*
- cod. 93.36 *Riabilitazione cardiologica*
- cod. 93.39 *Terapia fisica strumentale*
- cod. 93.75 *Training del linguaggio e terapia*
- cod. 93.83 *Terapia occupazionale*
- cod. 93.9_ *Terapia respiratoria*
- cod. 94.08 *Valutazione e test psicologici*

A queste procedure verrà attribuita la data di inizio del trattamento, intendendosi però che la procedura stessa è stata poi eseguita per tutto il successivo corso del ricovero.

Vanno poi segnalate le altre procedure ritenute significative sul piano clinico e/o del consumo di risorse (ad es. rimozione tracheotomia, posizionamento o rimozione PEG, etc.).

Nel caso di somministrazione di tossina botulinica il cod. è 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche*.

ESEMPI

TRATTAMENTI RIABILITATIVI PER SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONE

DP: cod. V43.6_ *Articolazione sostituita con altri mezzi*

DS: cod. della patologia che ha determinato l'intervento chirurgico

DS: cod. di rigidità articolare

DS: cod. V57.1 *Altra fisioterapia*

L'eventuale presenza di complicazioni dell'intervento chirurgico va indicata come segue:

DS: cod. 996.4 *Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni*

oppure

DS: cod. 996.66 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne*

oppure

DS: cod. 996.77 *Altre complicazioni da protesi articolari interne*

TRAUMATISMI OPERATI

DP: cod. 905._ *Postumi di traumi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo*

oppure

DP: cod. 907._ *Postumi di traumi del sistema nervoso*

DS: codici che identificano la tipologia del trauma (frattura, lussazione, distorsione, traumi cranici, lesioni spinali, etc.)

DS: cod. V57. 1 *Altra fisioterapia*

L'eventuale presenza di complicazioni dei traumi operati va indicata come segue:

DS: il cod. 996.4 *Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni*

oppure

DS: cod. 996.67 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti ortopedici interni* oppure

DS: cod. 996.78 *Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti ortopedici interni*

RICOVERI RIABILITATIVI NEURO-ONCOLOGICI

DP: va sempre posto il cod. della menomazione neurologica che ha assorbito la maggiore parte delle risorse assistenziali riabilitative:

Esempio:

DP: cod. 342. __ *Emiplegia ed emiparesi*

oppure

DP: cod. 344. __ *Quadriplegia, paraplegia, diplegia, monoplegia, cauda equina ed altre sindromi paralitiche*

oppure

DP: cod. 334.3 *Atassia cerebellare*

oppure

DP: cod. 784.3 *Afasia*

DS: cod. V57.1 *Altra fisioterapia*

DS: **se il paziente non è stato operato, va utilizzato il cod. della neoplasia:**

-cod. 191. __ *Tumori maligni dell'encefalo* oppure cod. 192. __ *Tumori maligni di altre e non specificate parti del sistema nervoso* oppure cod. 198.3 *Tumori maligni secondari di encefalo e midollo spinale* oppure cod. 198.4 *Tumori maligni secondari di altre parti del sistema nervoso* oppure cod. 225. __ *Tumori benigni dell'encefalo e di altre parti del sistema nervoso* oppure cod. 237.5-237.9 *Tumori di comportamento incerto del sistema nervoso.*

DS: **se il paziente è stato operato, va utilizzato:**

-cod. V10.85 *Anamnesi personale di tumore maligno al cervello*

-cod. V45.89 *Altro stato post-chirurgico. Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico*

DS: devono essere riportati ulteriori cod. relativi ad altre menomazioni neurologiche trattate.

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA POST-INTERVENTO CHIRURGICO

Nel caso di ricovero per riabilitazione respiratoria post-intervento chirurgico vanno utilizzati:

DP: cod. di patologia per le malattie polmonari croniche

oppure

DP: cod. 518.5 *Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico*

DS: cod. V57.0 *Fisioterapia respiratoria*

IP: cod. 93.18 *Esercizi respiratori*

IP: cod. 93.99 *Altre procedure respiratorie (drenaggio posturale; ventilazione a pressione negativa continua [CNP])*

IP: cod. 93.96 *Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)*

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA IN PAZIENTI CHE HANNO SUBITO UN INTERVENTO DI TRACHEOSTOMIA

Nel caso di ricovero per riabilitazione respiratoria in pazienti che hanno subito un intervento di tracheostomia vanno utilizzati:

