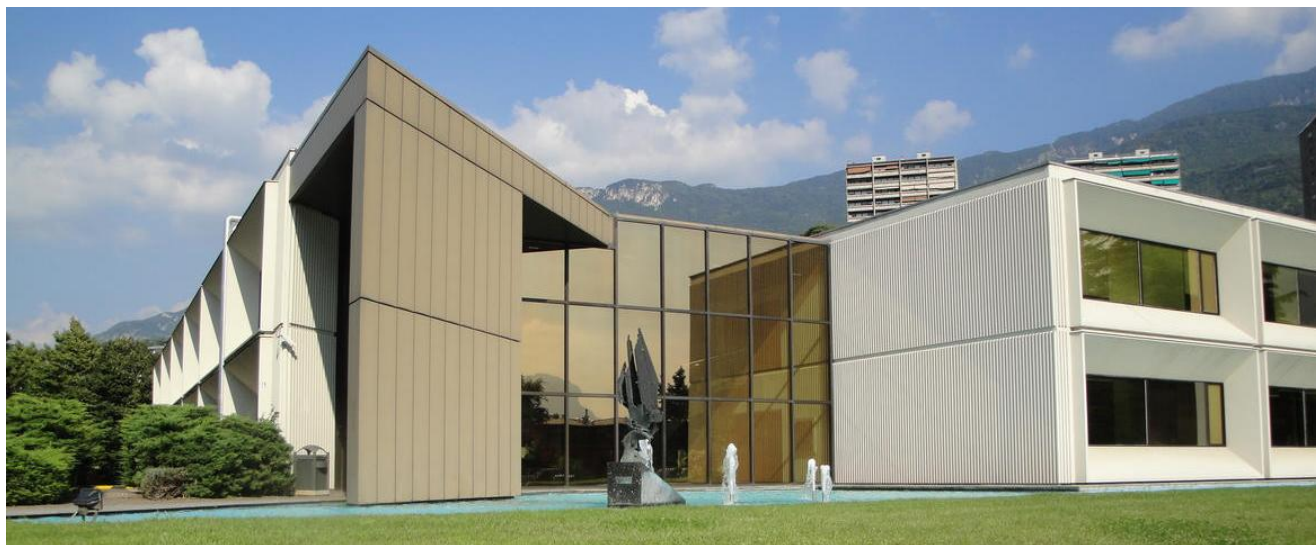




LINEE GUIDA
PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLA
SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA
(SDO)
SECONDO L' ICD-9-CM

Servizio Ospedaliero Provinciale
2024

Trento, marzo 2024

Il presente manuale, contenente le linee guida per la codifica ICD-9-CM della SDO, è stato predisposto dal Nucleo SDO del Servizio Ospedaliero Provinciale (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Trento). Il lavoro è stato reso possibile grazie al prezioso contributo dei Direttori e dei Referenti SDO delle UU.OO. afferenti ai vari Presidi Ospedalieri dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento.

Per la predisposizione di queste linee guida è stata analizzata la corposa normativa di settore, a partire dal D.M. 28.12.1991 *“Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera”*, fino all'ultima norma particolarmente rilevante cioè il D.M. 26 settembre 2023 n.165 con le indicazioni per la codifica della nuova SDO riabilitativa. Inoltre, sono state oggetto di consultazione le linee guida di gran parte delle regioni italiane, come si può evincere dalla sezione dedicata alle fonti normative e di settore.

Nucleo SDO:

Dott. Armando Borghesi

Dott.ssa Margherita Rodler

Inf. Roberta Barucca

Inf. Giampiero Mercurio

Sig.ra Susanna Bonardi

INDICE

	Pag.
—	
LA CARTELLA CLINICA E LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (S.D.O.) SECONDO LA NORMATIVA VIGENTE: PRINCIPI, MODALITÀ DI COMPILAZIONE E RESPONSABILITÀ.....	5
NOVITÀ E MODIFICHE INTRODOTTE NELLA NUOVA S.D.O. DAL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 7 DICEMBRE 2016 N. 261.....	7
RIFERIMENTI NORMATIVI E INDICAZIONI MINISTERIALI DI CODIFICA.....	9
ACRONIMI	11
LINEE GUIDA NAZIONALI/REGIONALI/PROVINCIALI PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA, UTILIZZATE PER CONSULTAZIONE E PER ANALISI CRITICA	11
LA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM	12
REGOLE GENERALI DI CODIFICA.....	17
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE – SETTICEMIA, SEPSI	31
TUMORI.....	40
MALATTIE DELLE ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo - DISTURBI IMMUNITARI.....	54
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI	59
DISTURBI MENTALI	62
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO - TRAUMATISMI CRANICI.....	63
MALATTIE DELL'OCCHIO E DEGLI ANNESSI.....	76
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	79
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	108
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	115
MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO.....	121
COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO.....	134
MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	142
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO.....	147
MALFORMAZIONI CONGENITE.....	162
ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	166
MALATTIE DI NASO, BOCCA, LARINGE, FARINGE, ORECCHIO.....	176
TERAPIA ANTALGICA.....	183
VARIE	188
ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE - S.D.O. RIABILITATIVA DISCIPLINE 56, 28 E 75 -.....	193
COVID-19: INDICAZIONI DI CODIFICA SECONDO IL D.M. 28/10/2020 - INTEGRAZIONI DELL' ICD-9-CM V.2007	195

- Coerenza e comparabilità della Classificazione ICD-9-CM della Malattia da SARS-CoV-2 e delle sue manifestazioni cliniche, con le indicazioni ICD-10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità	200
- Linee guida per la codifica della SDO dei casi affetti da malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) e sue manifestazioni cliniche.....	201
- Alcune esemplificazioni di codifica di quadri clinici particolari della malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) e delle sue manifestazioni cliniche.....	208
- Tabella di sintesi dei nuovi codici della malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19).....	211

LA CARTELLA CLINICA E LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (S.D.O.) SECONDO LA NORMATIVA VIGENTE: PRINCIPI, MODALITÀ DI COMPILAZIONE E RESPONSABILITÀ

- È fatto obbligo a tutti gli istituti di cura pubblici e privati presenti sul territorio nazionale di adottare la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO), quale parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. (D.M. 28.12.1991 "Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera"; 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"; Decreto Ministero della Salute 7 dicembre 2016, n. 261: "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera" [17G00015] [GU n. 31 del 7/2/2017]).
- La Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire una raccolta corrente, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa. (Linee guida Ministero Sanità 17.06.1992 "La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D.M. 28.12.1991").
- La Cartella clinica [e la SDO] è l'atto pubblico, dotato pertanto di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione, obbliga la responsabilità del medico [medico curante/medico responsabile della dimissione e primario]. (Linee guida Ministero Sanità 17.06.1992 "La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D.M. 28.12.1991").
- La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. La scheda di dimissione reca la **firma dello stesso medico responsabile della dimissione, nonché quella del responsabile di divisione** (reparto, U.O., struttura complessa) **il quale assume la responsabilità della regolare compilazione della stessa**. (Linee guida Ministero Sanità 17.06.1992 "La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D.M. 28.12.1991". 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"; D.M. 28.12.1991 "Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera"; Decreto del Ministero della Salute 7 dicembre 2016, n. 261: "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera" [17G00015] [GU n. 31 del 7/2/2017]).
- La "Scheda di dimissione ospedaliera" e la "Cartella clinica" corrispondono ad un singolo episodio di ricovero di un paziente che comprende l'intero periodo di degenza in un istituto di cura. Essa ha così inizio al momento dell' accettazione del paziente in ospedale, ha termine al momento della dimissione e segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera. Il **medico dimettente, nel compilare la SDO, deve pertanto tenere in considerazione l'intero percorso diagnostico e terapeutico a cui è stato sottoposto il paziente e segnalare le diagnosi, gli interventi e le procedure effettuati nel percorso assistenziale durante un singolo ricovero**. (Linee guida Ministero Sanità 17.06.1992 "La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D.M. 28.12.1991"; "Linee guida Ministero Sanità n.1/95 - Applicazione del Decreto ministeriale 14 Dicembre 1994 relativo alle "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera"").
La compilazione della SDO e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel **rispetto delle linee guida ministeriali e regionali/provinciali** (province autonome).
- La chiusura della cartella clinica e la compilazione/chiusura della SDO devono essere effettuate nel **minor tempo possibile dopo la dimissione del paziente, in ogni caso non oltre 30 gg. dalla dimissione**.

È attivato il flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera, quale rilevazione sistematica delle informazioni anagrafico-amministrative e sanitarie relative a tutti i dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. (D.M. 26 luglio 1993: "Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituti di ricovero pubblici e privati", con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri).

- Il **direttore sanitario** dell'istituto di cura è **responsabile delle verifiche** in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, **nonchè dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni** in esse riportate. (*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"*).
- L'introduzione del sistema di finanziamento degli ospedali sulla base delle tariffe predeterminate per prestazione (*sistema DRG*), comporta l'esigenza di sviluppare **appropriati sistemi di controllo**: sia in termini di **controllo esterno, da parte della regione/province autonome**, relativamente al comportamento degli erogatori, pubblici e privati, e alla corretta osservanza delle regole degli scambi, ivi compresa la garanzia di adeguati livelli di qualità dell'assistenza erogata, sia in termini di **controllo interno, da parte dei singoli erogatori** del Servizio sanitario nazionale. (*Linee guida Ministero Sanità n.1/95 - Applicazione del Decreto ministeriale 14 Dicembre 1994 relativo alle "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera"*).
Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un **controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione**, in conformità a specifici protocolli di valutazione. Tali **controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza** individuate dalle regioni/province autonome tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze. (*Legge n. 133 del 06.08.2008 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria"*).
- L'eventuale **trasferimento interno del paziente** da una unità operativa per acuti all'altra dello stesso istituto di cura, **non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione**. Il **numero identificativo**, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere **il medesimo per tutta la durata del ricovero**, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura.
Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi casi il paziente deve essere dimesso e si dovrà procedere alla compilazione di una **nuova cartella clinica e di una nuova SDO**.
In caso di **ricovero diurno**, la cartella clinica, e la corrispondente SDO, devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative **all'intero ciclo di trattamento**. Ogni singolo **accesso giornaliero del paziente è conteggiato come giornata di degenza** e la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. La cartella clinica e la corrispondente SDO, relative ai ricoveri diurni, devono essere **chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre** di ciascun anno, salvo dar luogo a una nuova cartella, e a una nuova SDO, per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero proseguire l'anno successivo.
(*Disciplinare Tecnico allegato al 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"* e *Decreto del Ministero della Salute 7 dicembre 2016, n. 261: "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera"* [17G00015] [GU n. 31 del 7/2/2017]).

NOVITÀ E MODIFICHE INTRODOTTE NELLA NUOVA S.D.O. DAL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 7 DICEMBRE 2016 N. 261

I **NUOVI CONTENUTI DELLA SDO** (introdotta a partire dal 1° gennaio 2017, con le modifiche apportate ai contenuti del modello precedente definito dal D.M. 380 del 27.10.2000) riguardano, segnatamente, gli obblighi indicati di seguito:

- Rilevazione del **codice fiscale dell/i chirurgo/i**. Il campo A è riservato al medico che esegue l'intervento. Gli altri campi sono riservati ai medici che hanno collaborato all'effettuazione dell'intervento. Nel caso all'intervento partecipi uno specializzando, il suo codice fiscale deve essere inserito nel campo riservato al chirurgo B o C, mentre in quello A è necessario inserire il codice fiscale del medico "strutturato".
- Rilevazione del **codice fiscale dell'anestesista**: il codice fiscale dell'anestesista deve essere indicato solo per gli interventi per i quali l'anestesista pratica una qualsiasi forma di anestesia. Se l'anestesista ha il ruolo di "operatore", il codice fiscale deve essere inserito nel campo "Codice fiscale operatore".
- Compilazione del campo **check list di sala operatoria**: serve a indicare se è stata compilata, ed è presente in cartella clinica, la *check list* di sala operatoria come previsto nell'intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento". Da compilare obbligatoriamente per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (**Codice 4 AHRQ**).
Valori ammessi:
0 = No, per check list assente o non compilata
1 = Sì, per check list presente e compilata
9 = Non Applicabile, per intervento non eseguito in sala operatoria
- **Ora inizio e fine intervento** (solo per le procedure del **gruppo 4 AHRQ**): corrispondono al momento dell'incisione e alla fine della sutura della cute. Per le procedure invasive che non comportino un'incisione della cute i momenti di inizio e fine intervento coincidono con l'inizio e la fine della procedura (ad es., l'introduzione e l'estrazione del catetere o l'introduzione e l'estrazione dell'endoscopio, ad esclusione dei tempi di sedazione/anestesia; per quanto riguarda la PTCA, l'ora di effettuazione deve essere intesa come ora del primo gonfiaggio del palloncino).
Nel caso di interventi complessi in cui ruotino più équipe, il momento di inizio coincide con quello dell'incisione della cute da parte della prima équipe e quello di fine è quello relativo alla sutura finale a carico dell'ultima équipe.
- **Data e ora del ricovero**: l'ora coincide con il momento di assegnazione del posto letto nel reparto di degenza oppure con l'inizio dell'intervento chirurgico (o della procedura invasiva), qualora abbia luogo prima che possa essere assegnato il posto letto in reparto.
- Compilazione dei campi per le **procedure erogate in service**. Per *service* si intendono le procedure/interventi erogati in giornata da un presidio diverso da quello di ricovero del paziente (quali ad esempio, gli interventi/procedure di radiologia e neuroradiologia interventistica, di cardiologia interventistica, le procedure endoscopiche di gastroenterologia e pneumologia, ecc.). La variabile indica l'Unità operativa dell'Istituto di cura presso cui, durante un ricovero ordinario presso altro istituto di cura, il paziente viene trasferito per essere sottoposto ad un intervento chirurgico o procedura in modalità "in service" (quindi senza apertura di una nuova SDO presso tale istituto; nella SDO del presidio di ricovero va pertanto indicato il codice della procedura/e effettuata/e in service).
- Segnalazione della **presenza o meno delle diagnosi al momento dell'ammissione** al fine di distinguere le comorbidità dalle complicanze insorte durante il ricovero. Si rende necessario specificare se la diagnosi segnalata nella SDO era presente al momento dell'ammissione, cioè si tratta di una condizione pre-esistente all'episodio di ospedalizzazione, oppure se è insorta successivamente nel corso dello stesso ricovero. Può accadere che le condizioni pre-esistenti possano non essere rilevate/riconosciute tempestivamente al momento dell'ammissione, ma diagnosticate in un secondo tempo tramite un'anamnesi più accurata e completa e/o attraverso un'obiettività più dettagliata e/o grazie alle indagini strumentali più approfondite. In questi casi, la condizione, pur non essendo stata rilevata o riconosciuta all'ammissione, risulta comunque presente nel momento del ricovero e se ha verosimilmente comportato un consumo di risorse assistenziali, deve essere segnalata nella SDO.

- **Stadiazione condensata dei tumori.** La stadiazione condensata, rilevata quale attributo delle diagnosi identificate di neoplasia maligna, indica l'estensione del tumore rispetto alla sede originale di sviluppo e assiste il clinico nelle scelte di cura durante il ricovero. Questa prescinde, dunque, dall'esito dell'esame istologico che può essere noto solo successivamente alla chiusura della SDO e che consente di definire la stadiazione completa (classificazione TNM).

La declinazione dei valori ammessi dalle specifiche funzionali per la compilazione della stadiazione condensata è peraltro esplicitamente indicativa di un inquadramento che è ancora in corso.

- Rilevazione di alcuni **parametri clinici**:
 - **PA sistolica** per i codici 410.___ (infarto miocardico).
 - **Creatinina serica** per gli interventi di by-pass aortocoronarico, sulle valvole cardiache, nella frattura del femore.
 - **Frazione di eiezione** nell'intervento chirurgico di by-pass aortocoronarico o di intervento sulle valvole cardiache.

- **Rilevazione del dolore:** la variabile indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010.

- Oltre alla procedura principale, possono essere rilevate **fino a 10 procedure secondarie**.

- **Lateralità diagnosi e Lateralità interventi:** la presenza di una determinata caratteristica (di diagnosi o di procedura) ascrivibile al lato destro, oppure a quello sinistro, oppure ad entrambi, del corpo umano. Il riferimento è dunque alla lateralità come lateralità d'organo nel corpo umano, da rilevare solo per gli organi pari e per gli arti.

La corretta codifica della lateralità delle diagnosi o delle procedure è necessaria ai fini del calcolo degli indicatori di esito nel Programma Nazionale di Valutazione Esiti, dal momento che permette di distinguere, in caso di più ricoveri per la stessa condizione, se tale condizione è da riferirsi allo stesso organo o arto oppure alla sede controlaterale. In particolare, la codifica della lateralità consente di distinguere nei ricoveri successivi le complicanze a carico dello stesso organo o arto da una nuova condizione occorsa nella sede controlaterale. Nel primo caso il ricovero successivo sarà considerato un esito del ricovero indice; nel secondo, sarà considerato un nuovo ricovero indice. Inoltre, l'informazione sulla lateralità consente di attribuire correttamente l'esito in studio al ricovero indice nel quale è stato trattato lo stesso lato.

- **Liste di valori modificate** per le seguenti **variabili**:

- Tipo di ricovero.
- Onere della degenza.
- Proposta di ricovero.
- Modalità di dimissione.
- Livello istruzione.
- Sesso.
- Provenienza del paziente.

RIFERIMENTI NORMATIVI E INDICAZIONI MINISTERIALI DI CODIFICA

- **D.M. 28.12.1991:** *“Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera”.*
- **Linee guida ministeriali 17.06.1992:** *“La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex D.M. 28.12.1991”.*
- **D.M. 26 luglio 1993:** *“Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituti di ricovero pubblici e privati”, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri.*
- **D.M. 15 aprile 1994:** *“Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera”.*
- **D.M. 14 dicembre 1994:** *“Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”.*
- **Linee guida ministeriali n.1/95:** *“Applicazione del Decreto ministeriale 14 Dicembre 1994 relativo alle Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri.*
- **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”.*
- **D.P.C.M. 29 novembre 2001:** *“Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”.*
- **Conferenza Stato Regioni – Seduta del 6 giugno 2002:** *“Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO)”.*
- **Ministero della Salute, Legge 9 gennaio 2006 n.7:** *“Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”.*
- **Legge 6 agosto 2008, n. 133:** *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”.*
- **Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Circolare 23 ottobre 2008:** *“Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)”.*
- **Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano - Seduta del 3 dicembre 2009:** *Monitoraggio LEA, ... Remunerazione delle prestazioni sanitarie, Razionalizzazione della rete ospedalieraDeterminazione del fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale e dei fabbisogni regionali ... nuovo Sistema informativo sanitario ... DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria... prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery, trasferibili in regime ambulatoriale... .*
- **Decreto Ministeriale 10 dicembre 2009:** *“Controlli sulle Cartelle cliniche”.*
- **Decreto ministeriale 8 luglio 2010, n. 135:** *“Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 38”.*
- **Ministero della Salute - Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, 29 aprile 2010:** *“Aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)”.*
- **D.M. 18 ottobre 2012:** *“Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”.*
- **Ministero della Salute, ott. 2016:** *“Raccomandazioni per la compilazione e la codifica ICD-9-CM delle Scheda di Dimissione Ospedaliera nei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta”.*
- **Ministero della Salute, ott. 2016:** *“Linee guida per la codifica delle procedure TAVI e degli altri interventi strutturali transcateretere sulle valvole cardiache”.*

- **Linee Guida Europee ESC 2023** *sindrome coronarica acuta “ESC Guidelines for the management of acute coronary syndrome 2023”.*
- **Decreto del Ministero della Salute 7 dicembre 2016, n. 261:** *“Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera” (17G00015) (GU n. 31 del 7/2/2017).*
- **D.P.C.M. 12 gennaio 2017:** *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.*
- **Ministero della Salute, DM 28 Ottobre 2020:** *“Indicazioni ministeriali relative alla codifica della malattia da SARS CovId 19”.*
- **Ministero della Salute, DM 5 agosto 2021:** *“Appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione”.*
- **Ministero della Salute:** *“Linee guida provvisorie relative alla codifica della SDO riabilitativa (2022)”.*
- **Decreto 26 settembre 2023 n.165** *“Regolamento recante modificazioni ed integrazioni al regolamento recante norme concernenti l’aggiornamneto della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati”*

- **Delibera 20/05/2014 dell’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari:** *“Modello tecnico-organizzativo per il controllo della qualità della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) presso le strutture del Servizio Ospedaliero Provinciale”*

ACRONIMI

SDO:	Scheda di Dimissione Ospedaliera
CC (cc):	Cartella Clinica
DP:	Diagnosi Principale
DS:	Diagnosi Secondaria/e
PP	Procedura Principale
PS:	Procedura/e Secondaria/e
ICD-9-CM:	International Classification of Diseases-9-Clinical Modification
DRG:	Diagnosis Related Groups (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi)
LEA:	Livelli Essenziali di Assistenza
SSN:	Servizio Sanitario Nazionale
DH:	Day Hospital
DS	Day surgery

LINEE GUIDA NAZIONALI/REGIONALI/PROVINCIALI PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA, UTILIZZATE PER CONSULTAZIONE E PER ANALISI CRITICA

- **MINISTERO DELLA SALUTE**, Anno 2010
- **PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO**, Anno 2011
- **REGIONE CAMPANIA**, Anno 2011
- **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**, Anno 2018 e 2023
- **REGIONE LAZIO**, Anno 2006
- **REGIONE LIGURIA**, Anno 2010
- **REGIONE LOMBARDIA**, Anno 2015
- **REGIONE MARCHE**, Anno 2015
- **REGIONE PIEMONTE**, Anno 2017
- **REGIONE SARDEGNA**, Anno 2012
- **REGIONE SICILIA**, Anno 2013
- **REGIONE TOSCANA**, Anno 2014
- **REGIONE UMBRIA**, Anno 2008
- **REGIONE VENETO**, Anno 2016 e 2023

LA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM

La Classificazione Internazionale delle malattie, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche "**ICD-9-CM**" ("International Classification of Diseases - 9th edition - Clinical Modification") è un **sistema di classificazione** nel quale **le malattie e i traumatismi sono ordinati in gruppi tra loro correlati per finalità statistico/epidemiologiche**.

La classificazione ICD-9-CM è finalizzata a **tradurre in codici numerici e alfa-numerici i termini medici** in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche. Essa consta di n° 12.436 codici di diagnosi e di n° 3.733 codici di intervento/procedura.

Dei 12.436 codici di diagnosi, 96 sono a tre cifre, 4.404 codici constano di 4 cifre e 7.936 sono a 5 cifre.

Una codifica accurata delle diagnosi e delle procedure nella descrizione delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) costituisce un aspetto fondamentale dell'appropriatezza ed è uno degli elementi che contribuiscono in modo significativo al miglioramento della qualità del SSN. In particolare, un sistema di codifica strutturato risponde all'esigenza di descrivere in modo omogeneo, su tutto il territorio nazionale, le patologie che determinano il ricorso alle strutture sanitarie e le procedure diagnostiche e terapeutiche che vi vengono erogate.

Le **informazioni cliniche contenute nella SDO**, infatti, consentono di descrivere e analizzare la **casistica ospedaliera** nella sua composizione e complessità e rappresentano lo strumento indispensabile per i **processi di remunerazione delle prestazioni** di assistenza ospedaliera secondo le modalità vigenti nel nostro Paese (sistema DRG), per la **programmazione della rete ospedaliera** e per l'attuazione dei **programmi di valutazione**.

LE CARATTERISTICHE DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM -

La classificazione ICD-9-CM descrive in codici numerici o alfa-numerici i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia o di traumatismo, gli altri problemi di salute, le cause di traumatismo e le procedure diagnostiche e terapeutiche.

I caratteri fondamentali della ICD-9-CM sono i seguenti:

- **l'esaustività**: tutte le entità trovano una loro collocazione, più o meno specifica, entro i raggruppamenti finali della classificazione;
- **la mutua esclusività**: ciascuna entità è classificabile soltanto in uno dei raggruppamenti finali della classificazione;
- **il numero limitato di raggruppamenti** rispetto alla numerosità delle possibili singole diagnosi e procedure: circa 16.000 codici consentono la classificazione delle diagnosi, dei problemi di salute e delle principali procedure diagnostiche e terapeutiche;
- **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 entità nosologiche 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**. I capitoli in cui si articola la classificazione riflettono i due assi principali: il **criterio eziologico** determina i cosiddetti capitoli speciali (malattie infettive, malattie costituzionali e generali, malattie dello sviluppo, traumi); il **criterio anatomico** determina i capitoli cosiddetti locali, ovvero riferiti ad una specifica sede anatomica. In generale il criterio eziologico prevale su quello anatomico, per cui le condizioni morbose sono in via prioritaria classificate in uno dei capitoli speciali.

La maggior parte dei **codici ICD-9-CM 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 nella ICD-9-CM 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 ICD-9-CM 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 -

Il sistema ICD-9-CM 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 parti:

- **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

Inoltre sono presenti due classificazioni supplementari:

- la **classificazione supplementare** dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V)
- la **classificazione supplementare** delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codici E) che può fornire informazioni di notevole interesse per lo studio degli aspetti socio-epidemiologici e sanitari inerenti agli incidenti stradali, domestici e a quelli delle attività lavorative.

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'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, e anche 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 e 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 rappresentati 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 [366.41].

L'ELENCO SISTEMATICO DELLE MALATTIE E DEI 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 e 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:

- 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-

Un 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 (es.: malattie infettive intestinali, 001-009);
- **Categoria:** codici a tre caratteri, alcuni dei quali molto specifici e non ulteriormente suddivisibili (es.: 462 faringite acuta), mentre altri sono ulteriormente suddivisi, con l'aggiunta di un quarto carattere dopo il punto decimale;
- **Sotto-categoria:** codici a quattro caratteri; il quarto carattere fornisce ulteriore specificità o informazione relativamente ad eziologia, localizzazione o manifestazione clinica; quando presenti, prevalgono rispetto ai codici a tre caratteri.
- **Sotto-classificazione:** codici a cinque caratteri; quando presenti prevalgono rispetto ai codici a tre e a quattro caratteri.

CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO ALLE STRUTTURE SANITARIE [CODICI V] -

Questa classificazione è costituita da **codici alfanumerici** (lettera, cifre e segni di punteggiatura) **che iniziano con la lettera V**. Sono usati per descrivere quelle circostanze, che, pur diverse da malattie e traumatismi, 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, oppure 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: 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.

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 della ICD9-CM è articolato in **quattro caratteri numerici**, dei quali i **primi due identificano generalmente un organo**, mentre **il terzo e il quarto specificano la sede e il tipo dell'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 e di esclusione.

SIMBOLOGIA CONVENZIONALE NELL'ICD-9-CM -

La classificazione ICD9-CM utilizza modificatori, riferimenti, abbreviazioni, note, simboli, punteggiatura e altre convenzioni di codifica finalizzati a facilitare l'attività di codifica.

1] Simbologia convenzionale nell'indice alfabetico:

Modificatori: forniscono ulteriori specificazioni al termine principale. Si trovano nell'Indice alfabetico sotto ciascun termine principale. Vi sono due tipi di modificatori:

- **essenziali:** influiscono sulla selezione del codice; sono riportati sotto al 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.

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 e, quindi, dovrebbe essere 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.

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

2] Simbologia convenzionale nell'elenco sistematico:

Segni di interpunzione: nell'elenco sistematico sono utilizzati i seguenti 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;

Note informative: l'elenco sistematico contiene anche delle note 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 consentire una maggiore visibilità;
- 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 altro codice specifico per fornire informazioni maggiormente dettagliate riguardo alla condizione di base.

3] Simbologia convenzionale comune all'indice alfabetico ed 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.

REGOLE GENERALI DI CODIFICA

Diagnosi principale della SDO	La diagnosi principale (DP) di dimissione dall'ospedale, identificata alla fine del ricovero, deve costituire la principale condizione morbosa trattata o presa in esame durante un singolo episodio di ricovero, ovvero la condizione morbosa che, nel corso del ricovero in ospedale, ha comportato i più importanti problemi assistenziali (complessità assistenziale) e che quindi ha assorbito la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e/o terapeutici. Nel caso il paziente durante uno stesso ricovero sia passato per più reparti, il medico che dimette il paziente dall'ospedale deve selezionare la diagnosi principale di dimissione tra tutte le diagnosi formulate nei diversi reparti individuando quella che abbia comportato i problemi assistenziali più complessi e, quindi, abbia assorbito la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento durante l'intero episodio di ricovero. Quando nel corso del ricovero <u>non è stata formulata una diagnosi definitiva</u>, per la codifica della diagnosi principale possono essere utilizzati i codici riportati nel Capitolo XVI del manuale ICD-9-CM "Sintomi, Segni e Stati Morbosi Mal Definiti", (categorie da 780 a 799). In taluni casi potranno essere utilizzati i codici della categoria V71.
Diagnosi secondaria/e della SDO	Le diagnosi secondarie (DS) sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito, diverse dalla diagnosi principale, e che influenzano significativamente il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico, inerente esclusivamente al ricovero considerato. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non abbiano avuto influenza sul ricovero attuale (terapia, durata degenza, ecc.) non devono essere segnalate. Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più di cinque forme morbose secondarie, devono essere selezionate e codificate quelle che hanno esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente. Diagnosi secondarie [DS] obbligatorie: 1] Infezioni insorte e trattate nel corso del ricovero. 2] Esito del parto nella SDO della madre (codici V27....)
Condizioni pregresse	Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate. I codici ICD-9-CM relativi all'anamnesi (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero.
Condizioni associate alla malattia principale	Le condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale non devono essere riportate e codificate come diagnosi secondarie. Nel caso, invece, in cui siano presenti condizioni che non sono ordinariamente associate alla diagnosi principale, queste devono essere riportate e codificate solo se influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero.
Codici relativi a condizioni non specificate	I codici identificati con le sigle NIA (Non Indicato Altrove) e SAI (Senza Altre Indicazioni) devono essere utilizzati solo quando la formulazione diagnostica e l'eventuale revisione della documentazione clinica non forniscono informazioni sufficienti per l'utilizzo di un codice più specifico. Quando la consultazione dell'indice alfabetico individua un codice identificato dalle sigle NIA e SAI, verificare nell'elenco sistematico la possibilità di utilizzare un codice più specifico.

Codici combinati	È definito “codice combinato” un codice utilizzato per classificare simultaneamente: - due diagnosi, oppure - una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata, oppure - una diagnosi assieme 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. Esempi: • cod. 402.01 <i>“Cardiopatía ipertensiva maligna con insufficiencia cardiaca”</i> • cod. 461.0 <i>“Sinusite acuta mascellare”</i> con (incl.) <i>“ascesso”</i> • cod. 487.0 <i>“Influenza con polmonite”</i> • cod. 482.31 <i>“Polmonite da Streptococco, gruppo A”</i> Quando, invece, il codice combinato non è in grado di descrivere tutte le manifestazioni o complicazioni riportate nella formulazione diagnostica, può essere utilizzato, insieme al codice combinato, un codice aggiuntivo.
Codifica multipla	Quando un processo assistenziale non può essere rappresentata da un unico codice, è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero alla utilizzazione di più codici per identificare completamente tutti gli elementi. Il ricorso alla codifica multipla è richiesto nella ICD-9-CM, dalle indicazioni “utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo”, “codificare per primo”, che possono essere riportate all'inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria. La nota “codificare per prima la malattia di base” indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, che quello relativo alla manifestazione conseguente. Quest'ultimo non può essere utilizzato come diagnosi principale. La nota “utilizzare un codice aggiuntivo per identificare manifestazioni quali ...” indica la necessità di utilizzare un ulteriore codice per identificare manifestazioni analoghe agli esempi riportati. Questi codici non possono essere utilizzati come diagnosi principale. Quando risulti necessario ricorrere alla codifica multipla, la scelta delle forme morbose da codificare in prima o in seconda diagnosi va effettuata nel rispetto delle regole relative alla selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie, salvo diversa indicazione fornita dal Manuale ICD-9-CM, per due specifiche situazioni: ipertensione portale (572.3), cirrosi del fegato (571.0-571.9). Esempio: Diagnosi dimissione → sanguinamento di varici esofagee in cirrosi epatica: • DP: cod. 571. <i>“Malattia epatica cronica e cirrosi”</i> ▪ DS: cod. 456.20 <i>“Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove”</i> ▪ + eventualmente ▪ DS: cod. 285.1 <i>“Anemia postemorragica acuta”</i>
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: Esempio: • <i>Ovariectomia monolaterale e appendicectomia: cod. 65.39 + cod. 47.19</i> L'espressione “codificare anche” viene utilizzata nel manuale ICD-9-CM anche per segnalare l'utilizzo di procedure o di strumentazioni complementari o di supporto ad un intervento.

Diagnosi con indicazione di intervento/procedura correlata	Vi sono determinate situazioni in cui la diagnosi principale descrive anche la procedura terapeutica o di intervento correlata: in tali casi vanno sempre riportati sia il <u>codice di diagnosi</u> sia quello di <u>intervento/procedura</u>. Esempio: Chemioterapia in adenocarcinoma della mammella. Codificare: • DP: cod. V58.11 "Chemioterapia antineoplastica" ▪ DS: cod. 174._. "Tumore maligno della mammella (della donna)," - PP: cod. 99.25 "Iniezione od infusione di sostanze chemioterapiche per tumore"
Condizioni acute e croniche	Quando la stessa condizione è presente sia come acuta (o subacuta) sia come cronica (e nell' indice alfabetico non è presente un codice specifico che descriva la forma riacutizzata), devono essere utilizzati entrambi i codici riportando in <u>diagnosi principale la forma acuta</u> (o subacuta) e in <u>diagnosi secondaria quella cronica</u>. Esempio - Riacutizzazione di pancreatite cronica: • DP: cod. 577.0 "Pancreatite acuta" ▪ DS: cod. 577.1 "Pancreatite cronica"
Patologie croniche che richiedono più ricoveri	1] Nel caso delle patologie croniche che possono richiedere più ricoveri, si pone l'indicazione in linea generale di codificare in <u>diagnosi principale la patologia di base solo</u> nei seguenti casi: • ricovero <u>diagnostico</u> (di solito il 1°); • ricovero esitato in <u>decesso</u> a causa della patologia stessa; • ricovero finalizzato alla <u>stadiazione</u> o alla <u>ristadiazione</u> della malattia, con la necessità di eseguire procedure invasive, erogabili, per la loro intrinseca complessità, solo in ricovero ordinario; • ricovero con <u>intervento chirurgico</u> risolutivo della patologia di base. 2] Negli altri casi va codificata <u>in diagnosi principale la complicanza</u> correlata alla <u>patologia di base</u> e quest'ultima va indicata nella <u>diagnosi secondaria</u>.
Condizioni pregresse	Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate. I codici ICD-9-CM relativi all'anamnesi (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie (DS) solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero.
Biopsie	• Il prelievo e l'analisi di materiale istologico prelevato nel corso di un intervento chirurgico non richiede la codifica aggiuntiva e specifica 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 serva per poter definire il tipo e l'estensione dell'intervento in corso. • Sono pure da codificare le biopsie effettuate nel corso di un intervento, su organi diversi da quello oggetto dell'intervento principale (codice della biopsia a cielo aperto o chiuso a seconda dei casi).
Biopsie chiuse	È possibile in molti casi utilizzare un codice combinato che individui sia la biopsia sia l'approccio utilizzato. In alcune situazioni, tuttavia, nella quali non si disponga di un codice combinato, vanno osservate le seguenti regole: • quando si tratta di biopsia effettuata per via endoscopica, è necessario riportare sia il codice dell'endoscopia, come procedura principale, sia quello della biopsia, come procedura associata (il codice della biopsia generica del tessuto interessato); • quando si tratta di biopsia effettuata mediante "brush" (spazzolamento) o mediante aspirazione, è necessario utilizzare il codice della corrispondente biopsia chiusa. • per le agobiopsie eseguite su organi diversi da quelli oggetto dell'intervento nel corso di interventi chirurgici a cielo aperto, il codice da utilizzare è quello della biopsia chiusa.

Postumi

Un postumo è un **effetto (manifestazione clinica) causato da una malattia o da un traumatismo**, che **permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata**.

Non vi sono limiti di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato: il postumo può essere relativamente **precoce** come negli incidenti cerebrovascolari o può verificarsi **dopo mesi o anni** come nel caso dei traumi.

Per codificare i postumi sono **necessari due codici**:

1. **DP**: il primo relativo alla condizione residua o **natura del postumo**, da utilizzare come **diagnosi principale**,
2. **DS**: il secondo relativo alla **causa del postumo**, da utilizzare come **diagnosi secondaria**, salvo che con un solo codice sia possibile codificare sia la natura sia la causa del postumo o che le note dell'elenco alfabetico della ICD-9-CM indichino diversamente.

Esempi:

- Artropatia in postumi di poliomielite acuta:
DP: cod. 716.9 *"Artropatia non specificata"*
DS: cod. 138 *"Postumi della poliomielite acuta"*
- Consolidamento difettoso di frattura di arto inferiore:
DP: cod. 733.81 *"Viziosa saldatura di frattura"*
DS: cod. 905.4 *"Postumi di frattura di arti inferiori"*
- Afasia da pregresso accidente cerebrovascolare:
DP: cod. 438.11 *"Afasia"*
- Sindrome vertiginosa in esiti di ictus
DP: cod. 438.85 *"Vertigini"*
- Crisi epilettica in postumi di ascesso intracranico:
DP: cod. 345.50 *"Epilessia e sindromi epilettiche con crisi parziali semplici correlate alla sede (focali) (parziali), senza menzione di epilessia non trattabile"*
DS: cod. 326 *"Postumi di ascesso intracranico o di infezione da piogeni"*

Fra i **possibili codici di causa di postumo** da inserire fra le **diagnosi secondarie [DS]**, si indicano i seguenti

- **137._** *"Postumi della Tbc"*
- **138** *"Postumi della Poliomielite acuta"*
- **139._** *"Postumi di altre malattie infettive e parassitarie"*
- **268.1** *"Rachitismo, postumi"*
- **326** *"Postumi di ascesso intracranico o di infezione da piogeni"*
- **366.5** *"Postumi di cataratta"*
- **429.7** *"Alcuni postumi di IMA non classificati altrove"*
- **438._** *"Postumi delle malattie cerebrovascolari"*
- **572.8** *"Altri postumi di malattie croniche del fegato"*
- **905._** *"Postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo"*
- **906._** *"Postumi di traumatismi delle pelle e del tessuto s.c."*
- **907._** *"Postumi di traumatismi del sistema nervoso"*
- **908._** *"Postumi di altri e non specificati traumatismi"*
- **909._** *"Postumi di altre e non specificate cause esterne"*

Questi codici possono essere reperiti nell'indice alfabetico (ICD-9-CM):

- alla voce Postumi
- alla voce Tardivo/i (effetto/i)
- nelle sotto-voci del termine Principale (Tubercolosi, Infarto miocardico, ecc.)

Oppure possono essere ricercati nell'elenco sistematico (ICD-9-CM), sia per apparato sia nella categoria specifica dei postumi (da 905._ in poi).

Prestazioni erogate in ospedali diversi da quello di ricovero (procedure esterne "in service")	Durante la degenza, è possibile che al paziente vengano erogate prestazioni strumentali da parte di un presidio ospedaliero diverso da quello in cui è ricoverato (procedure effettuate, secondo le specifiche SDO ministeriali, con la cosiddetta modalità "in service"). In tali casi, gli interventi effettuati vanno codificati dall'ospedale presso il quale il paziente è ricoverato: ❶ riportando in uno dei campi relativi alle diagnosi secondarie, il codice V63.8 "Altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici"; ❷ codificando la procedura effettuata e ❸ indicando la struttura che ha erogato la prestazione: in SIO il sistema a tendina richiederà le informazioni una di seguito all'altra. La struttura che fornisce la prestazione non deve codificare nulla. Questa regola di codifica si applica per interventi e procedure erogabili in giornata in regime ambulatoriale (ad esempio le prestazioni di medicina nucleare, PET, RMN, TAC, consulenza specialistica,).
Trattamento non eseguito	<u>RICOVERI PROGRAMMATI</u> I codici della categoria V64._. possono essere utilizzati in diagnosi principale [DP] per descrivere i ricoveri per interventi chirurgici o altre procedure programmati che però non vengono eseguiti per i seguenti motivi: DP: - cod. V64.1: "Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione" - cod. V64.2: "Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per decisione del paziente" - cod. V64.3: "Procedura non eseguita per altre ragioni" [motivi organizzativi (del reparto, dell'ospedale), problemi di sala operatoria (avaria macchinari, urgenza che impegna la sala, ecc.), tecnologia non disponibile, ecc..] DS: codice patologia che avrebbe dovuto determinare il trattamento stesso Quando in DP si utilizza uno dei codici della categoria V64._ viene assegnato il DRG 467 "Altri fattori che influenzano lo stato di salute": in questi casi tale DRG è consentito. Se l'intervento chirurgico non può essere eseguito per insorgenza di una COMPLICANZA o di ALTRA PATOLOGIA, quest'ultima deve essere riportata in diagnosi principale solo se viene trattata nel corso del ricovero. In tal caso vanno riportati in diagnosi secondaria sia la patologia di base che ha determinato il ricovero sia il codice V64.1. DP: codice complicanza/altra patologia che ha impedito l'erogazione del trattamento programmato DS: - codice patologia alla base del ricovero + - cod. V64.1 "Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione" PP: codice procedura di trattamento della complicanza/altra patologia <u>RICOVERI URGENTI (NON PROGRAMMATI)</u> La condizione/patologia che al termine del ricovero ordinario non programmato è risultata esserne la causa deve essere selezionata come diagnosi principale [DP] anche quando il relativo trattamento non sia stato praticato. In tali casi fra le diagnosi secondarie [DS] deve essere riportato uno dei codici V64._. DP: codice patologia causa del ricovero DS: codice V64._ "Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per"

Trattamento delle complicanze di cure mediche e chirurgiche	La codifica delle possibili complicanze di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove (categorie 996 - 999) prevede un'ampia serie di condizioni complicanti o conseguenze di talune procedure diagnostiche o terapeutiche. Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di complicazioni di cure mediche o chirurgiche (ivi comprese le reazioni avverse da farmaci correttamente utilizzati o i problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi) e le prestazioni erogate sono rivolte a risolvere tale complicanza, quest'ultima dovrà essere selezionata come diagnosi principale (se rientra nei criteri di selezione della diagnosi principale), riportando tra le diagnosi secondarie uno o più codici aggiuntivi per specificare le cause della complicazione. DP: complicanza DS: causa/e della complicanza Le complicazioni di cure mediche e chirurgiche, dove presenti, devono essere codificate utilizzando le specifiche categorie numeriche e non i codici V. <u>Esempi:</u> - Emorragia successiva a cistoscopia in paziente con tumore della vescica DP: cod. 998.11 "Emorragia complicante un intervento" DS: cod. 223.3 "Tumori benigni della vescica" - Il codice da utilizzare per la codifica della diarrea, conseguenza di un trattamento farmacologico, è 787.91 "Diarrea SAI"
Codici E: classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e di avvelenamento	I codici E, di tipo alfanumerico, consentono di descrivere gli eventi, le circostanze e le condizioni che rappresentano le cause e i luoghi di accadimento dei traumatismi, avvelenamenti e altri effetti avversi. Costituiscono una classificazione supplementare che ha l'obiettivo di migliorare la capacità descrittiva dei codici di diagnosi ICD-9-CM, e non devono pertanto mai essere utilizzati per descrivere la diagnosi principale. L'uso della classificazione supplementare dei codici E, insieme alla descrizione dell'evento di traumatismo o avvelenamento, 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). Possono essere utilizzati in associazione con i codici di diagnosi da 800 a 904 e da 910 a 995, che indichi un traumatismo, avvelenamento o un danno determinato da una causa esterna. Nel caso sia possibile assegnare un solo codice E, deve essere selezionato quello maggiormente correlato con la diagnosi principale. I codici E vanno utilizzati per compilare l'apposito campo previsto nella SDO "Codice causa esterna", e mai per i campi della SDO relativi alle diagnosi o agli interventi/procedure.

**Codici V:
classificazione
supplementare dei
fattori che
influenzano lo stato
di salute e il ricorso
ai servizi sanitari**

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

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

I **codici V** possono essere rintracciati nell'indice alfabetico delle diagnosi utilizzando i seguenti principali termini: ammissione, esame, storia, osservazione, problema, screening, anamnesi, assistenza, controllo, sorveglianza, verifica, chemioterapia, ecc.. Va poi verificata nell'elenco sistematico, comunque, l'accuratezza del codice selezionato.

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

I **codici V** che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente **non devono essere utilizzati nel caso in cui il codice della diagnosi già indichi la presenza dello stato del paziente** (ad es., nel caso di complicazioni di trapianto di rene - cod. 996.81, il codice V42.0 *"Rene sostituito da trapianto"*, non deve essere indicato).

1) I codici V possono essere utilizzati come **diagnosi principale [DP]** nei seguenti casi:

- **paziente cronico** o in via di guarigione trattato per **specifiche cure o procedure** in relazione ad episodi di cura (come, ad esempio, **V58.1_ chemioterapia, V58.0 radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico**); in questi casi, può essere indicata come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse;
- pazienti ricoverati come **donatori (V59._)**;
- persona **non malata** che si rivolge alla struttura sanitaria per **specifici motivi** come, ad esempio, per ricevere trattamenti profilattici, o consulenza;
- **controllo della salute del neonato o del bambino (V20._), osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose** in assenza di segni e sintomi (**V29._**).
- **Trattamenti non eseguiti (codici V64._)**, nel caso di **ricoveri ordinari programmati**.
- **Osservazione e valutazione di condizioni morbose sospette (V71._)**.

2) Vi sono codici V che devono essere **obbligatoriamente utilizzati come diagnosi secondaria [DS]** per **segnalare l'esito del parto** con il **codice V27._**, nella SDO della donna ricoverata per parto.