DP: cod. V55.0 *Controllo di tracheostomia*

DS: cod. V57.0 *Fisioterapia respiratoria*

IP: cod. 93.18 *Esercizi respiratori*

IP: cod. 93.99 *Altre procedure respiratorie (drenaggio posturale; ventilazione a pressione negativa continua [CNP])*

IP: cod. 9396 *Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)*

RIABILITAZIONE POST-CARDIOCHIRURGICA PER SOSTITUZIONE VALVOLARE

Nel caso di ricovero per riabilitazione cardiologica post-intervento cardiochirurgico di sostituzione valvolare vanno utilizzati:

- DP: cod. V42.2 *Valvola cardiaca sostituita da trapianto*
oppure
- DP: cod. V43.3 *Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi*
- DS: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*
- IP: cod. 93.36 *Riabilitazione cardiologica*
- IP: cod. 93.11 *Esercizi assistiti*

RIABILITAZIONE POST-CARDIOCHIRURGICA PER RIVASCOLARIZZAZIONE MIOCARDICA

Nel caso di ricovero per riabilitazione cardiologica post-intervento cardiochirurgico di rivascularizzazione miocardica vanno utilizzati:

- DP: cod. V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi*
- DS: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*
- DS: cod. V45.81 *Stato post-chirurgico di by pass aorto-coronarico*
- IP: cod. 93.36 *Riabilitazione cardiologica*
- IP: cod. 93.11 *Esercizi assistiti*

Nota sulla codifica: nel caso di riabilitazione cardiologica post-intervento cardiochirurgico di rivascularizzazione miocardica va utilizzato il cod. V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi* e non il cod. V45.81 *Stato postchirurgico di by-pass aorto-coronarico* in quanto quest'ultimo porterebbe all'attribuzione dell'MDC 23 *Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari*

Nel caso di ricovero per riabilitazione cardiologica post-intervento cardiochirurgico di rivascularizzazione miocardica che avviene dopo 30 giorni dalla dimissione da reparto per acuti vanno utilizzati:

- DP: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*
- DS: cod. V43.4 *Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi*
- DS: cod. V45.81 *Stato post-chirurgico di by pass aorto-coronarico*
- IP: cod. 93.36 *Riabilitazione cardiologica*
- IP: cod. 93.11 *Esercizi assistiti*

RIABILITAZIONE POST-PTCA PER INFARTO MIOCARDICO ACUTO

Nel caso di ricovero per riabilitazione cardiologica post-PTCA per infarto miocardico acuto che avviene entro 30 giorni dalla dimissione da reparto per acuti vanno utilizzati:

- DP: cod. 410._2 *Infarto miocardico acuto (specificare la sede), episodio successivo di assistenza*
- DS: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*
- DS: cod. V45.82 *Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale*
- DS: cod. 428.2_ *Insufficienza cardiaca sistolica*
- IP: cod. 93.36 *Riabilitazione cardiologica*
- IP: cod. 93.11 *Esercizi assistiti*

RIABILITAZIONE POST-CARDIOCHIRURGICA PER ALTRE PATOLOGIE CARDIACHE

Nel caso di ricovero per riabilitazione cardiologica post-intervento cardiochirurgico di altre patologie cardiache quali ad esempio esiti di exeresi di mixoma atriale e riparazioni di difetti cardiaci congeniti vanno utilizzati:

- DP: cod. 429.4 *Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca*
- DS: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*
- IP: cod. 93.36 *Riabilitazione cardiologica*
- IP: cod. 93.11 *Esercizi assistiti*

MALATTIE CEREBROVASCOLARI

- DP: cod. 438. __ *Postumi delle malattie cerebrovascolari*
- DS: i codici che identificano la tipologia del danno cerebrovascolare
per gli ictus e le vasculopatie cerebrali:

- cod. 430 *Emorragia sub aracnoidea*
- cod. 431 *Emorragia cerebrale*
- cod. 432. _ *Altre e non specificate emorragie intracraniche*
- cod. 434. _ *Occlusione delle arterie cerebrali*
- cod. 436 *Vasculopatie cerebrali acute, mal definite*
- cod. 437. _ *Altre mal definite vasculopatie cerebrali*

per gli ictus tronco-encefalici e/o cerebellari:

- cod. 433. _ *Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali*

per i casi che lo richiedono per indicare l'eventuale presenza di stato postchirurgico:

- cod. V45.89 *Altro stato post-chirurgico. Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico*

devono essere riportati ulteriori codici relativi ad altri postumi neurologici trattati:

- cod. 438. _ *Postumi delle malattie cerebrovascolari*

DS: cod. V57.1 *Altra fisioterapia*

CEREBROPATIA POSTANNOSSICA

DP: cod. 348.1 *Danno encefalico da anossia*

DS: i codici relativi ad altre menomazioni neurologiche trattate:

- cod. 334.3 *Altra atassia cerebellare*
- cod. 342. _ *Emiplegia e emiparesi*
- cod. 344. _ *Altre sindromi paralitiche*
- cod. 368.2 *Diplopia*
- cod. 781.0 *Movimenti involontari anormali*
- cod. 781.2 *Disturbi dell'andatura*
- cod. 781.3 *Turbe della coordinazione, atassia*
- cod. 784.3 *Afasia*
- cod. 784.5 *Disartria*
- cod. 787.2 *Disfagia*
- cod. 780.03 *Stato vegetativo persistente*

DS: cod. V57.1 *Altra fisioterapia*

RIABILITAZIONE ALCOOLOGICA

DP: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*

DS: cod. 303 *Sindrome di dipendenza da alcool*

I/P: cod. degli interventi riabilitativi effettuati

RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE

Anoressia e bulimia:

DP: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*

DS: cod. 307.1 *Anoressia nervosa*

oppure

DS: cod. 307.50 *Disturbo dell'alimentazione non specificato*

oppure

DS: cod. 307.51 *Bulimia nervosa*

Uno o più codici di Interventi/procedure tra i seguenti:

I/P: cod. 93.89 *Riabilitazione non classificata altrove*

I/P: cod. 94.33 *Terapia comportamentale individuale*

I/P: cod. 94.44 *Altra terapia di gruppo*

I/P: cod. 93.12 *Altri esercizi muscolo scheletrici attivi*

I/P: cod. 89.39 *Metabolismo basale BMR*

I/P: cod. 94.11 *Valutazione psichiatrica dello stato mentale*

I/P: cod. 94.08 *Altra valutazione e test psicologico*

I/P: cod. 94.42 *Terapia familiare*

I/P: cod. 94.38 *Psicoterapia verbale di supporto*

I/P: cod. 93.83 *Terapia occupazionale*
I/P: cod. 94.25 *Altra terapia psichiatrica con farmaci*
I/P: eventuali altri cod.

Obesità grave:

DP: cod. V57.89 *Cura che richiede l'impiego di altro procedimento specifico di riabilitazione*
DS: cod. 278.01 *Obesità grave*
DS: cod. V85.__ *Indice di massa corporea*
oppure
DS: cod. 307.50 *Disturbo dell'alimentazione non specificato*
oppure
DS: cod. 307.51 *Bulimia nervosa*
I/P: cod. 93.89 *Riabilitazione non classificata altrove*
I/P: cod. 94.33 *Terapia comportamentale individuale*
I/P: cod. 94.44 *Altra terapia di gruppo*
I/P: cod. 93.12 *Altri esercizi muscolo scheletrici attivi*
I/P: cod. 89.39 *Metabolismo basale BMR*
I/P: cod. 94.11 *Valutazione psichiatrica dello stato mentale*
I/P: cod. 94.08 *Altra valutazione e test psicologico*
I/P: eventuali altri cod.

APPENDICE 2 TERAPIA ANTALGICA

DOLORE (338)

La categoria 338 *Dolore* classifica i diversi quadri clinici caratterizzati dalla presenza di una sindrome dolorosa rilevante. La categoria include i seguenti cod.:

- cod. 338.0 *Sindrome da dolore centrale*
- cod. 338.1_ *Dolore acuto*
 - cod. 338.11 *Dolore acuto da trauma*
 - cod. 338.12 *Dolore acuto post-toracotomia*
 - cod. 338.18 *Altri dolori acuti post-operatori*
 - cod. 338.19 *Altri dolori acuti. Escluso quello da neoplasia (cod. 338.3)*
- cod. 338.2_ *Dolore cronico* (con la quinta cifra che specifica ulteriormente come avviene per il dolore acuto)
- cod. 338.3 *Dolore correlato a neoplasia (acuto e cronico)*
- cod. 338.4 *Sindrome da dolore cronico*

Nel caso il dolore sia associato a fattori psicologici va indicato in DP un cod. della categoria 338 e in DS un cod. della sottocategoria 307.8_ *Disturbi da dolore correlato a fattori psicologici*.

L'utilizzo dei cod. della categoria 338 può essere ammesso in DP quando il trattamento del dolore sia motivo principale/esclusivo del ricovero o nel caso non sia stata individuata una diagnosi relativa alla patologia di base.

Per la codifica della terapia del dolore oncologico si rimanda ai contenuti del cap. 2 Tumori.

INSERZIONE DI POMPA DI INFUSIONE

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: codificare il postumo

DS: codificare la malattia di base

I/P: cod. 86.06 *Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile* codificare anche il cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*.

INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NEL CANALE VERTEBRALE

In caso di iniezione locale di sostanze terapeutiche nel canale vertebrale (anestetico o cortisone) vanno utilizzati rispettivamente i cod.:

03.91 *Iniezione di anestetico nel canale vertebrale*

03.92 *Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale* (ad es. cortisone)

PROCEDURA DI BLOCCO CONTINUO PERINERVOSO

I/P: cod. 05.89 *Altri interventi su nervi simpatici*

Qualora sia necessario un successivo ricovero finalizzato alla mobilizzazione dell'articolazione o al trattamento del dolore articolare, il cod. da utilizzare è il seguente:

DP: cod. 338.29 *Altro dolore cronico*

RADIOFREQUENZA

Nel caso di ricovero per l'effettuazione di procedura di radiofrequenza all'interno della cartella clinica devono essere chiaramente documentate la descrizione delle cause e la documentazione clinica come di seguito elencato:

- descrizione delle cause:
 1. stenosi primitiva o secondaria del canale vertebrale e del forame di coniugazione
 2. esiti post-chirurgici sulla colonna o sul disco intervertebrale
 3. processi infiammatori o infettivi derivanti da patologie del disco delle articolazioni o delle meningi
- documentazione di eventuali pregresse procedure algologiche (farmaci, peridurali, blocchi, etc.), anamnesi, esame obiettivo specialistico, eventuali esami strumentali a supporto (quali Rx, TAC o RMN), documentazione iconografica inerente l'intervento eseguito, descrizione accurata della procedura.

Radiofrequenza dei nervi periferici

DP: codificare la malattia di base
I/P: cod. 04.2 *Demolizione di nervi cranici e periferici*

Radiofrequenza faccette articolari

DP: codificare la malattia di base
I/P: cod. 04.2 *Demolizione di nervi cranici e periferici*

Radiofrequenza pulsata sul ganglio o sulle radici nervose del midollo

DP: cod. 724_ ad es. cod. 724.4 *Neurite o radicolite toracica o lombosacrale SAI, non specificata Sindrome radicolare degli arti inferiori*
DP: cod. 722_ ad es. cod. 722.83 *Sindrome postlaminectomia, regione lombare*
I/P: cod. 03.99 *Altri interventi sul midollo spinale e sulle strutture del canale vertebrale*

PERIDUROLISI

Nel caso di ricovero per l'effettuazione di procedura di peridurolisi all'interno della cartella clinica devono essere chiaramente documentate la descrizione delle cause e la documentazione clinica come di seguito elencato:

- descrizione delle cause:
 1. stenosi primitiva o secondaria del canale vertebrale e del forame di coniugazione
 2. esiti post-chirurgici sulla colonna o sul disco intervertebrale
 3. processi infiammatori o infettivi derivanti da patologie del disco delle articolazioni o delle meningi
- anamnesi, esame obiettivo specialistico, documentazione di pregresse procedure algologiche (farmaci, peridurali, blocchi, etc.), eventuali esami strumentali a supporto (quali Rx, TAC o RMN), documentazione iconografica inerente l'intervento eseguito, descrizione accurata dell'atto operatorio.

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: cod. 724_ ad es. cod. 724.4 *Neurite o radicolite toracica o lombosacrale SAI, non specificata Sindrome radicolare degli arti inferiori*
DP: cod. 722_ ad es. cod. 722.83 *Sindrome postlaminectomia, regione lombare*
I/P: cod.03.6 *Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi*
I/P: cod.03.92 *Infiltrazione di farmaci nel canale vertebrale*

Nota sulla codifica: nei casi di peridurolisi con radiofrequenza va associato il cod. 03.99.