3) I codici V possono essere utilizzati come **diagnosi secondaria [DS]**, **ad esempio** 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 non costituiscono una malattia o un trauma;
- per segnalare **procedure non eseguite (codici V64._)** per complicazioni o altre ragioni, o procedure non eseguite nei **ricoveri non programmati (urgenti)**.
- per segnalare il **contatto** o il **sospetto di contatto con microrganismi** vari (**V01.7 "contatto o esposizione ad altre malattie virali", V02.6_ "portatore o portatore sospetto di epatite virale", V02.9 "portatore o portatore sospetto di altro microrganismo specificato"**);
- per **descrivere la resistenza ai farmaci** in **condizioni infettive** specificate: **V09 "infezioni da microrganismi resistenti ai farmaci"**.

cont.

cont. Codici V: classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari cont.	• per codificare prestazioni strumentali erogate da parte di un presidio ospedaliero diverso da quello in cui il paziente è ricoverato (codice V63.8 “altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici”). CONDIZIONI PATOLOGICHE PREGRESSE (V10 – V15) Le categorie V10 - V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti. Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate. A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno. Ad esempio, il codice V10. “Anamnesi personale di tumore maligno.....” può essere utilizzato come diagnosi principale [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 di controllo quali TAC, endoscopie, scintigrafie, ecc.. Se nel corso del ricovero si evidenzia, invece, una recidiva o una metastasi, in prima diagnosi va indicato il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi. I codici anamnestici (V10-V15) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie [DS] solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero. NEONATOLOGIA E OSTETRICIA (V20 – V29) ▪ Cod. V20.0. “Controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato”: risulta necessario inserirlo in SDO per giustificare la degenza di bambini o neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o adozione; ▪ cod. V20.1: “Cure ad altro neonato o bambino sano”, vanno sempre codificate, per giustificare la durata della degenza o il ricovero stesso nei casi di cattive manifestazioni socio economiche familiari, o per malattia materna fisica o psichiatrica, o per problemi legati al numero di altri bambini presenti nel nucleo familiare; ▪ cod. 22.0-22.1 “Controllo di gravidanza normale...”; cod. V23. “Controllo di gravidanza ad alto rischio ...” ▪ cod. V24.0: “Cure ed esami postpartum subito dopo il parto”, consente di codificare le cure e gli esami post-partum in paziente che abbia partorito fuori dalla struttura ospedaliera con necessità di ricovero per trattamenti successivi al parto (da utilizzare per le cure immediatamente dopo il parto se questo abbia avuto luogo fuori da una struttura ospedaliera); ▪ cod. V29.: “Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate”: tale codice deve essere utilizzato per descrivere i ricoveri successivi a quello relativo alla nascita, in cui un neonato, in apparente stato di buona salute ed entro i primi 28 giorni di vita, viene <u>valutato per una condizione patologica sospetta che non risulta essere confermata</u> dopo gli opportuni approfondimenti. NATI VIVI SANI SECONDO IL TIPO DI NASCITA (V30 - V39) Quando viene compilata una SDO di nato vivo sano, relativa all'episodio di assistenza per la nascita, occorre sempre compilare il campo della diagnosi principale [DP] con uno dei codici delle categorie da V30. a V39. (ad eccezione del codice V35. “Altro parto multiplo (tre o più), tutti nati morti”). ORGANO O TESSUTO SOSTITUITO DA TRAPIANTO O SOSTITUITO CON ALTRI MEZZI (V42 e V43). È sempre opportuno segnalare, in diagnosi secondaria [DS], la condizione di
---	---

cont. Codici V: classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari cont.	portatore di organo o tessuto trapiantato o sostituito con altri mezzi, utilizzando i codici delle categorie V42 e V43. I codici delle categorie V42 e V43 possono essere utilizzati in diagnosi principale [DP] solo per descrivere ricoveri effettuati per terminare la convalescenza post-trapianto o per il follow up del paziente. <u>TRATTAMENTO DOPO INTERVENTO CHE RICHIEDE L'IMPIEGO DI CHIRURGIA PLASTICA (V51)</u> Il codice V51 "Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica" viene utilizzato per i pazienti che hanno bisogno di un intervento di chirurgia plastica in seguito ad un intervento avvenuto in un precedente ricovero, senza collocazione di protesi. <u>COLLOCAZIONE E SISTEMAZIONE DI PROTESI E DISPOSITIVI (V52 e V53)</u> I codici V52._ e V53._ devono essere utilizzati in Diagnosi Principale per descrivere i ricoveri finalizzati a <u>posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi</u>; si tratta di attività programmate da tener distinte rispetto ai malfunzionamenti che vanno invece codificati con le categorie 996 e 997. <u>ALTRO TRATTAMENTO ORTOPEDICO ULTERIORE (V54)</u> L'uso di un codice afferente alla categoria V54 "Altro trattamento ortopedico ulteriore" è consentito per specifiche ed appropriate esigenze di ricovero, ad esempio per la <u>rimozione di placche o di viti</u>; in tali casi non deve essere indicata la patologia di base. <u>RICOVERO PER TRATTAMENTI SPECIFICI IN RELAZIONE AD EPISODI DI CURA PREGRESSI (V55 - V58)</u> Per il ricovero di pazienti per <u>trattamenti specifici in relazione a cure pregresse</u> si devono utilizzare come i codici appartenenti alle categorie V56-V58 (controllo di aperture artificiali V55._, dialisi V56._, radioterapia V58.0, chemioterapia V58.1, cod. V58.69 "Uso a lungo termine (in corso) di altre cure – cure ad alto rischio" utilizzato in caso di ricovero per terapia del dolore cronico). <u>DONATORI DI ORGANI O TESSUTI (V59)</u> I codici V59.1 – V59.8 possono essere utilizzati (in diagnosi principale [DP]) solo quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi. Gli interventi eseguiti dovranno essere segnalati mediante i codici ICD-9-CM negli spazi della SDO riservati agli interventi chirurgici. <u>PERSONE CHE RICORRONO AI SERVIZI SANITARI PER INTERVENTI SPECIFICI NON ESEGUITI (V64)</u> Tipici casi in cui si ricorre ai codici di questa categoria in diagnosi principale [DP] sono i ricoveri per interventi chirurgici programmati che però non vengono eseguiti per sopraggiunte controindicazioni (V64.1) o per decisione del paziente (V64.2) o per altre ragioni (V64.3). In diagnosi secondaria [DS] va indicata la patologia causa del ricovero. Nel caso di ricoveri urgenti le diagnosi vanno invertite Qualora il trattamento non sia eseguito per l'insorgenza di altra patologia complicante, quest'ultima va riportata come diagnosi principale se trattata nel ricovero. Rientra in questa categoria anche la segnalazione degli interventi chirurgici iniziati per via laparoscopica e convertiti in interventi a cielo aperto (V64.4).
---	---

cont. Codici V: classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	<u>PERSONA SANA CHE ACCOMPAGNA UNA PERSONA MALATA (V65)</u> Il codice V65.0 può essere utilizzato per giustificare il ricovero di una persona sana che accompagna una persona malata (ad esempio ricovero di madre che accompagna il neonato malato). <u>RICOVERO PER CURE PALLIATIVE (V66)</u> Il codice V66.7 si può utilizzare come diagnosi principale [DP] per ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative, utilizzando la diagnosi di tumore come secondaria [DS]. <u>VISITA DI CONTROLLO PER LA SORVEGLIANZA MEDICA SUCCESSIVA A TRATTAMENTO (V67)</u> I codici compresi fra V67.0 e V67.9 possono essere utilizzati per descrivere le visite di controllo e di follow up successive a trattamento completato. <u>OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE PER CONDIZIONI MORBOSE SOSPETTE (V71)</u> I codici compresi fra V71.0 e V71.9 possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale [DP], quando, in assenza di segni o sintomi, si richiede una specifica valutazione per una sospetta condizione patologica che, al termine del ricovero, risulta essere non confermata dalle indagini eseguite. <u>ALTRE CONDIZIONI SUCCESSIVE AD INTERVENTI CHIRURGICI</u> Le condizioni successive ad interventi chirurgici possono essere indicati nella scheda di dimissione ospedaliera esclusivamente come diagnosi secondarie [DS] e soltanto nei casi in cui abbiano influenzato l'assistenza erogata durante il ricovero. È importante tener presente, inoltre, che <i>i codici V non devono essere utilizzati per indicare complicanze di un precedente intervento</i>; queste ultime, qualora presenti, devono essere codificate con le specifiche categorie numeriche.
Politraumatismi	Per il politraumatismo non esiste un codice specifico, per cui si devono codificare separatamente i singoli traumi nell'ordine del peso assistenziale (traumi multipli) riportando per primo, quindi, il codice che descrive il trauma di maggiore gravità. I traumatismi superficiali (abrasioni o contusioni) non devono essere codificati in presenza di traumatismi maggiori nella stessa sede.
Criteri per la scelta degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche da segnalare cont.	Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta: • Selezionare e codificare come principale l'intervento/procedura che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.). • Nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici. • Qualora vengano indicati nella cartella clinica interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura standard della SDO (nella nuova SDO sono accettate fino a 11 procedure, ma non tutti i sistemi informativi regionali si sono adeguati), la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità: 1. interventi chirurgici a cielo aperto; 2. interventi per via laparoscopica e/o endoscopica; 3. procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (vedasi sotto); 4. procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica);

cont. Criteri per la scelta degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche da segnalare	5. procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese tra le procedure della rubrica "00" introdotta con la versione 2007 dell'ICD-9-CM o nel primo settore - codici da 01._ a 86._ - (es. gastroscopia); 6. altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese tra le procedure della rubrica "00" introdotta con la versione 2007 dell'ICD-9-CM o nel secondo settore (codici da 87._ a 99._), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, RMN, radioterapia, ecc.). Vengono elencate di seguito alcune procedure, comprese nel secondo settore (codd. da 87._ a 99._), che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG): • 00.10 Impianto di agenti chemioterapici. • 00.15 Infusione di Interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2). • 87.53 Colangiografia intraoperatoria. • 88.52 Angiocardigrafia del cuore destro. • 88.53 Angiocardigrafia del cuore sinistro. • 88.54 Angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro. • 88.55 Arteriografia coronarica con catetere singolo. • 88.56 Arteriografia coronarica con catetere doppio. • 88.57 Altra e non specificata arteriografia coronarica. • 88.58 Roentgenografia cardiaca con contrasto negativo. • 92.27 Impianto o inserzione di elementi radioattivi. • 92.30 Radiochirurgia stereotassica SAI. • 92.31 Radiochirurgia fotonica a sorgente singola. • 92.32 Radiochirurgia fotonica multi-sorgente. • 92.33 Radiochirurgia fotonica particolare. • 92.39 Radiochirurgia stereotassica NIA. • 94.61 Riabilitazione da alcool. • 94.63 Disintossicazione e riabilitazione da alcool. • 94.64 Riabilitazione da farmaci. • 94.66 Disintossicazione e riabilitazione da farmaci. • 94.67 Riabilitazione combinata da alcool e farmaci. • 94.69 Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci. • 95.04 Esame dell'occhio sotto anestesia. • 96.70 Ventilazione meccanica continua di durata non specificata. • 96.71 Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive. • 96.72 Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più. • 98.51 Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica. • 99.10 Iniezione o infusione di agente trombolitico.
Definizione di intervento principale	L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero e individuata come quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, chirurgo, anestesista, équipe operatoria, indagine complesse e/o costose, ecc.) nel corso della degenza.
Interventi chirurgici non correlati alla diagnosi principale cont.	Nel caso in cui un paziente sia ricoverato per essere sottoposto ad intervento chirurgico e nel corso del ricovero sviluppi un'altra patologia importante, (ad. es. una complicazione severa), in ❶ DP verrà segnalata tale patologia, e fra le ❷ DS il motivo del ricovero, e ❸ la procedura principale consisterà nell'intervento chirurgico effettuato. In tali casi non va modificata la diagnosi principale di dimissione per giustificare l'intervento chirurgico, ne' cambiata la procedura principale per allinearla alla diagnosi principale.

cont. Interventi chirurgici non correlati alla diagnosi principale	Il Grouper è l'applicativo software che attribuisce il DRG. In base ad una classificazione interna di cui dispone e indipendentemente dalla posizione in cui è inserito il codice (dalla prima all'undicesima), il software individua l'intervento/procedura che ha comportato il maggior consumo di risorse e lo confronta con la diagnosi principale. Se non viene riscontrata una coerenza logica tra i due codici, esso assegna un DRG incoerente (DRG 468, 470, 476 o 477). Nella maggior parte dei casi ciò avviene in quelle situazioni in cui vi sia la diagnosi principale di tipo medico a fronte di un intervento chirurgico. Esempio- Diagnosi principale di polmonite, cod. 483.8 <i>Polmonite da altri organismi specificati</i>, DS cod. 513.0 <i>Ascesso del polmone</i> e intervento chirurgico 81.51 <i>Sostituzione totale dell'anca</i>: il Grouper assegna il DRG 468 <i>Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale</i> perché non trova un nesso logico tra la polmonite e l'intervento chirurgico ortopedico. La maggior parte dei DRG 468, 476 e 477 sono imputabili ad errori di codifica. In una quota minore di casi la codifica è corretta e descrive esattamente il processo assistenziale. In questi casi è inevitabile accettare l'attribuzione di un DRG anomalo/incoerente.
Altri interventi chir. e procedure diagnostiche e terapeutiche	Oltre all'intervento chirurgico principale di dimissione da ospedale, devono essere indicati gli altri eventuali interventi chirurgici effettuati e/o le procedure diagnostico-terapeutiche, in ordine decrescente di importanza, fra quelle cui è stato sottoposto il paziente nel corso dello stesso ricovero nell'ospedale.
Codici combinati che descrivono l'approccio all'intervento	In molti casi i codici di procedura individuano anche la modalità di accesso relativamente ad un intervento chirurgico e consentono di distinguere gli interventi "a cielo aperto" da quelli effettuati per "via endoscopica" o per "via laparoscopica". <u>Esempi:</u> - cod. 51.23 "<i>Colecistectomia</i>" - cod. 51.23 "<i>Colecistectomia laparoscopica</i>" - cod. 51.88 "<i>Rimozione endoscopica di calcoli del tratto biliare</i>" - cod. 65.01 "<i>Ovariectomia laparoscopica</i>" - cod. 65.09 "<i>Ovariectomia</i>"
Assenza di codice che individui l'approccio all'intervento	Nel caso non esista un codice che individui specificamente l'approccio endoscopico o quello laparoscopico all'intervento, si ricorre alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo). <u>Esempio:</u> meniscectomia mediante artroscopia del ginocchio: - PP: codice 80.6 "Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio" ed INOLTRE - PS: codice 80.26 "Artroscopia del ginocchio".
Codifica di interventi bilaterali	Alcuni codici consentono di distinguere gli interventi effettuati dal lato destro oppure da quello sinistro oppure bilateralmente. Quando non vi è tale possibilità, è consentito utilizzare due volte lo stesso codice di intervento per descrivere un intervento svolto da entrambi i lati. Tale criterio deve essere utilizzato solo nei <u>casi in cui la completa descrizione ha rilevanza sul processo di cura o sul consumo delle risorse</u>; non è appropriata farne uso nel caso di procedure minori (ad esempio: escissione di lesioni cutanee, trasfusioni, indagini radiologiche, ecc.). <u>Esempio1:</u> Intervento per ernia inguinale bilaterale- - PP: cod. 53.1 "<i>Riparazione bilaterale di ernia inguinale</i>" <u>Esempio2:</u> Intervento per impianto di protesi di ginocchio bilaterale nel corso del medesimo intervento - PP: cod. 81.54 "<i>Sostituzione totale del ginocchio</i>" (dx) - PP: cod. 81.54 "<i>Sostituzione totale del ginocchio</i>" (sn)

Ricoveri di transito in terapia intensiva per assistenza post-operatoria	I ricoveri di pazienti trasferiti in terapia intensiva nell'immediata fase postoperatoria vanno descritti utilizzando i seguenti codici: • Monitoraggio post-operatorio (senza assistenza ventilatoria) Nel caso di <u>ricovero in terapia intensiva di paziente operato, per osservazione e monitoraggio</u> post-intervento o, ad esempio, per la sostituzione/rimozione di drenaggi, va riportato fra le DIAGNOSI SECONDARIE [DS] il codice V58.49 "Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato", oltre ai codici relativi alle condizioni morbose sottostanti. Negli spazi relativi agli interventi [PP] vanno codificati i trattamenti eseguiti e le eventuali procedure effettuate nel corso della degenza post-chirurgica. • Assistenza ventilatoria post-operatoria Nel caso di <u>ricovero in terapia intensiva di paziente operato, per assistenza ventilatoria post-intervento</u>, fra le diagnosi va riportato (secondo le modalità indicate dalle regole generali di codifica) il codice 518.5 "Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico", unitamente ai codici relativi alle condizioni morbose sottostanti. Negli spazi relativi agli interventi vanno codificate le procedure di ventilazione assistita effettuate (cod. 96.7_ "Altra ventilazione meccanica continua....." o cod. 93.90 "Respirazione a pressione positiva continua CPAP") e gli <u>eventuali ulteriori trattamenti eseguiti</u> nel corso della degenza post-chirurgica.
Terapie ripetute	Determinate terapie mediche e riabilitative possono essere ripetute più volte durante il ricovero. In tali casi è sufficiente codificarle una sola volta, indicando la data dell'inizio della terapia. Ad esempio, basta un solo codice di infusione di emazie concentrate (99.04) anche se le trasfusioni sono più di una.
Diagnosi di traumatismo	Quando il motivo del ricovero è dovuto ad un evento traumatico, in diagnosi principale deve essere indicato uno dei codici delle categorie 800-904 e 910-995 . Questa informazione va indicata solamente nella SDO relativa al primo ricovero anche nel caso in cui il paziente abbia necessità di successivi ricoveri per i successivi trattamenti del medesimo traumatismo (ad es. riabilitazione). In tali casi, nella SDO non deve essere più indicato il trauma, bensì i postumi o le complicazioni causate da quel trauma.
Sintomi, segni e condizioni mal definite di morbosità e mortalità	Quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati i codici relativi a "Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" riportati nel capitolo 16 della ICD-9-CM. Questo settore include sintomi, segni, risultati anomali di laboratorio o altre indagini, nonché manifestazioni mal definite che <u>non possono</u> essere classificate negli altri settori. In generale, le categorie 780-796 comprendono sia manifestazioni morbose poco definite sia sintomi che possono riguardare con uguale probabilità due o più malattie o apparati e vanno utilizzate quando non è possibile una diagnosi più specifica. Tutte le categorie di questo settore possono essere definite come "non altrimenti specificate", o "ad eziologia sconosciuta", o "transitorie". - Sintomi: codici delle categorie da 780 a 789. - Cause mal definite di morbosità e mortalità: codici delle categorie da 797 a 799. DP: queste condizioni possono essere utilizzate come diagnosi principale di dimissione solamente nei seguenti casi: • assenza di qualsiasi altra indicazione diagnostica più precisa • ricovero finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo
cont.	

cont.

**Sintomi, segni e
condizioni mal
definite di
morbosità e
mortalità**

DS: i codici del capitolo XVI si usano, come **diagnosi secondarie**, solo quando i segni o i sintomi **non sono compresi nella patologia principale** e la loro presenza comporta una **maggiore complessità assistenziale**.

Le circostanze nelle quali è opportuno utilizzare i codici compresi nelle categorie 780-796 sono le seguenti (ICD-9-CM p. 532):

- **nessuna diagnosi più specifica può essere formulata** anche dopo che tutti gli elementi relativi al caso sono stati esaminati;
- i **segni** o i **sintomi** presenti alla prima visita si rivelano **transitori senza che sia stato possibile individuarne l'origine**;
- i pazienti sono **trasferiti altrove prima che sia stata formulata una diagnosi**;
- si desidera evidenziare **indagini o trattamenti precedenti il momento della diagnosi**;
- si desidera indicare **sintomi che rappresentano un problema importante** nel trattamento medico e che possono essere **segnalati insieme alla diagnosi principale**.

MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE – SETTICEMIA, SEPSI

Il capitolo 1 dell'ICD-9-CM è suddiviso nelle seguenti parti:

- 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**.

Regole generali di codifica relative al Capitolo 1

- La codifica della diagnosi di malattia infettiva deve essere specifica ed indicare, quando possibile sia il **microrganismo responsabile** sia il **sito d'infezione**.
- In linea generale si pone l'indicazione di utilizzare un codice di questo capitolo ogni qualvolta si pervenga ad una **diagnosi di infezione con identificazione del microrganismo**.
- I codici di questo capitolo possono essere utilizzati per identificare l'agente infettivo in **malattie classificate altrove**.
- Nella compilazione dei campi corrispondenti alle diagnosi occorre **riportare anche gli zeri presenti prima della cifra significativa** (ad esempio la febbre tifoide ha il codice 002._).
- In alcune situazioni è sufficiente un solo codice per indicare la patologia in questione; altre volte, invece, per individuare sia la patologia sia il germe responsabile, sono necessari più codici. Nel caso si debbano utilizzare **codici combinati**, la codifica andrà effettuata sulla base delle indicazioni **ICD-9-CM che specificano cosa va codificato per primo e cosa per secondo** (di solito l'agente infettivo va codificato in DS, vedasi esempi riportati sotto).

Esempi:

- ⇒ Pielonefrite acuta da Escherichia coli:
 - **DP: cod. 590.10** "Pielonefrite acuta, senza necrosi midollare"
 - **DS: cod. 041.4** "Infezione da Escherichia coli (E. coli) in manifestazioni morbose classificate altrove e di sede non specificata"
- ⇒ Gastrite acuta con presenza di infezione da Helicobacter pylori:
 - **DP: cod. 535.00** "Gastrite acuta, senza menzione di emorragia"
 - **DS: cod. 041.86** "Infezione da Helicobacter pylori (H. pylori)"
- ⇒ Prostatite acuta da Streptocococco A:
 - **DP: cod. 601.0** "Prostatite acuta"
 - **DS: cod. 041.01** "Infezione streptococcica in condizioni morbose classificate altrove, Streptococco gruppo A"

cont.

cont. Regole di codifica generali relative al Capitolo 1	➤ Per la codifica delle polmoniti, vedasi il capitolo 8 “Malattie dell'apparato respiratorio”. ➤ Nel caso in cui durante il ricovero si verifichi la necessita di isolamento utilizzare la seguente codifica in diagnosi secondaria: ▪ DS: cod. V07.0 “Necessità di isolamento – Ricovero per proteggere l'individuo dal suo ambiente o per isolare l'individuo dopo contatto con malattie infettive” ➤ Nei casi di infezioni da germi resistenti ai farmaci utilizzare la seguente codifica solo in diagnosi secondaria: ▪ DS: un codice della cat. V09._ _ “Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci....”
Malattie infettive e parassitarie	In linea generale si pone l'indicazione di utilizzare un codice di questo settore ogniqualvolta si pervenga ad una diagnosi di infezione con identificazione del microrganismo responsabile. La codifica della diagnosi di malattia infettiva deve essere specifica ed indicare, quando possibile: 1. il microrganismo responsabile, 2. il sito d'infezione. <i>È necessario riportare nella compilazione dei campi corrispondenti alle diagnosi anche gli zeri presenti prima della cifra significativa, ad esempio la febbre tifoide ha il codice 002._.</i>
Stato di portatore o sospetto portatore di malattie infettive	La condizione di portatore o sospetto portatore di malattie infettive specificate potrà essere segnalata utilizzando il codice appropriato della categoria V02._ _ “Portatore o portatore sospetto di malattie infettive”. I codici di questa categoria vanno riportati in diagnosi secondaria solo nei casi in cui la condizione di portatore o portatore sospetto di malattia infettiva abbia significativamente influenzato il trattamento ricevuto dal paziente.
Postumi delle malattie infettive e parassitarie	I postumi delle malattie infettive e parassitarie sono raggruppati nelle tre categorie 137._ “Postumi della tubercolosi”, 138 “Postumi della poliomielite acuta” e 139._ “Postumi di altre malattie infettive e parassitarie”. Per codificare i postumi sono necessari due codici: uno relativo alla ① condizione residua o alla natura del postumo (DP), l'altro relativo alla ② causa del postumo (DS). Il codice relativo alla natura del postumo deve essere riportato per primo, se risponde ai criteri di selezione della diagnosi principale; il codice relativo alla causa del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, <u>anche qualora le note contenute nell'elenco sistematico indichino diversamente</u>. Esempio: Artropatia in postumi di poliomielite acuta: • DP: cod. 716.9_ “Artropatia non specificata” ▪ DS: cod. 138 “Postumi della poliomielite acuta”
Tubercolosi	La tubercolosi è identificata con codici delle categorie da 010._ _ a 018._ _ “Tubercolosi....”. ⇒ la terza cifra indica la sede ⇒ la quarta cifra indica il tipo ⇒ la quinta cifra descrive la diagnostica utilizzata e l'esito Esempio: • codice 011.13 “Tubercolosi del polmone nodulare, esame microscopico dell'espettorato positivo” • codice 013.25 “Tubercoloma dell'encefalo, esame batteriologico negativo, ma tubercolosi confermata istologicamente”

Infezioni insorte nel corso del ricovero	Tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero, salvo che tali infezioni non rientrino nei criteri di selezione della diagnosi principale. <i>Deve essere specificato, inoltre, l'agente patogeno ogniqualevolta sia stato identificato.</i>
Setticemia, SIRS e sepsi	I termini "setticemia", "SIRS" e "sepsi" individuano specifiche condizioni cliniche (N.B.: setticemia e sepsi NON sono sinonimi) definite nel 1991 dalla American College of Chest Physicians e dalla American Society of Critical Care Medicine, rivedute e aggiornate nel 2001 e nel 2016: ➔ SETTICEMIA: patologia sistemica dovuta alla presenza nel sangue di <u>microrganismi patogeni o tossine</u>; le forme batteriche sono individuata con uno dei codici 038., quelle virali da 050 a 057, quelle micotiche da 110 a 118. ➔ SIRS (SINDROME DA RISPOSTA INFIAMMATORIA SISTEMICA): può essere causata da infezione, da trauma/ustione o da altra condizione (ad es.: neoplasia, pancreatite acuta, ...). La <u>SIRS non da infezione</u> è individuata con i codici 995.93 (senza disfunzione d'organo) o 995.94 (con disfunzione d'organo). La SIRS è identificata dalla presenza di <u>almeno due</u> dei seguenti segni clinici: - ipotermia <36°C o ipertermia >38°C - tachicardia >90 battiti/min. - tachipnea >20 respirazioni/min. o tensione CO² <32mmHg - leucopenia <4.000 mm³ o leucocitosi >12.000 mm³ ➔ [SEPSI NON SEVERA: SIRS da PROCESSO INFETTIVO senza disfunzione d'organo. • DP con uno dei codici della categoria 038. "Setticemia..." che identifica il microrganismo responsabile dell'infezione <u>ed inoltre</u> ▪ DS con il codice 995.91 "Sepsi".] ➔ SEPSI SEVERA: SIRS da PROCESSO INFETTIVO, in cui la DISFUNZIONE D'ORGANO COMPORTA PERICOLO DI VITA, CAUSATA DA UNA RISPOSTA "DISREGOLATA" DELL'ORGANISMO ALL'INFEZIONE CON DANNI AI TESSUTI E AGLI ORGANI (*): ❶ DP: codice della categoria 038. "Setticemia", che identifica l'organismo responsabile dell'infezione; (oppure codice 112.5, 567.21, ecc.) ❷ DS: codice 995.92 "Sepsi severa (Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo infettivo con disfunzione d'organo acuta)"; + ❸ DS: eventuali localizzazioni infettive (polmonite, influenza con polmonite osteomielite, peritonite, cistite, ecc.) + <u>EVENTUALMENTE</u> ❹ DS: cod. 785.52 "Shock settico" + <u>EVENTUALMENTE</u> ❺ DS: i codici che descrivono la/le <u>disfunzione/i d'organo acuta/e</u> (encefalopatia, insufficienza renale acuta, ecc.). Se l'insufficienza acuta d'organo <u>non è correlata alla sepsi</u>, non deve essere utilizzato il codice 995.92. <u>IN GENERALE</u>, per codificare setticemia, SIRS e sepsi, indicare ❶ <u>PER PRIMA</u> la patologia di base, ad esempio: infezione (codice 038.; 112.5; 567.21; ecc.) <u>OPPURE</u> trauma <u>OPPURE</u> patologia acuta (ad es. pancreatite acuta cod. 577.0), ❷ <u>SEGUITA</u> da un codice della sottocategoria 995.9 "Sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS)", ❸ ed <u>EVENTUALMENTE</u> dai codici che descrivono la/le disfunzione/i d'organo acuta/e. ➔ SIRS DA PROCESSO NON INFETTIVO: ❶ DP: codice dalla patologia causale (ad es. pancreatite acuta cod. 577.0); ❷ DS: codice 995.93 "Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a <u>processo non infettivo senza disfunzione d'organo acuta</u>" oppure il codice 995.94 "Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a <u>processo non infettivo con disfunzione d'organo acuta</u>";

cont.

cont.

cont.

Setticemia, SIRS e sepsi

③ **DS:** in caso di disfunzione d'organo vanno riportati anche i **codici che descrivono la/le disfunzione/i d'organo acuta/e** (encefalopatia, insufficienza renale acuta, insufficienza respiratoria, ecc.).

- Quando SIRS, sepsi o sepsi severa sono associate a **infezione localizzata**, ad esempio **polmonite** o cellulite, queste specifiche condizioni devono essere **codificate con gli specifici codici** fra le **DS** (vedasi pagina precedente).
- Per individuare la sola **batteriemia** (presenza di batteri nel circolo ematico, **emocoltura positiva**) va utilizzato il **codice 790.7 "Batteriemia non specificata"** e selezionare anche un **codice aggiuntivo** per identificare il **batterio (categoria 041)**.
- In caso di ricovero per **setticemia**, devono essere utilizzati i seguenti codici di infezione:
 - i codici della categoria **038 per le forme batteriche**,
 - i codici delle categorie da **050 a 057 per le forme virali**,
 - i codici delle categorie da **110 a 118 per le forme micotiche**.
- La **setticemia post-operatoria** è individuata dal **codice 998.59 "Altra infezione postoperatoria"**, congiuntamente ad un **codice aggiuntivo per indicare il tipo di setticemia**.
- La **setticemia successiva ad infezioni, trasfusioni o vaccinazioni** è individuata dal **codice 999.3 "Altre infezioni da cure mediche non classificate altrove"**.
- Il **cod. 038.9 "Setticemia non specificata"** può essere utilizzato in caso di emocoltura negativa se presenti almeno uno dei seguenti segni:
 - Febbre >38° C
 - Ipotermia <36° C
 - Leucocitosi >12.000 mm³
 - Leucopenia <4.000 mm³
 - Tachicardia >90 battiti/min.
 - Tachipnea o iperventilazione >20 respiri/min.

ESEMPI DI CODIFICA DI SETTICEMIA E SEPSI:

Setticemia da infezione di tracheostomia (es. da Staf. Aureus)

- **DP: cod. 038.11 "Setticemia da Staf. Aureus"**
- **DS: cod. 519.01 "Infezioni della tracheotomia"**

Setticemia da infezione di colostomia o enterotomia

- **DP: cod. 038._ "Setticemia da ..."**
- **DS: cod. 569.61 "Infezione di colostomia-enterostomia"**

Setticemia da catetere vascolare

- **DP: cod. 038._ "Setticemia da ..."**
- **DS: cod. 996.62 "Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti vascolari"**
- **Codice E: Esempio E872.8 Fallimento delle precauzioni per garantire la sterilità durante una procedura – Altre procedure specificate**

Setticemia da catetere urinario (es. da Stafilococco aureus)

- **DP: cod. 038.11 "Setticemia da stafilococco aureo"**
- **DS: cod. 996.64 "Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo interno"**
- **Codice E: Esempio E879.6 "Proc. senza evid. incidenti al momento della proc., come causa di reaz. al paz., o di succ. incidente - Cateterismo urinario"**

Setticemia da polmonite pneumococcica

- **DP: cod. 038.2 "Setticemia pneumococcica"**
- **DS: cod. 481 "Polmonite pneumococcica"**

cont.

cont.

Setticemia, SIRS e sepsi

Setticemia da infezione delle vie urinarie da pseudomonas

- **DP: cod. 038.43** "Setticemia da *Pseudomonas*"
- **DS: cod. 599.0** "Infezione del sistema urinario, sito non specificato"

Sepsi stafilococcica MRSA complicante una polmonite

- **DP: cod. 038.11** "Setticemia da stafilococco aureo"
- **DS: cod. 995.91** "Sepsi"
- **DS: cod. 482.4_** "Polmonite da Stafilococco,", **OPPURE**, se altro tipo di polmonite
- **DS: cod. 482.9** "Polmonite batterica non specificata"
- **DS: cod. V09.0** "Infezione da microrganismi resistenti alla penicillina - Infezione da *staphylococcus aureus* meticillinoresistente (MRSA)"
- **Codice E: Esempio** → **E849.7** "Istituzione residenziale – Ospedale"

Urosepsi, sepsi secondaria a infezione delle vie urinarie (es. cistite acuta)

- **DP: cod. 038.42** "Setticemia da *E. coli*"
- **DS: cod. 995.91** "Sepsi"
- **DS: cod. 595.0** "Cistite acuta"
- **Codice E: Esempio** → **E849.0** "Abitazione" (per quadro settico insorto a casa)

Sepsi da neutropenia

- **DP: cod. 038._** "Setticemia ..."
- **DS: cod. 288.0_** "Neutropenia"

Sepsi da nadir

- **DP: cod. 038._** "Setticemia ..."
- **DS: cod. 288.03** "Neutropenia indotta da farmaci"

Influenza complicata da polmonite, shock settico e insufficienza renale acuta

- **DP: cod. 038.9** "Setticemia non specificata"
- **DS: cod. 995.92** "Sepsi severa [con disfunzione d'organo]"
- **DS: cod. 785.52** "Shock settico"
- **DS: cod. 487.0** "Influenza con polmonite"
- **DS: cod. 584.9** "IRA non specificata [come esempio di codice di disfunzione d'organo]"
- **Codice E: Esempio** → **E849.0** "Abitazione" (per quadro settico insorto a domicilio)

Embolia settica arteriosa

- **DP: cod. 038._** "Setticemia ..."
- **DS: cod. 995.91** "Sepsi" opp. **995.92** "Sepsi severa [con disfunzione d'organo, se presente]"
- **DS: codice infezione di base** (es.: **421.0** "Endocardite batterica acuta e subacuta" o **513.0** "Ascesso del polmone")
- **DS: codice della sede dell'embolizzazione** (**433.00-433.91** o **444.0-444.9**)
- **Codice E: Esempio** → **E811.2:** "Inc. traf. Veic. Mot. Rientrate riguard. Col. Con altro veic. Mot. – Motociclista", se il quadro clinico fosse conseguente a un incidente in motocicletta

Embolia polmonare settica

- **DP: cod. 038._** "Setticemia ..."
- **DS: cod. 415.19** "Altre forme di embolia polmonare e infarto polmonare"

Setticemia neonatale:

- **DP: cod. 771.81** "Setticemia (sepsi) del neonato"
- Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi (cod. 995.91 o 995.92), ma deve essere identificato il microrganismo (**categoria 041._** "Infezioni batteriche in manifestazioni morbose classificate altrove e di sede non specificata").

cont. Infezioni da HIV	Esempi: ⇒ Paziente affetto da AIDS e polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i> • DP: cod. 136.3 “<i>Pneumocistosi - Polmonite dovuta a Pneumocystis carinii</i>” ▪ DS: cod. 042 “<i>Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)</i>”. ⇒ Paziente affetto da AIDS e ricoverato per <u>appendicite acuta</u> e contemporaneo riscontro di epatite C: • DP: cod. 540. “<i>Appendicite acuta</i>” ▪ DS: cod. 042 “<i>Infezione da virus dell’immunodeficienza umana</i>” ▪ DS: cod. 070.54 “<i>Epatite C cronica senza coma epatico</i>” ⇒ Lo <u>stesso paziente</u> nel quale, il quadro di <u>appendicite acuta</u> è stato <u>causato dalla localizzazione viscerale del sarcoma di Kaposi</u> va classificato invece come segue: • DP: cod. 042 “<i>Infezione da virus dell’immunodeficienza umana</i>” ▪ DS: cod. 176.3 “<i>Infezione da Sarcoma di Kaposi - Tratto gastro-intestinale</i>” ▪ DS: cod. 540. “<i>Appendicite acuta</i>” ▪ DS: cod. 070.54 “<i>Epatite C cronica senza coma epatico</i>” D) I trattamenti con farmaci antiretrovirali vanno indicati nel seguente modo: - PP: cod. 99.29 “<i>Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche</i>”. E) Nel caso di pazienti con infezione da HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio, in diagnosi principale (DP) occorre utilizzare il codice 647.6 “<i>Altre malattie virali</i>” e in diagnosi secondaria (DS) il codice 042, <u>per la paziente con HIV sintomatico</u>, o il codice V08 per la <u>paziente sieropositiva asintomatica</u>.
Epatite virale	Le epatiti virali da virus A, B, C, E sono classificate con i codici della categoria 070.__. La quarta e la quinta cifra identificano: - il fattore eziologico, - l’eventuale sovrapposizione delta, - le condizioni cliniche (acuta/cronica) - la presenza eventuale di coma epatico. F) In tutti i casi in cui si evidenzia una positività sierologia verso i virus epatitici e, nel corso del ricovero, non viene erogato uno specifico trattamento diagnostico-terapeutico, va <u>segnalata in diagnosi secondaria (DS)</u> la sola condizione di positività impiegando i codici V02.6. G) Per alcune tipologie di epatite non sono previsti codici specifici, che devono essere codificate con i codici 070.4 “<i>Altre epatiti specificate con coma epatico</i>” o 070.5 “<i>Altre epatiti specificate senza menzione di coma epatico</i>”. H) Per le epatiti causate da altri agenti infettivi si può impiegare un solo codice descrittivo sia dell’etiologia che del danno epatico, mentre nei restanti casi viene codificata in diagnosi principale la malattia di base ed in diagnosi secondaria l’epatite. Quindi, il cod. 042 deve essere utilizzato in DP con codici aggiuntivi per indicare tutte le manifestazioni cliniche, a meno che il ricovero avvenga per una patologia del tutto non correlata ad HIV (ad es., un trauma). Esempi: - epatite in toxoplasmosi: • DP: codice 130.5 “<i>Epatite da Toxoplasmosi</i>”, - epatite in mononucleosi infettiva • DP: codice 075 “<i>Mononucleosi infettiva</i>” ▪ DS: codice 573.1 “<i>Epatite in malattie virali classificate altrove</i>”. I) Per quanto riguarda i postumi da epatite virale, non esiste un codice che identifichi univocamente i postumi di epatite virale per cui va utilizzato il codice 139.8 “<i>Postumi di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie</i>”.

SETTICEMIA

Forme batteriche

codici della
categoria
038

Forme virali

codici delle
categorie
da
050 a 057

Forme micotiche

codici delle
categorie
da
110 a 118

Setticemia
postoperatoria

998.59

Setticemia successiva a:

- iniezione
- infusione
- trasfusione
- vaccinazioni

999.3

Setticemia nel corso
del travaglio di parto

659.3

Setticemia
complicante l'aborto

nello stesso episodio di ricovero

codici da **634 a 638**
(con quarta cifra **0**)

in un episodio di ricovero
successivo

639.0

Setticemia successiva a
gravidanza ectopica

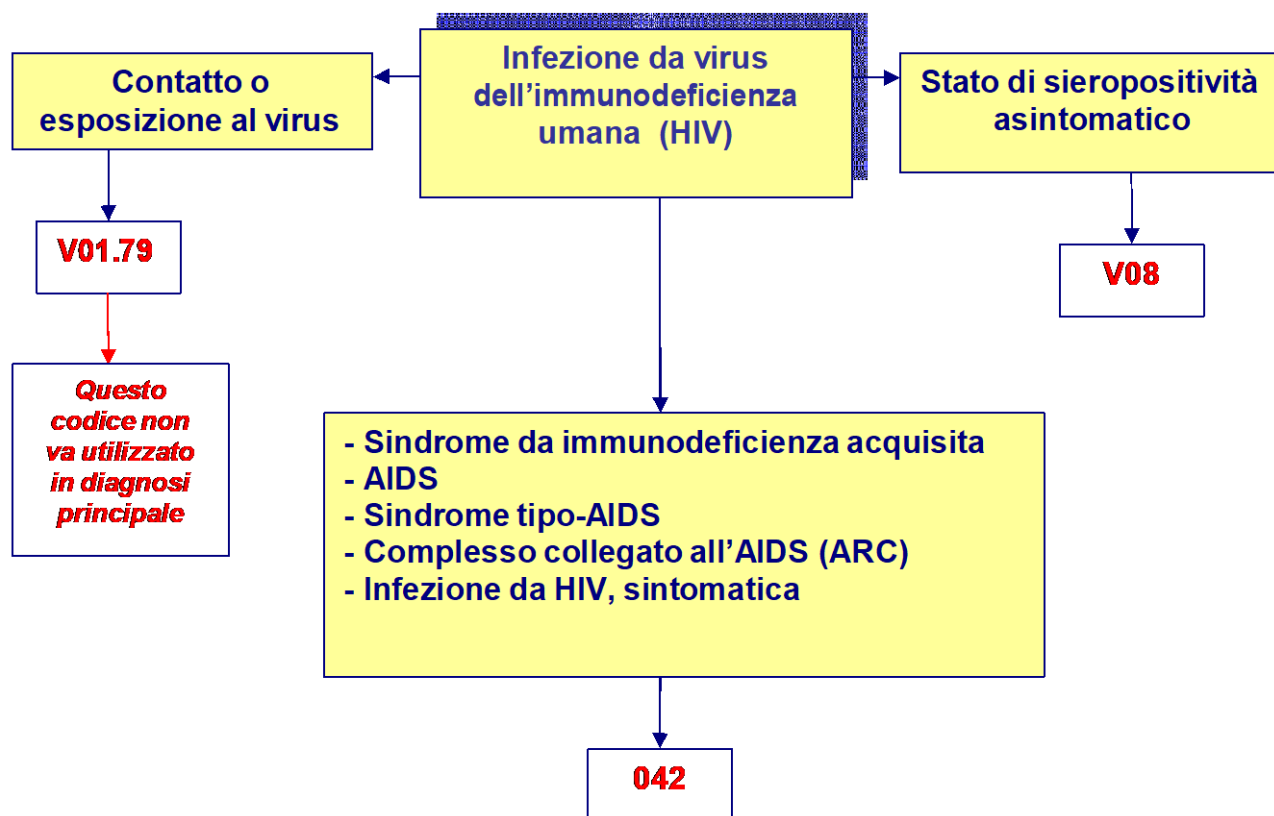
nello stesso episodio di ricovero

codici da **630 a 633**
ovvero **639.0** (se non
identificabile nelle
suddette categorie)

SETTICEMIA CON SHOCK SETTICO

Diagnosi principale: **038._ _ setticemia** +
Diagnosi secondaria: **995.92 sepsi severa** +
Diagnosi secondaria: **785.52 shock settico** +
Diagnosi secondaria/e: **disfunzioni d'organo**

INFEZIONE DA VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA (HIV)



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

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

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

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

TUMORI

Regole generali di codifica

La codifica dei tumori è principalmente rivolta alla **identificazione topografica della malattia**.

Per la codifica delle malattie oncologiche è indicato l'utilizzo della **tavola sinottica** che si può reperire nella parte alfabetica del manuale **ICD-9-CM versione 2007**, alla voce neoplasia/neoplastico. Nella tabella le neoplasie sono elencate in ordine alfabetico e per sede (**pagg. 270-293**). Successivamente è indicato verificare l'accuratezza del codice nella parte sistematica del manuale.

I tumori sono classificati in :

- **Tumori Maligni Primitivi:**
 - di sedi di **origine specificate (140-195)**; per quasi tutte queste categorie, quando il tumore primitivo interessa **più sedi dello stesso organo** e non è possibile identificare il punto di origine, va utilizzata la **quarta cifra=8 (altre sedi specificate)** [Es: cod. 151.8 "Tumori maligni di altre sedi specificate dello stomaco"].
 - tumori degli **organi emopoietici (200 - 208)**.
- **Tumori Maligni Secondari:**
 - di **sede specificata (196-198)**;
 - **senza indicazione della sede** di origine **primitiva (199)**.
- **Tumori Maligni in Situ (230-234)**: in queste categorie sono incluse anche le lesioni, es. polipi adenomatosi del colon e dell'apparato genito-urinario, con displasia epiteliale di grado grave o severo.
- **Tumori Benigni (210-229)**: sono comprese le lesioni con displasia epiteliale di grado lieve.
- **Tumori a Comportamento Incerto (235-238)**: i codici di queste categorie devono essere utilizzati per le neoplasie ben localizzate per sede anatomica, di cui **non è prevedibile**, al momento della diagnosi istologica, il **successivo comportamento clinico** (es. polipi del colon con moderate atipie citologiche e architetturali, adenomi villosi del colon).
Rientrano in questo capitolo anche i tumori a comportamento incerto della policitemia vera (codice 238.4), la trombocitemia essenziale (codice 238.71), la sindrome mielodisplastica con lesioni a basso grado (codice 238.72), la sindrome mielodisplastica con lesioni ad alto grado (codice 238.73), la sindrome mielodisplastica con delezione 5q (codice 238.74), la sindrome mielodisplastica non specificata (codice 238.75), la mielofibrosi con metaplasia mieloide (codice 238.76).
- **Tumori di Natura Non Specificata (239)**: i codici di questa categoria devono essere utilizzati nei casi in cui **non si conosca la forma istologica della neoplasia** (es. neoformazione polmonare con quadro radiografico compatibile per neoplasia maligna, ma con biopsie endobronchiali negative).

Nella sezione dei tumori maligni primitivi (da **140 a 195**) la **4ª cifra** indica la **parte anatomica** dell'organo interessato dal tumore (esempio: cod. 151 *Tumori maligni dello stomaco*, cod. 151.0 *Tumori maligni del cardias*).

Nella sezione riguardante i **tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico (200-208)**, per le categorie **200-202**, la **quinta cifra** indica la **sede interessata** (es: 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**.

Per le situazioni cliniche 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).

Neoplasia codificata in diagnosi principale [DP]	Una <u>neoplasia</u> va codificata in diagnosi principale (DP) nei seguenti casi: • ricovero diagnostico (quando la diagnosi di neoplasia venga posta per la prima volta); • ricovero esitato in decesso a causa della patologia stessa; • ricovero finalizzato alla stadiazione o alla ristadiazione della malattia, con la necessità di eseguire procedure diagnostiche invasive strettamente correlate alla patologia, erogabili, per la loro intrinseca complessità, solo in ricovero ordinario, anche se nel corso dello stesso ricovero viene eseguita la radioterapia o la chemioterapia; • ricovero con l'intervento chirurgico specifico per il trattamento della neoplasia (anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia); • ricovero elettivo per eseguire esclusivamente prestazioni di embolizzazione, alcolizzazione, termoablazione con radiofrequenza.
- Neoplasia codificata in diagnosi secondaria [DS] - Complicazioni di neoplasia	Nel caso di ricovero per il trattamento delle complicazioni di neoplasia, in diagnosi principale (DP) vanno codificate le complicazioni (anemia, neutropenia, ascite, occlusione intestinale, versamento pleurico, insufficienza respiratoria, scompenso cardiaco, disidratazione, ecc.) mentre in diagnosi secondaria (DS) va codificata la neoplasia o l'anamnesi di neoplasia (qualora non più presente → codice V10._) o la metastasi se la sede principale è stata asportata con intervento chirurgico/radioterapia. Anche nel caso di terapia di metastasi, la forma secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale e il tumore primitivo codificato come diagnosi secondaria o l'anamnesi di neoplasia (qualora non più presente → codice V10._).
Neoplasia primitiva metastatizzata	Quando un paziente è ricoverato a causa di una neoplasia primitiva metastatizzata e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale [DP] anche se la forma primitiva fosse ancora presente (da codificare in DS).
Chemioterapia	In caso di ricovero per effettuare chemioterapia citostatica, la codifica è la seguente: • DP: V58.11 "Chemioterapia antineoplastica" ▪ DS: codice della neoplasia- la diagnosi secondaria deve riportare il codice del tumore (se non asportato) <u>oppure</u> il codice della metastasi <u>oppure</u> il cod. V10._ se la neoplasia primitiva è stata totalmente eradicata - PP: codice 99.25 "Infusione e iniezione di sostanze chemioterapiche per tumore" Il codice V58.11 "Chemioterapia antineoplastica" va utilizzato, in diagnosi principale, anche nei casi di chemioterapia intracavitaria (peritoneale, intrapleurica, intravescicale, intrarachidea), aggiungendo il codice della neoplasia (primitiva o secondaria) oggetto del trattamento + i relativi codici di procedura (ad es. tumore maligno vescica: cod. 96.49 "Altra instillazione genito-urinaria"). <i>Eventuali sintomi che insorgono durante il ricovero (es. nausea, vomito, disidratazione, ecc.) non vanno codificati in diagnosi secondaria.</i> Nel caso che la chemioterapia sia praticata contestualmente alla ristadiazione della malattia, in diagnosi principale va utilizzato il codice della neoplasia.
Terapia antineoplastica con inibitori ormonali [Suppl. G.U. n. 15 d.d. 18-03-2017]	Nel caso di somministrazione di farmaci con effetto inibitore ormonale, la codifica è la seguente: • DP: V58.11 "Chemioterapia antineoplastica" ▪ DS: codice della neoplasia - PP: codice 99.23 "Iniezione di steroidi" – Incluso farmaco

Radioterapia	In caso di ricovero per eseguire radioterapia, la codifica è la seguente: • DP: cod. V58.0 “Sessione di radioterapia” ▪ DS: il codice della neoplasia- la diagnosi secondaria deve riportare il codice del tumore (se non asportato) <u>oppure</u> il codice della metastasi <u>oppure</u> il cod. V10. se la neoplasia primitiva è stata totalmente eradicata - PP: cod. 99.2 “Radiologia terapeutica e medicina nucleare” In caso di esecuzione <u>nello stesso ricovero sia di radioterapia che di chemioterapia</u>, la codifica va effettuata nel seguente modo: • DP: cod. V58.0 “Sessione di radioterapia” ▪ DS: cod. V58.11 “Chemioterapia antineoplastica” ▪ DS: il codice della neoplasia- la diagnosi secondaria deve riportare il codice del tumore (se non asportato) <u>oppure</u> il codice della metastasi <u>oppure</u> il cod. V10. se la neoplasia primitiva è stata totalmente eradicata - PP: cod. 92.2 “Radiologia terapeutica e medicina nucleare” - PS: cod. 99.25 “Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore”
- Brachiterapia - Terapie radio-metaboliche	La presente modalità di codifica, pur non esattamente in linea con le indicazioni generali del Manuale ICD-9-CM, è raccomandata per omogeneità di classificazione rispetto ai ricoveri per radioterapia (Ministero della Salute, “AGGIORNAMENTO DELLE LINEE GUIDA PER LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI CLINICHE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA [SDO]”; anno 2010). <u>BRACHITERAPIA</u> • DP: cod. V58.0 “Sessione di radioterapia” ▪ DS: il codice della neoplasia- la diagnosi secondaria deve riportare il codice del tumore (se non asportato) <u>oppure</u> il codice della metastasi <u>oppure</u> il cod. V10. se la neoplasia primitiva è stata totalmente eradicata - PP: cod. 92.20 “Infusione di radioisotopi per brachiterapia” <u>OPPURE</u> cod. 92.27 “Impianto o inserzione di elementi radioattivi” <u>OPPURE</u> cod. 92.28 “Iniezione di radioisotopi” <u>OPPURE</u> cod. 92.29 “Altre procedure radioterapeutiche” + (se effettuato) cod. 83.09 “Altra incisione dei tessuti molli” N.B.: Il codice 92.27 impianto e inserzione elementi radioattivi deve essere utilizzato solo per la brachiterapia invasiva, codificando anche la sede di incisione. <u>TERAPIE RADIOMETABOLICHE</u> • DP: cod. V58.0 “Sessione di radioterapia” ▪ DS: come brachiterapia - PP: cod. 92.28 “Iniezione o instillazione di radioisotopi” <u>OPPURE</u> cod. 92.29 “Altre procedure radioterapeutiche”
Immunoterapia antineoplastica	In caso di ricovero per effettuare immunoterapia antineoplastica (interferone, interleuchina, BCG, anticorpi monoclonali, ecc.), deve essere indicato: • DP: cod. V58.12 “Immunoterapia antineoplastica” - PP: cod. 99.28 “Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici” Qualora sia utilizzata interleuchina ad alte dosi utilizzare il codice di procedura 00.15 “Infusione di Interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2)”

Terapia chirurgica di una neoplasia	➤ Se l'intervento chirurgico è finalizzato all'asportazione della neoplasia primitiva, quest'ultima deve essere indicata come diagnosi principale. ➤ Se l'intervento è finalizzato all'asportazione della sola neoplasia secondaria, quest'ultima va indicata come diagnosi principale e in diagnosi secondaria utilizzare il codice V10._ (se la neoplasia primitiva non sia presente o non influenzi il ricovero). ➤ Se l'intervento è finalizzato all'asportazione della lesione primitiva e secondaria, il tumore primitivo va indicato come diagnosi principale e la sede metastatica come diagnosi secondaria. ➤ Se nel corso dello stesso ricovero si esegue sia l'intervento chirurgico sia la chemioterapia e/o la radioterapia, è necessario indicare in prima diagnosi [DP] il codice della neoplasia.
- Chemioembolizzazione - Embolizzazione - Alcolizzazione	Trattamento di tumore mediante CHEMIOEMBOLIZZAZIONE: • DP: cod. V58.11 "Chemioterapia antineoplastica" ▪ DS: il tumore o la metastasi trattata - PP: cod. 99.25 "Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore" + - PS: cod. 38.91 "Cateterismo arterioso" + <u>nel caso di neoplasie epatiche</u> - PS: cod. 50.94 "Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato" Trattamento di tumore mediante EMBOLIZZAZIONE CON RADIOFARMACO: • DP: cod. V58.0 "Sessione di radioterapia" ▪ DS: il tumore o la metastasi trattata - PP: cod. 92.28 "Iniezione o instillazione di radioisotopi" <u>oppure</u> cod. 92.29 "Altre procedure radioterapeutiche" + - PS: cod. 38.91 "Cateterismo arterioso" + <u>nel caso di neoplasie epatiche</u> - PS: cod. 50.94 "Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato" Trattamento di tumore mediante EMBOLIZZAZIONE oppure ALCOLIZZAZIONE: • DP: il tumore o la metastasi trattata - PP: cod. 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche" + - PS: cod. 38.91 "Cateterismo arterioso" + <u>nel caso di neoplasie epatiche</u> - PS: cod. 50.94 "Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato"
Termoablazione a radiofrequenza cont.	In caso di ricovero per il trattamento di tumore mediante termoablazione a radiofrequenza, utilizzare le seguenti modalità di codifica: • DP: il tumore o la metastasi trattata - PP: utilizzare i seguenti codici: per <u>neoplasia epatica</u>: - cod. 50.23 "Ablazione aperta di tessuto o lesione epatici" <u>oppure</u> - cod. 50.24 "Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatici" + - cod. 99.85 "Ipertermia per il trattamento di tumore"

cont. Termoablazione a radiofrequenza	per <u>neoplasia renale</u>: - cod. 55.32 "Ablazione aperta di tessuto o lesione renali" <u>oppure</u> - cod. 55.33 "Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali" + - cod. 99.85 "Ipertermia per il trattamento di tumore" per <u>neoplasia prostatica</u>: - cod. 60.61 "Asportazione di lesione prostatica" <u>oppure</u> - cod. 60.97 "Ablazione transuretrale, mediante ago, della prostata" + - cod. 99.85 "Ipertermia per il trattamento di tumore" per <u>neoplasia pancreaticca</u>: - cod. 52.22 "Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico" + - cod. 99.85 "Ipertermia per il trattamento di tumore" per <u>neoplasia ossea</u>: - cod. 77.6_ "Asportazione locale di lesione o tessuto osseo" (indicare con la 4^a cifra la sede) + - cod. 99.85 "Ipertermia per il trattamento di tumore" per <u>neoplasia polmonare</u>: - cod. 32.23 "Ablazione a cielo aperto di lesione o tessuto polmonare" <u>oppure</u> - cod. 32.24 "Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare" + - 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 codice specifico per questa prestazione, la codifica può essere la stessa della termoablazione ma <u>omettendo il cod. 99.85</u> "Ipertermia per il trattamento di tumore". Nel caso della prostata, potrà invece essere utilizzato il codice 60.62 "Prostatectomia perineale - Crioablazione della prostata"
Metodica stop-flow	La metodica stop-flow viene utilizzata per indicare l'infusione loco-regionale di chemioterapico e prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale con attivazione della circolazione extracorporea. In tali casi la codifica è la seguente: • DP: cod. V58.11 "Chemioterapia" - PP: utilizzare i seguenti codici - 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" - cod. 39.97 "Altra perfusione"
Terapia di supporto o palliativa	- Diagnosi: quando il ricovero avviene esclusivamente per sottoporre il paziente alle cure palliative, il relativo codice da utilizzare è V66.7 "Cure palliative – assistenza terminale" in diagnosi principale (DP) e la neoplasia primitiva o metastatica in diagnosi secondaria (DS). - Procedure: va indicata e codificata la specificata terapia effettuata.
Controlli successivi a radioterapia o chemioterapia	Per attività di controllo in regime di ricovero dopo l'effettuazione di radioterapia e/o chemioterapia, la codifica è la seguente: • DP: cod. V10._ _ "Anamnesi personale di tumore maligno" ▪ DS: cod. V67.1 "Visita di controllo successiva a radioterapia" <u>e/o</u> cod. V67.2 "Visita di controllo successiva a chemioterapia" - PP: cod. 89.06 "Consulto definito limitato" <u>OPPURE</u> cod. 89.07 "Consulto definito complessivo" <u>OPPURE</u> cod. 89.08 "Altro consulto" + eventuali altre procedure attuate

Terapia del dolore oncologico	In caso di ricovero per la terapia del dolore oncologico riportare: • DP: cod. 338.3 <i>“Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico)”</i> - PP: Se si tratta di inserzione di pompa totalmente impiantabile con formazione di tasca sottocutanea: - cod. 86.06 <i>“Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile”</i> In caso di posizionamento di catetere nel canale vertebrale: - cod. 03.90 <i>“Inserzione del catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative”</i> Se vengono somministrati farmaci antidolorifici: - Per l'analgesia cod. 03.91 <i>“Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia”</i>. - Per qualsiasi altro farmaco non analgesico cod. 03.92 <i>“Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale”</i> (ad es., cortisonici).
Follow up del paziente oncologico	Nel caso che il paziente oncologico, in remissione completa, esegua un controllo periodico in regime di ricovero, fatte salve le valutazioni di appropriatezza rispetto alla sede ambulatoriale, si possono verificare le seguenti situazioni: ➤ follow-up negativo per ripresa di malattia. In tal caso vanno utilizzati i codici della categoria V10._. <i>“Anamnesi personale di tumore maligno”</i>; ➤ follow-up positivo per recidiva locale: in tal caso si codifica in diagnosi principale la neoplasia primitiva; ➤ follow-up positivo per estensione in zona contigua o a distanza senza recidiva locale della neoplasia. In tal caso si codifica in diagnosi principale la metastasi e in diagnosi secondaria la pregressa neoplasia con i codici della categoria V10._; ➤ follow-up positivo per recidiva locale e metastasi: il codice della neoplasia primitiva va indicato come diagnosi principale; il codice della metastasi come diagnosi secondaria.
Coesistenza di due o più tumori primitivi	Quando coesistono due o più tumori primitivi si codificano tutti utilizzando i codici dei tumori primitivi, classificando come principale la neoplasia che ha assorbito la maggior quota di risorse assistenziali (medico, infermiere, diagnostica, trattamenti,).
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 “8” come quarta cifra. Ad esempio: - Carcinoma del tratto testa-corpo del pancreas 157.8; - Carcinoma dell'esofago cervico-toracico 150.8.
Controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata	Nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o di metastasi e, durante il ricovero non vengano effettuati trattamenti antineoplastici ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie, ecc., può essere utilizzato come diagnosi principale il codice V10._ <i>“Anamnesi personale di tumore maligno”</i>. Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, va posto in prima diagnosi il codice relativo alla neoplasia primitiva. Se presente una localizzazione secondaria essa va codificata in diagnosi principale mentre in DS va segnalato il codice V10._.
Osservazione per sospetto di tumore maligno	Se il paziente viene ricoverato per sospetto di tumore maligno e le indagini effettuate non consentono di giungere ad una diagnosi, va utilizzato in diagnosi principale il codice V71.1 <i>“Osservazione per sospetto di tumore maligno”</i>.