ANULOPLASTICA, NUCLEOPLASTICA, DISCECTOMIA

Si rimanda ai contenuti del cap. 13 Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo.

TEST PER INFUSIONE INTRATECALE DI FARMACI: A BOLO SINGOLO

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: codificare la malattia di base (ad es. nevralgia, neurite e radicolite, non specificate cod. 729.2)
I/P: cod. 03.92 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*

TEST PER INFUSIONE INTRATECALE DI FARMACI: CON INSERZIONE DEL CATETERE O TEST A BOLO CONTINUO

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: codificare la malattia di base (ad es. nevralgia, neurite e radicolite, non specificate 729.2)
I/P: cod. 03.90 *Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative*
I/P: codificare anche eventuale impianto di pompa ad infusione (cod. 86.06)

TEST DI ELETTRO-STIMOLAZIONE PERCUTANEA NEL CANALE VERTEBRALE (COMPRESO SACRALE)

Nel caso di ricovero per l'effettuazione di tale procedura all'interno della cartella clinica devono essere chiaramente documentate:

1. pregresse procedure algologiche
2. eventuali esami che documentano la neuropatia o i disturbi di funzione
3. documentazione iconografica inerente l'intervento eseguito e descrizione accurata dell'atto operatorio

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: codificare la malattia di base

I/P: cod. 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*

I/P. cod. 86.94-86.98 *Inserzione/sostituzione/riposizionamento di generatore di impulsi*

COLLOCAZIONE DI IMPIANTO DEFINITIVO DI ELETTRODO/I DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE CON GENERATORE DI IMPULSI

Nel caso di ricovero per l'effettuazione di tale procedura all'interno della cartella clinica devono essere chiaramente documentate:

- valutazione NRS durante trial di stimolazione (con provvisorio) con riduzione del dolore uguale o superiore al 50%
- eventuali esami che attestano un miglioramento di funzione
- anamnesi, esame obiettivo specialistico, documentazione di pregresse procedure algologiche (farmaci, peridurali, blocchi, etc.), eventuali esami strumentali a supporto (quali Rx, TAC o RMN), documentazione iconografica inerente l'intervento eseguito, descrizione accurata dell'atto operatorio

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: cod. V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*

I/P: cod. da 86.94 a 86.98 *Inserzione del generatore di impulsi*

Se viene sostituito l'elettrodo o componenti del medesimo va indicato anche il cod. 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*.

SOSTITUZIONE DI ELETTRODO/I E/O DEL GENERATORE DI IMPULSI DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: cod. V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*

I/P: cod. 86.96 - 86.97 - 86.98 *Inserzione del generatore di impulsi* codificare anche eventuale cod. 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*, se effettivamente sostituito l'elettrodo o componenti del medesimo

RIMOZIONE DI ELETTRODO/I E/O DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE

Specificare in cartella clinica se si tratta di: inefficacia sul dolore o decisione del paziente.

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: cod. V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*

I/P: cod. 86.05 *Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo (rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo o doppio compreso catetere)*

RIMOZIONE DEL SOLO ELETTRODO CON MANTENIMENTO IN SITU DEL NEUROSTIMOLATORE (NEL CASO DI INFEZIONI E/O DEISCENZE NELLA SEDE DI IMPIANTO DELL'ELETTRODO) O RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE CON MANTENIMENTO IN SITU DELL' ELETTRODO (NEL CASO DI INFEZIONI E/O DEISCENZE, DECUBITI DELLA TASCA)

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: cod. 996.63 *Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso*

DS: cod. V53.02 *Neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)*

I/P: cod. 03.94 *Rimozione di elettrodo/i e/o anche il cod. 86.05 Rimozione di generatore di neurostimolatore spinale*

TEST DI ELETTRO-STIMOLAZIONE PERCUTANEA SU NERVO PERIFERICO

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: codificare la malattia di base

I/P: cod. 04.92 *Impianto di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*

COLLOCAZIONE DI IMPIANTO DEFINITIVO O SOSTITUZIONE DI ELETTRODO/I DI NEUROSTIMOLATORE DEI NERVI PERIFERICI

Nel caso di ricovero per l'effettuazione di tale procedura all'interno della cartella clinica devono essere chiaramente documentate:

- valutazione NRS durante trial di stimolazione (con provvisorio) con riduzione del dolore uguale o superiore al 50%
- eventuali esami che attestano un miglioramento di funzione
- anamnesi, esame obiettivo specialistico, documentazione di pregresse procedure algologiche (farmaci, peridurali, blocchi, etc.), eventuali esami strumentali a supporto (quali Rx, TAC o RMN), documentazione iconografica inerente l'intervento eseguito, descrizione accurata dell'atto operatorio.