Incertezza sul tumore maligno primitivo o secondario	Qualora gli esami diagnostici effettuati non consentano di stabilire con certezza la natura primitiva o secondaria del tumore maligno, si presume l'origine primitiva e, pertanto, si rende necessario codificare come segue: - in caso di riscontro di neoplasia epatica si utilizza il codice di diagnosi 155.2 "Tumori maligni del fegato, non specificati se primitivi o secondari"; - in caso di riscontro di neoplasia in altre sedi, si assume che la lesione sia primitiva, per la codifica si utilizzano quindi i codici che descrivono la neoplasia primitiva.
Ricostruzione chirurgica della mammella in paziente mastectomizzata	In caso di ricovero per sola ricostruzione chirurgica della mammella in paziente precedentemente mastectomizzata vanno indicati i seguenti codici: 1] <u>se l'intervento ricostruttivo consiste nell'impianto di protesi:</u> • DP: cod. V52.4 "Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario" [incl. rimozione o sostituzione dispositivo] ▪ DS: cod. V10.3 "Anamnesi personale di tumore maligno della mammella" - PP: cod. 85.53 "Impianto di protesi monolaterale" OPPURE cod. 85.54 "Impianto di protesi bilaterale", OPPURE cod. 85.95 "Inserzione di espansore tessutale nella mammella" OPPURE cod. 85.96 "Rimozione di espansore tessutale dalla mammella" 2] <u>se l'intervento ricostruttivo non prevede l'impianto di protesi ma, ad esempio:</u> A] la ricostruzione del capezzolo: • DP: cod. V51 "Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica" ▪ DS: cod. V10.3 "Anamnesi personale di tumore maligno della mammella" - PP: cod. 85.87 "Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo" + (se effettuato) - PS: cod. 86.69 "Altro innesto di cute su altre sedi" (se effettuato) B] lipofilling della mammella o simmetrizzazione controlaterale: • DP: cod. V51 "Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica" ▪ DS: cod. V10.3 "Anamnesi personale di tumore maligno della mammella" - Procedure-Interventi - lipofilling → cod. 85.89 "Altra mammoplastica" - simmetrizzazione → cod. 85.6 "Mastopessi" - cod. 85.7 "Ricostruzione totale della mammella" - cod. 85.8_ "Altri interventi di riparazione e plastica sulla mammella" C] ricostruzione autologa con <u>lembi</u>: • DP: cod. V51 "Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica" ▪ DS: cod. V10.3 "Anamnesi personale di tumore maligno della mammella" - PP: cod. 85.85 "Ricostruzione con lembo muscolare o muscolocutaneo della mammella"

Complicazioni di protesi mammaria	In caso di complicazioni di protesi mammaria impiantata, la codifica da utilizzare è la seguente: • DP: cod. 996.54 “Complicazioni meccaniche di protesi mammarie” <u>OPPURE</u> cod. 996.69 “Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi impianti e innesti interni” <u>OPPURE</u> cod. 996.79 “Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni” ▪ DS: cod. V10.3 “Anamnesi personale di tumore maligno della mammella” - PP: cod. 85.93 “Revisione di protesi della mammella” <u>OPPURE</u> cod. 85.94 “Rimozione di protesi della mammella”, <u>OPPURE</u> cod. 85.96 “Rimozione di espansore tessutale dalla mammella”
Confezionamento di accessi vascolari per successivo trattamento	1] Nel caso di ricovero e finalizzato al CONFEZIONAMENTO di accessi vascolari con DISPOSITIVO TOTALMENTE IMPIANTABILE (port-a-cath), per successivo trattamento, la codifica è la seguente: • DP: cod. V58.81 “Collocazione e sistemazione di catetere vascolare” ▪ DS: codice patologia primaria (es., cod. 150._ “Tumori maligni dell'esofago”, cod. 160._ “Tumori maligni dello stomaco”, ecc. - PP: cod. 86.07 “Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile” 2] INSERZIONE DI DISPOSITIVO NON TOTALMENTE IMPIANTABILE o catetere centrale tunnellizzato (tipo Groshong, Hickman, Broviac, Quinton). • DP: cod. V58.81 “Collocazione e sistemazione di catetere vascolare” ▪ DS: codice patologia primaria (es., cod. 150._ “Tumori maligni dell'esofago”, cod. 160._ “Tumori maligni dello stomaco”, ecc. - PP: cod. 38.93 “Altro cateterismo venoso non classificato altrove” 3] RIMOZIONE DEL DISPOSITIVO: per la rimozione va utilizzato come I/P il cod. 86.05 “Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo” e DP V58.81 “Collocazione e sistemazione di catetere vascolare - Estrazione o sostituzione di catetere”. In caso di rimozione per complicazioni infettive o meccaniche del dispositivo, la DP sarà costituita dal codice 996.62 “Infezione...” oppure 996.61 “Complicazioni meccaniche ...” 4] Qualora le procedure di confezionamento di accessi vascolari abbiano luogo nel corso di un ricovero per CHEMIOTERAPIA, in DP va utilizzato il cod. V58.11 “Chemioterapia” e fra le DS il cod. V58.81.
Tumori del distretto ORL (cont.)	L'identificazione della primitiva sede di insorgenza di molte neoplasie riferite a questo distretto è spesso problematica, e ciò può giustificare l'accorpamento di sedi omogenee, anche dal punto di vista dell'etiopatogenesi, di questi tumori (ad esempio unificando bocca-oro e rinofaringe da un lato e ipofaringe e laringe dall'altro): ➤ In caso di tumore presente in più sedi con codici appartenenti all'intervallo 140-145 (labbra, lingua, ghiandole salivari, gengive, pavimento bocca, altre e non specificate parti della bocca) ed il cui punto di origine non può essere attribuito a nessuna delle categorie da 140 a 145, va utilizzato il codice 145.8 “Tumori maligni di sedi contigue, o sconfinanti, della bocca il cui punto di origine non può essere determinato”. ➤ In caso di tumore presente in più sedi con codici appartenenti all'intervallo 146-148 (orofaringe, rinofaringe, ipofaringe) ed il cui punto di origine non può essere attribuito a nessuna delle categorie da 146 a 148, va utilizzato il codice 148.8 “Tumori maligni di sedi contigue, o sconfinanti, dell'ipofaringe il cui punto di origine non può essere determinato”.

(cont.) Tumori del distretto ORL	➤ In caso di tumore presente in più sedi con codici appartenenti ad un intervallo più ampio (ad esempio da 141 a 146) va utilizzato il codice 149.8 "Tumori maligni delle labbra, della cavità orale e della faringe il cui punto di origine non può essere attribuito ad alcuna delle categorie da 140 a 148". ➤ Nei casi di tumore in stato molto avanzato, di cui non si conosca il punto di origine, va riportato il codice 149.9 "Tumori maligni di sedi mal definite delle labbra, della cavità orale e della faringe".
Sede di insorgenza incerta	Quando un paziente viene ricoverato per metastasi e la neoplasia primitiva non può essere identificata, la codifica è la seguente: • DP: va indicata la sede metastatica ▪ DS: va utilizzato il cod. 199.1 "Altri tumori maligni senza indicazione della sede" - Cancro, carcinoma o neoplasia (maligna) di sede non specificata (primitiva o secondaria).
Metastasi diffuse da sede primitiva non specificata	Nel caso di ricovero per 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, la codifica è la seguente: • DP: cod. 199.0 "Tumori maligni disseminati senza indicazione della sede - Cancro, carcinoma o neoplasia (maligna) di sede non specificata (primitiva o secondaria)".
Incertezza se tumore maligno primitivo oppure secondario	Quando non è possibile determinare se un tumore maligno sia primitivo oppure secondario, si presume che sia di origine primitiva: per la codifica si usano pertanto i codici che descrivono i tumori primitivi. In caso di neoplasie epatiche, la cui natura primaria o secondaria non sia specificata, va utilizzato il codice 155.2 "Tumori maligni del fegato, non specificato se primitivi o secondari". L'utilizzo di tale codice deve essere limitato unicamente ai casi in cui non sia stato possibile determinare la natura primaria o secondaria del tumore.
Tumori funzionalmente attivi	Nel caso di neoplasie funzionalmente attive che influenzano l'attività endocrina, la codifica è la seguente: • DP: codice relativo alla neoplasia ▪ DS: codice relativo alla disfunzione endocrina
Cachessia neoplastica	La codifica della cachessia neoplastica è la seguente: • DP: codice del tumore ▪ DS: codice 799.4 "Cachessia"
Sindrome mielodisplastica	Nei casi di sindrome mielodisplastica vanno utilizzati i codici della sottocategoria 238.7_ "Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed emopoietici", utilizzando sempre la 5^a cifra: - 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 - Malattia linfoproliferativa (cronica) SAI,"

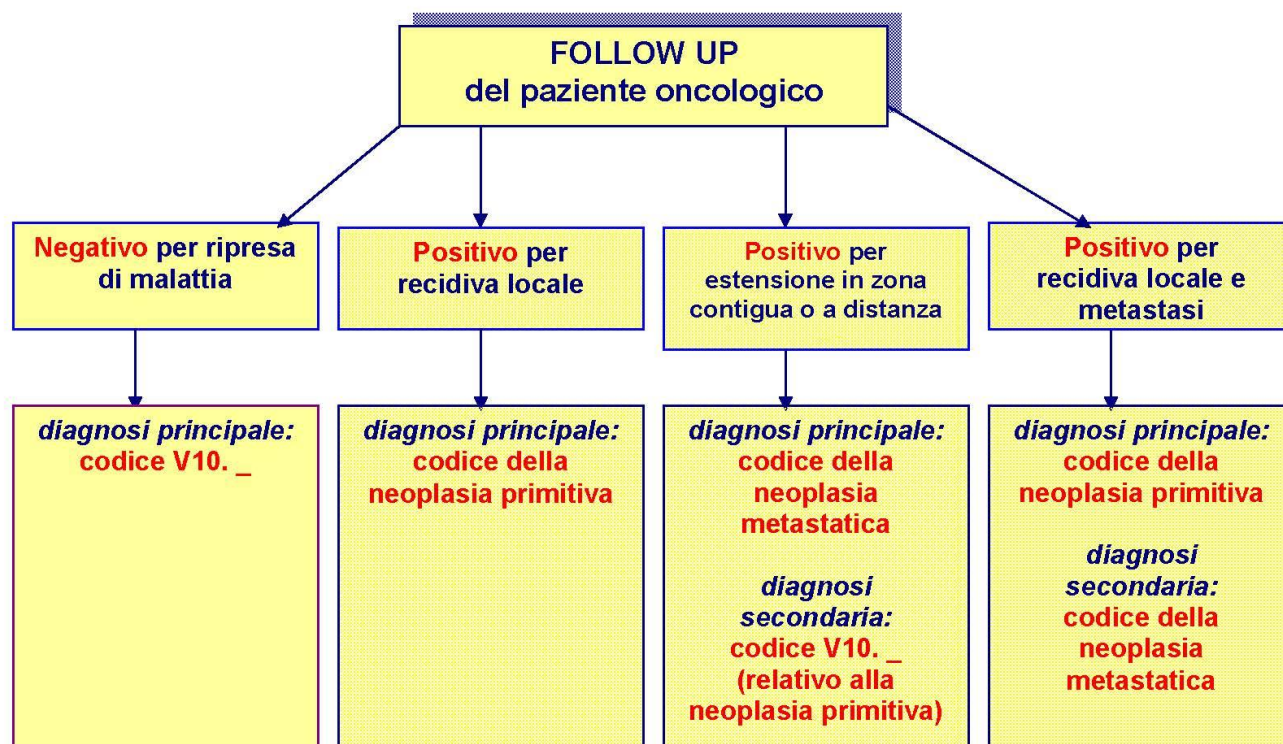
Ricovero finalizzato esclusivamente al trattamento di una complicanza della neoplasia	A) Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una <u>complicanza dovuta alla stessa neoplasia</u> (esempio: anemia, neutropenia, pancitopenia, ascite, occlusione intestinale, versamento pleurico, ittero ostruttivo, insufficienza respiratoria, uropatia ostruttiva, scompenso cardiaco, sindrome mano-piede, ipercalcemia, ipersodiemia, disidratazione, ecc.) va indicato in diagnosi principale [DP] il codice della complicanza e in diagnosi secondaria [DS] la neoplasia o l'anamnesi di neoplasia. B) Quando il ricovero è finalizzato soltanto alle cure di una <u>complicanza dovuta al trattamento medico o chirurgico della neoplasia</u>, va indicato in diagnosi principale [DP] un codice compreso tra le categorie 996-999 "Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove", o, nel caso, il codice 569.6 "Complicazioni da colostomia ed enterostomia". In diagnosi secondaria [DS] va indicata la neoplasia o l'anamnesi di neoplasia. Nota 1: Quando un paziente è ricoverato per l'esecuzione della radioterapia o per la somministrazione di chemioterapia e nel corso del ricovero si sviluppano delle complicazioni (ad es. nausea, vomito, 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"). Le complicazioni vanno segnalate se rientrano nei criteri ICD-9-CM stabiliti per la codifica delle DS (assorbimento di risorse assistenziali nel corso dello stesso ricovero). Nota 2: Quando un ricovero è finalizzato soltanto al trattamento di altra patologia acuta (es. polmonite), essa va indicata in diagnosi principale [DP]. In tali casi il codice di neoplasia va indicato in DS solo se ricorrono i requisiti per la codifica delle DS.
Asportazione di linfonodo sentinella cont.	A) Asportazione di linfonodo sentinella contestualmente all'intervento di mastectomia. In tal caso la codifica è quella indicata di seguito: <u>Linfonodo sentinella negativo:</u> • DP: codice neoplasia primitiva (codici dei blocchi 40-41) ▪ DS: cod. V86.0 "Positività dei recettori degli estrogeni [ER+]" <u>OPPURE</u> cod. V86.1 "Negatività dei recettori degli estrogeni [ER-]" - PP: codice rimozione tumore + - PS: cod. 40.2 "Asportazione semplice di strutture linfatiche" + SE ESEGUITA - PS: cod. 92.16 "Scintigrafia del sistema linfatico" <u>Linfonodo sentinella positivo:</u> • DP: codice neoplasia primitiva (codici dei blocchi 40-41) ▪ DS: cod. 196.3 "Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi dell'ascella..." + ▪ DS: cod. V86.0 "Positività dei recettori degli estrogeni [ER+]" <u>OPPURE</u> cod. V86.1 "Negatività dei recettori degli estrogeni [ER-]" - PP: codice rimozione tumore + - PS: cod. 40.2 "Asportazione semplice di strutture linfatiche" + SE ESEGUITA - PS: cod. 92.16 "Scintigrafia del sistema linfatico" Nota: la metodica indicata sopra per le neoplasie della mammella, può essere utilizzata, con gli idonei adeguamenti dei codici, anche per altri distretti del corpo.

cont. Asportazione di linfonodo sentinella	B] Asportazione di linfonodo sentinella in un intervento successivo a quello di rimozione di una neoplasia primitiva: <u>Linfonodo sentinella negativo:</u> • DP: V10._ _ “Anamnesi personale di tumore maligno” - PP: cod. 40._ _ “Interventi sul sistema linfatico” + <u>SE ESEGUITA</u> - PS cod. 92.16 “Scintigrafia del sistema linfatico” <u>Linfonodo sentinella positivo:</u> • DP: cod. 196._ _ “Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi” ▪ DS: V10._ _ “Anamnesi personale di tumore maligno” - PP: cod. 40._ _ “Interventi sul sistema linfatico” + <u>SE ESEGUITA</u> - PS: cod. 92.16 “Scintigrafia del sistema linfatico” <u>Nota:</u> la metodica indicata sopra può essere utilizzata per tutte quelle situazioni di rimozione di linfonodo sentinella nei vari distretti del corpo.
Linfoadenectomia regionale successiva all'asportazione di linfonodo sentinella	In caso di ricovero per intervento di linfoadenectomia regionale, in seguito all'asportazione di linfonodo sentinella risultato positivo, la selezione della DP deve essere effettuata sulla base dell'esame istologico. <u>In presenza di metastasi:</u> • DP: cod. 196._ _ “Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi...” ▪ DS: cod. V10._ _ “Anamnesi personale di tumore maligno.....” - PP: cod. 40.5_ _ “Asportazione radicale di altri linfonodi” <u>In assenza di metastasi:</u> • DP: cod. V10._ _ “Anamnesi personale di tumore maligno” - PP: cod. 40.5_ _ “Asportazione radicale di altri linfonodi”
Rimozione preventiva della mammella e/o dell'ovaio/tuba per mutazione dei geni BRCA cont.	Le mutazioni dei geni oncosoppressori BRCA1 e BRCA2 localizzati, rispettivamente, sui cromosomi 17 e 13, sono responsabili di un aumento significativo del rischio di sviluppare neoplasie della mammella (femminile e maschile, anche giovanili e/o bilaterali) e dell'ovaio. Per la rimozione preventiva della mammella e dell'ovaio/tuba, in <u>DIAGNOSI PRINCIPALE</u> [DP] sono indicate, a seconda del caso, le seguenti codifiche: • DP: <u>Mammella:</u> - cod. V50.41 “Rimozione profilattica della mammella” <u>Ovaio/tuba:</u> - cod. V50.42 “Rimozione profilattica dell'ovaio” Per quanto riguarda gli <u>INTERVENTI/PROCEDURE</u>, a seconda dell'intervento effettuato possono essere utilizzate le seguenti codifiche: - PP (a seconda del caso potranno essere utilizzati seguenti codici): <u>Mammella:</u> - cod. 85.42 “Mastectomia semplice bilaterale – Mastectomia bilaterale completa” [mastectomia bilaterale preventiva] - cod. 85.41 “Mastectomia semplice monolaterale” [mastectomia controlaterale preventiva]

cont. Rimozione preventiva della mammella e/o dell'ovaio/annessi per mutazione dei geni BRCA	<u>Ovaio/tuba:</u> - cod. 65.63 "Rimozione laparoscopica di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento" [annessiectomia bilaterale preventiva per via laparoscopica] - cod. 65.61 "Altra rimozione di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento" - cod. 65.53 "Rimozione laparoscopica di entrambe le ovaie nello stesso intervento" - cod. 65.51 "Rimozione di entrambe le ovaie nello stesso intervento" - cod. 66.51 "Rimozione di entrambe le tube nello stesso intervento" - cod. 68.__ "Isterectomia"
Reimpianto ovaio dopo asportazione preventiva per neoplasia	In caso di ricovero per reimpianto ovarico in seguito all'asportazione preventiva sono indicate le seguenti codifiche: • DP: cod. 628.8 "Infertilità femminile, di altra origine specificata" <u>OPPURE</u> cod. V45.77 "Assenza acquisita di organi genitali" <u>OPPURE</u> cod. V10.__ "Anamnesi personale di altri tumori....." - PP: cod. 65.75 "Reimpianto laparoscopico dell'ovaio" <u>OPPURE</u>, se a cielo aperto: cod. 65.72 "Reimpianto di ovaio"
Metastasi neoplastica cutanea	Nel caso di ricovero finalizzato alla diagnosi e al trattamento di metastasi cutanea, questa va segnalata in DP con il codice 198.2 "Tumori maligni secondari della cute". La neoplasia primitiva va segnalata in DS. Se la neoplasia è a sede sconosciuta, va indicato il codice 199.1 "Altri tumori maligni senza indicazione della sede". Per quanto riguarda gli interventi, in mancanza dei codici specifici per sede, le procedure da utilizzare sono la 86.3 e la 86.4 a seconda dell'estensione e della profondità della exeresi eseguita: - La procedura cod. 86.3 "Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo o sottocutaneo" va utilizzata esclusivamente nei casi in cui vi sia il coinvolgimento solo della cute e del tessuto sottocutaneo. - L'utilizzo della procedura cod. 86.4 "Asportazione radicale di lesione della cute" va invece riservata al trattamento delle neoplasie che coinvolgano i piani profondi oltre il tessuto sottocutaneo e/o con importante estensione superficiale.

Exeresi peri-neoplasia	Nei caso di ricovero successivo ad asportazione di nevo, risultato positivo per diagnosi di Melanoma, l'exeresi estensiva peri-neoplasia richiede la seguente codifica: 1] Esame istologico <u>negativo</u> del tessuto asportato: • DP: cod. V58.49 <i>“Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato”</i> ▪ DS: cod. V10.82 <i>“Anamnesi personale di melanoma maligno della pelle”</i> - PP: cod. 86.4 <i>“Asportazione radicale di lesione della cute”</i> + se eseguito - PS: cod. 86.74 <i>“Trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi”</i> + se eseguito - PS: cod. 40.3 <i>“Asportazione di linfonodi regionali”</i> 2] Esame istologico <u>positivo</u> del tessuto asportato: • DP: cod. 172._ <i>“Melanoma maligno della cute,.....”</i> - PP: cod. 86.4 <i>“Asportazione radicale di lesione della cute”</i> + se eseguito - PS: cod. 86.74 <i>“Trasferimento di innesto peduncolato a lembo in altre sedi”</i> + se eseguito - PS: cod. 40.3 <i>“Asportazione di linfonodi regionali”</i>
Resezione rettale con ileostomia	Nel caso di ricovero finalizzato all'asportazione del tumore del retto con ileostomia, sono indicate le seguenti codifiche: • DP: cod. 154.1 <i>“Tumori maligni del retto”</i> - PP: cod. 48.63 <i>“Altra resezione anteriore del retto”</i> - PS: cod. 46.24 <i>“Ileostomia in due tempi”</i>

TUMORI



MALATTIE DELLE ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo - disturbi immunitari

Diabete

Il **DIABETE** va codificato con i codici della **categoria 250._ _**.

➤ **QUARTA CIFRA.** Con la **quarta cifra** si indica la **tipologia di diabete** e l'eventuale concomitanza di **complicazioni associate** (con l'eccezione di quelle relative alla **gravidanza**, descritte nel capitolo 11, che devono essere codificate utilizzando i codici 648.0_ "*Diabete mellito complicante la gravidanza parto o puerperio...*", o 648.8_ "*Alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza parto o puerperio...*");

diabete senza menzione di complicanze: **cod. 250.0_**

diabete con complicazioni metaboliche acute:

cod. 250.1_ "*Diabete con cheto acidosi*"

cod. 250.2_ "*Diabete con iperosmolarità*"

cod. 250.3_ "*Diabete con altri tipi di coma*"

diabete con complicazioni croniche o a lungo termine:

cod. 250.4_ "*Diabete con complicanze renali*"

cod. 250.5_ "*Diabete con complicanze oculari*"

cod. 250.6_ "*Diabete con complicanze neurologiche*"

cod. 250.7_ "*Diabete con complicanze circolatorie periferiche*"

cod. 250.8_ "*Diabete con altre complicanze specificate*"

diabete con complicazioni non specificate:

cod. 250.9_ "*Diabete con complicazioni non specificate*"

➤ **QUINTA CIFRA.** Con la **quinta cifra** si identifica il tipo di diabete e la **presenza o meno di scompenso metabolico**. Il diabete è definito scompensato solo se il medico lo ha diagnosticato e riportato esplicitamente come tale nella documentazione clinica.

- **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...*"

➤ **DIAGNOSI PRINCIPALE [DP].** Secondo le indicazioni di codifica ICD-9-CM, la selezione della diagnosi principale di dimissione deve essere effettuata sulla base delle circostanze che determinano e caratterizzano il ricovero ospedaliero, pertanto, in linea generale, la **patologia diabetica** va selezionata come **diagnosi principale** solo nei casi di ricovero per i quali essa risulti essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche:

Esempi:

Paziente con diabete non complicato ricoverato per trauma cranico commotivo:

- **DP: cod. 850._** "*Commozione cerebrale*"
- **DS: cod. 250.0_** "*Diabete senza menzione di complicanze*"

Paziente diabetico ricoverato per neuropatia sensitiva iperalgica:

- **DP: cod. 250.6_** "*Diabete con complicanze neurologiche*"
- **DS: cod. 357.2** "*Polineuropatia diabetica*"

cont.

cont.

Diabete

➤ **DIAGNOSI SECONDARIE [DS].** Il diabete è una patologia spesso presente nei pazienti che subiscono un ricovero per motivi diversi dalla patologia diabetica. In tali casi va **riportato in diagnosi secondaria [DS] solo se ne ricorrono le condizioni** (vedasi regole generali di codifica della DS).

In particolare, potrà essere indicato tra le DS solo se nel corso della degenza sono stati effettuati almeno i seguenti specifici accertamenti/trattamenti:

- una o più consulenze specialistiche qualora il paziente non sia ricoverato in ambito internistico;
- la modifica della terapia rispetto a quella effettuata a domicilio e/o la eventuale somministrazione estemporanea di insulina;
- il monitoraggio glicemico.

➤ **COMPLICAZIONI A LUNGO TERMINE O CRONICHE.** Nel caso di diabete con complicazioni a lungo termine o croniche devono essere indicati, **oltre al codice specifico del diabete complicato, anche i codici relativi a ciascuna manifestazione**. Occorre porre attenzione alla regola presente del manuale ICD-9-CM di indicare, **in caso di complicanze del diabete, la patologia di base come diagnosi principale e la complicazione tra le diagnosi secondarie**.

Esempi:

Paziente diabetico con predominanti disturbi vascolari:

- **DP: cod. 250.7_** *"Diabete con complicazioni circolatorie periferiche"* +
- **DS: cod. 443.81** *"Angiopatia periferica in malattie classificate altrove – angiopatia diabetica periferica"*
+ (eventuale)
- **DS: cod. 707.1_** *"Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito"*
+ (eventuale)
- **DS: cod. 785.4** *"Gangrena - gangrena diabetica"*
+
- **DS: cod. V58.67** *"Uso a lungo termine (in corso) di insulina"*

Paziente diabetico con predominanti manifestazioni neuropatiche:

- **DP: cod. 250.6_** *"Diabete con complicazioni neurologiche"*
- **DS: cod. 357.2** *"Poli neuropatia in diabete"*
- **DS: cod. V58.67** *"Uso a lungo termine (in corso) di insulina"*

In caso di **paziente diabetico affetto da cataratta**, è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica (codice 366.41), rispetto a quella della cataratta senile in paziente diabetico (codice 366.1_):

Esempi:

[1] Cataratta diabetica:

- **DP: cod. 250.5_** *"Diabete con complicazioni oculari..."*
- **DS: cod. 366.41** *"Cataratta diabetica"*

[2] Ricovero di paziente diabetico per asportazione della cataratta senile:

- **DP: cod. 366.1_** *"Cataratta senile..."*
- **DS: cod. 250._ _** *"Diabete ..."*

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

Per la descrizione dei casi di **diabete con complicanze**, vanno **individuati con accuratezza i corrispondenti specifici codici** (da 250.4_ a 250.8_), evitando l'uso improprio e generico del codice 250.0_ in diagnosi principale.

cont.

cont.

Diabete

➤ PIEDE DIABETICO.

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

Ulcera diabetica:

- **DP: cod. 250.8_** *“Diabete con altre complicazioni specificate”* (con la 5° cifra va specificato il tipo e l'eventuale scompenso)
- **DS: cod. 707.1_** *“Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito”* (con la 5° cifra va indicata la sede)

Ulcera diabetica trattata chirurgicamente:

- **DP: cod. 250.8_** *“Diabete con altre complicazioni specificate”* (con la 5° cifra va specificato il tipo e l'eventuale scompenso)
- **DS: cod. 707.1_** *“Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito”* (con la 5° cifra va indicata la sede)
- **PP: cod. 86.22** *“Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione”*
+ *(se effettuato)*
- **PS: cod. 86.6_** *“Innesto cutaneo libero”*

Osteomielite in piede diabetico:

- **DP: cod. 250.8_** *“Diabete con altre complicazioni specificate”* (con la 5° cifra specificare il tipo e l'eventuale scompenso)
- **DS: cod. 731.8** *“Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove”*
+
- **DS: cod. 730.17** *“Osteomielite cronica, ossa del piede”*

OPPURE

- **DS: cod. 730.07** *“Osteomielite acuta, ossa del piede”*

Trattamento chirurgico dell'osteomielite in piede diabetico:

Per il trattamento chirurgico dell'osteomielite aggiungere almeno uno dei seguenti codici.

Codici PP:

- **77.38** *“Altra sezione del tarso e metatarso”* (osteotomia)
- **77.39** *“Altra sezione di altre ossa, escluse quelle facciali”* (osteotomia falangi)
- **77.68** *“Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso o metatarso”* (toilette chirurgica osso)
- **77.69** *“Asportazione locale di altre ossa, escluse quelle facciali (falangi)”* (toilette chirurgica osso)
- **80.88** *“Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del piede e delle dita del piede”*
- **84.1_** *“Amputazione dell'arto inferiore”* (caviglia, ...)
- **84.11** *“Amputazione di dita del piede”*

cont.

cont.

Diabete

➤ DIABETE SECONDARIO.

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

Diabete post chirurgico (dopo rimozione del pancreas):

- **DP: cod. 251.3** “Ipoinsulinemia post-chirurgica”

Diabete provocato da somministrazione di steroidi

- **DP: cod. 251.8** “Altri disturbi della secrezione insulare”

Diabete secondario ad estesa distruzione del pancreas dovuta a processi flogistici, traumatici o neoplastici:

- **DP: cod. 251.8** “Altri disturbi della secrezione insulare”
- **DS: codice della patologia pertinente** (es. pancreatite cronica: cod. 577.1)

L'eventuale **presenza di scompenso** può essere descritta attraverso la codifica specifica della complicazione, utilizzando un **codice** della categoria **251.** _ “Altri disordini della secrezione endocrina del pancreas” (es. cod. 251.0 “Coma ipoglicemico”).

➤ POMPA DI INSULINA.

- Il **codice** di diagnosi **V53.91** “Collocazione e sistemazione di pompa d'insulina” individua il ricorso di un paziente alla struttura sanitaria per essere sottoposto a detta procedura.
- Può essere associato al **codice V65.46** “Addestramento all'uso di pompa insulinica” per indicare l'addestramento del paziente all'uso del dispositivo citato.
- Il **codice V45.85** “Presenza di pompa insulinica” descrive la caratteristica del paziente portatore di tale dispositivo.
- In caso di sottodosaggio o sovradosaggio di insulina per malfunzionamento della pompa, riportare in diagnosi principale il **codice 996.57** “Complicazioni meccaniche dovute alla pompa di insulina”, seguito dai codici che descrivono il quadro clinico

➤ COMA DIABETICO DOVUTO AD INCIDENTE TERAPEUTICO DA INSULINA

In caso di coma diabetico dovuto ad incidente terapeutico da insulina la codifica è la seguente:

- **DP: cod. 962.3** “Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici”
- **DS: cod. 250.3** _ “Diabete con altri tipi di coma”

➤ ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO

È una procedura con la quale materiale estraneo o tessuti contaminati o necrotici sono rimossi da una lesione infetta o traumatica:

- La rimozione non asportativa di ferita, di tessuto devitalizzato, di tessuto necrotico, ecc. (**necrosectomia non asportativa**), consiste nella pulizia, irrigazione, lavaggio o scrubbing di tessuto devitalizzato, necrotico o materiale estraneo, ed è identificata dal **codice 86.28** “Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione”.
- La rimozione asportativa di tessuto necrotico (**necrosectomia asportativa**), è identificata dal **codice 86.22** “Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione”. Tale codice va utilizzato esclusivamente quando la rimozione comprende non solo i piani superficiali, ma anche quelli adiacenti e sottostanti.

DIABETE MELLITO

categoria **250.**_ _

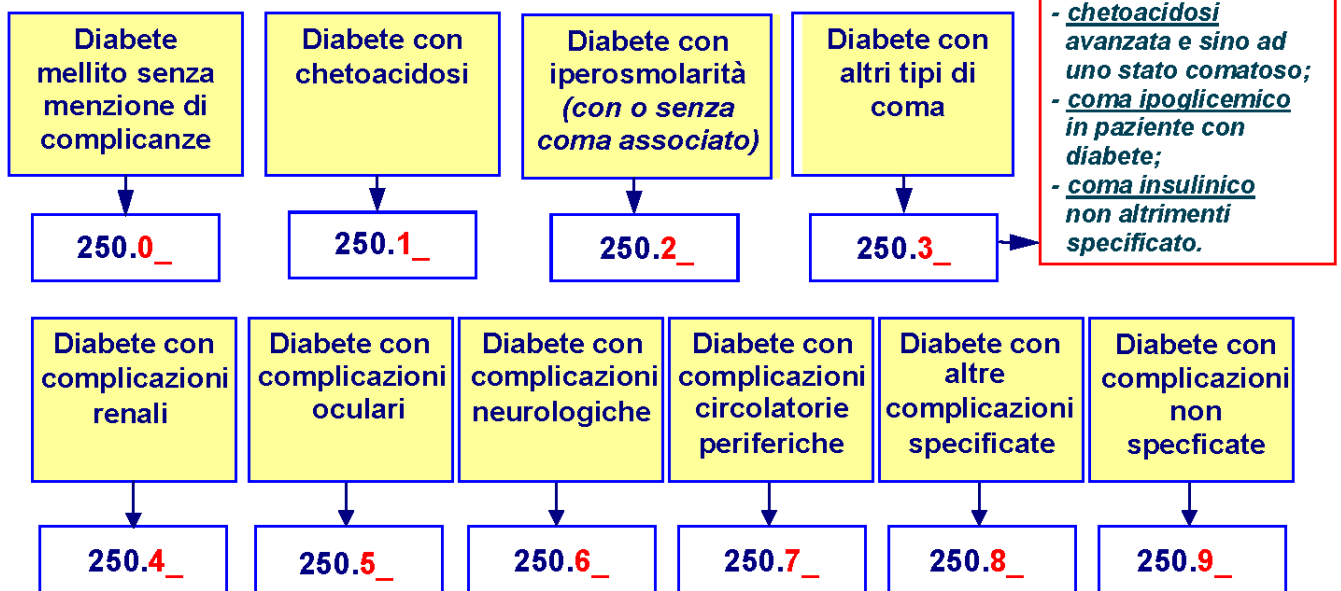
La **quarta cifra** indica l'eventuale presenza di **complicazioni**.

Sia il diabete mellito tipo I (giovane) sia il diabete mellito tipo II possono andare incontro a complicazioni che evolvono:

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

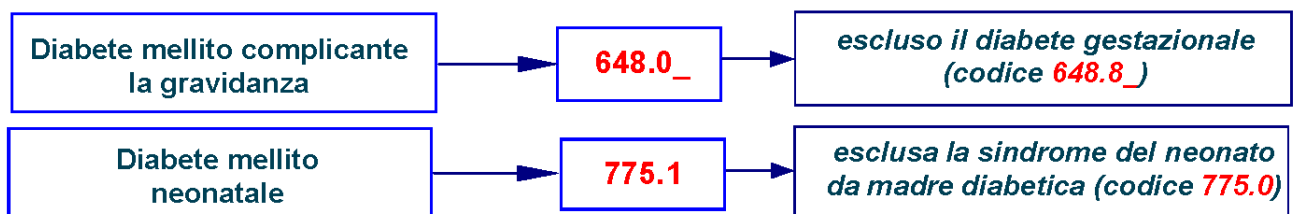
La **quinta cifra** indica il **tipo di diabete** e **se è scompensato**:

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



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

- un **codice per il diabete** con complicazioni che viene indicato per primo +
- un **codice aggiuntivo** relativo alla **patologia associata**.



Nota: L'utilizzo di insulina a lungo termine va segnalato con l'aggiunta del codice **V58.67** "Uso a lungo termine (in corso) di insulina".

MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI

Malattie del sangue e degli organi emopoietici

La codifica delle patologie afferenti a questo settore può risultare problematica per la continua evoluzione delle conoscenze in un ambito quale quello delle malattie del sangue e degli organi emopoietici. La classificazione ICD-9-CM appare, infatti, obsoleta e carente in questo campo, per cui, **se non è possibile trovare un codice specifico** che esprima compiutamente una diagnosi, si dovrà **selezionare la codifica che più si avvicini alla descrizione delle condizioni alla base del ricovero**.

Regole generali per la codifica dell'anemia:

- La condizione di anemia (carenziale, neoplastica, post-emorragica) va segnalata in SDO, solo nei seguenti casi:
 - la patologia ha realmente influenzato il trattamento ricevuto e ha determinato un **allungamento della degenza**;
 - il paziente è stato **sottoposto a trasfusione**; in tale caso, negli spazi riservati alle procedure, va segnalato un **codice della categoria 99.0_** "Trasfusione di sangue e componenti ematici";
 - l'anemia è causa del ricovero e costituisce una **complicazione** di altra patologia primaria.
- La condizione di **anemia** di norma va segnalata **in diagnosi secondaria [DS]**, mentre in diagnosi principale va segnalata la condizione che ne è la causa.
- L'anemia può essere segnalata **in diagnosi principale [DP]** solo quando il **ricovero è specificatamente rivolto al trattamento del segno/sintomo**. In tali casi la condizione che ha causato l'anemia va codificata come prima diagnosi secondaria.

Categorie ICD-9-CM per la codifica della condizioni di anemia:

- ⇒ **Codici 280._ e 281._**: "Anemie da carenza", la quarta cifra ne specifica la causa.
- ⇒ **Codici 282._ e 283._**: "Anemia emolitica".
- ⇒ **Codici 284._**: "Anemia aplastica e altre sindromi da insufficienza midollare". Questo codice non va utilizzato ogni volta che vi sia il dubbio che si tratti di una anemia iporigenerativa, ma solo a seguito di **esame istologico** mediante biopsia osteomidollare associato ad un quadro emocromocitometrico ben definito.
- ⇒ **Codici 285._**: "Altre e non specificate anemie". È importante distinguere la **perdita ematica cronica** che ha **codice 285.2_** (la quinta cifra che specifica il tipo di malattia cronica), dalla **perdita ematica acuta** che ha **codice 285.1**; nel caso in cui la perdita ematica avvenga dopo intervento chirurgico non ne sarà necessariamente una complicanza e quindi non dovrà essere codificata prima di averne approfondito la causa.
- ⇒ **Codici 286._**: "Difetti della coagulazione".
N.B.: il **codice 286.5** disturbo da anticoagulanti circolanti deve essere utilizzato solo nei casi in cui è effettivamente presente un disturbo emorragico (escluse le condizioni di emofilia o traumatismo) e non per descrivere l'assunzione o la somministrazione di anticoagulanti.
- ⇒ **Codici 287._**: "Porpora ed altre condizioni emorragiche".
- ⇒ **Codici 288._**: "Malattie dei globuli bianchi". In tale codifica è compresa la neutropenia dei pazienti sottoposti a chemioterapia.
- ⇒ **Codici 289._**: "Altre malattie del sangue e degli organi emopoietici".

cont.

cont.

Malattie del sangue e degli organi emopoietici

- ⇒ **Codici 648.2_**: “Anemia - complicante gravidanza, parto e puerperio”.
- ⇒ **Codici 773.**: “Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione materno fetale”. **Codici 238.71**: “Trombocitemia essenziale”.
- ⇒ **Codici 238.72/3/4/5/6**: “Sindrome mielodisplastica...”.
- ⇒ 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 alle situazioni di avvelenamento da anticoagulanti (assunzione errata o dose eccessiva).

Codici ICD-9-CM specifici per la codifica della condizioni di anemia:

⇒ **ANEMIE CARENZIALI**

- Codice 280.** “Anemie da carenza di ferro”.
- Codice 281.0** “Anemia perniciosa”.
- Codice 281.1** “Altra anemia da carenza di vitamina B12”.
- Codice 281.2** “Anemia da carenza di folati”.
- Codice 281.3** “Altre anemie megaloblastiche specificate, non classificate altrove - Anemia combinata da carenza di B12 e di folati”.
- Codice 281.4** “Anemia da carenza proteica”.
- Codice 281.8** “Anemia associata ad altra carenza nutritiva specificata - Anemia da scorbuto”.
- Codice 281.9** “Anemia da carenza non specificata”.

⇒ **CONDIZIONI FREQUENTEMENTE ASSOCIATE AD ANEMIA FERRO CARENZIALE**

- Codice 626.2** “Menorragia Polimenorrea”.
- Codice 626.6** “Mettorragia”.
- Codice 578.0** “Ematemesi”.
- Codice 578.1** “Melena”.
- Codice 578.9** “Emorragia gastrica – Emorragia intestinale”.
- Codice 455.8** “Emorroidi non specificate con altre complicazioni - sanguinanti”.

⇒ **ANEMIE EMORRAGICHE IN GRAVIDANZA**

Se un deficit di coagulazione avviene nel **periodo della gravidanza** e determina **emorragia antepartum**, la codifica richiede uno dei codici della **sottocategoria 641.3** “Perdita ematica (emorragia) antepartum con difetti della coagulazione”, mentre per i difetti della coagulazione **post partum** va utilizzato uno dei codici della **categoria 666.** “Difetti della coagulazione postpartum”.

⇒ **ANEMIE DEL NEONATO**

- Codice 773.2** “Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta ad altra non specificata isoimmunizzazione”.
- Codice 773.5** “Anemia tardiva del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione”.
- Codice 776.5** “Anemia successiva ad emorragia fetale”.
- Codice 776.8** “Altri disturbi ematologici specificati e transitori del feto o del neonato”.

cont.

cont.

Malattie del sangue e degli organi emopoietici

⇒ **ANEMIE EMOLITICHE EREDITARIE**

Codice 282. “Anemie emolitiche ereditarie” la quarta cifra ne specifica la tipologia

⇒ **ANEMIE EMOLITICHE ACQUISITE**

Codice 283. “Anemie emolitiche acquisite” la quarta cifra ne specifica la tipologia

⇒ **ALTRE ANEMIE**

Codice 285.0 “Anemia Sideroblastica congenita”;
“Anemia Sideroblastica secondaria a carenza di piridossina”.

Codice 285.1 “Anemia postemorragica acuta”.

Codice 285.2 “Anemia in malattie croniche”.

Codice 285.8 “Anemia da disordine cronico”;
“Anemia congenita diseritropoietica (CDA) tipo I, II, III”;
“Anemia secondaria ad infiltrazione midollare neoplastica”.

Codici ICD-9-CM specifici per la codifica della trasfusione di sangue e componenti ematici:

⇒ **TRASFUSIONE SOSTITUTIVA**

Con il **cod. 99.01** “Exanguino trasfusione” si identifica una serie di trasfusioni volta ad ottenere il ricambio pressoché completo del sangue del ricevente con quello del donatore. Nella maggior parte dei casi si applica alla 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**

Tra le procedure va sempre codificata la trasfusione di sangue e componenti ematici, con la seguente codifica:

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)”

cod. 99.02 “Autotrasfusione di sangue precedentemente raccolto (Autotrasfusione di componenti del sangue)”

cod. 99.03 “Altra trasfusione di sangue intero (Trasfusione: SAI; di sangue SAI; emodiluizione)”

cod. 99.04 “Trasfusione di concentrato cellulare”

cod. 99.05 “Trasfusione di piastrine (Trasfusione di trombociti)”

cod. 99.06 “Trasfusione di fattori della coagulazione (Trasfusione di fattore antiemofilico)”

DISTURBI MENTALI

Tentativo di suicidio

- 1] Per i ricoveri conseguenti a **tentativo di suicidio** le indicazioni di codifica sono le seguenti:
- **DP:** la **condizione morbosa che si è rilevata responsabile del ricovero** (ad esempio: avvelenamento, trauma, frattura, ecc.)
 - **DS:** la **diagnosi psichiatrica**
 - +
 - **DS: cod. 300.9** “Disturbo mentale non psicotico non specificato - Psiconevrosi SAI” → “Tentativo di suicidio – Tendenza suicida” (ICD9-CM pp.: 346, 381, 384, 513, 834)
- 2] Talvolta la **Diagnosi psichiatrica** può **coincidere con la DP** e il paziente appare non aver riportato danni fisici evidenti. In tali casi il motivo del ricovero è per l'osservazione dello stato psichico e per accertamenti, e la codifica prevede l'utilizzo del **cod. V62.84** “Ideazione suicida”.

Esempi:

Tentativo di suicidio da parte di persona affetta da depressione, esitato in frattura del bacino:

- **DP: cod. 808._** “Frattura del bacino”
- **DS: cod. 296._** “Depressione - Disturbi episodici dell'umore”
- +
- **DS: cod. 300.9** “Disturbo mentale non psicotico non specificato - Psiconevrosi SAI” → “Tentativo di suicidio - Tendenza suicida”

Vi sono casi di tentativo di suicidio, non portato a termine da parte di persona affetta da depressione, in cui la Diagnosi psichiatrica può coincidere con la Diagnosi principale:

- **DP: cod. 296._** “Depressione - Disturbi episodici dell'umore”
- **DS: cod. 300.9** “Disturbo mentale non psicotico non specificato - Psiconevrosi SAI” → “Tentativo di suicidio - Tendenza suicida”

Paziente che non mostra danni fisici evidenti e che viene ricoverato per osservazione dello stato psichico ed accertamenti:

- **DP: cod. 296._** “Depressione - Disturbi episodici dell'umore”
- **DS: cod. V.62.84** “Ideazione suicida”

N.B. 1: In pratica, il **tentativo di suicidio** secondo l'ICD9-CM deve essere codificato con il **cod. 300.9**. Il codice V62.84 “Ideazione suicida” indica, secondo l'ICD9-CM, uno stato assimilabile a quello di “portatore” della tendenza suicida: quindi, esso serve a “segnalare” tale inclinazione del soggetto, per ricordarci la sua “attitudine”, ma ha rilevato che in quello specifico ricovero non sono evidenti danni o conseguenze assimilabili/attribuibili a tale attitudine.

N.B. 2: Nella SDO, come previsto dal D.M 380/2000 e dal D.M. 261/2016, oltre alle informazioni relative alle diagnosi, deve essere compilata **anche la variabile “traumatismi o intossicazioni”**, specificando con il codice “5” “autolesione o tentativo di suicidio” (indipendentemente dal luogo dove questo sia avvenuto).

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO - TRAUMATISMI CRANICI

La codifica delle malattie del sistema nervoso presenta una certa complessità a causa del fatto che i **codici 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 5 – Disturbi psichici
- Capitolo 6 – Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
- Capitolo 7 – Malattie del sistema circolatorio
- Capitolo 13 – Malattie osteomuscolari e connettivo
- Capitolo 16 – Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti

Talvolta la stessa condizione puo comparire in capitoli diversi a seconda dell'origine, come, ad esempio:

1. Emiplegia

- postumo derivante da malattia cerebrovascolare: codice 438.2 “*Emiplegia/emiparesi*”;
- postumo di altra natura, ad es. neoplastica, o di natura non specificata: codice della categoria 342 “*Emiplegia e emiparesi*”.

2. Afasia

- postumo derivante da malattia cerebrovascolare: codice 438.11 “Afasia”;
- postumo di altra natura, ad es. neoplastica, o di natura non specificata: codice 784.3 “Afasia”.

Demenze

1) Demenza dovuta a malattia di Alzheimer:

- **DP: codice 331.0** “*Malattia di Alzheimer*” +
- **DS: codice 294.1_** “*Demenza in condizioni patologiche classificate altrove*”
(la quinta cifra indica la presenza o l'assenza di disturbi comportamentali)

OPPURE, quando la demenza si manifesta con un episodio psicotico acuto:

- **DS:** utilizzare i codici **290.20** “Demenza senile con aspetti deliranti” o **290.21** “Demenza senile con aspetti depressivi” o **290.3** “Demenza senile con delirium”.

2) Demenze degenerative non Alzheimer:

- **DP: codice 331.2 "Degenerazione senile dell'encefalo".**

In linea generale, l'indicazione è di codificare **solo nei seguenti casi in diagnosi principale** la malattia di Alzheimer o la patologia degenerativa non Alzheimer:

- ricovero diagnostico (nel quale è stata posta la diagnosi per la prima volta);
- ricovero esitato in decesso a causa della patologia stessa.

Nei rimanenti casi va codificata in **diagnosi principale** la **complicanza** correlata alla patologia degenerativa (ad esempio 294.11 “Demenza in condizioni patologiche classificate altrove, con disturbi comportamentali”) o altra patologia che ha determinato il ricovero (ad esempio polmonite, ecc.), e la malattia di Alzheimer o la patologia degenerativa non Alzheimer andrà riportata tra le **diagnosi secondarie**.

cont.

cont. Demenza	3) Postumi di trauma cranico con comparsa di decadimento cognitivo: • DP: cod. 294.1_ <i>“Demenza in condizioni morbose classificate altrove”, (la quinta cifra indica la presenza o meno di disturbi comportamentali)</i> ▪ DS: cod. 905.0 <i>“Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia”</i> se con frattura <u>OPPURE</u> ▪ DS: cod. 907.0 <i>“Postumi di traumatismi intracranici senza menzione di frattura del cranio”</i> se senza frattura. 4) Demenza di origine vascolare da infarti multipli (multiinfartuale): • DP: cod. 290.4_ <i>“Demenza vascolare, ...”</i> ▪ DS: cod. 437.0 <i>“Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali – Atero/arteriosclerosi cerebrale”</i> 5) Esito di ischemia o emorragia cerebrale con comparsa di decadimento cognitivo ed eventuali altre sequele: • DP: cod. 290.4_ <i>“Demenza vascolare, ...”</i> ▪ DS: cod. 438.0 <i>“Deficit cognitivo - Postumi delle malattie cerebrovascolari”</i> ▪ DS: eventuali altri codici della categoria 438._ _ <i>“Postumi delle malattie cerebrovascolari”</i>. 6) Demenza pre-senile organica : • DP: cod. 290.1_ <i>“Demenza presenile, ...”</i> (la quinta cifra specifica il quadro clinico) 7) Demenza senile organica : • DP: cod. 290.2_ <i>“Demenza senile, ...”</i> (la quinta cifra specifica il quadro clinico) 8) Ricovero per motivi familiari o sociali di pazienti con demenza: • DP: uno dei codici da V60._ a V63._ <i>“Abitazione, problemi familiari, economici, psicosociali, indisponibilità di altri servizi medici”</i> ▪ DS: cod. 331.0 <i>“Malattia di Alzheimer”,</i> <u>OPPURE</u> ▪ DS: cod. 331.2 <i>“Degenerazione senile dell’encefalo”</i>
Parkinson avanzato trattato con neurostimolatore	Inserzione di neuro stimolatore • DP: cod. 332.0 <i>“Paralisi agitante”</i> o 333.1 <i>“Tremore essenziale ed altre forme specificate di tremore”</i> - PP: cod. 02.93 <i>“Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico”</i> in associazione al cod. 86.9_ <i>“Inserzione o riposizionamento generatore di impulsi”</i>

Malattie cerebrovascolari	Le malattie cerebrovascolari acute sono codificate con i codici delle categorie comprese tra 430 e 437 (se di <u>origine traumatica</u> sono codificate con codici afferenti alle categorie 800-801, 803-804 o 852-53). I postumi delle malattie cerebrovascolari sono codificate con la categoria 438. Ciascun componente di una diagnosi relativa ad una malattia cerebrovascolare (evento acuto/subacuto, complicanze, esiti) deve essere codificato singolarmente (codifica multipla) a meno che l'indice alfabetico o l'elenco sistematico ICD-9-CM non indichino diversamente. Per le categorie 433 "Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali" e 434 "Occlusione delle arterie cerebrali" è previsto l'utilizzo del quinto carattere che indica la presenza o meno di infarto cerebrale: ➤ _. _0 senza menzione di infarto cerebrale ➤ _. _1 con infarto cerebrale La presenza di infarto deve essere documentata in cartella clinica e non riportata in via presuntiva. Il codice 436 "Vasculopatie cerebrali acute mal definite" va utilizzato solo nei casi in cui non vi siano ulteriori e più specifiche informazioni.
Ictus cerebrale ischemico	In caso di Ictus cerebrale ischemico la codifica è la seguente: ➤ cod. 434.01 "Trombosi cerebrale con infarto cerebrale" ➤ cod. 434.11 "Embolia cerebrale con infarto cerebrale" ➤ il codice 434.91 "Occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale" va riservato ai casi in cui non sia stato possibile specificare la natura trombotica o embolica dell'ictus ischemico. Molto raramente, solo nei casi in cui non si possano usare i codici descritti sopra perché non vi sono ulteriori e più specifiche informazioni, può essere utilizzata in diagnosi principale una delle seguenti codifiche: ➤ la categoria 436 "Vasculopatie cerebrali acute, mal definite -SAI- Apoplessia" ➤ il codice 437.0 "Altre e mal definite vasculopatie cerebrali - aterosclerosi cerebrale" ➤ il codice 437.9 "Vasculopatie cerebrali non specificate - Malattia o lesione cerebrovascolari SAI" Se viene effettuata terapia trombolitica, essa va sempre segnalata (codice 99.10 "Infusione di agente trombolitico")

Ischemia cerebrale transitoria	La codifica corretta della diagnosi di ischemia cerebrale transitoria prevede l'utilizzo dei codici della sottocategoria 435. <i>"Ischemia cerebrale transitoria"</i>: la quinta cifra indica la sede dell'arteria colpita: ➤ cod. 435. <i>"Ischemia cerebrale transitoria – Sindrome dell'arteria"</i>. La quarta cifra serve a descrivere la sede dell'arteria colpita e include anche la condizione di spasmo delle arterie cerebrali ➤ cod. 435.9 <i>"Ischemia cerebrale transitoria non specificata"</i> comprende l'attacco ischemico transitorio (T.I.A.) ➤ Nel caso sia presente una eziologia stenotica documentata, è necessario codificare <u>in diagnosi secondaria la stenosi</u>, indicando la sede della lesione precerebrale correlabile all'evento acuto mediante un codice della categoria 433 <i>"Occlusioni e stenosi delle arterie precerebrali"</i> I codici della categoria 435 non devono essere utilizzati nei casi di: ➤ amnesia globale transitoria (codice 437.7) ➤ stati vertiginosi transitori isolati (vedasi disturbi vestibolari) ➤ sincope (codice 780.2) ➤ amaurosis fugax (codice 362.34), nel qual caso va riportata in diagnosi secondaria la patologia carotidea, se riscontrata (codice 433.10)
Altre e mal definite vasculopatie cerebrali	Il codice 437.1 <i>"Altre vasculopatie ischemiche cerebrali generalizzate - Insufficienza cerebrovascolare acuta SAI - Ischemia cerebrale cronica"</i> va utilizzato per descrivere <u>anche l'encefalopatia multi-infartuale</u>. Il codice 437.8 <i>"Altre e mal definite vasculopatie cerebrali - Altre vasculopatie cerebrali"</i> può essere utilizzato per descrivere anche lo stato lacunare.
Drop-attack	Per descrivere tale condizione va utilizzato il codice 435.3 <i>"Ischemia cerebrale transitoria - Sindrome dell'arteria vertebrobasilare"</i>.
Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali	I codici della categoria 433 <i>"Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali"</i>, vanno utilizzati in DIAGNOSI PRINCIPALE [DP] nelle seguenti situazioni: ➤ in caso di diagnosi pre-chirurgica di occlusione o stenosi, al di fuori dell'evento cerebrovascolare acuto, come, ad esempio, nel ricovero per sincope o stordimento/vertigine o attacco ischemico transitorio, nel corso del quale venga documentata, mediante esami strumentali, l'eziologia stenotica. ➤ Ricovero avvenuto, in assenza di evento cerebrovascolare acuto, per la correzione chirurgica di una stenosi mediante l'effettuazione di una tromboendarteriectomia (TEA) I codici della categoria 433 <i>"Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali"</i>, vanno utilizzati in DIAGNOSI SECONDARIA [DS] nelle seguenti situazioni: dopo una diagnosi principale di ictus cerebrale (codice 434.) o di ischemia cerebrale transitoria (codice 435.), se l'occlusione o la stenosi è correlabile all'evento acuto.

Emorragie cerebrali da deficit coagulativo	Codici da utilizzare: • DP: cod. 430 “Emorragia subaracnoidea” <u>OPPURE</u> • DP: cod. 431 “Emorragia cerebrale” <u>OPPURE</u> • DP: cod. 432._ “Altre e non specificate emorragie intracraniche” ▪ DS: cod. 286.5 “Disturbo emorragico da anticoagulanti intrinseci circolanti” per indicare l’eventuale deficit dei fattori intrinseci della coagulazione
Emorragia cerebrale iatrogena	La codifica dell’emorragia cerebrale iatrogena, a seguito della somministrazione di farmaci che influiscono sulla coagulazione, è la seguente: • DP: cod. 997.02 “Infarto o emorragia cerebrovascolare iatrogena” + ▪ DS: cod. 995.2_ “Effetti avversi non specificati di farmaci” per individuare le reazioni avverse a farmaci correttamente utilizzati <u>OPPURE</u> ▪ DS: cod. 964.2 “Avvelenamento da anticoagulanti” è riservato a quelle situazioni in cui vi sia stata l’assunzione errata o una dose eccessiva di farmaco anticoagulante. <u>Nota:</u> I seguenti codici V servono a segnalare l’assunzione di farmaci che agiscono sulla coagulazione, senza menzione di problemi emorragici: - V58.61 “Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti” - V58.63 “Uso a lungo termine (in corso) di antitrombotici/antiplatestrinici” - V58.66 “Uso a lungo termine (in corso) di aspirina”
Postumi delle malattie cerebrovascolari	I codici a cinque cifre della categoria 438._ _ vanno utilizzati in caso di ricovero successivo all’evento vascolare cerebrale acuto (concluso) per indicare i postumi stabilizzati di incidenti cerebrovascolari. Per codificare i postumi di incidenti cerebrovascolari sono necessari <u>due codici</u>: 1. Il primo relativo alla condizione residua o natura del postumo; 2. Il secondo relativo alla causa del postumo. Il codice relativo alla natura del postumo deve essere riportato per primo mentre il codice relativo alla causa del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria. <u>Esempio:</u> Ricovero per <u>trattamento riabilitativo post acuto</u>, di paziente con pregresso ictus o emorragia cerebrale: • DP: cod. 438._ _ “Postumi delle malattie cerebrovascolari -” ▪ DS: codici che identificano la tipologia del disturbo cerebrovascolare (codici delle categorie 430, 431, 432, 434, 436 e 437 per gli ictus e le vasculopatie cerebrali, e categoria 433 per gli ictus tronco-encefalici e/o cerebellari) ▪ DS: cod. V57._ _ “Cure riabilitative” (completare il codice con 4° o 5° cifra) ▪ DS: V45.89 “Altro stato post-chirurgico” ad indicare tale condizione quando presente ▪ DS: codice di eventuale condizione complicante il ricovero - PP: cod. 93._ _ “Terapia fisica, terapia respiratoria, riabilitazione e procedure correlate”

cont. Postumi delle malattie cerebrovascolari	Il Manuale ICD9-CM può prevedere, talvolta, la possibilità di codificare con un solo codice (codice combinato) sia la natura sia la causa del postumo: Esempi: ⇒ Sindrome vertiginosa in esiti di evento cerebrovascolare → Diagnosi principale: cod. 438.85 "Altri postumi di malattie cerebrovascolari - Vertigini" ⇒ Disfagia conseguente a evento cerebrovascolare → Diagnosi principale: cod. 438.82 "Altri postumi di malattie cerebrovascolari - Disfagia" Nota: Per le menomazioni neurologiche <u>non dovute ad accidenti cerebrovascolari</u> devono essere utilizzati codici di altre categorie. Esempi: ⇒ <u>Afasia successiva a traumatismo intracranico</u> → utilizzare il codice 784.3 "Afasia" (Afasia non dovuta agli effetti tardivi di malattia cerebrovascolare, cod. 438.11) ⇒ <u>Emiplegia</u> dell'emisfero dominante conseguenza di <u>tumore dell'encefalo</u> → utilizzare un codice della categoria 342.__ "Emiplegia e emiparesi"
Ictus: regole di codifica nel caso di trasferimento tra reparti di ospedali diversi	La diagnosi di ictus va codificata in diagnosi principale (DP) nei seguenti casi: ➤ ricovero diagnostico (quando la diagnosi di ictus venga posta per la prima volta); ➤ ricovero esitato in decesso; ➤ ricovero dove viene eseguita un intervento chirurgico risolutivo della patologia di base (ad esempio trombolisi in caso di ictus ischemico) Nel caso di trasferimento tra reparti per acuti di ospedali diversi (ad esempio dall'ospedale hub all'ospedale di valle), nei reparti accettanti il trasferimento l'ictus va codificato in diagnosi secondaria (DS). In tali casi la DP sarà il codice 438.8 "Altri Postumi di malattia cerebrovascolare", seguito dal codice di ictus (emorragico/ischemico) e eventuale codice di sintomo/complicanza. In caso di ictus intraospedaliero, così come nel caso di altre patologie che insorgono durante il ricovero, la DP sarà comunque quella che ha assorbito un maggior consumo di risorse. In tali casi, nel SIO, accanto al codice di diagnosi, nel campo "diagnosi presente al momento del ricovero" andrà spuntata la casella "no" come sotto evidenziato: 

Traumatismi cranici

⇒ La **codifica dei traumatismi cranici** è prevista per i casi clinici in cui i traumatismi esterni si accompagnano a **sintomi o segni di interessamento cerebrale**.

⇒ I **TRAUMI CRANICI ASSOCIATI A FRATTURA** sono classificati con le **categorie 800-804**.

Il **quarto carattere** del codice indica:

- se la frattura è aperta o chiusa
- se è associata a trauma intracranico
- il tipo di trauma intracranico

Fa eccezione la **categoria 802** per la quale il quarto ed il quinto carattere identificano la sede della frattura.

⇒ I **TRAUMI CRANICI NON ASSOCIATI A FRATTURA** sono classificati con le **categorie da 850 a 854**.

Il **quarto carattere** del codice indica:

- il tipo di trauma
- l'eventuale associazione con una ferita aperta

⇒ Per le **categorie 800, 801, 803, 804 e 851-854** il **quinto carattere** del codice indica l'eventuale perdita di coscienza, la durata di tale perdita e se vi è ritorno al preesistente stato di coscienza:

- ___._0: stato di coscienza non specificato
- ___._1: senza perdita di coscienza
- ___._2: con perdita di coscienza di durata <1h
- ___._3: con perdita di coscienza di durata compresa tra 1 e 24h
- ___._4: con perdita di coscienza di durata superiore alle 24h e recupero dello stato di coscienza preesistente
- ___._5: con perdita di coscienza di durata superiore alle 24h senza recupero dello stato di coscienza preesistente (paziente in stato di incoscienza che decede prima di riacquistare la coscienza)
- ___._6: con perdita di coscienza di durata non specificata
- ___._9: con stato commotivo non specificato

Nei pazienti per i quali lo stato di coscienza non è valutabile in conseguenza alla terapia farmacologia somministrata, va utilizzata la quinta cifra 6.

⇒ Con riferimento alla **categoria 850.** "*Concussione - Commozione cerebrale*" che non prevede la quinta cifra, l'informazione relativa alla coscienza è riportata con diverse modalità nella quarta cifra. Nel solo caso di breve perdita di coscienza, è necessario specificarne la durata con la quinta cifra (**cod. 850.11 o 850.12**).

⇒ Il codice della concussione non deve essere indicato (cod. 850.) nei casi in cui il trauma cranico sia meglio descritto con i codici che indichino **lacerazione cerebrale o contusione (cod. 851.0-851.9)**, **OPPURE emorragia cerebrale (cod. 852-853)**, **OPPURE traumatismo della testa SAI (cod. 959.01)**, in quanto la concussione è già ricompresa in tali codici.

cont.

cont. Traumatismi cranici	⇒ La sindrome post-commotiva, codice 310.2, include una grande varietà di sintomi (mal di testa, vertigini, fatica, difficoltà di concentrazione, depressione, ansietà, apatia, palpitazioni cardiache), che possono perdurare per alcune settimane. Nei casi in cui il paziente venga trattato per sindrome post-commotiva entro 24 - 48 ore dall'evento traumatico, ove la concussione sia ancora presente, si dovrà codificare la concussione stessa (cod. 850._) e non la sindrome post-commotiva. Pertanto, il codice 310.2 non deve essere assegnato al ricovero iniziale per il trattamento della concussione. ⇒ I traumatismi esterni o superficiali della faccia e del cuoio capelluto devono essere codificati secondo specifici codici, ad esempio quelli appartenenti alle categorie da 910 a 919.
Ricoveri per osservazione clinica ed accertamenti diagnostici dopo trauma cranico	Gli episodi di ricovero per osservazione clinica ed accertamenti diagnostici dopo trauma cranico vanno descritti utilizzando i seguenti codici: A) ricovero breve di sola osservazione clinica: • DP: un codice della categoria 850._ “Concussione”. B) ricovero breve con osservazione clinica ed esecuzione di esami diagnostici (ad esempio TAC del capo) volti allo studio del traumatismo intracranico: • DP: cod. 854.0_ “Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura, senza menzione di ferita intracranica esposta” - PP: codici relativi agli esami diagnostici effettuati (ad esempio cod. 87.03 “Tomografia assiale computerizzata [TAC] del capo”) C) trauma cranico con ferite del cuoio capelluto che non evidenziano complicazioni: • DP: cod. 873.0 “Altre ferite del cuoio capelluto senza menzione di complicazioni” - PP: cod. 86.59 “Sutura del cuoio capelluto...”
Trattamento chirurgico di aneurisma di arteria intracranica	La codifica va effettuata nel seguente modo: • DP: se <u>con</u> emorragia cod. 430 “Rottura di aneurisma cerebrale congenito SAI ” <u>OPPURE</u> se <u>senza</u> emorragia cod. 437.3 “Aneurisma cerebrale senza rottura” ▪ DS: in presenza di vasospasmo assegnare il cod. 435.9 “Ischemia cerebrale transitoria non specificata” - PP: cod. 39.51 “Clipping di aneurismi” <u>OPPURE</u> cod. 38.81 “Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici - Clampaggio, dissezione, legatura, occlusione di vaso sanguigno” <u>OPPURE</u>, se intervento per via endovascolare con inserimento di protesi endovascolare, con o senza stent cod. 39.72 “Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo” - PS: cod. 99.29 “Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche” per indicare l’infusione intra-arteriosa di papaverina a seguito di vasospasmo - PS: eventuali altre procedure

cont. Filtro cavale	Rimozione • DP: cod. V53.99 “Collocazione e sistemazione di altro dispositivo” ▪ DS: cod. V12.51 “Anamnesi personale di trombosi venosa ed embolia” - PP: cod. 97.89 “Rimozione di altro dispositivo terapeutico” - PS: cod. 88.65 “Flebografia con mezzo di contrasto di altre vene intraaddominali” <u>OPPURE</u> cod. 88.51 “Angiocardiografia della vena cava”
Interventi per via percutanea sui vasi precerebrali extracranici ed intracranici	<u>VASI PRECEREBRALI EXTRACRANICI</u> (basilare, carotide, vertebrale): - PP: cod. 00.61 “Angioplastica percutanea o aterectomia di vasi precerebrali extracranici” - PS: selezionare uno dei codici da 00.40 a 00.43 per indicare il numero dei vasi trattati - PS: cod. 00.44 “Procedure sulla biforcazione dei vasi” - PS: Indicare il numero di stent inseriti mediante codici da 00.45 a 00.48 * - PS: cod. 00.63 “Inserzione percutanea di stent nell’arteria carotidea” <u>OPPURE</u> - PS: cod. 00.64 “Inserzione percutanea di stent in altre arterie precerebrali (extracraniche)” - PS: cod. 99.10 “Iniezione o infusione di agente trombolitico” <u>VASI INTRACRANICI:</u> - PP: cod. 00.62 “Angioplastica percutanea o aterectomia di vasi intracranici”. - PS: selezionare uno dei codici da 00.40 a 00.43 per indicare il numero dei vasi trattati - PS: cod. 00.44 “Procedure sulla biforcazione dei vasi” - PS: Indicare il numero di stent inseriti mediante i codici da 00.45 a 00.48 * - PS: cod. 00.65 “Inserzione percutanea di stent vascolari intracranici” - PS: cod. 99.10 “Iniezione o infusione di agente trombolitico” <u>Nota:</u> * I codici numerici 00.46, 00.47, e 00.48 per errore non sono riportati nel Manuale ICD-9-CM v. 2007. Pertanto, si elencano di seguito i codici numerici esatti e la relativa descrizione, da utilizzare per una corretta codifica della SDO: ⇒ cod. 00.45 “Inserzione di uno stent vascolare” ⇒ cod. 00.46 “Inserzione di due stent vascolari” ⇒ cod. 00.47 “Inserzione di tre stent vascolari” ⇒ cod. 00.48 “Inserzione di quattro o più stent vascolari”

Trombolisi meccanica e farmacologica	Nella trombolisi meccanica e farmacologica di vasi arteriosi precerebrali e intracranici, la codifica da adottare è la seguente: - PP: cod. 39.74 <i>“Rimozione endovascolare di ostruzione da vaso/i di testa e collo”</i> + - PS: 38.91 <i>“cateterismo arterioso”</i> + - PS: cod. 99.20 <i>“Iniezione o infusione di inibitore piastrinico”</i> (trattamento endovascolare farmacologico dell’ischemia cerebrale) <u>OPPURE</u> - PS: cod. 99.10 <i>“Iniezione o infusione di agente trombolitico”</i>
Tromboendoarteriectomia (TEA) carotidea	Nella endo-arteriectomia di vasi arteriosi precerebrali, la codifica da adottare è la seguente: • DP: 433._ _ <i>“Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali”</i> - PP: 38.12 <i>“Endoarteriectomia di altri vasi del capo e del collo”</i> - PS: 38.91 <i>“cateterismo arterioso”</i> Codificare anche: numero di stent vascolari inseriti (00.45-00.48), numero di vasi trattati (00.40-00.43), procedura su biforcazione vascolare (00.44).
Tromboendoarteriectomia di vasi intracranici	Nella endo-arteriectomia di vasi arteriosi intracranici, la codifica da adottare è la seguente: • DP: 434._ _ <i>“Occlusione delle arterie cerebrali”</i> - PP: 38.11 <i>“Endoarteriectomia di vasi intracranici”</i> - PS: 38.91 <i>“cateterismo arterioso”</i> - PS: 88.41 <i>“arteriografia di arterie cerebrali”</i>

Trattamento della spasticità mediante pompa al baclofene

1] TRATTAMENTO DELLA SPASTICITÀ CON IMPIANTO DI CATETERE E DI POMPA PER SOMMINISTRAZIONE DI BACLOFENE

In caso di ricovero per collocazione della pompa e del catetere per la somministrazione del principio attivo baclofene nel canale cerebrale, le codifiche da utilizzare sono quelle indicate di seguito:

Possibili diagnosi:

- ⇒ **cod. 335.20** "Sclerosi laterale amiotrofica"
- ⇒ **cod. 340** "Sclerosi multipla - sclerosi a placche"
- ⇒ **cod. 341.20** "Mielite acuta traversa"
- ⇒ **cod. 344._ _** "Quadriplegia – paraplegia – tetraplegia -"
- ⇒ **cod. 336.0** "Siringomielia"
- ⇒ **cod. 781.0** "Movimenti involontari anormali"
- ⇒

Procedure:

- **PP: cod. 86.06** "Inserzione di pompa di infusione completamente impiantabile" +
- **PS: cod. 03.90** "Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative" + **se farmaco iniettato**
- **PS: cod. 03.92** "Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale" (iniezione del principio attivo "baclofene")

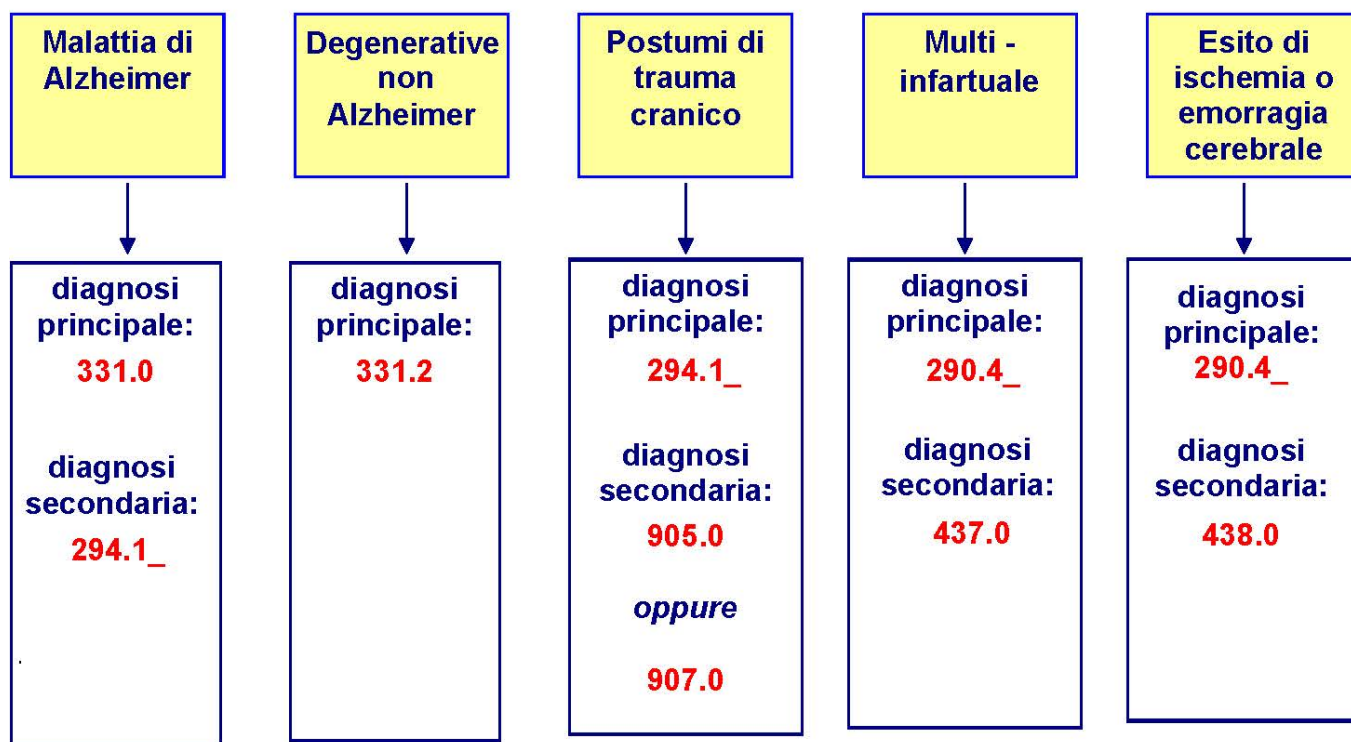
2] SOSTITUZIONE DELLA POMPA AL BACLOFENE, PER ESAURIMENTO BATTERIE O PER MALFUNZIONAMENTO

- **DP: cod. V53.09** "Collocazione - sistemazione – sostituzione di altri dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi di senso" (per esaurimento batterie) **OPPURE**
- **DP: cod. 996.59** "Complicazioni meccaniche di altri impianti e dispositivi interni non classificati altrove (per complicanze meccaniche)" **OPPURE**
- **DP: cod. 996.69** "Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni" (per complicanze infettive)
- **DS:** il postumo o la patologia di base
- **PP: cod. 86.05** "Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo" +
- **PS: cod. 86.06** "Inserzione di pompa infusoriale completamente impiantabile" +
- **PS: cod. 03.90** "Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative" + **se iniettato farmaco**
- **PS: cod. 03.92** "Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale" (iniezione del principio attivo "baclofene")

3] RIMOZIONE DELLA POMPA PER BACLOFENE

- **DP: cod. 97.89** "Rimozione di altro dispositivo terapeutico" **OPPURE**
- **DP: cod. 996.59** "Complicazioni meccaniche di altri impianti e dispositivi interni non classificati altrove (per complicanze meccaniche)" **OPPURE**
- **DP: cod. 996.69** "Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni" (per complicanze infettive)
- **DS:** il postumo o la patologia di base
- **PP: cod. 86.05** "Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo"

DEMENZE



NOTA:

Il ricovero per motivi familiari o sociali di pazienti con demenza va codificato nel seguente modo:

diagnosi principale: un codice da V60._ a V63._

diagnosi secondaria: il codice 331.0 “Malattia di Alzheimer” oppure il codice 331.2 “Degenerazione senile dell’encefalo”.

MALATTIE DELL'OCCHIO E DEGLI ANNESSI

Intervento di cataratta	Negli interventi per cataratta è necessario segnalare sempre in diagnosi principale la patologia dell'occhio che determina il ricorso all'intervento. Infatti, siccome l'intervento per cataratta è un intervento chirurgico elettivo e programmato finalizzato a risolvere il problema correlato alla patologia di base, in diagnosi principale deve essere segnalata la patologia che lo rende necessario. Pertanto, in DP andrà utilizzato uno dei codici della categoria 366 "Cataratta -" e fra le diagnosi secondarie eventuali altre patologie che possano compromettere le capacità visive (ad es. codici della categoria 367 "Vizi di rifrazione e disturbi dell'accomodazione -"). Per quanto riguarda gli interventi, le opzioni per la codifica sono le seguenti: A] Estrazione semplice di cataratta - il codice intervento appropriato è compreso tra 13.11 e 13.69 B] Estrazione di cataratta e sincrona inserzione di protesi: occorre codificare entrambe le fasi, con codici intervento come indicato in ICD-9-CM: Esempio: cod. 13.3 "Estrazione extracapsulare del cristallino intraoculare con tecnica di aspirazione semplice" cod. 13.71 "Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea"
Cataratta in paziente diabetico	In caso di paziente diabetico affetto da cataratta, è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica (codice 366.41), rispetto a quella della cataratta senile in paziente diabetico (codice 366.1_): [1] Cataratta diabetica: DP: cod. 250.5_ "Diabete con complicazioni oculari..." DS: cod. 366.41 "Cataratta diabetica" [2] Asportazione della cataratta senile in paziente diabetico: DP: cod. 366.1_ "Cataratta senile..." DS: cod. 250._ _ "Diabete ..."
Intervento di sostituzione del cristallino artificiale	In caso di ricovero per rimozione e contemporanea sostituzione di lenti oculari protesiche impiantate, la codifica è diversa a seconda della tipologia di complicazione: A] rimozione <u>DOVUTA</u> a complicazioni meccaniche (ad es. dislocazione): DP: cod. 996.53 "Complicazioni meccaniche di lenti oculari protesiche" + DS: cod. V43.1 "Cristallino sostituito con altri mezzi" PP: cod. 13.71 "Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea" + PS: cod. 13.8 "Rimozione di cristallino impiantato" B] rimozione <u>NON DOVUTA</u> a complicazioni meccaniche (ad es. opacizzazione, errato calcolo del cristallino artificiale intraoculare impiantato, ...): DP: cod. 996.79 "Altre complicazioni da altre protesi" + DS: cod. V43.1 "Cristallino sostituito con altri mezzi" PP: cod. 13.71 "Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea" + PS: cod. 13.8 "Rimozione di cristallino impiantato"

Anestesia	⇒ Per gli interventi di chirurgia oftalmica, come per tutti gli altri interventi, non va codificata l'anestesia. ⇒ I codici 95.04 "Esame dell'occhio sotto anestesia", 10.91 "Iniezione sottocongiuntivale" e 16.91 "Iniezione retro bulbare", vanno utilizzati esclusivamente quando il ricovero è finalizzato all'esecuzione di queste sole procedure. In particolare, il codice 10.91 "Iniezione sottocongiuntivale" non deve essere utilizzato per i trattamenti di profilassi antibiotica e/o antiinfiammatoria in corso di intervento chirurgico in quanto i codici che identificano i trattamenti di profilassi sono da ricercare nella categoria 99.2 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche".
Iniezione intravitreale di farmaci per la cura delle maculopatie	• DP: codice della patologia di base; - PP: codice 14.9 "Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore" + - PS: cod. 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche".
Codifica degli interventi sulla cute relativi a palpebra e sopracciglia	Per l'effettuazione di tali interventi vedasi la nota ID n. 65878950 Rep. 4348 del 18 marzo 2016 del Servizio Ospedaliero Provinciale, che stabilisce i criteri e le modalità con cui effettuare le prestazioni di chirurgia plastico/ricostruttiva nei presidi ospedalieri dell'APSS. <u>PALPEBRA SUPERIORE</u> • DP: danno visivo utilizzando un codice della categoria 368.4 "Difetti del campo visivo....." ▪ DS: codice della categoria 374.3 "Ptosi della palpebra,....." - PP: codice fra quelli afferenti alla categoria 08. "Interventi sulla palpebra," + <u>eventualmente</u> - PS: uno o più codici delle sottocategorie ricompresi fra 95.01-95.26 "Esami diagnostici dell'occhio" <u>PALPEBRA INFERIORE</u> • DP: codice della categoria 374.1 "Ectoprion...." - PP: codice fra quelli afferenti alla categoria 08.4 "Riparazione di entropion o ectropion"
Trattamento del glaucoma cronico ad angolo aperto	• DP: patologia specifica - PP: cod. 12.65 "Altra fistolizzazione sclerale con iridectomia" <u>OPPURE</u> - cod. 12.69 "Altri interventi di fistolizzazione della sclera" + - PS: codice 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche" (al fine di identificare l'impianto di collagene suino o sostanza reticolare derivata dall'acido ialuronico)

***Innesto di limbus e
innesto di membrana
amniotica***

Codici di procedura utilizzati per descrivere il trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore:

⇒ **cod. 11.61** "*Cheratoplastica lamellare autologa*" (per l'autotrapianto)

⇒ **cod. 11.62** "*Altra cheratoplastica lamellare*" (per il trapianto da altro donatore)

In presenza di un innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale, il codice di procedura da utilizzare è **11.62** "*Altra cheratoplastica lamellare*".

MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Il capitolo 7 dell'ICD-9-CM può essere suddiviso nelle seguenti parti:

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

Edema polmonare acuto	⇒ Quando è di origine cardiaca va codificato con il cod. 428.1 “Insufficienza del cuore sinistro”. ⇒ Quando è di origine polmonare va codificato con il cod. 518.4 “Edema polmonare acuto, non specificato”. In presenza di edema polmonare acuto da valvulopatia, codificare: • DP: cod. 428.1 “Insufficienza del cuore sinistro”; ▪ DS: la valvulopatia in quanto non ci si deve basare sul percorso patogenetico, ma sulla reale <u>patologia che ha comportato il maggior carico assistenziale</u> e consumo di risorse.
Ipertensione arteriosa	Nella codifica, è opportuno consultare, nell'indice alfabetico delle diagnosi (pag. 220-222 del manuale ICD-9-CM), la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, <u>tre codici</u>, relativi, rispettivamente alla forma. Per le categorie 401, 402, 403 e 405, il quarto carattere individua, infatti, le <u>forme</u>: - 0 → maligna - 1 → benigna - 9 → non specificata ⇒ Ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che causa l'ipertensione. ⇒ Per l'ipertensione secondaria vanno utilizzati i codici della categoria 405. ⇒ Se l'ipertensione è associata ad altre patologie, devono essere indicati <u>sia il codice della patologia, sia il codice relativo all'ipertensione</u>; la sequenza dei codici segue le regole generali per la selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie. ⇒ L'ipertensione arteriosa essenziale va segnalata mediante il codice 401.1 “Ipertensione essenziale benigna”. ⇒ I codici compresi nelle categorie 402-404 identificano tutte le forme di ipertensione non essenziale (cardiopatia ipertensiva, nefropatia ipertensiva, ecc.). ⇒ In caso di ricovero urgente per crisi ipertensiva con segni di encefalopatia va utilizzato il codice 437.2 “Encefalopatia ipertensiva”. ⇒ L'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642. “Ipertensione complicante la gravidanza, il parto e il puerperio”. ⇒ Per la crisi ipertensiva in assenza di diagnosi formale di ipertensione, utilizzare il codice 796.2 “Reperto occasionale di ipertensione” (vedi nota su ICD-9-CM 2007).

**Infarto miocardico
acuto [IMA]**
(Linee Guida Ministero
della Salute ott. 2016)

DEFINIZIONE DI IMA:

L'IMA è definito, dal punto di vista fisiopatologico, come la **necrosi di una porzione più o meno estesa del miocardico**, determinata:

- ⇒ da **ischemia**, cioè dalla **compromissione persistente**, parziale o completa, della perfusione arteriosa coronarica (IMA di tipo 1)
- ⇒ oppure da una **prolungata discrepanza tra apporto e necessità di ossigeno su base non ischemica**, come, ad esempio, nel caso di tachicardia prolungata, anemia, crisi ipertensive o insufficienza respiratoria, ecc. (**IMA di tipo 2**).

La **DIAGNOSI DI IMA** richiede che sia presente una evidenza di:

❶ **necrosi miocardica**, documentata dall'elevazione dei livelli plasmatici dei marcatori di danno miocardico (**troponina > 99° percentile** del limite superiore dei valori normali); deve, inoltre, essere presente

❷ **almeno uno dei seguenti elementi clinico-diagnostici**:

- **sintomi clinici** di sofferenza ischemica miocardica;
- **anomalie elettrocardiografiche** di nuova insorgenza suggestive della presenza di ischemia miocardica (**alterazioni a carico del tratto ST**, oppure **comparsa di blocco di branca sinistro**);
- comparsa di **nuove onde Q di necrosi** all'elettrocardiogramma;
- evidenza, documentata con tecniche di imaging cardiaco, di **nuove alterazioni segmentarie della contrattilità** in aree più o meno estese del miocardio;
- evidenza, angiografica od autoptica, di **trombosi intra-coronarica**.

Pertanto, il solo incremento dei livelli plasmatici dei marcatori di danno miocardico, in assenza di un contesto clinico-strumentale di sofferenza ischemica miocardica acuta, non consente di porre diagnosi di IMA.

ALTRE CAUSE DI DANNO MIOCARDICO

- ⇒ Oltre che a seguito di procedure percutanee o chirurgiche clinicamente non complicate (e quindi in assenza di conseguenze prognostiche significative), danni miocardici acuti di piccola entità si possono verificare come **conseguenza di varie condizioni patologiche** tra cui di scompenso cardiaco, riacutizzazioni di insufficienza renale, miocardite, aritmie, embolia polmonare, sepsi ed anemia.

In queste e in altre condizioni morbose, in cui si può verificare un danno miocardico secondario, la diagnosi principale (DP) sarà quella riguardante la patologia che ha determinato il danno. I codici di danno miocardico vanno indicati fra le DS.

- ⇒ In altri casi può non essere possibile, al meglio degli accertamenti diagnostici effettuati, identificare la causa che ha portato all'**incremento della troponina (troponinosi)**. In questi casi la diagnosi diventa inevitabilmente quella di **"danno miocardico senza causa specificata (o specificabile)"**, che va codificata con il **cod. 429.89 "Altre cardiopatie mal definite"**, e non deve essere utilizzato il cod. 410.__ fra le DS.

Questa situazione (inappropriatamente chiamata **"troponinosi"**) deve essere chiaramente distinta dall'IMA di tipo 1, cioè a genesi aterotrombotica, dal momento che, a differenza di questo, riconosce un differente meccanismo eziopatogenetico, con le inerenti implicazioni in termini di strategia di trattamento, terapia farmacologica, ed outcome clinico sia a breve che a lungo termine.

Di conseguenza, la codifica con **codice 410.7** di questi quadri clinici, tende a falsare l'epidemiologia dell'infarto miocardico senza sopraslivellamento persistente del tratto ST di origine aterotrombotica (cioè di tipo 1), **alterando sia la "prevalenza" della malattia sia i dati di "outcome"** considerato che la prognosi in questi pazienti non è secondaria alla cardiopatia ischemica acuta ma alla patologia primitiva che ha causato il danno miocardico secondario.

cont.

cont.

Infarto miocardico acuto (IMA)

CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DI IMA (TIPOLOGIE DI IMA):

- ⇒ **IMA tipo 1.** È il cosiddetto IMA “spontaneo” su **base aterosclerotica coronarica**. Il comune substrato fisiopatologico è rappresentato dalla fissurazione e rottura di una placca aterosclerotica coronarica, associata a fenomeni di aggregazione piastrinica e trombosi acuta intracoronarica. Questi eventi portano all'**occlusione, parziale o completa, del vaso arterioso coronarico** (oppure all'embolizzazione di frammenti di materiale trombotico), ed alla **conseguente sofferenza ischemica** della parte di miocardico da questo irrorata. Il persistere della compromissione del flusso determinerà la **necrosi miocardica**.
- ⇒ **IMA tipo 2.** E' il cosiddetto IMA “secondario”, che **non ha una eziologia aterotrombotica** e che può svilupparsi anche in assenza di una patologia ostruttiva coronarica, che può comunque coesistere ed agire da concausa. La necrosi miocardica è riconducibile da uno **squilibrio tra richiesta ed offerta di ossigeno**, come nel caso di spasmo coronarico, anemia severa, tachiaritmie e bradiaritmie persistenti, insufficienza respiratoria, ipertensione arteriosa severa o ipotensione persistente marcata.
- ⇒ **IMA tipo 3.** **Morte cardiaca improvvisa ed inattesa**, con **arresto cardiaco**, spesso preceduta o accompagnata da sintomi suggestivi di ischemia miocardica, verosimilmente associata a nuovo sopraslivellamento del tratto ST, o nuovo blocco di branca sinistra o riscontro angiografico e/o autoptico di recente trombosi coronarica. In ogni caso, la morte si verifica prima del prelievo di sangue o quando i livelli dei marcatori biochimici cardiaci non sono ancora rilevabili.
- ⇒ **IMA tipo 4A.** IMA sviluppatosi **a seguito di procedura di angioplastica coronarica**. Richiede un incremento di almeno 5 volte dei livelli plasmatici della troponina rispetto al 99° percentile del limite superiore dei valori normali, qualora i valori prima della procedura fossero stati normali. L'aumento deve essere superiore al 20% se i livelli di troponina prima della procedura sono elevati, ma stabili o in diminuzione.
- ⇒ **IMA tipo 4B.** IMA associato a **riscontro angiografico o autoptico di trombosi di stent**.
- ⇒ **IMA tipo 5.** IMA sviluppatosi **a seguito di intervento di bypass aortocoronarico**. Richiede un incremento di almeno 10 volte dei livelli plasmatici della troponina rispetto al 99° percentile del limite superiore dei valori normali.

CODIFICA DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO).

Nel sistema di codifica ICD-9-CM, attualmente in uso nel nostro paese, l'IMA è ricondotto ad uno dei codici della **categoria 410**, che viene completato dalla **4^a cifra** (per differenziare l'IMA Non-STEMI da STEMI e per specificare la localizzazione dell'IMA STEMI) e dalla **5^a cifra** (per indicare l'episodio iniziale rispetto ad un episodio successivo di ricovero per IMA, entro 8 settimane da evento acuto).

- ⇒ Il **codice 410.**__ va utilizzato in **DP** SOLO in caso di **IMA di tipo 1**.
- ⇒ In caso di **infarto di tipo 2**, deve essere indicata in **DP** la **patologia primitiva** che ha determinato la sofferenza miocardica mentre in **DS** troverà posto uno dei codici della **categoria 410.**__.
- ⇒ In caso di **"danno miocardico senza causa specificata"**, in cui non è identificabile una causa primitiva, il danno miocardico da causa non specificata deve essere indicato in **DP** mediante il **codice 429.89** “*Altre cardiopatie mal definite*” e **NON deve essere utilizzato nelle diagnosi secondarie (DS) uno dei codici 410.**__.
- ⇒ L'**infarto miocardico perioperatorio**, che non trova descrizione specifica nella classificazione internazionale delle malattie, deve essere descritto **tra le DS** con il **codice di IMA (410._1)** in associazione con il **codice 997.1** “*Complicazioni cardiache non classificate altrove*” in **DP** oppure **fra le DS** a seconda della valutazione complessiva legata all'assorbimento delle risorse.

cont.

cont.