La codifica da utilizzare è la seguente:

DP: codificare il postumo

DS: codificare la malattia di base

I/P: cod. 04.92 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neuro stimolatore dei nervi periferici* codificare anche l'eventuale inserzione del generatore di impulsi del neurostimolatore (cod. da 86.94 a 86.98)

NEUROMODULAZIONE DEI NERVI PER CEFALIE CRONICHE INTRATTABILI

Inserzione di neurostimolatore

DP: emicrania non trattabile (346._1) o se non è stata formulata una diagnosi definitiva si possono utilizzare i cod. relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite (cod. 780 – 799)

I/P: cod. 04.92 *Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici* in associazione al cod. 86.96 *Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neuro stimolatore*

Limitatamente alle condizioni di dipendenza da farmaci non oppioidi la codifica è la seguente:

DP: cod. 784.0 *Cefalea* oppure cod. 346._1 *Emicrania non trattabile*

DS: cod. 304.81 *Dipendenza da combinazioni di sostanze che escludono gli oppioidi, continua*

I/P: cod. 04.92 *Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici* in associazione al cod. 86.96 *Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neuro stimolatore*

I/P: cod. 94.66 *Disintossicazione e riabilitazione da farmaci*

Nota sulla codifica: la dipendenza da antidolorifici deve essere documentata in cartella clinica.

Sostituzione di neurostimolatore

DP: cod. V53.02 *Collocazione e sistemazione di dispositivo relativo al sistema nervoso*

DS: cod. 784.0 *Cefalea* oppure cod. 346._1 *Emicrania non trattabile*

I/P: cod. 86.96 *Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore* codificare anche eventuale cod. 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*, se effettivamente sostituito l'elettrodo o componenti del medesimo

IMPIANTO DI PACE-MAKER NEURALE O ELETTROSTIMOLATORE NEURO-UROLOGICO

Impianto di elettrodo/i con test di elettro-stimolazione percutanea di un nervo sacrale (primo tempo):

DP: cod. 356.8 *Altre specificate neuropatie periferiche idiopatiche*

DS: se ♂ cod. 788.32 *Incontinenza urinaria da sforzo nel maschio*

DS: se ♀ cod. 625.6 *Incontinenza urinaria da sforzo nella donna*
oppure

DS: cod.597.81 *Sindrome uretrale SAI*

oppure

DS: cod.788.0 *Dolore del sistema urinario*

oppure

DS: cod.788.20 *Ritenzione non specificata di urina*

oppure

DS: cod.788.21 *Svuotamento incompleto della vescica*

oppure

DS: cod.788.9 *Dolore vescicale*

oppure

DS: cod. di altre patologie concomitanti o complicanze della malattia principale

I/P: cod. 03.93 *Impianto definitivo o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*

Collocazione di impianto definitivo di elettrodo/i di neurostimolatore spinale (secondo tempo):

DP: la malattia di base

I/P: i cod. da 86.94 a 86.98 *Inserzione del generatore di impulsi* codificare anche eventuale cod. 03.93

Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale

Se viene sostituito l'elettrodo o componenti del medesimo va indicato anche il cod. 03.93 *Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*.

IMPIANTO DI NEUROSTIMOLATORE SACRALE PER INCONTINENZA FECALE

Per l'impianto di neurostimolatore sacrale per incontinenza fecale valgono le indicazioni riportate per l'impianto di pace-maker neurale o elettrostimolatore neuro-urologico, ma con l'indicazione di riportare in DS il cod. 787.6 *Incontinenza fecale*.