Infarto miocardico acuto (IMA)

CODIFICA DELLA QUARTA CIFRA, che serve ad **identificare la sede anatomica** dell'IMA STEMI e a distinguere gli IMA STEMI dagli IMA Non-STEMI:

A) IMA con sopraslivellamento persistente del tratto ST (STEMI):

- **cod. 410.0** *"IMA della parete antero-laterale"*
- **cod. 410.1** *"IMA di altra parte della parete anteriore"*
- **cod. 410.2** *"IMA della parete infero-laterale"*
- **cod. 410.3** *"IMA della parete infero-posteriore"*
- **cod. 410.4** *"IMA di altra parte della parete inferiore"*
- **cod. 410.5** *"IMA di altra parte della parete laterale"*
- **cod. 410.6** *"IMA vero della parete posteriore"*
- **cod. 410.8** *"IMA di altre sedi specificate"*
- **cod. 410.9** *"IMA a sede non specificata" (*)*

(*) La sottocategoria **cod. 410.9** *"IMA sede non specificata"* deve essere usata in **DP** solo per gli infarti equivalenti agli **STEMI**, in cui l'**ECG non è però valutabile per presenza di blocco di branca, pacemaker o defibrillatore**. Pertanto, al codice 410.9_ dovrà essere aggiunto un ulteriore codice in DS che precisi le ragioni che rendono impossibile il riconoscimento della sede:

→ Blocco di branca sinistro: **cod. 426.3**

→ Presenza di pacemaker: **cod. V45.01**

→ Presenza di defibrillatore impiantato: **cod. V45.02**

B) IMA senza sopraslivellamento persistente del tratto ST (Non-STEMI):

⇒ **cod. 410.7** *"IMA sub-endocardico – non transmurale"*. Questo codice identifica tutti gli episodi di IMA Non-STEMI indipendentemente dalla sede.

CODIFICA DELLA QUINTA CIFRA, che **identifica la tipologia di episodio di assistenza**:

⇒ **Quinta cifra = 1: episodio iniziale di assistenza ossia primo evento/ricovero per IMA**. Nella definizione di episodio iniziale di assistenza sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti tra (da e verso) istituti per acuti (da centro spoke a centro hub e viceversa) entro 8 settimane dall'episodio acuto; questo codice va assegnato indipendentemente dal numero di trasferimenti a cui il paziente può essere stato sottoposto. Non deve però essere utilizzato nei casi in cui si sia verificata un'interruzione dell'assistenza per acuti (trasferimento in strutture non per acuti o dimissioni a domicilio): in tale evenienza va utilizzato il quinto carattere "2".

⇒ **Quinta cifra = 2: episodio successivo di assistenza (ricovero) dopo il primo evento acuto/ricovero e ad esso correlabile**, effettuato **entro 8 settimane dall'evento acuto**. Va quindi usato per i pazienti che vengono nuovamente ricoverati per valutazioni, osservazioni o trattamenti relativi a un infarto miocardico acuto per il quale vi sia già stato un ricovero entro le 8 settimane precedenti, e che si sia concluso o con la dimissione del paziente o con il trasferimento a un struttura **NON per acuti**.

⇒ **Quinta cifra = 0: episodio di assistenza non specificato** (da utilizzare solo in casi eccezionali in quanto la documentazione clinica dovrebbe sempre essere in grado di fornire le informazioni necessarie per una descrizione precisa del caso e quindi consentire l'utilizzo dei caratteri 1 o 2).

cont.

cont.

Infarto miocardico acuto (IMA)

- ⇒ Nuovo ricovero, **entro 8 settimane** dall'infarto acuto (dopo dimissione o trasferimento a un struttura non per acuti):
- **DP: cod. 410._2** "Infarto miocardico acuto ..., episodio successivo di assistenza"
- ⇒ Nuovo ricovero, correlabile all'evento iniziale, **oltre 8 settimane** dall'episodio di infarto acuto:
- **DP: cod. 414.8** "Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica, Insufficienza coronarica cronica, Ischemia miocardica cronica"
- ⇒ Se nel corso di un ricovero per infarto si verifica un secondo episodio infartuale in una sede diversa, **devono essere codificati entrambi gli episodi infartuali**, ciascuno secondo la propria sede, utilizzando come **quinto carattere "1"**.
- Analogamente, nel caso di un **secondo evento infartuale acuto**, intervenuto dopo la dimissione per un primo episodio, ma con **sede diversa dal precedente**, deve essere codificato secondo la propria sede e utilizzando il **quinto carattere "1"**.
- ⇒ Se un infarto **NSTEMI evolve in STEMI**, **codificare come STEMI**; nel caso in cui un infarto **STEMI evolva in NSTEMI**, a seguito di terapia trombolitica, **codificare come STEMI**.
- ⇒ Il **codice 410._ include** la rottura del cuore, del miocardio o del ventricolo (manuale ICD-9-CM). **Non include** "Rottura di corda tendinea" **cod. 429.5** e "Rottura di muscolo papillare" **cod. 429.6** (manuale ICD-9-CM) che devono rientrare fra le diagnosi secondarie.
- ⇒ Se nel corso del ricovero per infarto emergono **complicanze o altre condizioni patologiche che accrescono la complessità assistenziale**, esse devono essere indicate **tra le diagnosi secondarie [DS]** con **codici aggiuntivi**, ad es.:

• insufficienza cardiaca e shock [vedasi sezione sull'insufficienza cardiaca]	• shock cardiogeno [785.51]
• cardio(nefro)patia ipertensiva con insufficienza cardiaca	• sindrome post infartuale (di Dressler) [411.0]
• angina postinfartuale precoce [411.1]	• aneurisma della parete cardiaca [414.10]
• aneurisma coronarico [414.11]	• dissezione arteria coronarica [414.12]
• embolia/infarto polmonare iatrogeno [415.11]	• altra embolia/infarto polmonare [415.19]
• blocchi (A-V, di branca)	• tachicardia parossistica, fibrillazione, flutter
• rottura corda tendinea [429.5]	• rottura [429.6] o disfunzioni di muscolo papillare [429.81]
• trombo/embolie/emorragie cerebrali	• polmoniti
• insufficienza respiratoria	• insufficienza renale acuta
• trombosi murale postinfartuale [429.79]	• infezioni da catetere (venoso, urinario, ecc.)
• complicazioni da stent [es. 996.03, 996.62, 996.72]	• complicazioni da protesi valvolare [es. 996.71]
• emopericardio [423.0]	• difetto settale acquisito [429.71]
• scompenso cardiaco (segni clinici e/o sintomi) [428.1]	• fistola coronarica [414.19]
.....	

cont.

cont. Infarto miocardico acuto (IMA)	⇒ Se una complicanza è alla base di un ricovero successivo a quello per infarto, essa va codificata come diagnosi principale [DP], utilizzando come diagnosi secondaria [DS] i seguenti codici: cod. 410._2 se <8 sett. o cod. 414.8 se >8 sett. o cod. 412 se infarto pregresso/asintomatico. ⇒ La SCA (Sindrome Coronarica Acuta) Non-STEMI <u>senza evidenza di necrosi miocardica</u> (normali livelli plasmatici dei marcatori di danno miocardico) va codificata con il codice 411.1 “<i>Sindrome coronarica intermedia</i>”.
IMA pregresso asintomatico	L'infarto pregresso asintomatico deve essere codificato utilizzando il codice 412 “<i>Infarto miocardico pregresso, che non presenta sintomi attuali...</i>”. Tale codice dovrebbe essere assegnato esclusivamente come diagnosi secondaria [DS] nei casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del pregresso infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale. Il codice 412 non deve essere utilizzato in caso di malattia ischemica attuale (in questo caso si utilizza il codice 414.8).
Cardiopatía ischemica post-infarto miocardico acuto	L'ischemia cardiaca cronica o una qualunque condizione classificabile come 410 che presenti sintomi oltre le otto settimane dalla data dell'infarto va codificata con il cod. 414.8 “<i>Altre forme specificate di cardiopatía ischemica cronica - Insufficienza coronarica cronica - Ischemia miocardica cronica</i>”
Ischemia cardiaca cronica non specificata	Quando un paziente affetto da una cardiopatía ischemica cronica viene ricoverato per un nuovo episodio ischemico acuto, in diagnosi principale non va utilizzato il codice 414.9 “<i>Cardiopatía ischemica cronica non specificata</i>”; in questo caso è preferibile utilizzare in diagnosi principale la seguente codifica: - un codice della categoria 411._ “<i>Altre forme acute e subacute di cardiopatía ischemica</i>”, OPPURE - un codice della categoria 413._ “<i>Angina pectoris</i>”, a seconda del quadro clinico, riportando in diagnosi secondaria l'ischemia cardiaca cronica.
Angina pectoris	ANGINA INSTABILE. Per l'angina instabile, che si presenta in molteplici forme, va utilizzato il codice 411.1 (“<i>Sindrome coronarica intermedia</i>”) in tutti i casi individuabili in base alla classificazione di Braunwald (Classi II, III e C). Per le forme silenti ma rapidamente destabilizzanti utilizzare il codice 411.89 (“<i>Ulteriori forme, acute e subacute di cardiopatía ischemica</i>”): - Cod. 411.1 “<i>Sindrome coronarica intermedia - Angina pre-infartuale – Angina instabile - Infarto imminente - Sindrome pre-infartuale</i>”; l'angina post-infartuale precoce rientra nel codice 411.1 non essendo disponibili codici più specifici. - Cod. 411.1 Angina a riposo (Classi II e III di Braunwald) - Cod. 411.1 Angina postinfartuale ≤ 8 settimane dall'infarto (Classe C di Braunwald) - Cod. 411.89 Ischemia postinfartuale silente a bassa soglia - Cod. 411.89 Ischemia silente ad andamento clinico acuto ANGINA STABILE. Il codice 413._ (Angina pectoris) si riferisce alle forme di angina stabile. La classificazione ICD-9-CM inserisce qui sia l'angina da decubito (413.0) che l'angina di Prinzmetal (413.1), anche se queste forme non possono essere considerate stabili. In assenza di un codice più specifico, inserire anche l'angina microvascolare (Sindrome X) nell'ambito del codice 413.9. - Cod. 413.0 “<i>Angina da decubito</i>” - Cod. 413.1 “<i>Angina di Prinzmetal</i>” - Cod. 413.9 “<i>Angina cronica stabile</i>” - Cod. 413.9 “<i>Angina da sforzo</i>” di recente insorgenza o ingravescente (Classe I di Braunwald) - Cod. 413.9 Angina microvascolare (Sindrome X)

cont.

**Insufficienza cardiaca
(scompenso cardiaco)**

L'edema polmonare acuto determinato dallo scompenso cardiaco **non deve essere codificato** con un codice aggiuntivo in DS (cod. 518.4 "Edema polmonare acuto, non specificato"), in quanto **già compreso nel codice dello scompenso**.

- 2] Qualora l' **edema polmonare acuto** sia di **origine polmonare**, va utilizzato il **codice 518.4 "Edema polmonare acuto, non specificato"** (ad es. distress respiratorio in corso di sepsi) in **DP**.
- 3] **Insufficienza cardiaca nell'immediato periodo post-operatorio**: in questi casi va utilizzato il **cod. 997.1 "Complicazioni cardiache non classificate altrove"**. Se, invece, compare dopo un intervento cardiocirurgico effettuato in un ricovero precedente, va utilizzato il **cod. 429.4 "Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca"**.
- 4] **Cuore polmonare cronico scompensato**:
 - **DP: cod. 428.0** "Insufficienza cardiaca congestizia non specificata - Scompenso cardiaco congestizio - Insufficienza cardiaca destra (secondaria a insufficienza cardiaca sinistra)"
 - **DS: cod. 416.9** "Malattia cardiopolmonare cronica, non specificata - Cuore polmonare (cronico) SAI".
- 5] **Shock cardiogeno: cod. 785.51 "Shock cardiogeno"**.

DIAGNOSI DELL'INSUFFICIENZA CARDIACA: per la codifica dell'insufficienza cardiaca, devono essere valutati e documentati i seguenti criteri:

- **sintomi tipici**: dispnea dopo attività lieve-moderata, ortopnea, dispnea parossistica notturna, facile stancabilità;
- **obiettività clinica**: crepitii polmonari, edemi declivi, turgore delle vene giugulari, spostamento dell'itto della punta;
- documentazione di **terapia diuretica** a dosaggi elevati;
- aumento significativo del **BNP** (Peptide Natriuretico di Tipo B);
- congestione polmonare all'**Rx** torace;
- **ecocardiogramma** che evidenzia una marcata riduzione della **frazione di eiezione (<50%)** o segni significativi di **disfunzione diastolica**.

CODIFICHE ICD-9-CM utilizzate per segnalare lo **scompenso cardiaco** nella SDO:

- **398.91** *insufficienza reumatica del cuore (congestizia)*;
- **402.01** *cardiopatologia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca*;
- **402.11** *cardiopatologia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca*;
- **402.91** *cardiopatologia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca*;
- **404.01** *cardioneftropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica*;
- **404.03** *cardioneftropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica*;
- **404.11** *cardioneftropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica*;
- **404.13** *cardioneftropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica*;
- **404.91** *cardioneftropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica*;
- **404.93** *cardioneftropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica*;
- **428.0** *insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)*;
- **428.1** *insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)*;
- **428.2** *insufficienza cardiaca sistolica*;
- **428.3** *insufficienza cardiaca diastolica*;
- **428.4** *insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata*;
- **428.9** *insufficienza cardiaca non specificata (scompenso cardiaco non specificato)*.

Cardiopatía hipertensiva	Nella categoria 402. “<i>Cardiopatía hipertensiva</i>”, sono compresi, con codici combinati, sia condizioni in cui l’ipertensione è causa diretta della cardiopatía, sia condizioni in cui essa vi è implicata. ⇒ In presenza di insufficienza cardiaca dovuta all’ipertensione, in diagnosi principale [DP] va utilizzato uno dei codici della categoria 402. “<i>Cardiopatía hipertensiva</i>” con quinta cifra =1 oppure, se cardionefropatia, va utilizzato uno dei codici della categoria 404. “<i>Cardionefropatia hipertensiva</i>” con quinta cifra =1 o 3. In diagnosi secondaria [DS] va indicato uno dei codici della categoria 428. . (Pgg. 560, 561 e 568 del manuale ICD-9-CM). ⇒ In presenza di cardiomiopatia (es. 425.8) o cardiopatía (es. 429.0 - 429.3), quando sono conseguenza dell’ipertensione, va utilizzato un codice combinato della categoria 402. con quinta cifra =0 per indicare contemporaneamente la presenza dell’ipertensione con ripercussioni sul cuore, senza insufficienza cardiaca. (Pag. 569 del manuale ICD-9-CM). ⇒ Se l’ipertensione non è la causa della cardiopatía, non usare il codice combinato 402. bensì utilizzare codici separati, uno per la cardiopatía e un altro per l’ipertensione, secondo i criteri classici di individuazione della diagnosi principale e di quelle secondarie. Esempi: - Malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione maligna (non controllata) con insufficienza cardiaca: • DP: cod. 402.91 “<i>Cardiopatía hipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca</i>” ▪ DS: un codice da 428.0 a 428.43 “<i>Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco).....</i>” - Malattia cardiaca hipertensiva: • DP: cod. 402.90 “<i>Cardiopatía hipertensiva non specificata senza insufficienza cardiaca</i>” - Malattia cardiaca congestizia senza relazione causale con ipertensione (controllata) • DP: cod. 428.0 “<i>Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)</i>” ▪ DS: cod. 401.1 “<i>Ipertensione essenziale benigna</i>” oppure ▪ DS: cod. 401.9 “<i>Ipertensione essenziale non specificata</i>”
Nefropatia hipertensiva cronica	Descrive le situazioni cliniche in cui sono presenti sia ipertensione sia nefropatia cronica (condizioni di cui alle categorie 585-587). L’ICD-9-CM presuppone una relazione causa/effetto tra loro e classifica la malattia renale cronica con ipertensione come nefropatia hipertensiva cronica (codice combinato della categoria 403.). Il quinto carattere della categoria 403 raggruppa in due classi gli stadi della malattia renale: “0”: stadi I – IV o stadio non specificato “1”: stadio V o terminale In diagnosi secondaria deve essere codificata la malattia renale cronica (cod. 585.) per identificare lo stadio della malattia.

Cardioneuropatia ipertensiva cronica	Comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva sia la nefropatia ipertensiva cronica (categoria 404._). Il quinto carattere della categoria 404 identifica: “0”: senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato “1”: con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato “2”: senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale “3”: con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale Nelle diagnosi secondarie [DS] codificare il tipo di insufficienza cardiaca (cod. 428._), ove presente, e la malattia renale cronica (cod. 585._) per identificarne lo stadio.
Sindrome del seno carotideo	La Sindrome del seno carotideo va codificata utilizzando il codice 337.0 <i>"Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo"</i>. Qualora in presenza di tale sindrome vi sia il <u>contestuale impianto di pace-maker</u>, la modalità di codifica utilizzata per descrivere tale situazione, prevede di utilizzare in diagnosi principale il codice 427.8 <i>"Altre aritmie cardiache specificate"</i>, e non il codice 337.0 <i>"Disturbi del sistema nervoso autonomo"</i>. Pertanto, nel caso di <u>impianto di pace-maker</u> nel caso di sindrome del seno carotideo è prevista la <u>seguente codifica</u> (vedasi anche la sezione "Pace-maker"): • DP: cod. 427.8 <i>"Altre aritmie cardiache specificate"</i>; ▪ DS: cod. 337.0 <i>"Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo"</i>; - PP: cod. 37.7 <i>"Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di elettrodi..."</i>; - PS: cod. 37.8 <i>"Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di pace-maker cardiaco"</i>.
Affezioni del pericardio	⇒ È sconsigliato l'uso del codice 420.90 "Pericardite acuta non specificata" perché troppo aspecifico; il suo utilizzo deve essere riservato ai rari casi in cui non sia identificabile una definizione diagnostica più accurata. ⇒ Emopericardio (anche post-chirurgico): utilizzare il codice 423.0. ⇒ Malattia non specificata del pericardio (versamento pericardico non specificato, anche postchirurgico e tamponamento cardiaco): utilizzare il codice 423.9.
Cardiopatía dilatativa	⇒ La cardiomiopatia dilatativa va codificata con il cod. 425.4 <i>"Altre cardiomiopatie primitive"</i>. ⇒ La cardiopatía dilatativa post-ischemica si codifica con il cod. 414.8 <i>"Altre forme specificate di cardiopatía ischemica cronica"</i>. ⇒ La dilatazione e la ipertrofia ventricolare non su base ischemica è segnalata con il cod. 429.3 <i>"Cardiomegalia"</i>, <u>con esclusione della ipertrofia ventricolare da ipertensione segnalata con i codici da 402.0 a 402.9</u>.
Dolore toracico	Nel caso di ricovero per dolore toracico di sospetta origine cardiaca vanno riportati in diagnosi principale i codici: - 786.51 <i>"Dolore precordiale"</i> → scelta preferibile, <u>OPPURE</u> - 786.50 <i>"Dolore toracico non specificato"</i> <u>OPPURE</u> - 786.59 <i>"Altro dolore toracico"</i>. Utilizzando tali codici viene assegnato il DRG corretto 143 "Dolore toracico". Per la descrizione di tale condizione, <u>non va quindi utilizzato il codice 786.52</u> <i>"Respirazione dolorosa"</i>. Tale codice, infatti, porta alla formazione del DRG 100 <i>"Segni e sintomi respiratori senza CC"</i>.

Fibrillazione atriale	Il codice 427.31 "Fibrillazione atriale" va segnalato tra le diagnosi secondarie, solo se tale patologia ha significativamente influenzato il trattamento ricevuto e/o determinato un effettivo allungamento della degenza.
Impianto/rimozione di loop recorder	⇒ IMPIANTO DI "LOOP RECORDER".- Vanno riportate una o più Diagnosi della patologia che hanno reso necessario l'impianto del loop recorder: es. cod. 427.1 "Tachicardia parossistica ventricolare", cod. 425.4 "Altre cardiomiopatie primitive", cod. 780.2 "Sincope e collasso", Interventi: principale cod. 89.50 "Elettrocardiogramma dinamico ambulatoriale", secondario cod. 86.09 "Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo". ⇒ RIMOZIONE DI "LOOP RECORDER".- Va riportato in Diagnosi principale il codice V53.39 "Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco". Interventi/procedure: principale cod. 89.50 "Elettrocardiogramma dinamico ambulatoriale", secondario cod. 86.05 "Incisione con rimozione di dispositivo da cute e da tessuto sottocutaneo - Rimozione di loop recorder".
Pace-maker	In caso di ricovero per il posizionamento di pace-maker va riportata in diagnosi principale (DP) la patologia che ha reso necessario l'impianto del PM. Relativamente alla codifica delle procedure chirurgiche si segnalano i seguenti codici: A) <u>Impianto temporaneo di PM</u> ⇒ cod. 37.78 (con esclusione del pace-maker cardiaco intraoperatorio: cod. 39.64). B) <u>Impianto definitivo di PM</u> ⇒ vanno codificati sia l'impianto dell'elettrocattetero sia l'impianto del generatore, utilizzando una opportuna combinazione di codici delle categorie 37.7_ (impianto dell'elettrocattetero) e 37.8_ (impianto del generatore). Le associazioni di codici di procedura più frequentemente utilizzate per ottenere la corretta attribuzione dei DRG nel caso di posizionamento di pace-maker sono: - Cod. 37.71 "Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo" da associare esclusivamente ai codici 37.81 "Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, non specificato come frequenza di risposta" oppure 37.82 "Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta". - Cod. 37.73 "Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nell'atrio" da associare esclusivamente ai codici 37.81 "Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, non specificato come frequenza di risposta" oppure 37.82 "Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta". - Cod. 37.72 "Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio e nel ventricolo" da associare esclusivamente al codice 37.83 "Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia, apparecchio sequenziale atrio-ventricolo". - il codice 37.70 "Inserzione iniziale di elettrodo non altrimenti specificato" <u>non va utilizzato</u> in quanto non specifico. C) <u>Impianto di pace-maker per la risincronizzazione cardiaca senza menzione di defibrillazione</u>, sistema totale (CRT-P): cod. 00.50; tale codice comprende il posizionamento di PM biventricolare, PM BiV, pacing biventricolare senza defibrillatore interno cardiaco, impianto di un generatore di impulsi per la risincronizzazione cardiaca (biventricolare), formazione di tasca, posizionamento di elettrodo transvenoso nel sistema venoso coronarico del ventricolo sinistro, e procedure intraoperatorie per la valutazione della conduzione del segnale. D) <u>Impianto o sostituzione di elettrodi transvenosi</u> nel sistema venoso coronarico del ventricolo sinistro: cod. 00.52. E) <u>Impianto o sostituzione del solo pace-maker per la risincronizzazione cardiaca (CRT-P)</u>: cod. 00.53; tale codice comprende l'impianto del CRT-P con rimozione di qualunque CRT-P o di altro pace-maker esistente.
cont.	

Pace-maker

- F) Revisione, riparazione, riposizionamento del solo elettrodo, senza sostituzione dello stesso: **cod. 37.75**.
- G) Sostituzione del solo elettrodo o dei soli elettrodi: **cod. 37.76**, questo codice deve essere utilizzato anche quando si lascia in situ un vecchio elettrodo.
- H) Revisione o riposizionamento della tasca (creazione di nuova tasca) per pace-maker o CRT-P: **cod. 37.79**.
- I) Sostituzione del solo generatore: **codici** dal **37.85** al **37.87**.
- L) Revisione, riparazione o rimozione di PM: **cod. 37.89** (per rimozione di pace-maker 90rans venoso temporaneo, omettere il codice).
- M) Ricovero per controllo, sostituzione, regolazione, esaurimento della batteria del pace-maker (in assenza di sintomi clinici): utilizzare in **diagnosi principale** il **codice V53.31** "*Collocazione e sistemazione di stimolatore cardiaco*". La procedura di sostituzione si indica con il **codice: 37.85** o **37.86** o **37.87** "*Sostituzione di eventuale pacemaker con...*" a seconda del tipo di dispositivo impiantato al posto del precedente.
- N) Nel caso di ricovero per per controllo, sostituzione, regolazione di defibrillatore/Pace-maker e impianto di elettrodo epicardico per via toracoscopia, la codifica è la seguente:
- **DP: codice** della **categoria 428** "*Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)*"
 - **DS: codice** della **categoria 426** "*Disturbi della conduzione*" **oppure**
 - **DS: codice** della **categoria 427** "*Aritmie cardiache*" + **eventualmente**
 - **DS: codice** della **categoria 425** "*Cardiomiopatie*" +
 - **DS: codice V53.32** "*Collocazione e sistemazione di defibrillatore cardiaco automatico impiantabile*"
 - **PP: codice 37.74** "*Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio*"
 - **PS: codice 34.21** "*Toracoscopia trans pleurica*"
- O) Paziente portatore di pace-maker ⇒ utilizzare il **codice V45.01** (deve essere riportato nella SDO solo se esercita un'effettiva influenza sul trattamento erogato al paziente nel corso del ricovero).
- P) Se il ricovero è avvenuto per mal funzionamento del pace-maker il **codice** da utilizzare per la **diagnosi principale** è il ⇒ **996.01** "*Complicazioni meccaniche da pace-maker cardiaco (elettrodo)*".
- Q) Se il ricovero è avvenuto per infezione e reazione infiammatoria di pace-maker (elettrodo, generatore di impulsi, tasca sottocutanea), il **codice** da utilizzare per la **diagnosi principale** è il ⇒ **996.61** "*Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci*".
- R) Per indicare altre complicazioni da pace-maker va utilizzato il **codice 996.72**.

Esempi:

- **Ricovero per il posizionamento del pacemaker:**
utilizzare in diagnosi principale la patologia che ha reso necessario l'impianto del pacemaker.
- **Ricovero per controllo, sostituzione, regolazione, esaurimento della batteria del pacemaker (in assenza di sintomi clinici):**
utilizzare in diagnosi principale il codice V53.31.

cont.

cont.

Pace-maker

- **Ricovero di un paziente portatore di pacemaker:**
utilizzare il codice **V45.01** "Stimolatore cardiaco in situ" in diagnosi secondaria o principale nel rispetto delle regole generali di codifica.
- **Ricovero per cattivo funzionamento del pacemaker:**
utilizzare in diagnosi principale il codice **996.01** "Complicazioni meccaniche da pacemaker cardiaco (elettrodo)".
- **Ricovero per sindrome del seno carotideo e contestuale impianto di pacemaker:**
utilizzare in diagnosi principale il codice **427.8_** "Altre aritmie cardiache specificate".
- **Ricovero** per sostituzione ed eventuale riposizionamento di Pace-maker (**camera singola**) per **infezione** e reazione infiammatoria:
 - **DP: cod. 996.61** "Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci - Pacemaker o defibrillatore cardiaco..."
 - **PP: cod. 37.86** "Sostituzione di eventuale pacemaker con apparecchio a camera singola"
- **Ricovero** per sostituzione ed eventuale riposizionamento di Pace-maker (**camera singola**) per **malfunzionamento**:
 - **DP: cod. 996.01** "Complicazioni meccaniche da pacemaker cardiaco (elettrodo)"
 - **PP: cod. 37.86** "Sostituzione di eventuale pacemaker con apparecchio a camera singola"
- **Ricovero** per sostituzione ed eventuale riposizionamento di Pace-maker (**camera doppia**) per **infezione** e reazione infiammatoria:
 - **DP: cod. 996.61** "Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci - Pacemaker o defibrillatore cardiaco..."
 - **PP: cod. 37.87** "Sostituzione di eventuale pacemaker con apparecchio a camera doppia"
- **Ricovero** per sostituzione ed eventuale riposizionamento di Pace-maker (**camera doppia**) per **malfunzionamento**:
 - **DP: cod. 996.01** "Complicazioni meccaniche da pacemaker cardiaco (elettrodo)"
 - **PP: cod. 37.87** "Sostituzione di eventuale pacemaker con apparecchio a camera doppia"

Defibrillatore automatico

Per il **posizionamento del defibrillatore automatico** va riportata in **diagnosi principale** la **patologia che ha reso necessario l'impianto di tale dispositivo**.

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

- A) Impianto di defibrillatore automatico**, sistema totale [AICD]: **cod. 37.94**; tale codice comprende il posizionamento di defibrillatore con elettrodi (patch, epicardici), formazione di tasca (fascia addominale - sottocutanea), eventuale elettrodo transvenoso, procedure intraoperatorie per valutare i segnali degli elettrodi, e per ottenere misurazioni della soglia del defibrillatore.
- B) Impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca**, sistema totale (CRT-D): **cod. 00.51**; tale codice comprende il posizionamento di Defibrillatore BiV, Defibrillatore biventricolare BiV ICD, Pacemaker BiV con defibrillatore, Pacing BiV con defibrillatore, Pacing biventricolare con defibrillatore cardiaco interno, Impianto di defibrillazione con elettrodi (AICD), formazione di tasca, posizionamento di un elettrodo trans venoso nel sistema venoso coronarico del ventricolo sinistro, e procedure intraoperatorie per valutare i segnali degli elettrodi e per ottenere misurazioni della soglia del defibrillatore.
- C) Sostituzione di defibrillatore automatico**, sistema totale [AICD]: **cod. 37.94**.
- D) Impianto o sostituzione del solo defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca** (CRT-D): **cod. 00.54**; tale codice comprende l'impianto del CRT-D con rimozione di qualunque CRT-D, CRT-P, pacemaker o altro defibrillatore esistente.
- E) Impianto di soli elettrodi di defibrillatore automatico**: **cod. 37.95**.
- F) Impianto o sostituzione di elettrodi transvenosi** nel sistema venoso coronarico del ventricolo sinistro: **cod. 00.52**.
- G) Impianto di solo generatore di impulsi di defibrillatore automatico**: **cod. 37.96**.
- H) Sostituzione del solo elettrodo del defibrillatore automatico**: **cod. 37.97**.
- I) Sostituzione del solo generatore di impulsi del defibrillatore automatico**: **cod. 37.98**.
- L) Rimozione del solo generatore di impulsi del defibrillatore senza sostituzione**: **cod. 37.99**.
- M) Riposizionamento di elettrodo [sensori] (regolazione della frequenza)**: **cod. 37.99**.
- N) Riposizionamento di generatore di impulsi del defibrillatore**: **cod. 37.79**.
- O) Revisione della tasca del defibrillatore (automatico)** **cod. 37.79**.
- P) Controllo di defibrillatore impiantabile automatico (AICD)**: **cod. 89.49**.
- Q) Ricovero per controllo, sostituzione, regolazione del defibrillatore automatico impiantabile** (in assenza di sintomi clinici) utilizzare in diagnosi principale il codice: **V53.32**.
- R) Paziente portatore di defibrillatore automatico impiantabile** utilizzare il codice: **V45.02**.
- S) Se il ricovero è avvenuto per cattivo funzionamento del defibrillatore automatico impiantabile** il codice da utilizzare per la **diagnosi principale** è il seguente: **996.04** *"Complicazioni meccaniche del defibrillatore cardiaco automatico impiantabile"*.
- T) Se il ricovero è avvenuto per infezione e reazione infiammatoria da defibrillatore automatico impiantabile** (elettrodo, generatore di impulsi, tasca sottocutanea) il codice da utilizzare per la **diagnosi principale** è il seguente: **996.61** *"Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci"*.

Pregressi interventi cardiaci o vascolari

- I **pregressi interventi cardiaci o vascolari, se complicano un ricovero**, devono essere indicati nella scheda di dimissione ospedaliera esclusivamente **come** **DIAGNOSI SECONDARIE** e **soltanto nei casi in cui abbiano influenzato l'assistenza erogata durante il ricovero**.

È importante tener presente inoltre che i **codici V non devono essere utilizzati per indicare complicanze di un precedente intervento**: queste ultime se presenti, devono essere codificate con le specifiche categorie numeriche.

Si segnalano, pertanto, i seguenti codici:

- Presenza di cuore sostituito da trapianto: ⇒ **cod. V42.1**;
- Presenza di valvola cardiaca sostituita da trapianto (biologica): **cod. V42.2**;
- Presenza di cuore sostituito con altri mezzi (cuore artificiale): **cod. V43.2**;
- Presenza di valvola cardiaca sostituita con altri mezzi (artificiale): **cod. V43.3**;
- Presenza di vaso sanguigno sostituito con altri mezzi: **cod. V43.4**;
- Presenza di stimolatore cardiaco in situ: **cod. V45.01**;
- Presenza di defibrillatore impiantabile AICD: **cod. V45.02**;
- Stato postchirurgico di bypass aortocoronarico: **cod. V45.81**;
- Presenza di angioplastica coronarica percutanea transluminale PTCA: **cod. V45.82**;
- Anamnesi personale di chirurgia del cuore e dei grandi vasi, con rischio di malattia (escl. V42.1-V42.2, V43.2-V43.4): **cod. V15.1**.

- ⇒ In caso di **riabilitazione**, i **pregressi interventi cardiaci o vascolari** devono essere indicati nella scheda di dimissione ospedaliera come **DIAGNOSI PRINCIPALE**.

Esempio.- Nel caso di riabilitazione per rivascolarizzazione cardiaca con bypass, dopo cardiochirurgia:

- **DP: cod. V42.2 "Valvola cardiaca sostituita da trapianto"** **OPPURE**
- **DP: cod. V43.3 "Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi"** **OPPURE**
- **DP: cod. V43.4 "Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi"**

- ⇒ Qualora si rendessero necessari **ulteriori trattamenti** successivi a chirurgia del sistema circolatorio, si segnala anche il **codice V58.73 "Trattamento ulteriore, non classificato altrove, successivo a chirurgia del sistema circolatorio NIA"** (Patologie classificabili nelle categorie 390-459). Va tenuto presente che tale codice va utilizzato in **DP** e assegna un **DRG di tipo riabilitativo**.

**Codifiche TAC e RM
con mezzo di
contrasto**

La classificazione ICD-9-CM oggi in uso in Italia per la codifica SDO, non consente di identificare e codificare l'uso del mezzo di contrasto. Qualora si faccia uso di mezzo di contrasto e il ricovero sia specificatamente utilizzato per l'espletamento della procedura, la codifica indicata sotto è quella che meglio permette di descrivere il processo assistenziale effettuato:

- **DP: cod. V67.51** *“Visita di controllo successiva a trattamento con medicazione ad alto rischio, non classificata altrove”* (il codice tiene conto del rischio relativamente elevato della medicazione)
se paziente dializzato aggiungere
 - **DS: cod. V45.1** *“Stato postchirurgico di dialisi renale”* (la condizione stessa di stato di emodialisi dovrebbe soddisfare buona parte delle problematiche) +
 - **DS: cod. 585.6** *“Malattia renale cronica, stadio V-finale, che necessita di dialisi cronica”*
- **PP: TAC o RM** del distretto corporeo interessato (vedasi elenco sotto)
- **PS: cod. 39.97** *“Altra perfusione - Perfusione SAI”* (ICD-9-CM richiede di codificare anche la sostanza perfusa, codice sotto, ancorché alquanto aspecifico nel nostro caso) +
- **PS: cod. 99.29** *“Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche”*

Codifica TAC e RMN a seconda del distretto corporeo:

- **TAC (mdc) aorta toracica: cod. 87.41 TAC torace**
- **AngioTAC (mdc) aorta addominale: cod. 88.01 TAC addome**
- **AngioTAC (mdc) arto inferiore: cod. 88.38 TAC SAI**
- **AngioTAC (mdc) vasi epiaortici: cod. 87.41 TAC torace e eventuale cod. 87.03 capo e/o cod. 88.38 SAI (succlavia)**
- **TAC addome totale: cod. 88.01 TAC addome**
- **AngioRM vasi epiaortici: cod. 88.92 RMN torace e/o cod. 88.94 estremità superiori o cod. 88.97 altre sedi (collo)**
- **Angio RM vasi intracranici: cod. 88.91 RMN cervello e tronco enc.**
- **RM encefalo: cod. 88.91 RMN cervello e tronco enc.**

Ne caso che la procedura venga effettuata nel corso di un ricovero in cui vi sia un'altra condizione che avesse assorbito una maggiore quantità di risorse, essa va codificata in diagnosi principale (DP); in tal caso il **codice V67.51 va collocato in diagnosi secondaria (DS)**. La procedura principale (PP) e quelle secondarie (PS) rimangono invariate a meno che non vi sia un intervento/procedura più rilevante nel corso dello stesso episodio di ricovero.

**Interventi per via
percutanea
transluminale sui
vasi coronarici
[PTCA]
e periferici [PTA]**

Le codifiche indicate nella SDO servono a fornire informazioni accurate circa i vasi (quali e quanti) sui quali la procedura è stata effettuata e sugli stent inseriti.

A tale scopo la codifica va effettuata nel seguente modo: **❶ 00.66** *Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica*; **❷ il numero dei vasi trattati** (00.40-00.43), **❸ il numero degli stent** inseriti (00.45-00.48) (*), **❹** indicazione se **stent medicati** (36.07) o **stent non medicati** (36.06), **❺** la procedura se effettuata sulla **biforcazione dei vasi** (00.44). **❻** Eventualmente **36.09** *Altra rimozione di ostruzione dell'arteria coronarica - Angioplastica coronarica SAI*.

Nota: se vasi non coronarici vanno utilizzati i seguenti codici: *angioplastica o aterectomia* (cod. 00.61 - 00.62, 39.50); *endoarterectomia* (cod. 38.10 - 38.18); *inserzione di stent vascolari* (cod. 00.55, 00.63-00.65, 39.90).

Nota: (*) nel manuale ICD-9_CM 2007 non sono riportati per una svista i seguenti codici: **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 TRANSLUMINALE DI VASO CORONARICO (PTCA)

- **PP: cod. 00.66** *"Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica"*
- **PS: cod. 36.06** *"Inserzione di stent non medicato in arteria coronarica (se effettuata)"* **oppure**
- **PS: cod. 36.07** *"Inserzione di stent medicato in arteria coronarica (se effettuata)"*

vanno codificati anche:

- **PS: cod. 00.45-00.48** *Numero di stent vascolari inseriti* **+**
- **PS: cod. 00.40-00.43** *Numero di vasi trattati* **+ eventualmente**
- **PS: cod. 00.44** *Procedure sulla biforcazione dei vasi*

ed eventualmente:

- **PS: cod. 36.04** *"Infusione trombolitica nell'arteria coronarica"*
- **PS: cod. 99.10** *"Iniezione o infusione di agenti trombolitici"*

ANGIOPLASTICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE DI ALTRO VASO PERIFERICO (PTA)

Va posta attenzione alla corretta codifica del numero e del tipo di stent utilizzati e del numero di vasi trattati:

- **PP: cod. 39.50** *"Angioplastica non coronarica o aterectomia"* **+**
- **PS: cod. 39.90** *"Inserzione di stent non medicato in arteria periferica (se effettuata)"* **oppure**
- **PS: cod. 00.55** *"Inserzione di stent medicato in arteria periferica" (se effettuata)*

vanno codificati anche:

- **PS: cod. 00.45-00.48** *Numero di stent vascolari inseriti* **+**
- **PS: cod. 00.40-00.43** *Numero di vasi trattati* **+ eventualmente**
- **PS: cod. 00.44** *Procedure sulla biforcazione dei vasi*

ed eventualmente:

- **PS: cod. 99.10** *"Iniezione o infusione di agente trombolitico"*

Altri interventi per riparazione endovascolare di vasi (graft o graft-stent)	Codifica da adottare negli interventi per la riparazione endovascolare di vasi mediante l'inserimento di protesi (graft o graft-stent): <u>Diagnosi:</u> - Codici della categoria 440.___ "Aterosclerosi..." - Cod. 447.1 "Stenosi di arterie" - Cod. 997.79 "Complicanze vascolari di altri vasi sanguigni" (ad es. aneurisma, pseudo aneurisma,...) <u>Procedure:</u> - Cod. 39.71 "Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale" - Cod. 39.72 "Impianto endovascolare di graft o occl. vasi testa collo" - Cod. 39.73 "Impianto endovascolare di graft nell'aorta toracica" - Cod. 39.74 "Rimozione endovascolare di ostruzione da vaso/i di testa e collo" - Cod. 39.79 "Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi + , <u>se inseriti</u>" - Numero e tipo di stent
Altri interventi di cardiologia interventistica	CHIUSURA DEL DOTTO DI BOTALLLO Se effettuato per via percutanea va descritto con i seguenti codici: - PP: cod. 38.85 "Altra occlusione chirurgica di altri vasi toracici" - PS: 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.: - PP: cod. 35.52 "Riparazione di difetto del setto atriale con sutura diretta" - PS: cod. 37.23 "Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro" ABLAZIONE DI FIBRILLAZIONE ATRIALE Se eseguita per via percutanea (laboratorio elettrofisiologico) va codificata con il cod.: - PP: 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.: - PP: 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" - PP: cod. 37.90 "Inserzione di dispositivo nell'appendice atriale sinistra" - PS: cod. 35.52 "Riparazione di difetto del setto interatriale con sutura diretta" STUDIO ELETTROFISIOLOGICO ENDOCAVITARIO (SEE) - PP: cod. 37.26 "Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo" STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFAGEO (STE) - PP: cod. 37.20 "Stimolazione elettrica non invasiva programmata"
TAVI (Transcatheter aortic valve implantation) e altri interventi sulle valvole cardiache <i>(Linee Guida Ministero della Salute ott. 2016)</i> cont.	Attualmente, nel sistema di codifica ICD-9-CM utilizzati in Italia non sono presenti codici specifici per gli interventi strutturali transcatteretere sulle valvole cardiache. Pertanto, viene adottata la seguente combinazione di codici: 1. Il primo codice da utilizzare per le diverse tipologie di trattamento transcatteretere fa riferimento all'intervento cardiocirurgico "equivalente", che viene sostituito dall'intervento transcatteretere. 2. Per distinguere l'intervento transcatteretere dall'intervento cardiocirurgico tradizionale si propone di associare per convenzione al codice precedente il codice 37.22 "Cateterismo cardiaco del cuore sinistro". Questo codice unico 37.22 viene quindi utilizzato per identificare tutti gli interventi transcatteretere, a prescindere dalla via di accesso effettivamente utilizzata, anche se venosa, transapicale, transatriale o transaortica, con cateterismo del cuore sinistro o destro. La specificità della valvola trattata è definita, invece, dal primo codice, come indicato al punto precedente.

cont.

**TAVI (Transcatheter
aortic valve
implantation)
e altri interventi sulle
valvole cardiache**

3. Per identificare gli interventi transcateretere con accesso cardiocirurgico mediante **toracotomia, sternotomia o mini sternotomia per via transapicale, trans atriale o transaortica senza circolazione extracorporea**, si propone di aggiungere per convenzione ai due codici precedenti un **terzo codice**, il **codice 37.11 "Cardiotomia"**.
4. Se gli interventi transcateretere vengono eseguiti su **protesi valvolari biologiche malfunzionanti**, protesi precedentemente impiantate con intervento cardiocirurgico tradizionale o con intervento transcateretere, l'intervento viene definito di **"Valve In Valve" (VIV)**, Valvola in Valvola, o meglio Protesi in Protesi. Per questi interventi Valve In Valve dovranno essere utilizzati gli stessi codici indicati per le valvole native nei precedenti punti, aggiungendo come codice diagnostico un **codice di malfunzione di protesi**, invece di un codice relativo ad una affezione di una valvola nativa: **cod. 996.02 "Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca"** o **cod. 996.61 "Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci"** o **cod. 996.71 "Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache"**.
5. Eventuali ulteriori codici di procedura associati all'effettuazione di procedure di cateterismo cardiaco concomitanti (**37.21, 37.23, 37.26, 88.52, 88.53, 88.54, 88.55, 88.56, 88.57**) dovranno essere ulteriormente dettagliati.