APPENDICE 3 TESSUTI DA BANCA ED ATTIVITA' DI TRAPIANTOLOGIA

INNESTO DI OSSO (FRESCO, LIOFILIZZATO, PASTA D'OSSO) DA BANCA

DP: codificare la patologia che richiede il trapianto

DS: cod. V42.4 *Ossso sostituito da trapianto*

I/P: cod. 78.0_ *Innesto osseo*

RIPARAZIONE CON INNESTO DI TENDINE/FASCIA DA BANCA

DP: cod. della patologia di base

DS: cod. V42.89 *Altro organo o tessuto sostituito da trapianto*

I/P: cod. 83.75 *Trasposizione o trapianto di tendini*

RIPARAZIONE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI CON INNESTO DA BANCA SULLA SPALLA

DP: cod. 727.61 *Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori*

DS: cod. V42.89 *Altro organo o tessuto sostituito da trapianto*

I/P: cod. 83.63 *Riparazione della cuffia dei rotatori*

I/P: cod. 81.83 *Altra riparazione della spalla*

INTERVENTI OCULISTICI DI INNESTO DI LIMBUS E DI INNESTO DI MEMBRANA AMNIOTICA

Trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore:

I/P: per l'autotrapianto cod. 11.61 *Cheratoplastica lamellare autologa*

I/P: per il trapianto da altro donatore cod. 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare*

Innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo:

I/P: cod. 11.62 *Altra cheratoplastica lamellare*

INTERVENTI PER ULCERE, USTIONI E FERITE CON INNESTO DI MEMBRANA AMNIOTICA

Trattamento dell'ulcera diabetica:

DP: cod. 250.8_ *Diabete con altre complicazioni specificate*

DS: cod. 707.1_ *Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito*

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

I/P: cod. 86.66 *Omoinnesto sulla cute. Innesto sulla cute di: membrana amniotica da donatore, cute da donatore*

Postumi di ustioni:

DP: cod. 906_ *Postumi di ustioni*

I/P: cod. 86.22 *Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*

I/P: cod. 86.66 *Omoinnesto sulla cute. Innesto sulla cute di: membrana amniotica da donatore, cute da donatore*

INTERVENTI CARDIOCHIRURGICI CON BIOPROTESI

I/P: cod. 35.21 *Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi*

I/P: cod. 35.23 *Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi*

I/P: cod. 35.25 *Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi*

I/P: cod. 35.27 *Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi*

TRAPIANTO DI CUORE

I/P: cod. 37.51 *Trapianto di cuore*

I/P: cod. 00.93 *Trapianto da cadavere*

I/P: cod. 37.25 *Biopsia endomiocardica*

TRAPIANTO DI POLMONE

I/P: cod. 33.5 *Trapianto del polmone* in aggiunta va descritto il cod. del donatore (00.93 *Trapianto da cadavere*)

I/P: va codificato anche il cod. 39.61 *Bypass cardiopolmonare [circolazione extracorporea] [macchina cuorepolmone]*

TRAPIANTO RENALE

DP: cod. 585._ *Malattia Renale Cronica* se il paziente non ha iniziato il trattamento dialitico oppure

DP: cod. V56.0 *Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea* se il paziente ha iniziato il trattamento dialitico extracorporeo

oppure

DP: cod. V56.8 *Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi* se il paziente ha iniziato il trattamento dialitico peritoneale

I/P: cod. 55.69 *Eterotrapianto di rene (indipendentemente da cadavere vivente)* in aggiunta va descritto il tipo di donatore con i cod. di procedura 00.91 *Trapianto da donatore vivente, parente*, 00.92 *Trapianto da donatore vivente, non-parente* o 00.93 *Trapianto da cadavere*

TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO

I/P: cod. 46.97 *Trapianto di intestino*

va codificato anche il tipo di donatore (cod. da 00.91 a 00.93)

TRAPIANTO MULTIVISCERALE

DP: la patologia di base

I/P: cod. 46.97 *Trapianto di intestino*; altre procedure: cod. 43.99 *Altra gastrectomia totale*, cod. 52.83 *Trapianto eterologo di pancreas*, cod. 50.59 *Altro trapianto di fegato*

va codificato anche il tipo di donatore (cod. da 00.91 a 00.93)

TRAPIANTO DI FEGATO SPLIT

I/P: cod. 50.59 *Altro trapianto di fegato* associato al cod. 51.39 *Altra anastomosi del dotto biliare*

RICOVERO PER ASPORTAZIONE DI FEGATO DA DONATORE SANO

DP: cod. V59.6 *Donatori di fegato*

I/P: cod. 50.22 *Epatectomia parziale*

TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO O DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE

Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è descritto dallo stesso gruppo dai cod. da 41.00 a 41.09 *Trapianto del midollo osseo o di cellule staminali ematopoietiche*. Occorre descrivere anche il tipo di donatore il tipo di donatore (00.91-00.93).

ULTIMA REVISIONE GENNAIO 2016

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