VALVOLA AORTICA

1] VALVOLA NATIVA

Diagnosi: cod. 424.1 o 395.0/1/2/9 o 396.0/1/2/3/8/9

Procedure: TAVI - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere

- TAVI transfemorale o per via succlavia cod. 35.21 + 37.22
- TAVI transapicale o transaortica cod. 35.21 + 37.22 + 37.11

2] PROTESI VALVOLARE AORTICA BIOLOGICA DEGENERATA

Diagnosi: cod. 996.02 o 996.61 o 996.71

Procedure: VIV aortica - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata

- VIV transfemorale o per via succlavia cod. 35.21 + 37.22
- VIV transapicale o transaortica cod. 35.21 + 37.22 + 37.11

VALVOLA MITRALICA

1] VALVOLA NATIVA

Diagnosi: cod. 424.0 o 394.0/1/2/9 o 396.0/1/2/3/8/9

Procedure: Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere

- Impianto transfemorale o per via succlavia cod. 35.23 + 37.22
 - Impianto transapicale o transaortico cod. 35.23 + 37.22 + 37.11
- Valvuloplastica transcateretere
- Valvuloplastica con MitraClip cod. 35.12 + 37.22
 - Sistema di riduzione dell'anello valvolare cod. 35.12 + 37.22
 - Impianto transapicale di neo corde cod. 35.12 + 37.22 + 37.11

2] PROTESI VALVOLARE BIOLOGICA DEGENERATA

Diagnosi: cod. 996.02 o 996.61 o 996.71

Procedure: VIV mitralica - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata

- VIV transfemorale o per via succlavia cod. 35.23 + 37.22
- VIV transapicale o transaortica cod. 35.23 + 37.22 + 37.11

cont.

cont. TAVI (Transcatheter aortic valve implantation) e altri interventi sulle valvole cardiache	<u>VALVOLA TRICUSPIDE</u> 1] VALVOLA NATIVA Diagnosi: cod. 424.2 o 397.0 Procedure: <u>Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere</u> - Impianto transfemorale o per via succlavia cod. 35.27 + 37.22 <u>Valvuloplastica transcateretere</u> - Valvuloplastica con Clip o anuloplastica cod. 35.14 + 37.22 2] PROTESI VALVOLARE BIOLOGICA DEGENERATA Diagnosi: cod. 996.02 o 996.61 o 996.71 Procedure: <u>VIV tricuspide - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata</u> - VIV per via venosa transfemorale o trans giugulare cod. 35.27 + 37.22 - VIV con toracotomia e accesso transatriale dx cod. 35.27 + 37.22 + 37.11 <u>VALVOLA POLMONARE</u> 1] VALVOLA NATIVA Diagnosi: cod. 424.3 o 397.1 Procedure: <u>Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere</u> - Impianto per via venosa transfemorale cod. 35.25 + 37.22 2] PROTESI VALVOLARE BIOLOGICA DEGENERATA Diagnosi: cod. 996.02 o 996.61 o 996.71 Procedure: <u>VIV polmonare - Impianto di protesi valvolare biologica transcateretere su protesi degenerata</u> - VIV per via venosa transfemorale cod. 35.25 + 37.22
Interventi cardiocirurgici	La descrizione compita degli interventi cardiocirurgici comporta usualmente l'utilizzo di piu codici (codifica multipla). ⇒ Quando viene impiegata la circolazione extracorporea (C.E.C.), questa va sempre segnalata fra le procedure con il cod.: - Procedura: cod. 39.61 <i>“Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)”</i> ⇒ Quando viene effettuato l'arresto di circolo concomitante ad ipotermia profonda va utilizzato il cod.: - Procedura: cod. 39.62 <i>“Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto”</i>

Interventi sulle valvole cardiache

CODICI DELLE PROCEDURE

- Intervento di chirurgia riparativa della mitrale con l'utilizzo dell'anello protesico**
- **cod. 35.12** *“Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione”*

Intervento secondo Bentall

- **cod. 35.22** *“Altra sostituzione di valvola aortica con protesi”*
- **cod. 38.45** *“Resezione di altri vasi toracici con sostituzione”*
- **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 codice aggiuntivo:

- **cod. 39.71** *“Impianto endovascolare di graft nell’aorta addominale”*
oppure

- **cod. 39.73** *“Impianto di graft endovascolare nell’aorta toracica”*

Intervento secondo David

- **cod. 35.11** *“Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione”*
- **cod. 38.45** *“Resezione di altri vasi toracici con sostituzione”*
- **cod. 36.99** *“Altri interventi sui vasi del cuore” (per indicare il reimpianto delle arterie coronariche)*

- **cod. 38.45** *Resezione di altri vasi toracici con sostituzione*

99

cont. Interventi sulle valvole cardiache	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione - cod. 35.11 "Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione" Sostituzione di valvola aortica con tecnica transapicale - cod. 35.21 "Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi" - cod. 37.11 "Cardiotomia" - cod. 37.22 "Cateterismo cardiaco del cuore sinistro" Sostituzione valvolare aortica con tecnica suturless - cod. 35.21 "Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi" - cod. 39.61 "Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)" - cod. 37.99 "Altri interventi sul cuore e sul pericardio" (per tracciare la suturless)
Altri interventi cardiocirurgici	<u>CODICI DELLE PROCEDURE</u> Sostituzione di arco aortico con tubo valvolato - cod. 38.45 "Resezione di altri vasi toracici con sostituzione" - cod. 35.22 "Sostituzione di valvola aortica" Rimodellamento ventricolare L'intervento, che puo conseguire a diversi interventi cardiocirurgici, deve essere descritto con il codice: - cod. 37.35 "Asportazione parziale di ventricolo" Trapianto di cuore - cod. 37.51 "Trapianto di cuore" - cod. 00.93 "Trapianto da cadavere" - cod. 37.25 "Biopsia endomiocardica" Chiusura di auricola dell'atrio sinistro • DP: cod. 427.31 "Fibrillazione atriale" - Procedura: cod. 35.35 "Interventi sulle trabecole carnose del cuore" - Procedura: cod. 34.21 "Toracosopia trans pleurica" - Procedura: cod. 88.72 "Diagnostica ecografica del cuore"
Impianto di sistemi di assistenza cardiaca e circolazione assistita	<u>CODICI DELLE PROCEDURE</u> Impianto di pompa centrifuga con cannule percutanee (pVAD) - cod. 37.68 "Inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo" Impianto di VAD paracorporeo o pompa centrifuga impiantato mediante stereotomia - cod. 37.65 "Impianto di sistema di assistenza cardiaca esterno" Impianto di VAD intracorporeo - cod. 37.66 "Inserzione di sistema di assistenza cardiaca impiantabile" Impianti di ossigenatore - 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 ad atrio sinistro con esclusione del circolo polmonare): - cod. 37.62 "Impianto di altri sistemi di circolazione assistita" + - cod. 39.65 "Ossigenazione extra corporea delle membrane (ECMO)" Impianto di cuore artificiale - cod. 37.52 "Impianto di sistema di sostituzione cardiaca totale"

Reinterventi di cardiocirurgia	Ricovero per reintervento a seguito di complicazione meccanica di bypass aorto-coronarico ● DP: cod. 996.03 <i>“Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico”</i> - PP: cod. inerente al 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 va codificata la diagnosi cardiologica motivo dell'intervento (malattie ischemiche del cuore codd. 410-414) e in DS il cod. 996.03 <i>“Complicazioni meccaniche di innesto di by-pass coronarico”</i>. Reintervento per altre complicazioni di bypass aorto-coronarico (embolia, trombosi) ● DP: cod. 996.72 <i>“Altre complicazioni da altre protesi, impianti, innesti cardiaci”</i> - PP: cod. By-pass aortocoronarico Viene ricompresa in questo codice la ri-stenosi/occlusione di stent coronarico precedentemente impiantato. Reintervento per complicazione meccanica di protesi valvolare cardiaca ● DP: cod. 996.02 <i>“Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca”</i> - PP: cod. 35.2_ <i>“Sostituzione di valvola cardiaca”</i> Reintervento per altra complicazione da protesi valvolare cardiaca (embolia, trombosi) ● DP: cod. 996.71 <i>“Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache”</i> - PP: cod. 35.2_ <i>“Sostituzione di valvola cardiaca”</i> Infarto miocardico perioperatorio ● DP: cod. 997.1 <i>“Complicazioni cardiache, non classificate altrove”</i> ■ DS: cod. 410._1 <i>“Infarto miocardico acuto”</i>
Infezioni e complicazioni post-operatorie	Infezione della ferita chirurgica e conseguente toilette ● DP: cod. 998.59 <i>Altra infezione postoperatoria</i> ■ DS: codice dell'infezione ■ PP: cod. 86.22 <i>Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione + <u>eventualmente</u></i> - PS: cod. 99.21 <i>Antibioticoterapia</i> se viene applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) aggiungere: - PS: cod. 86.89 <i>Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo</i> Deiscenza della ferita sternale e conseguente risutura ● DP: cod. 998.31 <i>“Rottura di ferita chirurgica (interna)”</i> <u>oppure</u> ● DP: cod. 998.32 <i>“Rottura di ferita chirurgica (esterna)”</i> ■ PP: cod. 78.41 <i>“Altri interventi di riparazione/plastica su scapola, clavicola e torace (coste e sterno)”</i> <u>Oppure</u> ■ PP: cod. 78.51 <i>“Fissazione interna di scapola, clavicola e torace (coste e sterno) senza riduzione di frattura”</i> Mediastinite ● DP: cod. 998.59 <i>“Altra Infezione postoperatoria”</i> ■ DS: cod. 519.2 <i>“Mediastinite”</i> ■ PP: cod. 34.3 <i>“Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino”</i> se viene applicato dispositivo V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) <u>aggiungere:</u> - PS: cod. 86.89 <i>Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo</i>
cont.	

cont. Infezioni e complicazioni post-operatorie	Reintervento per controllo di emorragia post-operatoria <u>Con pericardiocentesi:</u> ● DP: cod. 998.11 "Emorragia complicante un intervento" - PP: cod. 37.0 "Pericardiocentesi" <u>Con pericardiotomia:</u> ● DP: cod. 998.11 "Emorragia complicante un intervento" ■ DS: cod. 423.0 "Emopericardio" - PP: cod. 37.12 "Pericardiotomia"
Cardiopatía 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" - PP: cod. 35.51 "Riparazione di difetto del setto interatriale con protesi, tecnica aperta" (se la sutura è con protesi) <u>oppure</u> - PP: cod. 35.71 "Altra e non specificata riparazione di difetto del setto interatriale" + <u>se la sutura è diretta aggiungere</u> - PS: cod. 39.61 "Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)" <u>Nota:</u> nel caso di cardiopatía congenita dell'adulto il codice di diagnosi va selezionato tra quelli compresi nelle categorie 745-747 del cap. 14 "Malformazioni congenite".
Interventi chirurgici pediatrici	Riparazione del setto interatriale a cielo aperto ● DP: cod. 745.5 "Difetto del setto atriale tipo ostium secundum" - PP: cod. 35.51 "Riparazione di difetto del setto interatriale con protesi, tecnica aperta" - PS: cod. 39.61 "Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)" - PS: codici di eventuali altre procedure Riparazione del setto interventricolare a cielo aperto ● DP: cod. 745.4 "Difetto del setto interventricolare" - PP: cod. 35.62 "Riparazione di difetto del setto interventricolare con innesto tissutale" - PS: cod. 39.61 "Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto (C.E.C.)" - PS: codici di eventuali altre procedure <u>Nota:</u> nel caso di cardiopatía congenita dell'adulto il codice di diagnosi va selezionato tra quelli compresi nelle categorie 745-747 del cap. 14 "Malformazioni congenite".
Re-intervento per cardiopatía congenita	● DP: cod. di cardiopatía congenita (categorie 745-747 del cap. 14 "Malformazioni congenite") ■ DS: cod. V15.1 "Anamnesi personale di chirurgia del cuore e dei grandi vasi con rischio di malattia" - Procedura: codici interventi e procedure effettuati

Impianto endovascolare di graft nell'aorta	Per l'impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale la codifica è la seguente: - PP: codice 39.71 "Impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale". Per l'impianto endovascolare di graft nell'aorta toracica la codifica è la seguente: - PP: codice 39.73 "Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica". <u>Nota:</u> I codici 39.71 e 39.73 non vanno usati in associazione con i seguenti codici: 39.50, 39.52, 39.90, 00.63/4/5, 38.43/4/5/8, a meno che non si riferiscano a un tratto diverso dello stesso vaso o a vasi diversi.
Angioplastica percutanea di vaso periferico (PTA)	L'angioplastica percutanea di vasi periferici (PTA) va codificata nel seguente modo: • DP: possibili diagnosi nella categoria 440.__ "Aterosclerosi" - PP: cod. 39.50 "Angioplastica non coronarica o aterectomia - Angioplastica transluminale percutanea (PTA) di vaso non coronarico: vasi delle estremità inferiori, arteria mesenterica, arteria renale, vasi delle estremità superiori" + - PS: cod. 00.40-00.43 Numero di vasi trattati <u>E/O</u> - PS: cod. 00.44 "Procedure sulla biforcazione dei vasi" + - PS: cod. 39.90 "Inserzione di stent non medicato in arteria periferica" (se effettuato) <u>OPPURE</u> - PS: cod. 00.55 "Inserzione di stent medicato in arteria periferica" (se effettuato) + - PS: cod. 00.45-00.48 "Numero di stent vascolari inseriti" + <u>EVENTUALMENTE:</u> - PS: cod. 99.10 "Iniezione o infusione di agente trombolitico"
Codici interventi e procedure diagnostiche sul cuore & Codici diagnosi	CODICI DI PROCEDURA <u>Codici interventi e procedure diagnostiche sul cuore</u> - 35.12 "Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione" - 35.14 "Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspidale senza sostituzione" - 35.21 "Sostituzione di valvola aortica con bioprotesi" - 35.23 "Sostituzione di valvola mitralica con bioprotesi" - 35.25 "Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi" - 35.27 "Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi" - 35.32 "Interventi sulle corde tendinee" - 35.33 "Annuloplastica" - 37.11 "Cardiotomia" - 37.20 "Stimolazione elettrica non invasiva programmata [NIPS]" - 37.21 "Cateterismo cardiaco del cuore destro (cuore dx. e art. polmonare)" - 37.22 "Cateterismo cardiaco del cuore sinistro (cuore sn. e aorta)" - 37.23 "Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro" - 37.25 "Biopsia del cuore" - 37.26 "Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo - Studi elettrofisiologici [EPS] - Codificare anche eventuale procedura sincrona. Escl.: registrazione fascio di His cod. 37.29; omettere il codice se stimolazione per valutazione intraoperatoria" - 37.27 "Mappatura del cuore - codificare anche eventuale procedura sincrona" - 38.91 "Cateterismo arterioso"
cont.	

cont.

**Codici interventi e
procedure
diagnostiche sul
cuore
&**

Codici diagnosi

- **88.52** "Angiocardiografia del cuore destro"
- **88.53** "Angiocardiografia del cuore sinistro"
- **88.54** "Angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro"
- **88.55** "Arteriografia coronarica con catetere singolo"
- **88.56** "Arteriografia coronarica con catetere doppio"
- **88.57** "Altra e non specificate arteriografia coronarica"
- **89.64** Cateterismo di Swan Ganz della parte destra del cuore"

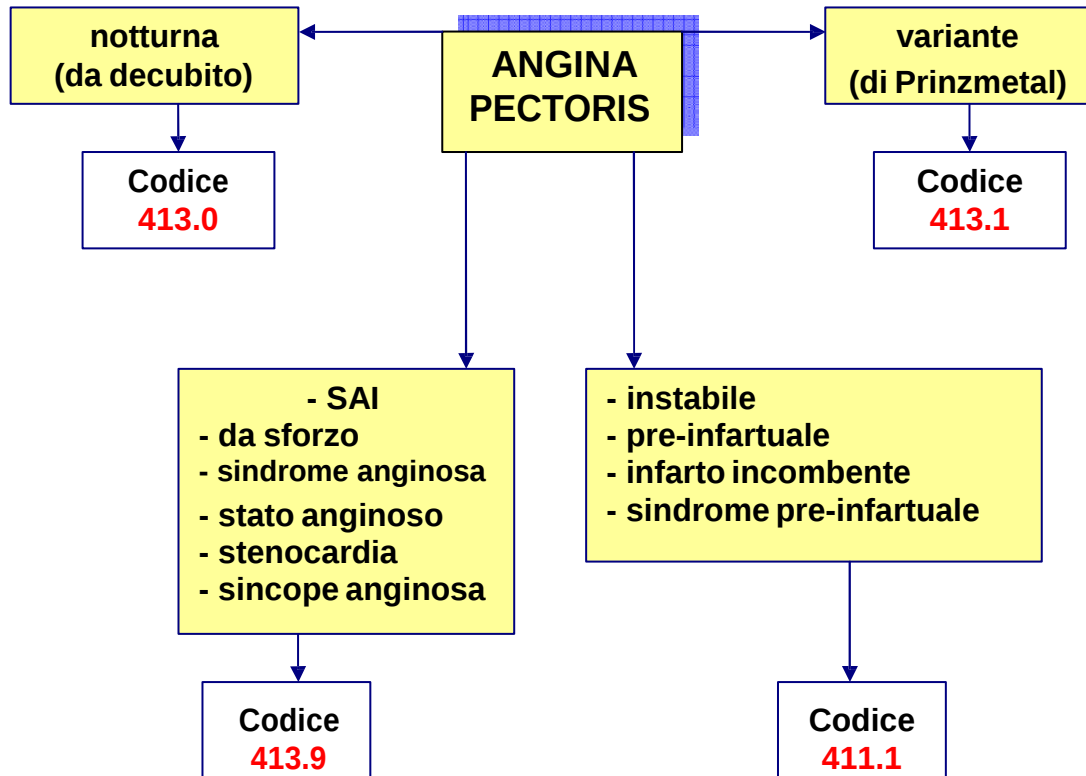
In caso di **procedure combinate**, ad es. coronarografia e ventricolografia, è necessario utilizzare entrambi i codd. 88.56 e 88.53.

CODICI DI DIAGNOSI

Codici diagnosi

- **424.0** "Disturbi della valvola mitrale"
- **424.1** "Disturbi della valvola aortica"
- **424.2** "Disturbi della valvola tricuspide"
- **424.3** "Disturbi della valvola polmonare"
- **394.0** "Stenosi mitralica"
- **394.1** "Insufficienza mitralica reumatica"
- **394.2** "Steno-insufficienza mitralica reumatica"
- **394.9** "Altre e non specificate malattie della valvola mitralica"
- **395.0** "Stenosi aortica reumatica"
- **395.1** "Insufficienza aortica reumatica"
- **395.2** "Steno-insufficienza aortica reumatica"
- **395.9** "Altre e non specificate malattie della valvola aortica"
- **397.0** "Malattie della valvola tricuspide"
- **397.1** "Malattie della valvola polmonare"
- **396.0** "Stenosi della valvola mitrale e della valvola aortica"
- **396.1** "Stenosi della valvola mitrale e insufficienza della valvola aortica"
- **396.2** "Insufficienza della valvola mitrale e stenosi della valvola aortica"
- **396.3** "Insufficienza della valvola mitrale e della valvola aortica"
- **396.8** "Interessamento multiplo della valvola mitrale e della valvola aortica"
- **396.9** "Malattie della valvola mitrale e della valvola aortica, non specificate"
- **996.02** "Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca"
- **996.71** "Altre complicazioni da protesi valvolari cardiache"
- **996.61** "Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti cardiaci (Pacemaker o defibrillatore cardiaco: elettrodo (i), conduttore(i) tasca sottocutanea bypass arteria coronarica"

ANGINA PECTORIS



INFARTO MIOCARDICO

IMA (STEMI)

cod. 410._ _

(la codifica va completata con la 4^a e 5^a cifra)

IMA (NSTEMI)

cod. 410.7_

(la 5^a cifra distingue come nel caso di STEMI l'episodio di assistenza: 0, 1, 2)

Ricovero successivo, oltre 8 settimane dopo episodio iniziale di IMA:

cod. 414.8

Episodio di ricovero per patologia X, e diagnosi di pregresso infarto asintomatico:

DP: causa ricov.
DS: **cod. 412**

La 4^a cifra identifica la sede anatomica:

- cod. 410.0_ IMA della parete antero-laterale
- cod. 410.1_ IMA di altra parte della parete anteriore
- cod. 410.2_ IMA della parete infero-laterale
- cod. 410.3_ IMA della parete infero-posteriore
- cod. 410.4_ IMA di altra parte della parete inferiore
- cod. 410.5_ IMA di altra parte della parete laterale
- cod. 410.6_ IMA vero della parete posteriore
- cod. 410.8_ IMA di altre sedi specificate
- cod. 410.9_ IMA a sede non specificata

La 5^a cifra distingue l'episodio di assistenza:

- Quinta cifra = **0** --> **episodio di assistenza non specificato**
(*codice da non utilizzare, se non in casi estremamente rari, perché la documentazione clinica deve sempre descrivere il caso con precisione*)
- Quinta cifra = **1** --> **episodio iniziale di assistenza**
(*compresi i trasferimenti da e verso altro istituto per acuti entro 8 settimane dall'episodio acuto*)
- Quinta cifra = **2** --> **episodio successivo di assistenza per lo stesso infarto**
(*va utilizzato quando il nuovo ricovero, successivo all'episodio iniziale, avviene entro 8 settimane dall'evento acuto e dopo dimissioni a domicilio o dopo trasferimento a struttura non per acuti*)

Procedure di impianto, sostituzione, rimozione, riposizionamento di pace-maker (PM) / defibrillatore

impianto temporaneo di PM	→ 37.78	→ ad esclusione del PM cardiaco intraoperatorio (cod. 39.64)
impianto definitivo di PM	→ 37.7_ + 37.8_	
revisione, riparazione o rimozione di PM	→ 37.89	→ per PM transvenoso temporaneo, il codice va omesso
revisione, riparazione o riposizionamento del solo elettrodo	→ 37.75	
sostituzione del solo generatore	→ 37.85 o 37.86 o 37.87	
sostituzione, riposizionamento, rimozione del solo elettrodo o dei soli elettrodi	→ 37.76	→ codice utilizzato anche quando si lascia <i>in situ</i> un vecchio elettrodo
impianto di PM per la risincronizzazione cardiaca senza defibrillazione, sistema totale (CRT-P)	→ 00.50	
impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale (CRT-D)	→ 00.51	
impianto o sostituzione di elettrodi transvenosi nel sistema venoso coronarico del ventricolo sinistro	→ 00.52	
impianto o sostituzione del solo PM per la risincronizzazione cardiaca (CRT-P)	→ 00.53	
impianto o sostituzione del solo defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca (CRT-D)	→ 00.54	
impianto, sostituzione, riposizionamento di defibrillatore automatico, elettrodi, generatore di impulsi, ...	→ da 37.94 a 37.99	

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Bronchite acuta	DP: cod. 466.0 "Bronchite acuta"
Bronchite cronica BPCO Enfisema	Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) - DP: codice 491.20 "Bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione" Riacutizzazione della BPCO - DP: codice 491.21 "Bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta)" Bronchite acuta in paziente affetto da BPCO - DP: codice 491.22 "Bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta" Polmonite in BPCO - DP: codice relativo alla polmonite (485, 486) - DS: codice della BPCO riacutizzata (491.21) Bronchite cronica semplice - DP: codice 491.0 "Bronchite cronica semplice" Bronchite cronica semplice riacutizzata - DP: codice 466.0 "Bronchite acuta" - DS: codice 491.0 "Bronchite cronica semplice" Enfisema - DP: codice 492._ "Enfisema" Compresenza di Enfisema e Bronchite cronica ostruttiva - La compresenza di bronchite cronica ostruttiva ed enfisema deve essere codificata con il codice 491.2_
Asma	- I codici della categoria 493._ "Asma", permettono di descrivere le varie forme di asma e la presenza/assenza di stato asmatico o riacutizzazione. - La compresenza di asma e BPCO è codificato con i codici 493.2_ Asma con malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO) - Il broncospasmo acuto in paziente non asmatico viene descritto con il codice 519.11 "Broncospasmo acuto"
Versamento pleurico	Versamento pleurico - codice 511.1 "Pleurite con versamento e menzione di una causa batterica, esclusa la tubercolosi" <u>OPPURE</u> - codice 511.8 "Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare", <u>OPPURE</u> - codice 511.9 "Versamento pleurico non specificato". Versamento pleurico post-traumatico - codice 860.2 "Emotorace senza menzione di ferita aperta nel torace" <u>oppure</u> - codice 860.3 "Emotorace con ferita aperta nel torace" Versamento pleurico maligno - codice 197.2 "Tumori maligni secondari della pleura" Empiema tubercolare - codice 012.0 "Pleurite tubercolare - Empiema tubercolare" Poiché il versamento pleurico di lieve entità può essere considerato parte integrante del quadro clinico di polmonite, non deve essere <u>segnalato</u> in diagnosi secondaria sulla base del semplice riscontro radiologico, ma <u>solo nei casi in cui abbia richiesto uno specifico impegno diagnostico-terapeutico</u>, quale: Procedura: codice 34.91 "Toracentesi" <u>OPPURE</u> Procedura: codice 34.04 "Inserzione di drenaggio intercostale"

Polmoniti da aspirazione di solidi e liquidi	Le polmoniti da aspirazione di solidi e di liquidi sono specificate con i codici della categoria 507., <u>con esclusione</u> di: • polmonite da aspirazione fetale (cod. 770.1) • post-operatoria (Sindrome di Mendelson) (cod. 997.3) • sindrome di Mendelson nel corso del travaglio e del parto (cod. 668.0)
Polmonite	Per la corretta segnalazione delle diverse forme di polmonite occorre prestare particolare attenzione alle indicazioni riportate nell'ICD-9-CM (pgg. 582-3) in quanto, a seconda dell'agente etiologico coinvolto, sono previste 2 modalità di codifica: - Codifica con un codice unico [codice combinato] - Codifica multipla (utilizzo di più di un codice) nel caso di polmoniti in malattie infettive classificate altrove (categoria 487) 1] Esempi di codifica con codice combinato: Polmoniti virali (cod. 480.): - cod. 480.0 "Polmonite da Adenovirus" - cod. 480.1 "Polmonite da virus respiratorio sinciziale" - cod. 480.2 "Polmonite da virus parainfluenzale" - cod. 480.3 "Polmonite da SARS - Coronavirus associato" Polmoniti batteriche (cod. 481-482.): - cod. 481 "Polmonite pneumococcica" - cod. 482. Altre polmoniti batteriche, ad es.: - cod. 482.0 "Polmonite da Klebsiella pneumoniae" - cod. 482.1 "Polmonite da Pseudomonas" - cod. 482.2 "Polmonite da Haemophilus Influenzae" - cod. 482.31 "Polmonite da Streptococco, gruppo A" - cod. 482.4 "Polmonite da Stafilococco" - cod. 482.82 "Polmonite da Escherichia coli (E.coli) " Polmoniti da altri organismi specificati cod. 483.: - cod. 483.0 "Polmonite da Mycoplasma Pneumoniae" - cod. 483.1 "Polmonite da Clamidia" - cod. 483.8 "Polmonite da altri organismi specificati" Polmoniti/broncopolmoniti da agente eziologico non specificato: - broncopolmonite non specificata: cod. 485 "Broncopolmonite, agente non specificato" - polmonite non specificata: cod. 486 "Polmonite, agente non specificato" 2] Esempi di codifica con codici multipli: Nel caso si debbano utilizzare codici combinati, la codifica andrà effettuata nel seguente modo, sulla base delle indicazioni ICD-9-CM che specificano cosa va codificato per primo e cosa per secondo: • DP: la malattia di base ▪ DS: la polmonite associata Ad es.: Polmonite da Cytomegalovirus: • DP: cod. 078.5 "Malattia citomegalica" ▪ DS: cod. 484.1 "Polmonite da citomegalovirus" Polmonite da Pertosse: • DP: cod. 033.0 "Pertosse da Bordetella pertussis" ▪ DS: cod. 484.3 "Polmonite in pertosse"

(cont.)

(cont.) Polmoniti	3] Codici di diagnosi in <u>specifiche situazioni</u>: Sindrome influenzale complicata da polmonite • cod. 487.0 "Influenza con polmonite/broncopolmonite - qualsiasi forma" Polmonite infettiva contratta prima della nascita si segnala con il: • cod. 770.0 "Polmonite congenita" ad eccezione della polmonite congenita rubeolica che deve essere codificata nel seguente modo: • cod. 771.0 "Rosolia congenita"
Insufficienza respiratoria e polmonare	I codici di diagnosi da utilizzare per classificare l'insufficienza respiratoria, sono i seguenti: • Cod. 518.81 "Insufficienza respiratoria acuta" • Cod. 518.83 "Insufficienza respiratoria cronica" • Cod. 518.84 "Insufficienza respiratoria acuta e cronica – acuta su cronica" I codici di insufficienza respiratoria acuta (cod. 518.81 e 518.84) possono essere utilizzati in diagnosi principale solo quando tale condizione è effettivamente quella che ha determinato l'utilizzo della maggior quantità di risorse. In diagnosi secondaria andranno indicate le patologie che hanno determinato l'insufficienza respiratoria e/o le patologie concomitanti. Il codice 518.82 "Altre insufficienze polmonari, non classificate altrove - Distress respiratorio acuto - Sindrome da distress respiratorio acuto NIA", va riservato a particolari forme di insufficienza polmonare, quali ad esempio il distress respiratorio nei soggetti adulti, qualora esse non siano dovute a cause classificate altrove. Quando la causa dell'insufficienza polmonare è costituita da shock o da traumi, oppure insorge a seguito di interventi chirurgici, in [DS] deve essere utilizzato il codice 518.5 "Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico - Shock". N.B.: Per quanto riguarda le procedure messe in atto nei confronti dell'insufficienza respiratoria, dovranno essere necessariamente indicati in cartella clinica e sulla SDO gli interventi terapeutici effettuati, ponendo particolare attenzione all'utilizzo dei codici che segnalano le terapie ventilatorie/ossigeno terapia. La presenza di insufficienza respiratoria acuta (518.81) o cronica (518.83), deve essere codificata quando è rigorosamente definita sulla base di alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO₂, PaCO₂, pH e bicarbonato).
Edema polmonare acuto	<u>di origine cardiaca:</u> • DP: cod. 428.1 "Insufficienza del cuore sinistro - scompenso cardiaco sinistro" <u>di origine polmonare:</u> • DP: cod. 518.4 "Edema polmonare acuto, non specificato - Edema polmonare acuto SAI - Edema polmonare, postoperatorio" <u>da inalazione di fumi e vapori:</u> • DP: cod. 506.1 "Edema polmonare acuto da fumi e vapori - Edema polmonare chimico (acuto)"
Dispnea	La dispnea e le anomalie respiratorie non altrimenti specificate, sono classificate mediante la quinta cifra del codice 786.0_ "Dispnea e anomalie respiratorie – Ortopena – Tachipnea - Iperventilazione - Respiro sibilante (Wheezing) -"

**Condizioni
Morbose respiratorie
da agenti esterni**

Per codificare i **ricoveri per avvelenamento con sintomi respiratori**, è necessario ricorrere alla **codifica multipla** e quindi devono essere utilizzati più codici per identificare completamente tutti gli elementi. Un codice va selezionato, infatti, per indicare l'**avvelenamento** con l'indicazione del tipo di sostanza che ha determinato il problema respiratorio (**codici 980-989** "*Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa*"), ed **altri codici** vanno utilizzati per specificare le **manifestazioni respiratorie dell'avvelenamento**.

In linea generale, la codifica della SDO va effettuata nel seguente modo:

- **diagnosi principale:** va riportato il **codice relativo all'avvelenamento**
- **diagnosi secondarie:** vanno indicate **le manifestazioni respiratorie**

Qualora, invece, per il trattamento delle **manifestazioni respiratorie** secondarie all'avvelenamento venga **impiegata la maggior quantità di risorse** consumate nel corso del ricovero (in particolare con riferimento all'uso della sala operatoria, alla permanenza in terapia intensiva, all'esecuzione di manovre e procedure terapeutiche invasive e/o costose) il **codice della manifestazione stessa deve essere riportato per primo, seguito da quello relativo all'avvelenamento**.

Va tenuto presente, infatti, che la scelta della forma morbosa da codificare in prima diagnosi va sempre effettuata nel rispetto delle regole relative alla selezione della diagnosi principale (→ maggior consumo di risorse). Va quindi selezionata, quale principale, quella condizione che si è rilevata responsabile del ricovero, ovvero che ha comportato i più rilevanti problemi assistenziali e che ha quindi assorbito la maggior quantità di risorse.

Esempi:

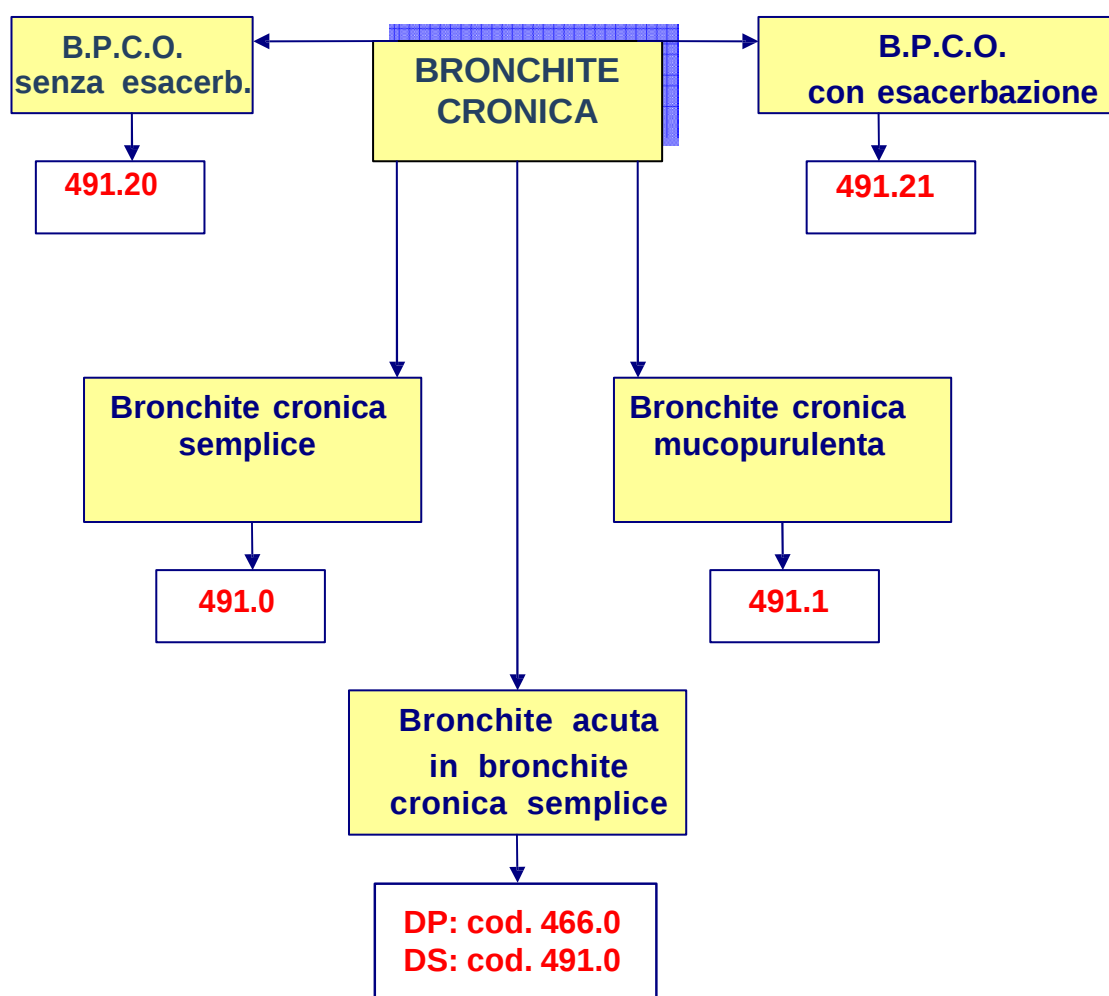
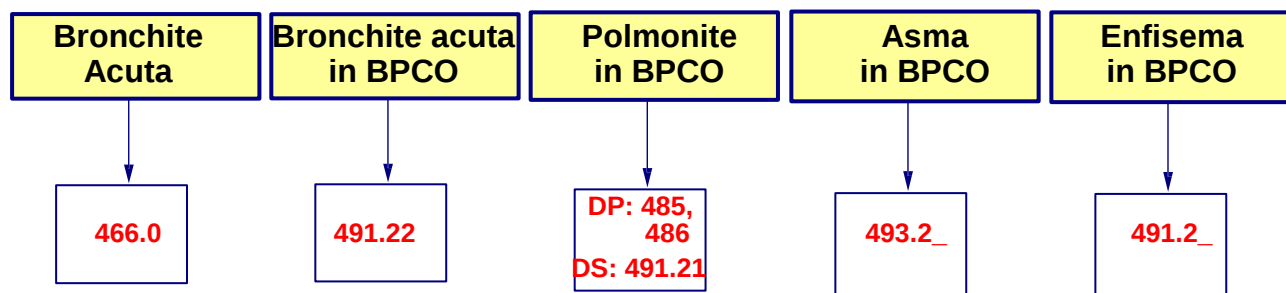
1] Ricovero di paziente con disturbi respiratori secondari ad inalazione di cloro gassoso:

- **DP: cod. 987.6** "*Effetti tossici di cloro gassoso*" (codice dell'avvelenamento)
- **DS: cod. 506.2** "*Infiammazione delle vie respiratorie superiori da fumi e vapori*" (codice della manifestazione respiratoria) +
- **Codice E**

2] Ricovero di paziente con edema polmonare acuto da inalazione di cloro gassoso:

- **DP: cod. 506.1** "*Edema polmonare acuto da fumi e vapori*" (codice della manifestazione respiratoria)
- **DS: cod. 987.6** "*Effetti tossici di cloro gassoso*" (codice dell'avvelenamento) +
- **Codice E**
- **PP: cod. 96.71** "*Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive*"

BRONCHITE ACUTA - CRONICA

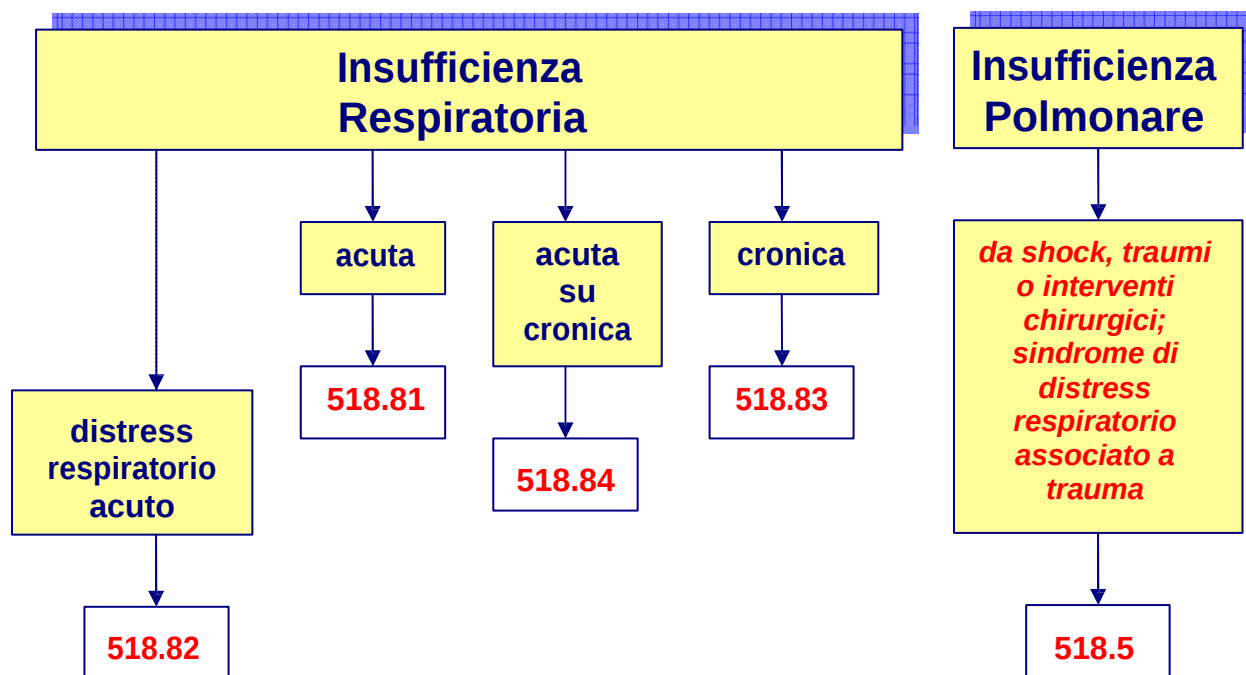


N.B.:

I codici **491.1** "Bronchite cronica mucopurulenta", **491.2_** "Bronchite cronica ostruttiva", **491.8** "Altre bronchiti croniche" e **491.9** "Bronchite cronica non specificata" vanno segnalati sulla SDO, tra le diagnosi secondarie [DS], solo se le patologie hanno realmente influenzato il trattamento ricevuto in termini di monitoraggio clinico, strumentale e di terapia praticata, determinando un effettivo allungamento della degenza.

La compresenza di bronchite cronica ed enfisema deve essere codificata con il **codice 491.2_**. La sola presenza di enfisema va codificata con il cod. 492. .

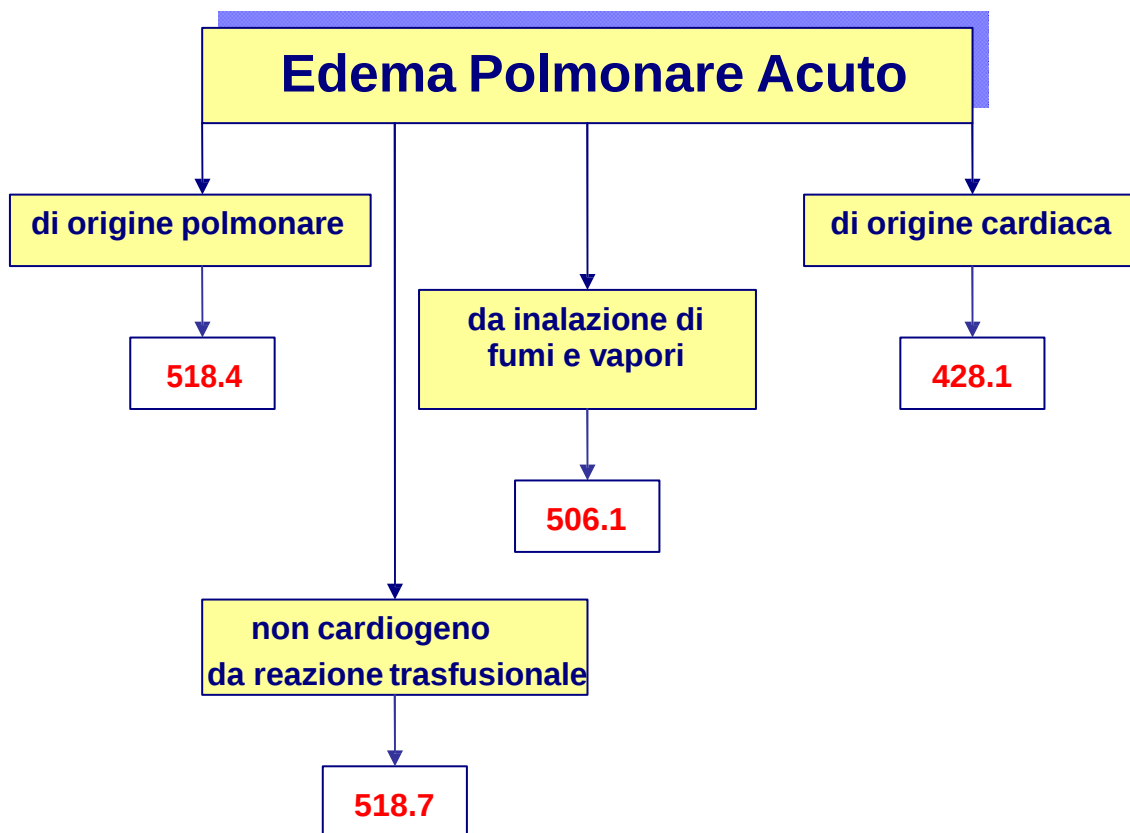
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA e POLMONARE



N.B. :

1. Se l'insufficienza respiratoria è manifestazione di una patologia respiratoria di base, il **codice 518.81** va utilizzato in **diagnosi principale [DP]**, con l'eccezione dei casi previsti dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 06/06/2002 *"....L'insufficienza respiratoria è implicita nell'asma e in varie forme di malattia polmonare cronica ostruttiva e pertanto in presenza di tali condizioni non è richiesto un codice aggiuntivo ..."*.
2. Se l'insufficienza respiratoria è complicanza di una patologia acuta non respiratoria (esempi: I.M.A., scompenso cardiaco, emorragia cerebrale, ecc.), quest'ultima va codificata in **diagnosi principale [DP]** e l'insufficienza respiratoria in **diagnosi secondaria [DS]**.
3. In caso di ricovero per trauma o per intervento chirurgico, il **codice 518.5** "Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico" va utilizzato solo in **diagnosi secondaria [DS]**.

EDEMA POLMONARE ACUTO



MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

Emorroidi e Emorroidectomia	Diagnosi: selezionare uno dei codici della categoria 455. “Emorroidi” Procedura.- Per la codifica degli interventi/procedure utilizzare uno dei codici della sottocategoria 49.4 “Interventi sulle emorroidi.....”, in particolare: - Emorroidectomia (qualsiasi tecnica) / mucosectomia rettale → cod. 49.46 “Asportazione delle emorroidi” - Emorroidectomia secondo Longo (Procedure for Prolapse Haemorrhoids, PPH) → cod. 49.49 “Altri interventi sulle emorroidi” (N.B.: non va utilizzato il cod. di resezione del prollasso rettale in caso di intervento per emorroidi prolassate) - Emorroidectomia secondo Hal → cod. 49.49 “Altri interventi sulle emorroidi” - Emorroidectomia secondo Lord → cod. 49.49 “Altri interventi sulle emorroidi” + (se effettuata) cod. 49.21 “Anoscopia” - Dearterializzazione emorroidaria (<i>Transanal Hemorrhoidal Dearterialization, THD</i>) - PP: cod. 49.45 “Legatura delle emorroidi” + - PS: cod. 38.80 “Altra occlusione chirurgica di vasi, sede non specificata”
Prolasso rettale	Nel caso dell'intervento di STARR, che consiste nella resezione a tutto spessore del retto per via transanale con stapler, in caso di prollasso del retto con eventuale rettocele con ostruzione della defecazione, la codifica è la seguente: ● DP: cod. 569.1 “Prolasso rettale” + <u>eventualmente</u> ▪ DS: cod. 618.04 “Rettocele” - PP: cod. 48.69 “Altra resezione del retto” - PS: cod. 48.74 “Retto-rettostomia - Anastomosi rettale SAI” + <u>eventualmente</u> - PS: cod. 70.52 “Riparazione di rettocele - Colporrafia posteriore” L'intervento di Starr va tenuto distinto dagli altri interventi di emorroidectomia secondo Longo, Hal o Lord, effettuati per il trattamento delle emorroidi prolassate o non prolassate. N.B.: Nel caso di intervento di riparazione del solo rettocele per via vaginale, va riportato in DP il cod. 618.04 “Rettocele” e come I/P il cod. 70.52 “Riparazione di rettocele”. Oltre al rettocele, nel caso di concomitante cistocele da segnalare fra le diagnosi, come I/P va utilizzato il cod. 70.50 “Riparazione di cistocele e rettocele”.
Fistola anale (anorettale, rettale, retto cutanea)	● DP: cod. 565.1 “Fistola anale (anorettale, rettale, retto cutanea)” - PP: cod. 49.73 “Chiusura di fistola anale” <u>oppure</u> - PP: cod. 48.93 “Riparazione di fistola perirettale” <u>oppure</u> - PP: cod 49.11 “Fistulotomia anale”, (per fistola) <u>oppure</u> - PP: cod. 49.12 “Fistulectomia anale” (per fistola)
Ascesso anale	● DP: cod. 566 “Ascesso anale e rettale” - PP: cod 49.01 “Incisione di ascesso perianale” <u>oppure</u> - PP: cod 48.82 “Asportazione di tessuto peri-rettale”

Emorragia esofagea- Varici esofagee	L'emorragia esofagea va codificata con il codice 530.82 a meno che la causa sia dovuta a varici esofagee. Le varici esofagee vanno codificate nel seguente modo: • cod. 456.0 "Varici esofagee con sanguinamento" • cod. 456.1 "Varici esofagee senza menzione di sanguinamento" • cod. 456.2_ "Varici esofagee in malattia classificata altrove" Se le varici esofagee sono associate a cirrosi del fegato o a ipertensione portale è necessario codificare entrambe le patologie (codifica multipla) codificando per prima la malattia di base: [1] • DP: cod. 571.0-571.9 "Malattia epatica cronica e cirrosi" ▪ DS: cod. 456.20 "Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove" + <u>eventualmente</u> ▪ DS: cod. 285.1 "Anemia postemorragica acuta" [2] • DP: cod. 572.3 "Ipertensione portale" ▪ DS: cod. 456.20 "Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove" + <u>eventualmente</u> ▪ DS: cod. 285.1 "Anemia postemorragica acuta" <i>Nota:</i> i codici della categoria 456.__ (<i>Varici di altre sedi</i>) possono essere usati come diagnosi principale nei casi in cui non sia presente cirrosi epatica o ipertensione portale.
Esofagite e ulcera esofagea	L'esofagite e l'ulcera esofagea vanno codificate nel seguente modo: • 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 Barret"
Rottura traumatica della milza	Nel caso di effettuazione della procedura di embolizzazione dell'arteria splenica per il trattamento della rottura della milza, la codifica è la seguente: • DP: cod. 902.23 "Traumatismo dell'arteria splenica" + ▪ DS: cod. 865._ _ "Traumatismo della milza" - PP: cod. 38.91 "Cateterismo arterioso" + - PS: cod. 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche"
Attesa di trapianto di fegato	Il ricovero di paziente (per esami e verifica compatibilità con donatore) che verrà poi trasferito ad altra struttura ospedaliera per il trapianto, va codificato nel seguente modo: • DP: cod. V72.83 "Altro esame preoperatorio specificato" ▪ DS: cod. V49.83 "Attesa di trapianto di organo" ▪ DS: cod. patologia (es. 570,))

**Obesità e
Chirurgia bariatrica**

- A) I codici della categoria cod. 278** descrivono le condizioni di **sovrappeso, obesità** e gli altri stati di iperalimentazione.
- **DP**, va utilizzato uno dei seguenti codici:
 - cod. 278.00** “Obesità non specificata”
 - cod. 278.01** “Obesità grave” (limitante le comuni attività quotidiane)
 - cod. 278.02** “Sovrappeso”
 - **DS**, deve essere utilizzato un codice aggiuntivo per identificare l'indice di massa corporea:
 - cod. V85._ _** “Indice di massa corporea” [BMI].
- Gli stati di obesità dovuti a causa specifica, come disturbi tiroidei o pituitari, si classificano con i codice della patologia determinante l'obesità stessa. Ad es.: **obesità di origine endocrina, cod. 259.9** “Disordine endocrino non specificato”.
- B) Esecuzione di interventi di chirurgia bariatrica:**
- **DP: cod. 278.01** “Obesità grave”
 - **DS: cod. V85._ _** “Indice di massa corporea” [BMI]
 - **PP**, di seguito la codifica da adottare a seconda della tecnica utilizzata:
 - **Tecnica di sleeve:** **cod. 43.89** “Altra gastrectomia parziale - Resezione di sleeve dello stomaco”
 - + **cod. 44.99** “Altri interventi sullo stomaco”
 - + **cod. 54.21** “Laparoscopia”
 - **By-pass gastrico:** **cod. 44.38** “Gastroenterostomia laparoscopica”
 - **Gastroplastica verticale:**
 - cod. 44.68** “Gastroplastica laparoscopica”
 - + eventuale **cod. 44.38** “Gastroenterostomia laparoscopica”
 - **Diversione bilio-pancreatica – BDP:**
 - cod. 43.7** “Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale”
 - + **cod. 45.91** “Anastomosi intestinale tenue-tenue”
 - + **cod. 51.23** “Colecistectomia laparoscopica”
 - **cod. 43.81** “Gastrectomia parziale con trasposizione digiunale”
 - + **cod. 45.91** “Anastomosi intestinale tenue-tenue”
 - + **cod. 51.23** “Colecistectomia laparoscopica”
 - **Posizionamento di palloncino endogastrico:** **cod. 44.93** “Inserzione di bolla gastrica - palloncino”
 - **Bendaggio gastrico – banding:** **cod. 44.95** “Procedura laparoscopica di restrizione gastrica”
- C) Revisione degli interventi di chirurgia bariatrica:**
- **DP: cod. 278.01** “Obesità grave”
 - **DS: cod. V45.86** “Condizione successiva a chirurgia bariatrica”
 - **PP** uno dei seguenti codici:
 - **cod. 44.96** “Revisione laparoscopica della procedura gastrica restrittiva”
 - **cod. 44.98** “Regolazione di misura (laparoscopica) del dispositivo di restrizione gastrica regolabile”

cont.

cont.

**Obesità e
Chirurgia bariatrica**

D) Complicanze di chirurgia bariatrica con rimozione di dispositivo:

- **DP: cod. 996.60** *"Infezione da protesi, impianti e innesti non specificati"*
oppure
- **DP: cod. 996.59** *"Complicazioni meccaniche di altri impianti e dispositivi interni non classificati altrove"*
- **DS: cod. V53.99** *"Collocazione, estrazione, sostituzione di altro dispositivo"*
[N.B.: nel caso non vengano utilizzati i codici della categoria 996.__ in diagnosi principale, il codice V53.99 può andare in diagnosi principale]
- **DS: cod. V45.86** *"Condizione successiva a chirurgia bariatrica"*
- **PP** uno dei seguenti codici:
 - cod. 44.94** *"Rimozione di bolla gastrica (palloncino)"*
 - cod. 44.97** *"Rimozione laparoscopica di dispositivo/i di restrizione gastrica"*
 - cod. 44.99** *"Altri interventi sullo stomaco" - "Rimozione aperta di dispositivo/i di restrizione gastrica"* (esclusione da cod. 44.97)

E) Trattamento dell'addome pendulo da lassità cutanea in esiti di chirurgia bariatrica:

- **DP: cod. 278.1** *"Adiposità localizzata"*
- **DS: cod. V51** *"Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica"*
- **DS: cod. V45.86** *"Condizione successiva a chirurgia bariatrica"*
- **PP: cod. 86.83** *"Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza"*

F) Trattamento dell'addome pendulo con adiposità non altrimenti correggibili:

- **DP: cod. 278.01** *"Obesità grave"*
- **DS: cod. V85.__** *"Indice di massa corporea" [BMI]*
- **PP: cod. 86.83** *"Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza"*

G) Trattamento della ptosi mammaria dovuta a importante dimagrimento successivo a chirurgia bariatrica:

- **DP: cod. 611.8** *"Altri specificati disturbi della mammella"*
- **DS: cod. V52.4** *"Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario"*
- **DS: cod. V45.86** *"Condizione successiva a chirurgia bariatrica"*
- **PP: cod. 85.35** *"Mammectomia sottocutanea bilaterale con contemporaneo impianto di protesi"*

cont. Ecografia endoscopica diagnostica dell'apparato digerente, pancreas, vie biliari, mediastino [EUS]	Nota: Possibili codici di procedura, aggiuntivi alle codifiche indicate sopra, per l'effettuazione di biopsia o altri esami microscopici nel corso di procedure EUS guidate: - cod. 52.14 "Biopsia [endoscopica] del dotto pancreatico" - cod. 52.11 "Biopsia [agobiopsia] [percutanea] [aspirazione] del pancreas" - cod. 52.19 "Altre procedure diagnostiche sul pancreas" - cod. 91.09 "Esame microscopico di campione di fegato, vie biliari e pancreas - altri esami microscopici" - cod. 40.11 "Biopsia di strutture linfatiche" [mediastino] - cod. 34.25 "Biopsia [agobiopsia] [percutanea] del mediastino" [massa mediastinica] - cod. 54.24 "Biopsia [percutanea] [agobiopsia] di massa intraaddominale" - cod. 48.24 "Biopsia endoscopica del retto"
Inserimento di stent metallico autoespandibile EUS guidato	La procedura viene eseguita in sedazione profonda, con tecnica EUS guidata, posizionando uno stent metallico autoespandente che mette in comunicazione il tratto gastrointestinale con una cavità a contenuto liquido o semiliquido, favorendone il drenaggio. 1] Drenaggio EUS guidato di cisti/pseudocisti del pancreas.- • DP: cod. 577.2 "Cisti e pseudocisti del pancreas" - PP: cod. 52.4 "Drenaggio interno di cisti pancreatica" OPPURE - PP: cod. 52.01 "Drenaggio di cisti pancreatica mediante catetere" + - PS: cod. 45.13 "Altra endoscopia dell'intestino tenue" + - PS: cod. 88.74 "Diagnostica ecografica dell'apparato digerente" + - PS: cod. 99.26 "Iniezione di tranquillanti" (sedazione profonda) 2] Procedure EUS guidate per la creazione di anastomosi coledoco-duodenale in caso di ittero ostruttivo neoplastico con papilla non raggiungibile o non incannulabile, e di anastomosi colecisto-gastrica in pazienti con colecistite acuta a elevato rischio chirurgico.- • DP: cod. 156._ "Tumori maligni della colecisti e dei dotti biliari extraepatici" OPPURE • DP: cod. 575.0 "Colecistite acuta" OPPURE • DP: cod. 575.12 "Colecistite acuta e cronica" OPPURE • DP: cod. - PP: cod. 51.99 "Altri interventi sulle vie biliari - Inserzione o sostituzione di protesi del tratto biliare" + - PS: cod. 45.13 "Altra endoscopia dell'intestino tenue" + - PS: cod. 88.74 "Diagnostica ecografica dell'apparato digerente" + - PS: cod. 99.26 "Iniezione di tranquillanti" (sedazione profonda)
Miotomia endoscopica transorale	La miotomia endoscopica transorale (POEM= Per Oral Endoscopic Miotomy) è una procedura mininvasiva, utilizzata nel trattamento dell'acalasia. • DP: cod. 530.0 "Acalasia e spasmo del cardias" - PP: cod. 42.7 "Esofagomiotomia" + - PS: cod. 42.23 "Altra esofagoscopia"

MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO

Il capitolo X dell'ICD-9-CM può essere suddiviso nelle seguenti parti:

- nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi (580-589)
- altre patologie del sistema urinario (590-599)
- patologie degli organi genitali maschili (600-608)
- disturbi del seno (610-611)
- malattie infiammatorie degli organi pelvici femminili (614-616)
- altre malattie dell'apparato genitale femminile (617-629)

Malattia renale cronica	⇒ La malattia renale cronica va codificata come diagnosi principale solo se a tale patologia è stata riservata la <u>maggior quota assistenziale</u> nel corso di un determinato ricovero. ⇒ In linea generale, si pone l'indicazione alla codifica in diagnosi principale di malattia renale cronica con i codici 585. _., <u>solo nei seguenti casi</u>: - <u>RICOVERO DIAGNOSTICO</u> (nel quale è stata posta la diagnosi per la prima volta); - ricovero esitato in <u>DECESSO</u> a causa della patologia stessa; - ricovero finalizzato alla <u>RISTADIAZIONE</u> della malattia, con la necessità di eseguire procedure diagnostiche strettamente correlate alla patologia, comprese le procedure di effettuazione del bilancio pretrapianto, erogabili, per la loro intrinseca complessità, solo in regime di ricovero ordinario; - ricovero con <u>INTERVENTO CHIRURGICO SPECIFICO E RISOLUTORE</u> per il trattamento della patologia (inserzione di catetere, allestimento di fistola artero-venosa, formazione di shunt). ⇒ Nel caso di ricovero per riacutizzazione di malattia renale cronica devono essere riportati entrambi i codici relativi sia alla forma acuta sia alla forma cronica, ponendo come diagnosi principale la forma acuta, e come diagnosi secondaria la forma cronica. <u>Esempio</u>: Riacutizzazione di malattia renale cronica • DP: insufficienza renale acuta, codice 584. _. ▪ DS: malattia renale cronica, codice 585. _ a seconda del grado di severità: 585.1 <i>Malattia renale cronica, stadio I</i> 585.2 <i>Malattia renale cronica, stadio II (lieve)</i> 585.3 <i>Malattia renale cronica, stadio III (moderata)</i> 585.4 <i>Malattia renale cronica, stadio IV (grave)</i> 585.5 <i>Malattia renale cronica, stadio V</i> 585.6 <i>Malattia renale cronica, stadio finale</i> 585.9 <i>Malattia renale cronica, non specificata</i> ⇒ I codici 585.9 "<u>Malattia renale cronica, non specificata</u>" e 586 "<u>Insufficienza renale, non specificata</u>", vanno riservati solo a quei casi in cui non possono essere utilizzati codici più specifici.
Insufficienza renale acuta	➤ L'insufficienza renale acuta va codificata con i codici 584. _. ➤ L'insufficienza renale acuta post operatoria va descritta con il codice 997.5 "<i>Complicazioni urinarie, non classificate altrove</i>". ➤ Per la codifica dell'insufficienza renale acuta post-traumatica va utilizzato il codice 958.5 "<i>Anuria traumatica,....Sindrome da schiacciamento,.... Insufficienza renale in seguito a schiacciamento</i>". ➤ L'insufficienza renale acuta in travaglio e parto va segnalata con il codice 669.3_ "<i>Insufficienza renale acuta successiva al travaglio e al parto...</i>".

Glomerulonefrite acuta e cronica, e Sindrome nefrosica	• Glomerulonefrite acuta: si utilizzano i codici della categoria 580._.; • Glomerulonefrite cronica: si utilizzano i codici della categoria 582._.; • Sindrome nefrosica: si utilizzano i codici della categoria 581._.; La quarta cifra indica la descrizione istologica delle patologie; quando questa non è conosciuta si usa in quarta cifra 9, che corrisponde a “Istologia non specificata”.
Colica renale e calcolosi renale	Per la colica renale, in assenza di calcolosi documentata, codificare: • DP: cod. 788.0 <u>Colica renale</u>. Per codificare la colica renale, in presenza di calcolosi documentata, indicare: • DP: cod. 592.0 <u>“Calcolosi renale”</u> oppure cod. 592.1 <u>“Calcolosi ureterale”</u>; ▪ DS: cod. 788.0 <u>“Colica renale”</u> Per la codifica dell'idronefrosi, che complica la calcolosi renale o ureterale, va utilizzato il codice 591 in DS, se documentata e clinicamente rilevante.
Ematuria	• In DP utilizzare il codice 599.7 <u>“Ematuria”</u> (benigna, essenziale) qualora non si identifichi attraverso indagini strumentali una <u>specifica patologia</u> che sostiene l'ematuria. Nel normale decorso postoperatorio l'ematuria non dovrebbe essere considerata come una complicanza e non dovrebbe essere riportata in DS, salvo nei casi in cui il sanguinamento risulti particolarmente importante e persistente, tale da richiedere uno specifico trattamento diagnostico-terapeutico. • Nel caso di ricovero per ematuria, successivo ad intervento chirurgico sulle vie urinarie, utilizzare un codice specifico tra le categorie 996 - 999 <u>“Complicazioni di cure mediche e chirurgiche non classificate altrove”</u>. • Il sangue nelle urine, come reperto di laboratorio, si codifica, in diagnosi secondaria, con il codice 791.2 <u>“Emoglobinuria”</u>.
Infezioni urinarie	Le infezioni urinarie insorte nel corso del ricovero devono essere riportate tra le diagnosi secondarie nella SDO, solo se avvalorate da specifiche indagini, se influenzano il trattamento ricevuto (terapia antibiotica mirata), se determinano un effettivo allungamento della degenza. • cod. 595.0 <u>“Cistite acuta”</u>; • cod. 599.0 <u>“Infezione del sistema urinario, sito non specificato”</u> (diagnosi generica da utilizzare in assenza di causa organica nota e localizzata); utilizzare un codice aggiuntivo per codificare eventuali microorganismi ad es. E. Coli (cod. 041.4); • cod. 590.1. <u>“Pielonefrite acuta”</u>; • cod. 590.00 <u>“Pielonefrite cronica, senza necrosi midollare”</u> (codificare anche l'eventuale malformazione delle vie urinarie e l'eventuale reflusso ureterale associato). La semplice batteriuria asintomatica deve essere codificata con il cod. 791.9 <u>“Altri reperti non specifici dell'esame di urina”</u>.
- Nefropatia ipertensiva cronica - Cardionefropatia ipertensiva cronica	Vedasi il capitolo “Malattie del sistema circolatorio”
Prelievo di rene	Nel caso di ricovero per prelievo di rene (nephrectomia) da donatore vivente vanno utilizzati i seguenti codici: • DP: cod. V59.4 <u>“Donatori di rene”</u>; - PP: cod. 55.51 <u>“Nephrectomia radicale”</u>.

Trapianto di rene	A) La presenza di <u>rene trapiantato</u> va segnalata tra le diagnosi secondarie mediante il codice V42.0 “<i>Rene sostituito da trapianto</i>”. B) In caso di ricovero per insorgenza di <u>complicazioni di trapianto di rene</u>, va riportato in diagnosi principale il codice 996.81 “<i>Complicazioni di trapianto di rene</i>”, utilizzando in diagnosi secondaria un codice aggiuntivo per identificare la natura della complicazione; in questo caso il codice V42.0 “<i>Rene sostituito da trapianto</i>” <u>non deve essere indicato</u> perché già ricompreso nel codice riportato in DP. Il codice V42.0 può essere utilizzato in diagnosi principale <u>solo</u> per descrivere i ricoveri effettuati <u>per terminare la convalescenza post-trapianto</u> o <u>per valutare il follow-up del paziente</u>: è questo il solo caso in cui è consentito l'uso di questo codice in diagnosi principale.
Attesa di trapianto	Il ricovero di paziente (per esami e verifica compatibilità con donatore) che verrà poi trasferito in altro istituto per il trapianto va codificato nel seguente modo: • DP: cod. V72.83 “<i>Altro esame preoperatorio specificato</i>” ▪ DS: cod. V49.83 “<i>Attesa di trapianto di organo</i>” + ▪ DS: cod. patologia (es. 584._,)
Dialisi	La <u>dialisi</u> in corso di IRC (insufficienza renale cronica) costituisce un <u>trattamento ambulatoriale</u> e i ricoveri dei pazienti dializzati sono per lo più determinati da <u>complicanze della patologia di base</u> (Insufficienza Renale Cronica), complicanze del <u>trattamento dialitico</u> stesso o di <u>altra patologia</u> causa del ricovero. In tali casi la complicanza/patologia che ha determinato il ricovero va segnalata come diagnosi principale e la condizione di dializzato come diagnosi secondaria: [1] Emodialisi: • DP: la patologia/complicanza che ha determinato il ricovero ▪ DS: cod. V56.0 “<i>Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea</i>” - PP: cod. 39.95 “<i>Emodialisi</i>” [2] Dialisi peritoneale: • DP: - la patologia/complicanza che ha determinato il ricovero ▪ DS: cod. V56.8 “<i>Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi – Dialisi peritoneale</i>” - PP: cod. 54.98 “<i>Dialisi peritoneale</i>” [3] Ricovero senza esecuzione di dialisi: Nel caso di ricovero per complicanza della patologia di base (Insufficienza Renale Cronica), o dello stesso trattamento dialitico senza esecuzione di trattamento dialitico, la condizione di dializzato viene segnalata nel seguente modo: • DP: la patologia/complicanza che ha determinato il ricovero ▪ DS: cod. V45.1 “<i>Stato postchirurgico di dialisi renale</i>” [Pazienti che necessitano di dialisi renale intermittente; Presenza di scambi arteriosi-venosi (per dialisi); Stato di emodialisi; Stato di dialisi peritoneale] [4] Nei casi in cui il ricovero abbia luogo per eseguire esclusivamente il <u>trattamento dialitico in assenza di patologie complicanti</u> o di <u>altre condizioni causa del ricovero</u>, in diagnosi principale [DP] vanno utilizzati i codici "V" inerenti ai trattamenti ulteriori per dialisi extracorporea o peritoneale, accompagnati dalla relativa procedura (V56.0 + 39.95, V56.8 + 54.98).

**Accessi vascolari
per esecuzione di
emodialisi**

CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA ARTERO-VENOSA (FAV)

- **DP: IRC cod. 585._** “Malattia renale cronica”
- **PP: cod. 39.27** “Arteriovenostomia per dialisi renale”
- + se inserito **STENT**
- **PS: cod. 39.90** “Inserzione di stent non medicato in vaso periferico”
- OPPURE**
- **PS: cod. 00.55** “Inserzione di stent medicati in vasi periferici”

CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA ARTERO-VENOSA (FAV) CON CANNULA INTERVASALE

- **DP: IRC cod. 585._** “Malattia renale cronica”
- **PP: cod. 39.27** “Arteriovenostomia per dialisi renale” +
- **PS: cod. 39.93** “Inserzione di cannula intervasale”
- + se inserito **stent**
- **PS: cod. 39.90** “Inserzione di stent non medicato in vaso periferico”
- OPPURE**
- **PS: cod. 00.55** “Inserzione di stent medicati in vasi periferici”

REINTERVENTO PER COMPLICAZIONI DELLA FISTOLA ARTERO-VENOSA (FAV)

Nel caso di reintervento per revisione/sostituzione o rimozione di FAV preesistente, sostituzione cannula intervasale, la codifica da utilizzare è la seguente:

- **DP:** utilizzare uno dei seguenti codici
 - **cod. 996.1** “Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti, innesti vascolari – catetere per dialisi”;
 - **cod. 996.62** “Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti vascolari – catetere venoso per dialisi”;
 - **cod. 996.73** “Altre complicazioni da protesi, impianti, innesti vascolari per dialisi renale”.
- **PP: cod. 39.27** “Arteriovenostomia per dialisi renale” [in caso di allestimento di nuova fistola]
 - oppure**
 - cod. 39.42** “Revisione/riparazione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale”
 - oppure**
 - cod. 39.43** “Rimozione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale”
 - oppure**
 - cod. 39.94** “Sostituzione di cannula intervasale - Revisione di cannula intervasale”
 - + se inserito **stent**
- **PS: cod. 39.90** “Inserzione di stent non medicato in vaso periferico”
- OPPURE**
- cod. 00.55** “Inserzione di stent medicati in vasi periferici”

Nota:

- Se il paziente viene sottoposto ad emodialisi durante il ricovero va aggiunto in DS il codice V56.0 “Trattamento ulteriore che richiede emodialisi” e fra le procedure il codice 39.95 “Emodialisi”.
- Se durante il ricovero il paziente non viene sottoposto a dialisi va utilizzato in DS il cod. V45.1 “Stato post-chirurgico di dialisi renale”.

(cont.)

(cont.)

**Accessi vascolari
per esecuzione di
emodialisi**

INSERIMENTO DI CATETERE VENOSO PER EMODIALISI

Per indicare l'intervento di posizionamento di catetere venoso la codifica è la seguente:

- **DP: cod. 585._** *"Malattia renale cronica"*
- **PP: cod. 38.95** *"Cateterismo venoso per dialisi renale"*

RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO PER EMODIALISI A SEGUITO DI COMPLICAZIONE

- **DP:** utilizzare uno dei seguenti codici
 - cod. 996.1** *"Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti, innesti vascolari – catetere per dialisi";*
 - cod. 996.62** *"Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti vascolari – catetere venoso per dialisi";*
 - cod. 996.73** *"Altre complicazioni da protesi, impianti, innesti vascolari per dialisi renale".*
- **PP: cod. 97.89** *"Rimozione di altro dispositivo terapeutico"*

RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO PER EMODIALISI, NON DOVUTA A COMPLICAZIONE

- **DP: cod. V56.1** *"Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi - Estrazione o sostituzione di catetere"*
- **PP: cod. 97.89** *"Rimozione di altro dispositivo terapeutico"*

IMPIANTO DI DISPOSITIVO TOTALMENTE IMPIANTABILE PER EMODIALISI

Per indicare l'intervento di posizionamento di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile, la codifica è la seguente:

- **DP: cod. 585._** *"Malattia renale cronica"*
- **PP: cod. 86.07** *"Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile"*

RIMOZIONE DI DISPOSITIVO TOTALMENTE IMPIANTABILE PER EMODIALISI

La codifica per la rimozione del dispositivo è la seguente:

- **DP: cod. V56.01** *"Collocazione e sistemazione di catetere extracorporeo per dialisi - Estrazione o sostituzione di catetere"*
- **PP: cod. 97.89** *"Rimozione di altro dispositivo terapeutico"*

Accesso per dialisi peritoneale

Posizionamento di catetere peritoneale permanente per dialisi:

- **DP: cod. 585.** *“Malattia Renale Cronica”*
- **PP: cod. 54.93** *“Creazione di fistola cutaneo-peritoneale”*

Complicazioni inerenti al catetere peritoneale per dialisi:

- **DP: cod. 996.56** *“Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale”*
oppure
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
cod. V56.8 *“Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi - Dialisi peritoneale”*
oppure
cod. V56.0 *“Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea”* [se viene eseguita emodialisi]
+ **eventualmente**
- **DS: cod. V56.2** *“Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi”* [in caso di inserzione o rimozione di catetere peritoneale]

Procedure utilizzate per la rimozione del catetere peritoneale per dialisi:

- **procedura non operatoria: cod. 97.82** *“Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale”*
- **procedura operatoria con rimozione di catetere:**
cod. 97.82 *“Rimozione di dispositivo di drenaggio” peritoneale* +
cod. 54.95 *“Incisione del peritoneo”*
- **procedura operatoria solo esplorativa: cod. 54.95** *“Incisione del peritoneo”*

In caso di **rimozione** del catetere peritoneale non dovuto a complicazioni la codifica è la seguente:

- **DP: cod. V56.2** *“Collocazione e sistemazione di catetere peritoneale per dialisi”*
- **PP: cod. 97.82** *“Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale”*

Correzione di varicocele	La codifica per intervento tradizionale di correzione di varicocele mediante legatura dei vasi spermatici, è la seguente: • DP: cod. 456.4 “Varicocele” - PP: cod. 63.1 “Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico” + - PS: cod. 54.21 “Laparoscopia” se l'intervento viene eseguito per via laparoscopica Le tecniche eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda sono identificate mediante l'uso combinato dei seguenti codici di procedura: cod. 63.1 “Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico” cod. 39.92 “Iniezione o infusione di altre sostanze sclerosanti” La via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione di: cod. 88.67 “Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate”
Correzione di idrocele	Vedasi capitolo 14 Malformazioni congenite
Correzione di fimosi	Vedasi capitolo 14 Malformazioni congenite
Circoncisione senza indicazioni mediche	L'intervento per correzione della condizione di fimosi in assenza di indicazioni mediche significative va codificato nel seguente modo: • DP: cod. V50.2 “Circoncisione rituale o di routine” - PP: cod. 64.0 “Circoncisione”
Colica renale	⇒ In <u>assenza di riscontro di calcoli</u>, in diagnosi principale [DP] va utilizzato il codice 788.0 “Colica renale- Colica ricorrente di: rene, uretere”. ⇒ Se viene evidenziata la <u>presenza di calcoli</u>, il codice appropriato va ricercato fra i codici della categoria 592 “Calcolosi renale ed ureterale” per la diagnosi principale [DP] con l'aggiunta, fra le diagnosi secondarie [DS], del codice 788.0 “Colica renale- Colica ricorrente di: rene, uretere”.
Rimozione endoscopica di calcoli	Nel caso di estrazione endoscopica di calcolo ureterale o intrarenale dopo frammentazione (anche laser), la codifica è la seguente: • DP: cod. 592. “Calcolosi renale ed ureterale” - PP: cod. 56.0 “Estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo” [Escl.: estrazione con incisione cod. 55.11 “Pielectomia”, cod. 56.2 “Ureterotomia”] + - PS: cod. 56.31 “Ureterosopia” + - PS: cod. 59.8 “Cateterizzazione ureterale” se effettuata
Ipertrofia/Iperplasia della prostata	Nei casi di Ipertrofia/Iperplasia della prostata, va utilizzato un codice a cinque cifre della categoria 600. “Iperplasia della prostata”. La quarta cifra consente di identificare la <u>tipologia di ipertrofia/iperplasia</u>. La quinta cifra descrive la presenza o meno di <u>ostruzione</u> delle vie urinarie o di altri sintomi. - cod. 600.0 “Ipertrofia benigna della prostata” - cod. 600.1 “Prostata nodulare” - cod. 600.2 “Iperplasia benigna localizzata della prostata” - cod. 600.3 “Ciste della prostata” - cod. 600.9 “Iperplasia della prostata, non specificata”

cont.

cont. Ipertrofia/iperplasia della prostata	NOTA: La ICD-9.CM richiede di utilizzare codici aggiuntivi per identificare i seguenti sintomi: - Svuotamento incompleto della vescica (cod. 788.21) - Nicturia (cod. 788.43) - Sforzo nella minzione (cod. 788.65) - Minzione frequente (cod. 788.41) - Esitazione alla minzione (cod. 788.64) - Incontinenza urinaria (cod. 788.30-788.39) - Ostruzione urinaria (cod. 599.69) - Ritenzione urinaria (cod. 788.20) - Urgenza urinaria (cod. 788.63) - Mitto debole (cod. 788.62)
Mapping prostatico	La diagnosi principale [DP] da indicare è quella risultante dal referto dell'esame istologico. A) Se tale <u>referto è completamente negativo</u> (assenza sia di neoplasia sia di flogogosi o altro) va utilizzato il codice V71.1 "Sospetto tumore della prostata". La procedura da codificare è quella afferente al codice 60.11 "Biopsia transperineale [percutanea] [agobiopsia] della prostata - Approccio trans rettale, Approccio trans uretrale, Biopsia transperineale con punch". NOTA: per il mapping prostatico non va utilizzato il codice 60.15 "Biopsia del tessuto periprostatico". B) In caso di lesione prostatica, i possibili codici ICD-9-CM 2007 da utilizzare sono i seguenti - ASAP * cod. 239.5 "Tumori di natura non specificata di altri organi urogenitali" - PIN I cod. 602.3 "Displasia della prostata" - PIN II cod. 602.3 "Displasia della prostata" - PIN III cod. 233.4 "Carcinomi in situ della prostata" - Neoplasia maligna cod. 185 "Tumori maligni della prostata" (*) Atypical Small Acinar Proliferation
Interventi chirurgici sulla prostata	Per poter ottenere l'assegnazione del DRG corretto, deve essere rispettata la seguente associazione di codici: ⇒ In caso di iperatrofia della prostata (codice della diagnosi principale 600.) va utilizzato il codice di intervento 60.29 "Prostatectomia transuretrale - Resezione transuretrale della prostata (TURP)"; ⇒ In caso di neoplasia maligna della prostata (codice della diagnosi principale 185) va utilizzato il codice di intervento 60.61 "Asportazione di lesione prostatica con qualsiasi approccio". Altri codici relativi ad interventi specifici sono i seguenti: - cod. 60.91 "Aspirazione percutanea della prostata - Escl.: agobiopsia della prostata (60.11)" - cod. 60.92 "Iniezione (di farmaci) nella prostata" - cod. 60.93 "Riparazione della prostata" - cod. 60.94 "Controllo di emorragia prostatica postchirurgica" - cod. 60.94 "Dilatazione transuretrale mediante palloncino dell'uretra prostatica" - cod. 60.96 "Distruzione transuretrale di tessuto prostatico mediante termoterapia con microonde" - cod. 60.97 "Altra distruzione transuretrale di tessuto prostatico mediante altra termoterapia"

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: ➤ nel caso di <u>referto istologico positivo</u> in DP va inserito il cod. di tumore ➤ nel caso di <u>referto istologico negativo</u> in DP va inserito il cod. di anamnesi di tumore (cod. V10.51) ➤ se risultano <u>alterazioni all'esame istologico</u> (ad es. cistite o altro) in DP va inserito il cod. specifico e in DS il cod. di anamnesi (cod. V10.51). ESEMPI: 1) Qualora nel corso del ricovero si evidenzi una <u>recidiva</u>, in DP va indicato il cod. relativo alla neoplasia: • DP: cod. relativo alla neoplasia - PP: cod. 57.33 "Cistoscopia con biopsia" 2) Quando dall'esame istologico risulti una <u>flogosi cronica</u>, 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" - PP: cod. 57.33 "Cistoscopia con biopsia" 3) Negli <u>altri casi</u> vanno utilizzati: • DP: cod. V10.51 "Anamnesi personale di tumore della vescica" - PP: cod. 57.33 "Cistoscopia con biopsia"
Stenosi ureterale	La stenosi ureterale acquisita va codificata come segue: • DP: cod. 593.3 "Stenosi o inginocchiamento acquisito dell'uretere" - PP: dilatazione mediante uretrotomia cod. 56.2 "Ureterotomia" - PS: inserzione di un doppio J cod. 59.8 "Cateterizzazione ureterale - Inserzione di tubo ureterale"
Sostituzione o rimozione di stent ureterale	• DP: cod. V53.6 "Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari" - PP: sostituzione dello stent cod. 59.8 "Cateterizzazione ureterale - Inserzione di tubo ureterale" - PS: rimozione definitiva dello stent cod. 97.62 "Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale"
Mutilazioni genitali femminili - Deinfibulazione (Legge 9 gennaio 2006 n. 7)	A] Ricovero per deinfibulazione: • DP: cod. 629.2_ "Mutilazione genitale femminile, non specificata, ... OPPURE tipo I o II o III o altre mutilazioni" - PP: cod. 71.01 "Lisi di aderenze vulvari" + - PS: cod. 71.09 "Altra incisione della vulva e del perineo" B] Deinfibulazione in occasione di ricovero per parto: • DP: cod. 660.81 "Altre cause di travaglio ostacolato, parto" + ▪ DS: cod. 629.2_ "Mutilazione genitale femminile" + ▪ DS: cod. V27._ "Esito del parto" - PP: cod. 71.01 "Lisi di aderenze vulvari" + - PS: cod. 71.09 "Altra incisione della vulva e del perineo" + - PS: cod. 73.6 "Episiotomia" (se effettuata) + - PS: cod. 73.59 "Altra assistenza manuale al parto" <u>oppure</u> - PS: cod. 72.7_ "Estrazione mediante ventosa..."

Polipo utero, Leiomioma utero	In caso di intervento per polipi dell'utero (cod. 621.0, 622.7, ...) o per leiomioma uterino (cod. 218.0/1/2/9), la codifica prevista per l'intervento di polipectomia o di miomectomia è il cod. 68.29 <i>"Altra asportazione o demolizione di lesione dell'utero - Miomectomia uterina"</i>. A seconda della via di accesso la codifica delle procedure è, quindi, la seguente: - Nel caso della procedura cod. 68.29 eseguita per via <u>"laparotomica"</u> non occorre aggiungere alcun ulteriore codice (di <i>default</i>, la regola generale del sistema DRG deduce che l'intervento viene eseguito a cielo aperto se non vengono associati codici che identifichino altra via di accesso); - Nel caso della procedura cod. 68.29 eseguita per via <u>"isteroscopica"</u> va associata la via di accesso e quindi + codice 68.12 <i>"Isteroscopia"</i>; - Nel caso della procedura cod. 68.29 eseguita per via <u>"laparoscopica"</u> va associata la via di accesso e quindi + codice 54.21 <i>"Laparoscopia"</i>. Nelle 3 situazioni delineate sopra viene assegnato il medesimo DRG.
Biopsia utero	In generale, nel caso delle biopsie eseguite per <u>via endoscopica</u>, quando non sia disponibile un codice combinato è necessario riportare <u>sia il codice dell'endoscopia sia quello della biopsia</u>. Nel caso delle biopsie uterine eseguite in corso di isteroscopia, la codifica secondo l'ICD9-CM richiede solamente il codice 68.16 <i>"Biopsia dell'utero - Biopsia endoscopica (laparoscopia) (isteroscopia) dell'utero"</i> che è già comprensivo (codice combinato) della modalità di accesso per via isteroscopica o laparoscopica, e non fa distinzione fra le due vie endoscopiche di accesso (ICD9-CM pag. 1067). Per la biopsia a cielo aperto è, invece, disponibile il codice 68.13 <i>"Biopsia a cielo aperto dell'utero"</i>. Tuttavia, considerato che può essere importante conoscere tramite i dati SDO il numero di isteroscopie e di laparoscopie effettuate, viene adottata la seguente codifica (non da manuale, ma per ottenere i dati ricercati): ● PP: cod. 68.16 <i>"Biopsia dell'utero - Biopsia endoscopica (laparoscopia) (isteroscopia) dell'utero"</i> + - PS: cod. 68.12 <i>"Isteroscopia"</i>: questa codifica consente di evincere il numero di isteroscopie effettuate (e quello, uguale, di biopsie). - PS: cod. 68.16 <i>"Biopsia dell'utero - Biopsia endoscopica (laparoscopia) (isteroscopia) dell'utero"</i> senza altri codici: questa codifica consente di evincere il numero di laparoscopie effettuate (e quello, uguale, di biopsie).

INTERVENTI CON ESECUZIONE DI DIALISI RENALE

Dialisi renale	diagnosi principale: V56.0 intervento principale: 39.95
Revisione o sostituzione di catetere + dialisi renale	diagnosi principale: V56.1 diagnosi secondaria: V56.0 intervento principale: 39.94 intervento secondario: 39.95
Revisione di shunt arterovenoso + dialisi renale	diagnosi principale: V56.1 diagnosi secondaria: V56.0 intervento principale: 39.42 intervento secondario: 39.95
Inserzione di shunt arterovenoso con cannula intervassale + dialisi renale	diagnosi principale: V56.1 diagnosi secondaria: V56.0 intervento principale: 39.93 intervento secondario: 39.95
Creazione di FAV + dialisi renale	diagnosi principale: V56.1 diagnosi secondaria: V56.0 intervento principale: 39.27 intervento secondario: 39.95
Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile + dialisi renale	diagnosi principale: V56.1 diagnosi secondaria: V56.0 intervento principale: 86.07 intervento secondario: 39.95
Inserzione di catetere venoso + dialisi renale	diagnosi principale: V56.1 diagnosi secondaria: V56.0 intervento principale: 38.95 intervento secondario: 39.95
Rimozione di shunt arterovenoso+ dialisi renale	diagnosi principale: V56.1 diagnosi secondaria: V56.0 intervento principale: 39.43 intervento secondario: 39.95

NOTE

In caso di ricovero per complicazioni meccaniche della FAV, utilizzare il codice di **diagnosi 996.1** "Complicazioni meccaniche di altri dispositivi, impianti e innesti vascolari".

In caso di ricovero per trombosi della FAV, utilizzare il codice di **diagnosi 996.73** "Complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale".

I codici di procedura da utilizzare sono: **38.95** "Cateterismo venoso per dialisi renale" ovvero **39.27** "Arteriovenostomia per dialisi renale".

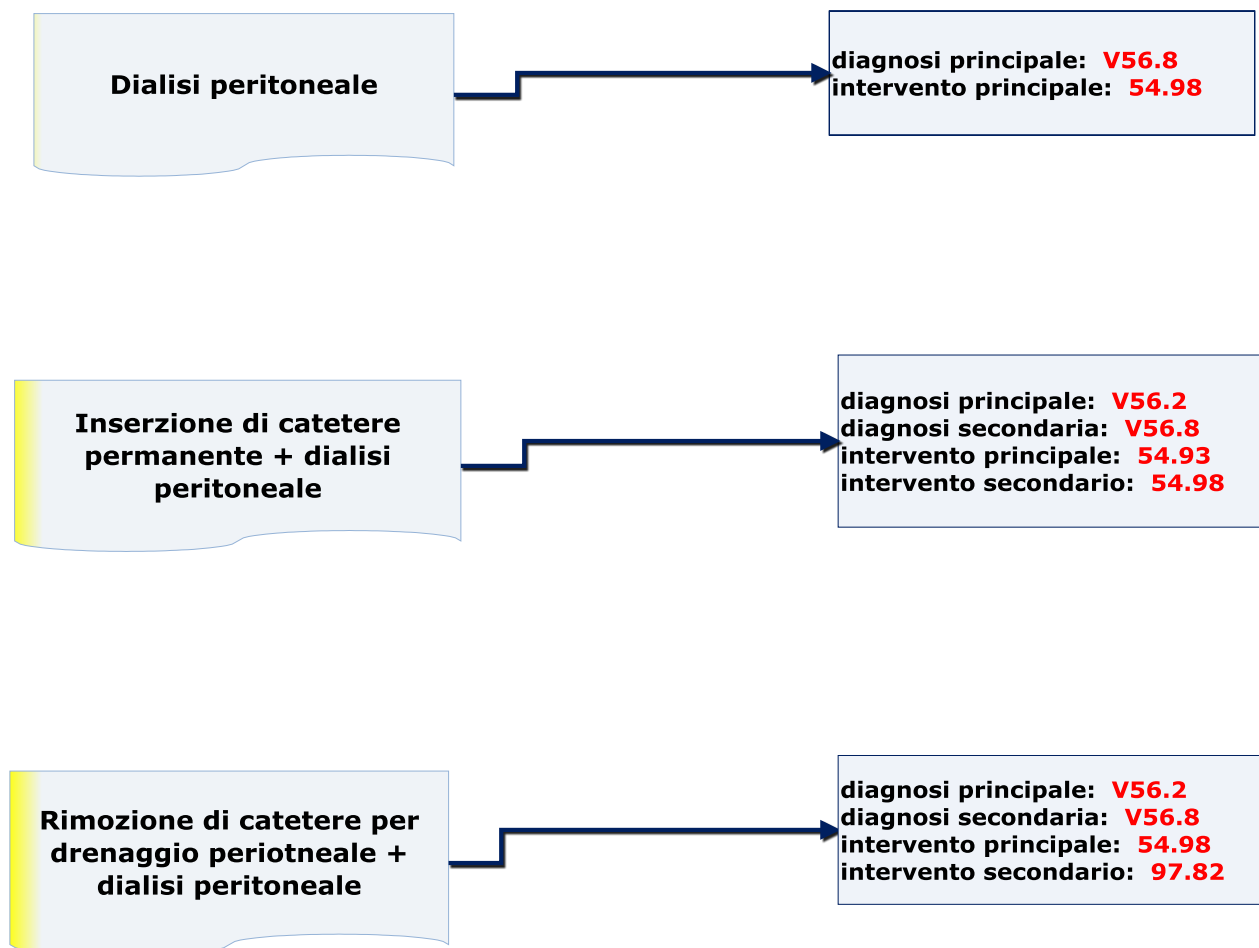
INTERVENTI SENZA ESECUZIONE DI DIALISI RENALE

Revisione o sostituzione di <u>catetere</u>	diagnosi principale: V56.1 intervento principale: 39.94
<u>Revisione</u> di shunt arterovenoso	diagnosi principale: V56.1 intervento principale: 39.42
<u>Rimozione</u> di shunt arterovenoso	diagnosi principale: V56.1 intervento principale: 39.43
<u>Inserzione</u> di shunt arterovenoso con cannula intravasale	diagnosi principale: 585.6 intervento principale: 39.93
Creazione di <u>FAV</u>	diagnosi principale: 585.6 intervento principale: 39.27 + 39.90 per eventuale stent
Preparazione di vena per <u>incannulamento</u>	diagnosi principale: 585.6 intervento principale: 38.94
Inserzione di <u>catetere venoso</u>	diagnosi principale: 585.6 intervento principale: 38.95

NOTA

In caso di ricovero per complicazioni infiammatorie della FAV, utilizzare il codice 996.62 "Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti vascolari per dialisi".

DIALISI PERITONEALE



NOTE

In caso di ricovero per complicazioni meccaniche del catetere, utilizzare il codice di diagnosi 996.56 “Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale”.

In caso di ricovero per complicazioni infiammatoria, utilizzare il codice di diagnosi 996.68 “Infezione e reazione infiammatorie da catetere per dialisi peritoneale”. Codificare le procedure effettuate.

COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO

Regole di codifica generali

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

Quando una paziente viene ricoverata a causa di una condizione che complica la gravidanza, oppure consegue a quest'ultima, il **codice relativo alla complicazione ostetrica deve essere selezionato come diagnosi principale**.

La SDO di un episodio di ricovero per parto deve contenere:

- **DP:** la diagnosi principale (**cod. 650 "parto normale" oppure di parto complicato cat. 651-659**)
- **DS:** fra le diagnosi secondarie obbligatoriamente quella relativa all'esito del parto (**V27.**)
- **Procedure:** codici di procedura compresi **tra 72.0 e 75.9**.

Le categorie comprese in questo capitolo sono le seguenti:

- da **630** a **633** si riferiscono a gravidanze ectopiche, alla mola vescicolare e ad altri prodotti irregolari del concepimento;
- da **634** a **639** identificano le gravidanze con esito abortivo. In particolare, per le categorie da 634 a 638, la **quarta cifra** serve ad indicare se una complicazione sia associata all'aborto, la **quinta cifra** distingue se l'aborto è completo o incompleto;
- la **639** identifica le complicazioni successive ad aborto e gravidanze ectopiche e molari;
- da **640** a **648** identificano le complicazioni principalmente correlate alla gravidanza;
- la **650** identifica il parto normale;
- da **651** a **659** descrivono le altre indicazioni per ricovero in gravidanza, travaglio e parto;
- da **660** a **669** descrivono le complicazioni che avvengono principalmente nel corso del travaglio e del parto;
- da **670** a **677** descrivono le complicazioni del puerperio.

Nell'utilizzare i codici delle categorie **tra 640-649** e **tra 651-676** va posta particolare attenzione alla classificazione a livello della quinta cifra che definisce temporalmente il ricovero, cioè serve a connotare l'attuale ricovero rispetto al ricovero in cui avviene il parto:

- 0** episodio di cura non specificato (non deve mai essere utilizzato perché troppo generico!!!).
- 1** PARTO, con o senza menzione della condizione antepartum.
- 2** PARTO, con menzione della complicazione postpartum.
- 3** condizione o complicazione antepartum, SENZA PARTO nell'attuale ricovero (ricoveri antecedenti al ricovero per parto).
- 4** condizione o complicazione postpartum, SENZA PARTO nell'attuale ricovero (ricoveri successivi al ricovero per parto).

Pertanto, i codici di diagnosi tra 640-649 e tra 651-676 riportati nelle SDO di episodi di ricovero in cui è avvenuto il parto, devono riportare come quinta cifra i caratteri 1 oppure 2.

La descrizione di eventuali patologie complicanti la gravidanza, già note prima dell'evento parto e che influenzano il ricovero attuale esitato in parto, vanno codificate riportando, tra le diagnosi secondarie, codici con la quinta cifra 1.

Parto

Il **codice 650** identifica l'assistenza ad un **parto eutocico, in gravidanza fisiologica**, con **travaglio fisiologico**. Esso individua, pertanto, il parto normale, anche indotto, in pazienti che non presentano nessuna complicazione legata o meno alla gravidanza, come indicato nella nota esplicativa dell'ICD-9-CM "parto spontaneo, cefalico, vaginale, a termine, di feto singolo e vitale, che richiede poca o nessuna assistenza, con o senza episiotomia senza intervento manuale sul feto (es. rotazione) o strumentale (es. forcipe)".

Il **codice 650** va usato come **diagnosi principale singola** e **non deve essere associato a nessun altro codice di parto complicato dell'intervallo 630-676**.

Tra le diagnosi secondarie **[DS]** va riportato **obbligatoriamente** un codice della categoria **V27._** che segnala l'esito del parto. Vanno poi riportate le procedure, con codici di procedura compresi tra **72.0 e 75.9_**.

Il **codice V27._** con la terza cifra definisce l'esito del parto:

- 0** = Parto semplice: nato vivo
- 1** = Parto semplice: nato morto
- 2** = Parto gemellare: entrambi nati vivi
- 3** = Parto gemellare: un nato vivo e un nato morto
- 4** = Parto gemellare: entrambi nati morti
- 5** = Altro parto multiplo: tutti nati vivi
- 6** = Altro parto multiplo: alcuni nati vivi
- 7** = Altro parto multiplo: tutti nati morti
- 9** = Parto, esito non specificato (da non utilizzare!)

Fra le procedure va indicato il codice dell'intervento ostetrico (da cod. **72.0 a cod. 73.99**) o dell'intervento chirurgico eventualmente effettuato (da **74.0 a 74.99**).

Esempi:

⇒ PARTO NORMALE:

- **DP: cod. 650** "Parto normale" +
- **DS: cod. V27.0** "Parto semplice: nato vivo"
- **PP: cod. 73.59** "Altra assistenza manuale al parto" + **EVENTUALE**
- **PS: cod. 73.6** "Episiotomia"

⇒ PARTO NORMALE CON LACERAZIONE PERINEALE

- **DP: cod. 664.01** "Lacerazione perineale di primo grado, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum" (oppure 664.11, oppure 664.21) +
- **DS: cod. V27.0** "Parto semplice: nato vivo"
- **PP: cod. 73.59** "Altra assistenza manuale al parto" + **EVENTUALE**
- **PS: cod. 73.6** "Episiotomia"

⇒ PARTO CON ANALGESIA:

- **DP: cod. 650** "Parto normale" **oppure** il codice di diagnosi relativo alla patologia complicante il parto
- **DS: cod. V27.0** "Parto semplice: nato vivo"
- **PP: cod. 03.91** "Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia" +
- **PS: cod. 03.90** "Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative" +
- **PS: cod. 73.59** "Altra assistenza manuale al parto" + **EVENTUALE**
- **PS: cod. 73.6** "Episiotomia"

cont.

cont.
Parto

⇒ **PARTO IN SOGGETTO A RISCHIO** (primipara >35aa. oppure multipara >35 aa. oppure donna <16aa.):

- **DP: cod. 659.51** "Primipara attempata, parto, con o senza menzione della condizione antepartum - Prima gravidanza in donna di 35 anni o più alla data attesa del parto" OPPURE
 - **DP: cod. 659.61** "Multigravida in età materna avanzata, parto, con o senza menzione della condizione antepartum - Seconda od altra gravidanza in donna di 35 anni o più alla data attesa del parto" OPPURE
 - **DP: cod. 659.81** "Altre specifiche indicazioni per l'assistenza o l'intervento relative al travaglio e al parto, parto, con o senza menzione della condizione antepartum - Gravidanza in ragazza con meno di 16 anni alla data attesa del parto - Età materna molto giovane"
- +
- **DS: cod. V27.0** "Parto semplice: nato vivo"
 - **PP: cod. 73.59** "Altra assistenza manuale al parto" + EVENTUALE
 - **PS: cod. 73.6** "Episiotomia"

⇒ **PARTO AVVENUTO ALL'ESTERNO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO,**

- in assenza di complicazioni: in **DP** utilizzare il **codice V24.0** "Cure ed esami postpartum subito dopo il parto";
- in presenza di complicazioni: in **DP** la **complicazione** (codici del capitolo XI) con 5° cifra = 4.

In questi casi non va utilizzato il codice V.27._ in quanto il parto ha avuto luogo all'esterno della struttura ospedaliera.

⇒ **PROLUNGAMENTO DELLA DEGENZA DOPO IL PARTO**

Nel caso di donna trattenuta in ospedale per garantire la continuità della relazione con il piccolo ricoverato e/o sostenere l'allattamento materno, per motivare la durata della degenza fra le diagnosi secondarie della SDO materna va utilizzato il **codice V24.1** "Cure ed esami postpartum di madre che allatta - Sorveglianza dell'allattamento".

⇒ **MADRE SANA CHE ACCOMPAGNA NEONATO CON PATOLOGIA NEONATALE**

Nel caso di donna che accompagni il neonato ricoverato per patologia neonatale, non va aperta una cartella clinica per la madre.

⇒ **RICOVERO (nuovo ricovero dopo la nascita) DI NEONATI PER MALATTIA MATERNA**

- Il **codice V20.1** "Cure ad altro neonato o bambino sano" va utilizzato in **DP** per descrivere i ricoveri del nido, successivi a quelli relativi alla nascita, per **supervisione sanitaria del neonato sano** in caso di precarie condizioni socio economiche familiari o di **malattia materna**.

Taglio cesareo

Nella SDO di donne che hanno partorito con **taglio cesareo**, il cesareo costituisce, evidentemente, **l'intervento principale**.

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

- **DP: codici da 652 a 659:** indicazione al cesareo precedente al parto
- **DP: codici da 660 a 669:** indicazione al cesareo durante il travaglio

Le indicazioni al TC per patologie che non sono comprese nel capitolo 11 “Gravidanza, parto e puerperio”, codici da 630 a 677, devono essere codificate nel seguente modo:

Esempi:

[1]

- **DP: cod. 659.81** *“Altre specifiche indicazioni per l’assistenza o l’intervento relative al travaglio e al parto, parto, con o senza.....”*
- **DS: cod. di patologia** (Es.: Epilessia, Retinopatia, ecc.)
- **DS: cod. V27.0** *“Parto semplice: nato vivo”*
- **PP: cod. 74.1** *“Taglio cesareo cervicale basso”*

[2]

- **DP: cod. 659.81** *“Altre specifiche indicazioni per l’assistenza o l’intervento relative al travaglio e al parto, parto, con o senza.....”*
- **DS: V23._** *“Controllo di gravidanza ad alto rischio.....”*
- **DS: cod. V27.0** *“Parto semplice: nato vivo”*
- **PP: cod. 74.1** *“Taglio cesareo cervicale basso”*

Il codice 669.71 “Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum”, va utilizzato **solo quando nella classificazione non vi sia una categoria più specifica**. Inoltre, poiché nel codice 669.71 manca la segnalazione clinica della motivazione, può essere impiegato nei casi in cui il ricorso al cesareo sia **dovuto ad una precisa richiesta della donna**. In tali casi la codifica è la seguente:

- **DP: cod. 669.71** *“Taglio cesareo, senza menzione dell’indicazione, parto, con o senza menzione delle manifestazioni antepartum”*
- **DS: cod. V27.0** *“Parto semplice: nato vivo”*
- **PP: cod. 74.1** *“Taglio cesareo cervicale basso”*

**Condizioni
complicanti la
gravidanza, il parto o
il puerperio**

⇒ La **diagnosi principale** dovrà riportare la **complicazione** (DP codici da **640 a 649** e da **651 a 676**), utilizzando la quinta cifra per fornire maggiori informazioni circa l'episodio in corso:

- **0:** episodio di cura **non specificato** (non dovrebbe mai essere utilizzato!)
- **1:** ricovero per parto di donna con anamnesi di gravidanza positiva o meno per complicanze
- **2:** ricovero per parto con complicanze insorte nel postpartum
- **3:** ricovero per complicanze della gravidanza (ricoveri antecedenti al ricovero per parto)
- **4:** ricovero per complicanze POSTPARTUM (ricoveri successivi a quello del parto)

⇒ Il **codice 677** (*Effetto tardivo della complicazione della gravidanza, del parto, del puerperio*) **non va mai segnalato come diagnosi principale** e serve per indicare le condizioni cliniche che hanno avuto origine nella gravidanza, nel parto o nel puerperio e che si possono manifestare in ogni momento dopo il puerperio.

cont.

cont. Condizioni complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio	Le indicazioni dell'ICD-9-CM precisano che questa categoria deve essere utilizzata per indicare le manifestazioni da 632 - 648.9 e da 651 - 676.9 come cause di effetto tardivo, classificabili esse stesse altrove. Gli "effetti tardivi" includono le manifestazioni specificate come tali o come sequele, che possono avvenire in ogni momento dopo il puerperio. Codificare per prima ogni sequela. ⇒ Per quanto riguarda le seguenti categorie: 652.__ "Posizione e presentazione anomala del feto", 653.__ "Sproporzione", 654.__ "Anomalie degli organi e dei tessuti molli della pelvi", nell' ICD-9-CM è evidenziata la nota "<u>Codificare per prima ogni associazione con ostacolo del travaglio</u>", che rimanda rispettivamente ai codici 660.0_, 660.1_, 660.2_. Per altre condizioni morbose in atto della madre, complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio (<u>anemia</u>, <u>diabete mellito</u>, <u>psicosi</u>, <u>malattie cardiovascolari</u>, ecc.), fare riferimento ai codici della categoria 648 "Altre condizioni morbose in atto della madre classificate altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio", utilizzando codici addizionali per specificare le manifestazioni.
Mutilazioni genitali femminili - Deinfibulazione (Legge 9 gennaio 2006 n. 7)	Deinfibulazione in occasione del parto: • DP: cod. 660.81 "Altre cause di travaglio ostacolato, parto" + ▪ DS: cod. 629.2_ "Mutilazione genitale femminile" + ▪ DS: cod. V27._ "Esito del parto" - PP: cod. 71.01 "Lisi di aderenze vulvari" + - PS: cod. 71.09 "Altra incisione della vulva e del perineo" + - PS: cod. 73.6 "Episiotomia" (se effettuata) + - PS: cod. 73.59 "Altra assistenza manuale al parto" <u>oppure</u> - PS: cod. 72.7_ "Estrazione mediante ventosa..." Per la codifica della deinfibulazione in occasione di uno specifico ricovero, non correlato all'evento parto, si rimanda al capitolo inerente alle malattie del sistema genitourinario.
Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio cont.	Per le malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio, devono essere utilizzati i codici della categoria 647.__ ("Manifestazioni infettive e parassitarie nella madre, classificabili altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio - Utilizzare codice/i addizionale/i per specificare ulteriori complicazioni"). Nel caso che tale patologia abbia avuto effetti sul feto deve essere utilizzato uno dei codici della sotto-categoria da 655.0 a 655.9. <u>Esempi:</u> - Ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con infezione da HIV: in diagnosi principale [DP], occorre utilizzare il codice 647.6_ "Altre malattie virali" + - in diagnosi secondaria [DS] il codice 042 per la paziente con HIV sintomatico, o il codice V08 per la paziente sieropositiva asintomatica. - Ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con rosolia: va utilizzato, in diagnosi principale [DP], il codice 647.5_ "Rosolia" + - nelle diagnosi secondarie [DS], eventuali ulteriori complicazioni, mediante codici aggiuntivi.

cont. Malattie infettive e parassitarie complicanti gravidanza, parto e puerperio	- Ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con epatite virale: va utilizzato, in diagnosi principale [DP] il codice 647.6_ "Altre malattie virali" + tra le diagnosi secondarie, eventuali ulteriori complicazioni, mediante codici aggiuntivi. - Ricovero per gravidanza, parto o puerperio in soggetto con setticemia: si evidenziano le seguenti modalità di codifica: Setticemia nel corso del travaglio di parto: • DP: codice 659.3_ "Infezione generalizzata durante il travaglio - ..." Setticemia "successiva" ad aborto o a gravidanza ectopica o molare, già trattati precedentemente: • DP: codice 639.0 "Infezione del tratto genitale e della pelvi, Setticemia SAI" Setticemia complicante l'aborto o gravidanza ectopica o molare: • DP: codici delle categorie 634-638 con quarta cifra .0 "Altre gravidanze con esito abortivo, ... Complicato da una infezione del tratto genitale e della pelvi" Setticemia postpartum, puerperale: • DP: codice 670.0_ "Infezioni puerperali maggiori" Setticemia in corso di gravidanza: • DP: codice 647.8_ "Altre malattie infettive e parassitarie"
Infezioni dell'apparato genitourinario in gravidanza	In caso di donna gravida con tampone vaginale e rettale positivo per Streptococco B-emolitico (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" - PP: cod. 73.5_ "Assistenza manuale al parto" - PS: cod. 99.21 "Iniezione di antibiotici"
Procreazione medicalmente assistita	1] Prelievo preventivo di ovociti [pick-up ovocitario] • DP: cod. 628.8 "Infertilità femminile, di altra origine specificata" ▪ DS: cod. V26.8 "Altra misura procreativa specificata" + EVENTUALE altra patologia/condizione correlata, ad es.: ▪ DS: codice del tumore - PP: cod. 65.11 "Biopsia aspirativa dell'ovaio" (preferibile al cod. 65.91 "aspirazione dell'ovaio" che dà edit DQE) 2] Fecondazione [embriotransfer] (da effettuarsi preferibilmente in regime ambulatoriale) • DP: cod. 628.8 "Infertilità femminile, di altra origine specificata" ▪ DS: cod. V26.1 "Fecondazione artificiale" + EVENTUALI altre patologie correlate alla condizione, ad es.: ▪ DS: cod. V10._ "Anamnesi di tumore maligno ..." (codice V di storia di tumore) - PP: cod. 69.92 "Inseminazione artificiale"

Prelievo e conservazione ovocita	Il prelievo di ovocita finalizzato alla sua conservazione nelle due situazioni indicate sotto, richiede la seguente codifica: A] Prelievo di ovocita per rilevante rischio di sviluppo di malattia che potrebbe determinare problemi di sterilità nella donna: • DP: cod. V07.8 “Necessità di altra misura profilattica specificata” - PP: cod. 65.11 “Biopsia aspirativa dell’ovaio” (preferibile al cod. 65.91 “aspirazione dell’ovaio” che dà edit DQE) B] Prelievo di ovocita per scelte di vita o per esigenze di lavoro: • DP: cod. V62.2 “Altri problemi... insoddisfazione professionale relativi alla scelta di carriera... relativi all’occupazione lavorativa” - PP: cod. 65.11 “Biopsia aspirativa dell’ovaio” (preferibile al cod. 65.91 “aspirazione dell’ovaio” che dà edit DQE)
Interruzione volontaria di gravidanza (IVG)	In caso di raschiamento per interruzione di gravidanza indotta legalmente, incluso l'aborto terapeutico, va utilizzata la seguente codifica: • DP: cod. 635.__ “Aborto indotto legalmente” (la quarta cifra identifica eventuali complicazioni e la quinta cifra consente di specificare se l'aborto indotto legalmente è completo o incompleto) - PP: cod. 69.01 “Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza” <u>OPPURE</u> - PP: cod. 69.51 “Raschiamento dell’utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza”
Interruzione volontaria farmacologica di gravidanza	1] In caso di interruzione volontaria farmacologica di gravidanza, effettuata in regime di ricovero, vanno utilizzati i seguenti codici: • DP: cod. 635.92 “Aborto completo indotto legalmente senza complicazioni” - PP: cod. 99.24 “Iniezione di altri ormoni” per la prima ed eventuale seconda somministrazione per os - PS: cod. 96.49 “Altra instillazione genitourinaria” qualora venga effettuata una seconda somministrazione anche per via vaginale - PS: 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) <u>OPPURE</u> • DP: cod. V61.7 “Altra gravidanza non desiderata” (senza verifica ecografica) - PP: cod. 99.24 “Iniezione di altri ormoni” (RU 486) - PS: 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” - PP: cod. 96.49 “Altra instillazione genitourinaria, somministrazione di prostaglandine” - PS: cod. 88.78 “Diagnostica ecografia dell’utero gravido”
cont.	

cont. Interruzione volontaria farmacologica di gravidanza	4] Considerata la specificità organizzativa di APSS, nel caso si renda necessario iniziare la IVG farmacologica in ospedale periferico in cui non è disponibile la sala operatoria h.24, e si renda pertanto necessario proseguire il percorso in altro presidio in cui è disponibile la sala operatoria h.24 per un eventuale raschiamento, la codifica della SDO sarà la seguente: A) Codifica del <u>primo ricovero</u> (ospedale periferico): • DP: cod. 635.90 "Aborto indotto legalmente senza complicazioni riferita, non specificato se completo o incompleto" ▪ DS: V64.3 "Intervento non eseguito per altre ragioni" <i>Tra gli interventi/procedure:</i> - P/P: cod. 99.24 "Iniezione di altri ormoni" per la prima ed eventuale seconda somministrazione per os - P/S: cod. 88.78 "Diagnostica ecografia dell'utero gravido" - P/S: cod. 90.59 "Esame microscopico di campione di sangue" B) Codifica del <u>secondo ricovero</u> (ospedale hub): • DP: cod. 635.92 "Aborto indotto legalmente senza complicazioni riferita, completo" - P/P: cod. 99.24 "Iniezione di altri ormoni" - P/S: cod. 88.79 "Altra diagnostica a ultrasuoni" - P/S: cod. 96.49 "Altra instillazione genitourinaria" qualora avvenga effettuata una seconda somministrazione anche per via vaginale - P/S: cod. 99.11 "Iniezione di immunoglobuline anti Rh" qualora avvenga effettuata + se viene effettuata sarà la procedura principale - P/P 69.01: "Dilatazione o raschiamento per IVG"
Sterilizzazione tubarica	<u>STERILIZZAZIONE TUBARICA DOPO PARTO VAGINALE</u> Nel caso sia eseguito, con valide ragioni per volontà della paziente, un intervento di sterilizzazione mediante legatura endoscopica delle tube subito dopo un parto vaginale senza complicazioni, va utilizzata la seguente modalità di codifica: • DP: cod. 650 "Parto normale" + ▪ DS: cod. V27._ "Esito del parto" + ▪ DS: cod. V25.2 "Sterilizzazione" - PP: cod. 66.2_ "Demolizione od occlusione/legatura/clampaggio/sezione endoscopica bilaterale delle tube....." <u>OPPURE</u> - PP: cod. 66.39 "Altra demolizione od occlusione bilaterale delle tube - Intervento di sterilizzazione femminile SAI" <u>OPPURE</u> - PP: cod. 66.51 "Salpingectomia totale bilaterale - Rimozione di entrambe le tube nello stesso intervento" + - PS: cod. 73.59 "Altra assistenza manuale al parto" <u>Nota 1:</u> la scelta della procedura inerente all'intervento di chiusura delle tube dipende dalla via di accesso e dalla modalità di interruzione delle tube. <u>Nota 2:</u> i codici 66.21/2/9 sono già comprensivi della modalità di accesso per via endoscopica, isteroscopica o laparoscopica (ICD-9-CM p. 1066). <u>Nota 3:</u> i codici 66.51 "Salpingectomia totale bilaterale..." e 66.39 "Altra demolizione od occlusione..." si riferiscono a procedure effettuate per via laparotomica. <u>STERILIZZAZIONE TUBARICA PER VIA ISTEROSCOPICA</u> • DP: cod. V25.2 "Sterilizzazione" - PP: cod. 66.29 "Altra demolizione od occlusione endoscopica bilaterale delle tube" <u>STERILIZZAZIONE TUBARICA PER VIA LAPAROSCOPICA</u> • DP: cod. V25.2 "Sterilizzazione" - PP: cod. 66.21/2/9 "Demolizione od occlusione/legatura/clampaggio/sezione endoscopica bilaterale delle tube..."

MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO

Regole di codifica generali	Questo capitolo (categorie 680-709) tratta le malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo e le malattie delle unghie e delle ghiandole sudoripare e sebacee; sono escluse le forme congenite (capitolo 14 "Malformazioni congenite") e le neoplasie (capitolo 2 "Tumori"). Le infezioni di pertinenza strettamente dermatologica sono contenute in questo settore, mentre le infezioni che interessano la pelle, ma di prevalente interesse sistemico, sono trattate nel capitolo 1 "Malattie infettive e parassitarie". Le manifestazioni cutanee dovute ad avvelenamento da sostanze esterne o medicinali vanno codificate utilizzando il capitolo 17 "Traumatismi e Avvelenamenti".
Manifestazioni cutanee dovute ad assunzione di farmaci, medicinali o presidi	A] Nel caso di ricovero per effetti nocivi dovuti ad una assunzione eccessiva di farmaci, medicinali o presidi o all'uso di sostanze non appropriate, somministrate o assunte per errore, occorre codificare come indicato di seguito: • DP: codice della sostanza che ha causato l'avvelenamento (categorie 960-979: "Avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici") (se rientra nei criteri di selezione della diagnosi principale) ▪ DS: la manifestazione cutanea (ad esempio: cod. 693.8 "Dermatite da farmaci e medicinali o presidi assunti per via sistemica") B] Nel caso invece di effetti nocivi, di sostanza appropriata correttamente somministrata: DP: la manifestazione cutanea (<i>ad esempio: cod. 693._ "Dermatite da sostanze assunte per via sistemica"; OPPURE cod. 692.3 "Dermatite da contatto con farmaci e medicinali o presidi per uso topico"</i>)
Ustioni	⇒ I codici da 940._ a 949._ riguardano le ustioni causate da alta temperatura (fuoco, oggetti o liquidi surriscaldati), da elettricità, da radiazioni o da sostanze chimiche. ⇒ Per le categorie da 940 a 946 la quarta cifra indica la profondità o la gravità dell'ustione (non specificata, I, II, III grado e III grado profondo senza e con perdita di sostanza), mentre la quinta cifra indica la sede in modo più specifico. ⇒ La categoria 947 codifica le ustioni degli organi interni incluse quelle provocate dall'ingestione di sostanze chimiche. ⇒ La categoria 948 classifica le ustioni in relazione all'estensione della superficie corporea coinvolta. Questa categoria deve essere utilizzata come causa principale solo quando non è specificata la sede delle ustioni, o con le categorie 940-947 quando è specificata la sede. La quarta cifra indica la percentuale di superficie corporea interessata dall'ustione (di qualunque grado) mentre la quinta cifra indica la percentuale di superficie corporea interessata da ustioni di terzo grado. Nel caso di ustioni molto estese, per le quali non sia possibile codificare separatamente le varie sedi, utilizzare la categoria 948 per codificare il grado di superficie corporea interessata: <u>Esempi:</u> • 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.
cont.	

cont. Ustioni	⇒ Le categorie 946 “Ustioni di sedi multiple specificate” e 949 “Ustioni multiple SAI” vanno <u>utilizzate raramente in quanto aspecifiche</u>. ⇒ Le ustioni da attrito sono codificate alle categorie 910._ - 919._, dove la terza cifra specifica la sede e la quarta cifra (0, 1) indica la presenza o meno di infezione. ⇒ Per le ustioni solari va utilizzato un codice della sottocategoria 692.7_ “Dermatiti da radiazioni solari”, ed in particolare: cod. 692.71 “Ustione solare di primo grado” cod. 692.76 “Ustione solare di secondo grado” cod. 692.77 “Ustione solare di terzo grado” In caso di ustioni di varie parti del corpo, si utilizza un ordine di codifica che tenga principalmente conto delle sedi con ustioni di grado più severo. Nel caso di ustioni di grado diverso in una parte specifica del corpo, va utilizzato il codice relativo all’ustione di grado più severo: <i>ad esempio</i>, in presenza di ustioni di primo e secondo grado della gamba non si assegna alcun codice per l’ustione di primo grado.
Ulcere da decubito	In caso di ricovero finalizzato al trattamento dell'ulcera da decubito di un paziente immobilizzato in conseguenza, <i>ad esempio</i>, di un accidente cerebrovascolare, in diagnosi principale andrà riportata l'ulcera da decubito (cod. 707.0_ “Ulcerazione da decubito” con la <u>quinta cifra che identifica la sede</u>) e in diagnosi secondaria deve essere segnalata la patologia che ha provocato l'immobilizzazione del paziente.
Ulcere (non da decubito)	Quando l'ulcera costituisce una manifestazione di patologia sistemica, quest’ultima va codificata in diagnosi principale (indicazioni manuale ICD-9-CM). In diagnosi secondaria va utilizzato un codice della categoria 707.1 “Ulcere degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito”. <u>Ad esempio</u>, l'ulcera in diabetico va codificata in diagnosi principale [DP] con il cod. 250.8_ “Diabete con altre complicanze specificate” e in diagnosi secondaria [DS] con il cod. 707.1_ “Ulcere degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito” assieme al codice dell’agente infettivo, quando presente. Malattie sistemiche associate ad ulcere degli arti inferiori: - cod. 459.31 “Ipertensione venosa cronica con ulcera” - cod. 459.33 “Ipertensione venosa cronica con ulcera ed infiammazione” - cod. 459.11 “Sindrome postflebitica con ulcera” - cod. 459.13 “Sindrome postflebitica con ulcera ed infiammazione” - cod. 440.23 “Arteriosclerosi delle estremità con infiammazione” L’ICD-9-CM ha previsto anche i seguenti codici combinati (da codificare in DP): - cod. 454.0 “Varici degli arti inferiori con ulcera” - cod. 454.2 “Varici degli arti inferiori con ulcera e infiammazione”
Orticaria e angioedema	Codici normalmente utilizzati: 708.0 “Orticaria allergica” 708.1 “Orticaria idiopatica” 708.2 “Orticaria da caldo e da freddo” 708.3 “Dermografismo” 708.5 “Orticaria colinergica” 708.8 “Orticaria cronica” 995.1 “Edema angioneurotico non classificato altrove” 277.6 “Angioedema familiare da carenza di enzimi circolanti non specificati altrove”

Procedure diagnostiche per l'accertamento di allergie	Se nel corso del ricovero vengono effettuati test diagnostici cutanei e di sensibilizzazione per l' accertamento di allergie , va riportato tra le DS il codice V72.7 "Prove diagnostiche cutanee e di sensibilizzazione" e tra le I/P va indicato il codice 86.19 "Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo".
Test da esposizione a farmaci o ad altri allergeni	In caso di ricovero finalizzato all'accertamento di reazioni avverse a farmaci o ad altri allergeni vanno riportate le seguenti codifiche: • DP: codice appartenente alla categoria V14. "Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali" OPPURE codice appartenente alla sottocategoria V15.0 "Anamnesi personale di allergia distinta da quella provocata da sostanze medicinali, con rischio di malattia". ▪ DS: codice V72.7 "Prove diagnostiche cutanee e di sensibilizzazione" - PP: codice 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche". <u>Questo codice di procedura comprende anche i test di tollerabilità somministrati per os o per inalazione.</u>
Desensibilizzazione di un soggetto allergico al veleno animale	• DP: codice V07.1 "Necessità di desensibilizzazione ad allergeni" - PP: codice 99.12 "Immunizzazione per allergia - desensibilizzazione"
Punture di origine animale	⇒ Le punture di animale <u>senza reazione tossica generalizzata</u> vanno classificate utilizzando i codici da 910. a 919. "Traumatismi superficiali di....", specificando con la quarta cifra "4" l'assenza di infezione o con la quarta cifra "5" la presenza di infezione. ⇒ Le punture di origine animale <u>con reazione tossica generalizzata</u> vanno codificate con il codice 989.5 "Effetti tossici di veleno di origine animale". ⇒ In presenza di shock anafilattico, il ricovero va descritto ponendo in DP il codice 995.0 "Altro shock anafilattico non classificato altrove", e riportando tra le DS il codice 989.5 "Effetti tossici di veleno di origine animale".
Cellulite	A. La cellulite (infezione acuta e diffusa della cute e dei tessuti molli, in genere causata da un'abrasione, una puntura o lesione di continuo), va descritta impiegando i codici a <u>5 caratteri</u> (la <u>quarta cifra specifica la sede</u>) delle categorie sotto riportate: • DP: cod. 681. "Flemmone e ascesso delle dita delle mani e delle dita dei piedi" OPPURE cod. 682. "Altri flemmoni o ascessi" ▪ DS: codice aggiuntivo per l'agente patogeno responsabile dell'infezione B. Qualora la cellulite rappresenti una complicanza precoce o tardiva post-chirurgica, oppure successiva a terapia endovenosa, si deve indicare: • DP: l'infezione post-operatoria (es.: cod. 998.59 "Altra infezione post-operatoria") ▪ DS: la cellulite + ▪ DS: codice aggiuntivo per l'agente patogeno responsabile dell'infezione

Manifestazioni cutanee in corso di malattie infettive	Codici normalmente utilizzati in tali situazioni: 017.1 “Eritema nodoso con reazione d'ipersensibilità in corso di tubercolosi” 031.1 “Malattie cutanee da altri micobatteri” 039.0 “Infezione actinomicotica cutanea” 054.0 “Eczema erpetico” 085.1 “Leishmaniosi cutanea secca” 085.5 “Leishmaniosi mucocutanea (americana)” 091.3 “Sifilide secondaria della pelle e delle mucose” 099.0 “Ulcera venerea”
Escissione di lesione	Il codice di procedura 86.4 “Asportazione radicale di lesione della cute”, va utilizzato per descrivere gli interventi effettuati con una <u>escissione radicale che coinvolga non solo la pelle, ma anche i tessuti adiacenti e sottostanti</u>. Per radicalità non si intende l'asportazione di alcune strutture (come ad esempio la fascia), ma l'eradicazione dei margini biologici di infiltrazione della lesione ed un margine di tessuto indenne. Nei casi di escissione radicale eseguiti con tecnica di Mohs: • DP: codice patologia - PP: codice 86.4 “Asportazione radicale di lesione della cute” + - PS: codice 86.24 “Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs”
Patologie autoimmuni	Nel caso di patologie autoimmuni è necessario segnalare in diagnosi principale la malattia di base e come diagnosi secondarie le eventuali complicanze d'organo con i seguenti codici: 695.4 “Lupus eritematoso (discoide)” 701.0 “Sclerodermia circoscritta o localizzata” 710.0 “Lupus eritematoso sistemico” 710.1 “Sclerosi sistemica (sclerodermia)” 710.3 “Dermatomiosite” 710.9 “Malattie diffuse del connettivo, non specificate (connettivite indifferenziata)” 099.3 “Malattia di Reiter” 694.0 “Dermatite erpetiforme di Duhring” 646.8 “Herpes gestazionale” 694.4 “Pemfigo” 694.5 “Pemfigoide” 720.8 “Altre spondilopatie infiammatorie” Alcune fra le principali complicanze d'organo delle patologie autoimmuni, sono le seguenti: 424.91 “Endocardite in malattie classificate altrove” 581.81 “Sindrome nefrosica, in malattie classificate altrove” 582.81 “Glomerulonefrite cronica, in malattie classificate altrove” 583.81 “Nefrite e nefropatia, non specificate come acute o croniche, in malattie classificate altrove”

Principali interventi di interesse dermatologico	cod. 86.22 "Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione" cod. 86.25 "Dermoabrasione con laser o mezzo meccanico di ampie superfici cutanee" cod. 86.28 "Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione" cod. 86.3 "Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo (DTC, crioterapia, laserterapia)" cod. 86.4 "Asportazione radicale di lesione della cute" cod. 86.6 "Innesto cutaneo libero" cod. 86.7 "Impianto di lembi peduncolati" cod. 86.84 "Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute con plastica a 'Z' " cod. 86.89 "Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo" cod. 99.82 "Terapia a luce ultravioletta" [N.B.: è necessario evitare l'utilizzo del cod. 86.05 "Incisione con rimozione di corpo estraneo o di dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo" perché genera un DRG medico].
Codifica degli interventi sulla cute relativi a palpebra e sopracciglia, orecchio esterno, naso, labbra, mammella, perineo femminile, vulva, pene, scroto ed ano	La codifica della maggior parte degli interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo va effettuata utilizzando i codici della categoria 86 (86.01-86.99); fanno eccezione a tale regola gli interventi sulla cute relativi ai seguenti distretti cutanei: - palpebra ⇨ codici 08.01-08.99 - sopracciglia ⇨ codici 08.01-08.99 - orecchio esterno ⇨ codici 18.01-18.9 - naso ⇨ codici 21.00-21.99 - labbra ⇨ codici 27.0-27.99 - mammella ⇨ codici 85.0-85.99 - perineo femminile ⇨ codici 71.01-71.9 - vulva ⇨ codici 71.01-71.9 - pene ⇨ codici 64.0-64.99 - scroto ⇨ codici 61.0-61.99 - ano ⇨ codici 49.01-49.99
Biopsie della cute e del tessuto sottocutaneo – Altre procedure	Procedure: 86.11 "Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo" 91.6 "Esame microscopico di campione di cute e di altri tegumenti" 91.7 "Esame microscopico di campione di ferita operatoria" 86.22 "Sbrigliamento di ferita, infezione o ustione, ..." 86.59 "Chiusura di cute e tessuto sottocutaneo di altre sedi" 96.59 "Altra irrigazione di ferita - Pulizia di ferita SAI"
Lipofilling	Condizioni caratterizzate da lipodistrofia, alterazioni del tessuto adiposo sottocutaneo conseguente a traumatismi o ad interventi chirurgici o a determinate malattie, possono essere trattate con l'innesto autologo di adipe e di derma. In tali casi la codifica da seguire è la seguente, esempi: 1] DP: V51 "Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica" DS: cod. 907.5 "Postumi di traumatismi dei nervi periferici del cingolo pelvico e dell'arto inferiore" PP: cod. 86.69 "Altro innesto di cute su altre sedi (Innesto di: derma, adiposo, dermo-adiposo, di cartilagine SAI)" [La procedura comprende anche il prelievo di tessuto per innesto autologo] 2] DP: cod. 701.8/9 "Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche della cute" DS: codice della patologia alla base della lipodistrofia [ad es.: cod. 042 "Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)"] PP: cod. 86.81 "Riparazione di difetti del viso" oppure cod. 86.02 "..... Iniezione/inserzione di materiale di riempimento"

MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO

Regole generali di codifica	Nel capitolo 13 vengono trattate le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, con esclusione delle patologie neoplastiche, infettive e in parte di quelle traumatiche, trattate nei rispettivi capitoli. Molte delle categorie del sistema muscoloscheletrico richiedono l'utilizzo della codifica a 5 caratteri. Il quinto carattere dei codici indica la sede coinvolta: 0 - sede non specificata 1 - spalla 2 - gomito 3 - polso 4 - mano 5 - anca 6 - ginocchio 7 - ossa della caviglia e del piede 8 - altre sedi specificate 9 - sedi multiple
Artropatie da agenti infettivi	La categoria 711._ _ include le artropatie associate ad infezione. La maggior parte dei codici compresi nella categoria 711._ _ richiedono anche un codice aggiuntivo per identificare il microorganismo infettante. Artrite da piogeni: • DP: cod. 711.0_ "Artrite da piogeni" ▪ DS: microrganismo infettante cod. 041.0_ - 041.8_ Artrite associata ad altre patologie infettive: • DP: va codificata prima la malattia di base ▪ DS: artrite cod. 711.1_ - 711.8_, con alcune eccezioni precisate dal manuale e riportate nel capitolo delle malattie infettive (es. artrite da salmonella, gonococcica) Artrite infettiva non specificata: • DP: cod. 711.9_ "Artrite infettiva non specificata"
Discite	Spontanea • DP: cod. 722.9_ "Altre e non specificate patologie del disco" ▪ DS: cod. 041.1_ "Infezione stafilococcica in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata"; riportare anche il codice di infezione da stafilococco, se disponibile TBC della colonna vertebrale • DP: cod. 722.9_ "Altre e non specificate patologie del disco" ▪ DS: cod. 015.0_ "Tubercolosi della colonna vertebrale" Post-operatoria • DP: cod. 998.59 "Altra infezione post-operatoria" ▪ DS: cod. 722.9_ "Altre e non specificate patologie del disco"
Trapianto di osso	• DP: patologia che richiede il trapianto - PP: codice della categoria 78.0_ "Innesto osseo" - PS: codificare anche l'eventuale sede del prelievo di osso per innesto cod. 77.70 - 77.79 "Prelievo di osso per innesto"

Trattamento di cisti aneurismatica dell'osso	● DP: cod. 733.22 "Cisti aneurismatica dell'osso" - PP: cod. categoria 77.6_ "Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo" (la quarta cifra specifica la sede interessata) - PS: cod. categoria 78.0_ "Innesto osseo" + - PS: cod. 77.70 - 77.79 "Prelievo di osso per innesto" <u>OPPURE</u> ● DP: cod. 733.22 "Cisti aneurismatica dell'osso" - PP: cod. 99.25 "Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore" - PS: cod. 38.91 "Cateterismo arterioso"
Piede piatto acquisito	A] Nel caso d'inserzione di vite endo-tarsica ● DP: cod. 734 "Piede piatto" (acquisito) - PP: cod. 78.58 "Fissazione interna di tarso e metatarso senza riduzione di frattura" B] Nel caso d'inserzione di vite endotarsica o ritensionamento del tendine tibiale posteriore e/o osteotomia del tubercolo scafoideo ● DP: cod. 734 "Piede piatto" (acquisito) - PP: cod. 78.58 "Fissazione interna di tarso e metatarso senza riduzione di frattura" - PS: cod. 77.98 "Osteotomia totale del tarso e del metatarso" <u>OPPURE</u> - PS: cod. 77.88 "Altra osteotomia parziale del tarso e del metatarso" (in base al tipo d'intervento) N.B.: il codice procedura 77.98 comprende anche trasferimento del tendine, stabilizzazione del piede e talectomia N.B.: non deve essere utilizzato il codice procedura 78.98 "Inserzione di stimolatore di crescita ossea sul tarso e metatarso" in quanto si riferisce all'inserzione di stimolatore elettrico o elettrodi osteogenici.
Piede piatto congenito	● DP: cod.754.61"Piede piatto congenito" - PP: cod. 78.58 "Fissazione interna di tarso e metatarso senza riduzione di frattura"
Viziosa saldatura o mancata saldatura di frattura	➡ Consolidamento vizioso di frattura: codice 733.81 ➡ Mancato consolidamento di frattura (pseudoartrosi): codice 733.82
Somministrazione endovenosa di difosfonati o farmaci simili	● DP: cod. 733.1_ "Frattura patologica – Frattura spontanea" (la 5° cifra indica la sede), 733.90 "Disturbi dell'osso e della cartilagine non specificati" (Dolore osseo), 338.3 "Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico)", 731.8 "Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove" ▪ DS: patologia di base ➔ cod. 198.5 "Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo"; 733.0_ "Osteoporosi" - PP: cod. 99.29 "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche"

Deviazioni della colonna vertebrale	➔ Descrivere con codici da 737.0 a 737.39 → Cifosi, lordosi, cifoscoliosi e scoliosi ➔ Se la deviazione è associata ad altre malattie di base (codici da 737.40 a 737.9), codificare per prima la malattia di base (es. cod. 138 <i>Poliomielite</i>, cod. 015.0 <i>Tbc della colonna vertebrale - Morbo di Pott</i>)
Fratture patologiche	Coerentemente alle regole generali di selezione della diagnosi principale, il codice della frattura patologica (733.1_) deve essere utilizzato in DP solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica. Data la natura poco specifica del codice si deve associare ad esso il codice relativo alla patologia di base (ad esempio neoplasia, osteoporosi, etc.) se conforme ai criteri di selezione delle diagnosi secondarie. • DP: codice della frattura patologica 733.1_, (deve essere utilizzato in diagnosi principale solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica) ▪ DS: codice patologia di base (ad esempio: cod. 198.5 <i>“Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo”</i>). - PP: cod. 78.4_ <i>“Altri interventi di riparazione o plastica su osso; Altra operazione sull'osso non classificata altrove”</i>
Fratture da traumatismi	[A] PRIMO RICOVERO: codificare la sede della frattura e le eventuali prestazioni chirurgiche [B] RICOVERI SUCCESSIVI (segnalare il motivo del ricovero: complicazione, postumo, controllo, rimozione mezzi di sintesi, ...) - CONTROLLO DEL GESSO (Rx, ecc.) va utilizzato il codice V54.9 <i>“Trattamento ortopedico ulteriore non specificato”</i>. Segnalare inoltre il codice che specifica l'intervento o la procedura eventualmente eseguito/a. - CAMBIO O RIMOZIONE DEL GESSO, del FILO DI KIRSCHNER, del FISSATORE ESTERNO (escluso il distrattore) utilizzare il codice V54.89 <i>“Altri trattamenti ortopedici ulteriori - Trattamento ulteriore per la cura di frattura SAI”</i>. Segnalare inoltre il codice che specifica l'intervento/procedura eseguito/a: PP codice 97.88 <i>“Rimozione di dispositivo esterno di immobilizzazione”</i> (gesso, ferula, mezzi esterni di fissazione e di trazione → filo di Kirschner). - RIMOZIONE DEI MEZZI DI SINTESI INTERNA utilizzare il codice V54.01 <i>“Trattamento ulteriore per l'estrazione di una placca o di altro dispositivo di fissazione interna”</i>. Segnalare inoltre il codice che specifica l'intervento/procedura eseguito/a: PP codice 78.6_ - <i>“Rimozione di dispositivi impiantati - Fissatore interno”</i> (la quarta cifra varia in base alla sede) - RIMOZIONE DEI MEZZI DI SINTESI INTERNA dovuta a complicazioni meccaniche utilizzare il codice 996.4_ <i>“Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni”</i>; se la rimozione è dovuta a complicazioni infettive utilizzare il codice 996.67 <i>“Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti ortopedici interni”</i>; se la rimozione è dovuta ad altre complicazioni, né meccaniche né infettive, utilizzare il codice 996.78 <i>“Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni ortopedici”</i>. Segnalare inoltre il codice che specifica l'intervento/procedura eseguito/a. - ESITI STABILIZZATI DI FRATTURA si codificano con i codici della categoria 905 <i>“Postumi di traumatismo del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo”</i>.

Interventi sulla spalla

Rispetto al criterio generale che richiede la codifica della via di accesso all'intervento chirurgico, se diversa dalla via classica, nell'utilizzo dei codici **78.41**, **80.71**, **81.82**, **83.63**, va **omesso il codice di artroscopia 80.21** poiché esso determina, impropriamente, l'assegnazione del **DRG diagnostico n. 232 "Artroscopia"**.

[A] In caso di ricovero per l'esecuzione di **INTERVENTI SULLA SPALLA** i codici che si possono utilizzare sono i seguenti:

DIAGNOSI PRINCIPALE ⇨ **codice specifico della patologia trattata**

cod. 718.31 "Lussazione recidivante della spalla"

cod. 727.61 "Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori"

cod. 840.0 "Distorsione e distrazione acromioclavicolare (articolazione) (legamento)"

cod. 840.4 "Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori (capsula)" [traumatica]

cod. 840.5 "Distorsione e distrazione sottoscapolare (muscolo)"

cod. 840.6 "Distorsione e distrazione sopraspinoso (muscolo)(tendine)"

Il seguente codice deve essere utilizzato solo nel caso non ve ne siano di più specifici:

cod. 726.10 "Disturbi non specificati della borsa e dei tendini della spalla - Sindrome della cuffia dei rotatori SAI"

INTERVENTO PRINCIPALE ⇨ **codice specifico dell'intervento effettuato**

cod. 81.82 "Riparazione di lussazione ricorrente della spalla"

cod. 81.83 "Altra riparazione della spalla" [questo codice può essere utilizzato da solo nel caso di esecuzione di specifiche procedure, ad es. *acromionoplastica*. Oppure, esso può essere indicato, in assenza di altri codici più specifici, fra le procedure secondarie in aggiunta ad altri codici, ad es. il cod. 83.63, per meglio descrivere l'atto operatorio, ad es. *ancorette*]

cod. 83.63 "Riparazione della cuffia dei rotatori"

cod. 80.71 "Sinoviectomia della spalla"

cod. 78.41 "Altri interventi di riparazione o plastica su scapola, clavicola e torace"

⇨ Gli interventi effettuati in **artroscopia** vanno codificati riportando fra le procedure secondarie il **codice 80.21 "Artroscopia della spalla"**, con l'eccezione dei casi indicati all'inizio di questa sezione.

[B] SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONE DELLA SPALLA CON PROTESI:

- **DP: codice patologia** che ha determinato la necessità dell'intervento
- **PP: cod. 81.80** "Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)" **OPPURE**
- **PP: cod. 81.81** "Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)".

Esempi:

[1] DP: cod. 726.10 "Disturbi non specificati della borsa e dei tendini della spalla - Sindrome della cuffia dei rotatori SAI"

PP: cod. 81.83 "Altra riparazione della spalla"

PS: cod. 80.21 "Artroscopia della spalla"

[2] DP: cod. 718.31 "Lussazione recidivante della spalla"

PP: cod. 81.82 "Riparazione di lussazione ricorrente della spalla"

cont.

cont. Interventi sulla spalla	[3] Riparazione della cuffia dei rotatori: DP: cod. 727.61 "Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori" PP: cod. 83.63 "Riparazione della cuffia dei rotatori" PS: cod. 81.83 "Altra riparazione della spalla" [4] 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" PP: cod. 83.63 "Riparazione della cuffia dei rotatori" PS: cod. 81.83 "Altra riparazione della spalla" Nota 1: Se effettuato, l'intervento di acromionplastica è, comunque, già implicitamente compreso nei seguenti codici: 81.80, 81.81, 81.82. Nota 2: Per poter giungere alla corretta attribuzione del DRG (area ortopedica), non vanno utilizzati i seguenti codici: - 80.81 "Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla" - 83.13 "Altra tenotomia" - 83.88 "Altri interventi di plastica sui tendini" - 83.5 "Borsectomia" [C] INSERIMENTO DI SPAZIATORE "INSPLACE BALLOON": in taluni casi ben selezionati in cui vi siano danni irreparabili e massivi alla cuffia dei rotatori e/o altre importanti controindicazioni agli interventi di tipo tradizionale, può essere preso in considerazione l'inserimento di spaziatore riassorbibile in materiale biodegradabile: • DP: cod. 715._1 "Artrosi spalla ..." e/o cod. 727.61 "Rottura...cuffia...rotatori" - PP: cod. 81.81 "Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)"
Revisione di protesi di spalla	[1] REVISIONE DI PROTESI DI SPALLA CON SOSTITUZIONE DELLA PROTESI • DP: cod. della categoria 996.4_ "Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni", oppure della categoria 996.66 "Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne", oppure della categoria 996.77 "Altre complicazioni da protesi articolari" ▪ DS: cod. V43.61 "Sostituzione di articolazione della spalla" - PP: cod. 81.97 "Revisione di sostituzione di articolazione di arto superiore – Parziale - Totale" + - PS: cod. 81.80 "Sostituzione totale della spalla" <u>OPPURE</u> - PS: cod. 81.81 "Sostituzione parziale della spalla" [2] REVISIONE DI PROTESI DI SPALLA SENZA SOSTITUZIONE DELLA PROTESI • DP: cod. della categoria 996.4_ "Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni", oppure della categoria 996.66 "Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne", oppure della categoria 996.77 "Altre complicazioni da protesi articolari" ▪ DS: cod. V43.61 "Sostituzione di articolazione della spalla" - PP: cod. 81.97 "Revisione di sostituzione di articolazione di arto superiore – Parziale - Totale" Nota: le regole metodologiche descritte sopra valgono anche per la revisione della protesi di gomito, utilizzando, in tal caso, il codice V43.62 "Sostituzione di articolazione del gomito" e il codice di procedura I/P 81.84 "Sostituzione totale del gomito" <u>sia per la sostituzione totale sia per quella parziale del gomito.</u>

Intervento chirurgico di sostituzione totale o parziale dell'anca e di revisione di protesi dell'anca

A) Sostituzione totale dell'anca

- **DP:** patologia responsabile del ricovero (frattura, artrosi ecc.)
- **PP:** **cod. 81.51** "Sostituzione totale dell'anca", tale codice comprende la sostituzione della testa del femore e dell'acetabolo con artroprotesi
- **PS:** tipo di *superficie d'appoggio* **cod. 00.74 - 00.77** +
- **PS:** **cod. 00.85** "Rivestimento totale dell'anca, acetabolo e testa del femore", tale codice comprende l'artroplastica di rivestimento totale dell'anca.

B) Sostituzione parziale dell'anca

- **DP:** patologia responsabile del ricovero (frattura, artrosi ecc.)
- **PP:** **cod. 81.52** "Sostituzione parziale dell'anca", tale codice comprende l'intervento di endoprotesi bipolare
- **PS:** tipo di *superficie d'appoggio* **cod. 00.74 - 00.77** +
- **PS:** **cod. 00.86** "Rivestimento dell'anca, parziale, testa del femore" OPPURE
- **PS:** **cod. 00.87** "Rivestimento dell'anca, parziale, acetabolo"

C) Revisione di protesi dell'anca

- **DP:** codici di diagnosi principale che possono essere utilizzati:
 - ➔ uno dei **codici** appartenenti alla **sottocategoria 996.4** "Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni" OPPURE
 - ➔ **cod. 996.66** "Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne" OPPURE
 - ➔ **cod. 996.77** "Altre complicazioni da protesi articolari interne" OPPURE
 - ➔ **cod. 996.78** "Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni ortopedici"
- **DS:** eventuali codici di diagnosi secondaria che possono essere utilizzati:
 - ➔ codice aggiuntivo per identificare la protesi articolare con **complicazioni meccaniche cod. V43.64**
 - ➔ eventuale **agente infettivo** responsabile dell'infezione
- **PP:** codici di procedura che possono essere utilizzati a seconda della tipologia di intervento di revisione (comprendono sia la revisione sia la contemporanea sostituzione):
 - ➔ **cod. 00.70** "Revisione di protesi d'anca, sia acetabolare che dei componenti femorali"
 - ➔ **cod. 00.71** "Revisione della protesi d'anca, componente acetabolare"
 - ➔ **cod. 00.72** "Revisione della protesi d'anca, componente femorale";
 - ➔ **cod. 00.73** "Revisione della protesi d'anca, inserto acetabolare e/o della sola testa del femore";
 - ➔ **cod. 81.53** "Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificata", tale codice va utilizzato in caso di revisione non specificata in relazione ai componenti sostituiti (acetabolare, femorale o entrambi)
 - ➔ **cod. 78.09** "Innesto osseo di altre ossa" (se associato)
- **PS:** tipo di *superficie d'appoggio* **cod. 00.74 - 00.77** + eventuale
- **PS:** *rimozione di spaziatore articolare -di cemento-* **cod. 84.57**

cont.

cont.

Intervento chirurgico di sostituzione totale o parziale dell'anca e di revisione di protesi dell'anca

Esempi:

Revisione di protesi dell'anca NIA:

- DP: cod. 996.78 "Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni ortopedici"
- PP: cod. 80.05 "Artrotomia per rimozione di protesi dell'anca"
- PS: cod. 81.53 "Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificati" con inserimento di spaziatore articolare OPPURE
- PS: cod. 00.7_ "Revisione della protesi d'anca" + EVENTUALMENTE
- PS: cod. 78.09 "Innesto osseo di altre ossa" (se associato)
+ EVENTUALE PRELIEVO DI OSSO
- PS: cod. 77.70 – 77.79 "Prelievo di osso per innesto"

Espianto di protesi infetta:

A) Se l'intervento viene effettuato in due tempi codificare:

[1]

- DP: cod. 996.66 "Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne"
- PP: cod. 80.05 "Artrotomia per rimozione di protesi dell'anca" +
- PS: cod. 81.53 "Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificati" con inserimento di spaziatore articolare

[2]

- DP: cod. 996.66 "Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne"
- PP: cod. 80.05 "Artrotomia per rimozione di protesi dell'anca" +
- PS: cod. 84.57 "Rimozione di spaziatore articolare" +
- PS: cod. 81.51 "Sostituzione totale dell'anca" OPPURE
- PS: cod. 81.52 "Sostituzione parziale dell'anca" + EVENTUALE
- PS: cod. 78.09 "Innesto osseo di altre ossa" (se associato)
+ EVENTUALE PRELIEVO DI OSSO
- PS: cod. 77.70 – 77.79 "Prelievo di osso per innesto"

B) Se l'intervento di revisione/sostituzione viene effettuato nello stesso ricovero in cui viene rimossa la protesi, codificare:

- DP: cod. 996.66 "Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne"
- PP: cod. 80.05 "Artrotomia per rimozione di protesi dell'anca" +
- PS: cod. 81.53 "Revisione di sostituzione dell'anca NIA" + EVENTUALE
- PS: cod. 78.09 "Innesto osseo di altre ossa" (se associato)

Nota: Le modalità e i criteri di codifica descritti per l'anca sono validi anche per le altre protesi articolari.

Intervento chirurgico di sostituzione totale del ginocchio e di revisione di protesi del ginocchio

A) Sostituzione totale del ginocchio

- **DP:** **patologia** responsabile del ricovero (frattura, artrosi ecc.)
- **PP:** **cod. 81.54** “Sostituzione totale del ginocchio”, tale codice comprende la sostituzione bicompartimentale, tricompartimentale, unicompartimentale (emiarticolare)

B) Revisione della protesi del ginocchio

- **DP:** codici di diagnosi principale che possono essere utilizzati:
 - ➔ uno dei **codici** appartenenti alla **sottocategoria 996.4** “Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni” OPPURE
 - ➔ **cod. 996.66** “Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne” OPPURE
 - ➔ **cod. 996.77** “Altre complicazioni da protesi articolari interne” OPPURE
 - ➔ **cod. 996.78** “Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni ortopedici”
 - **DS:** eventuali codici di diagnosi secondaria che possono essere utilizzati:
 - ➔ codice aggiuntivo per identificare la protesi articolare con **complicazioni meccaniche cod. V43.65**
 - ➔ eventuale **agente infettivo** responsabile dell'infezione
 - **Procedure:** codici di procedura che possono essere utilizzati a seconda della tipologia di intervento di revisione (comprendono sia la revisione sia la contemporanea sostituzione):
 - ➔ **cod. 00.80** “Revisione della protesi di ginocchio, totale (tutti i componenti)”. Tale codice va utilizzato in caso di intervento di revisione di tutti e tre i componenti della protesi di ginocchio; per descrivere la revisione della protesi di ginocchio fino a due componenti utilizzare i codici 00.81-00.83
 - ➔ **cod. 00.81** “Revisione della protesi di ginocchio, componente tibiale”
 - ➔ **cod. 00.82** “Revisione della protesi di ginocchio, componente femorale”
 - ➔ **cod. 00.83** “Revisione della protesi di ginocchio, componente patellare”
 - ➔ **cod. 00.84** “Revisione della protesi di ginocchio, inserto tibiale”
 - ➔ **cod. 81.55** “Revisione di sostituzione del ginocchio, non altrimenti specificata”, tale codice va utilizzato in caso di revisione non specificata in relazione ai componenti sostituiti (tibiale, femorale o patellare)
 - ➔ **cod. 78.09** “Innesto osseo di altre ossa” (se associato)
- +**
- **PS:** eventuale rimozione di spaziatore articolare -di cemento- **cod. 84.57**

Trattamento ortopedico ulteriore	⇒ I pazienti sottoposti a determinati trattamenti ortopedici, generalmente presentano la necessità di ulteriori cure, ad esempio per la rimozione di protesi metalliche, punti, placche o apparecchi di fissazione esterna. Per la codifica di questi specifici casi sono previsti i 24 codici V della categoria V54. “<i>Altro trattamento ortopedico ulteriore</i>”, suddivisi nelle seguenti sottocategorie: ➤ cod. V54.0 “<i>Trattamento ulteriore per dispositivo di fissazione interna</i>” ➤ cod. V54.1 “<i>Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica</i>” ➤ cod. V54.2 “<i>Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica</i>” ➤ cod. V54.8 “<i>Altro trattamento ortopedico ulteriore</i>” ➤ cod. V54.9 “<i>Trattamento ortopedico ulteriore non specificato</i>” ⇒ In caso di trattamento ortopedico ulteriore di frattura consolidata (controllo del gesso, per il cambio o rimozione del gesso, del filo di Kirschner, del fissatore esterno escluso il distruttore), che non è possibile effettuare in regime assistenziale diverso dal ricovero, si utilizza in diagnosi principale il codice V54.89 “<i>Trattamento ortopedico ulteriore per la cura di frattura SAI</i>”. <u>Esempi:</u> Rimozione di mezzi di fissazione esterni (rientra anche la rimozione di gesso): • DP: cod. V54.89 “<i>Trattamento ortopedico ulteriore per la cura di frattura SAI</i>” - PP: cod. 97.88 “<i>Rimozione di dispositivo esterno di immobilizzazione</i>” Rimozione di mezzi di fissazione esterni - altro: • DP: cod. V54.89 “<i>Trattamento ortopedico ulteriore</i>” - PP: cod. 78.6 “<i>Rimozione di dispositivi impiantati</i>” (la quarta cifra indica la sede) ⇒ Per la rimozione dei mezzi di sintesi interna, utilizzare il codice V54.01 “<i>Trattamento ulteriore per rimozione di dispositivo di fissazione interna</i>”. <u>Esempio:</u> Rimozione di mezzi di fissazione interni: • DP: cod. V54.01 “<i>Trattamento ulteriore per rimozione di dispositivo di fissazione interna</i>”. - PP: cod. 78.6 “<i>Rimozione di dispositivi impiantati</i>” (la quarta cifra indica la sede)” ⇒ In caso di viziosa o mancata saldatura di frattura con presenza di frattura patologica vertebrale e trattamento ortopedico ulteriore di cifoplastica, è indicata la seguente codifica: • DP: cod. 733.81/82 “<i>Mancata/viziosa saldatura di frattura</i>” ▪ DS: cod. V54.27 “<i>Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica di vertebra</i>” - PP: cod. 81.66 “<i>Cifoplastica</i>” (compresa tecnica con palloncino) <u>NOTA:</u> Nei casi descritti sopra non va indicata la patologia di base.
Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi	I codici V52. e V53. devono essere utilizzati, come diagnosi principale, per descrivere il ricovero per <u>sostituzione</u>, <u>manutenzione</u>, <u>estrazione di dispositivi e protesi</u>; si tratta di <u>attività programmate da tener distinte dai malfunzionamenti</u> codificati con le categorie 996 e 997.

Artrodesi/Rifusione della colonna vertebrale	In caso di intervento di artrodesi o rifusione della colonna vertebrale, la codifica deve essere effettuata nel seguente modo: • DP: cod. 754.2 <i>“Malformazione congenita della colonna vertebrale”</i> <u>OPPURE</u> • DP: cod. 737.3 <i>“Cifoscoliosi e scoliosi”</i> - PP: cod. 81.0 <i>“Artrodesi vertebrale”</i> <u>OPPURE</u> - PP: cod. 81.3 <i>“Rifusione della colonna vertebrale”</i> + <u>EVENTUALE</u> - PS: cod. 84.51 <i>“Inserzione di un dispositivo di fusione tra i corpi spinali”</i> <u>OPPURE</u> - PS: cod. 84.52 <i>“Inserzione di proteine morfogenetiche dell’osso ricombinanti”</i> + - PS: cod. 81.62 o 81.63 o 81.64 <i>“Fusione o rifusione di n. ... vertebre”</i>
Riparazione di fratture vertebrali	Per gli interventi di riparazione delle fratture vertebrali vanno utilizzate le seguenti modalità di codifica: • DP: cod. 805. <i>“Frattura della colonna vertebrale senza menzione di lesione del midollo spinale”</i> <u>OPPURE</u> • DP: cod. 806. <i>“Frattura della colonna vertebrale con lesione del midollo spinale”</i> - PP: cod. 81.65 <i>“Vertebroplastica”, in caso di iniezione di riempitivo (cemento) (polimetilmetacrilato PMMA) nell’osso del corpo vertebrale patologico/fratturato-</i> <u>OPPURE</u> - PP: cod. 81.66 <i>“Cifoplastica”, in caso di inserzione di palloncino gonfiabile, tamp. osseo, o altro dispositivo per la creazione di cavità finalizzata a parziale ripristino dell’altezza del corpo vertebrale patologico o fratturato prima di iniezione di cemento/polimetilmetacrilato (PMMA)</i> <u>OPPURE</u> - PP: cod. 78.49 <i>“Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa (Vertebre)”, per gli altri interventi di ricostruzione vertebrale</i> <u>OPPURE</u> - PP: cod. 03.53 <i>“Riparazione di frattura vertebrale con riduzione”</i> + <u>EVENTUALE</u> - PS: cod. 99.29 <i>“Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche” (cemento, PMMA)</i>
Trattamento dell’ernia discale	<u>Intervento chirurgico a cielo aperto:</u> - PP: cod. 80.51 <i>“Asportazione di disco intervertebrale”</i> <u>Trattamento con radiofrequenza o laser o altra tecnica percutanea e nucleoplastica a radiofrequenza:</u> - PP: cod. 80.59 <i>“Altra distruzione di disco intervertebrale - Distruzione effettuata con laser”</i> <u>Trattamento con ozono, gel o altra sostanza</u> (da effettuare preferibilmente in setting ambulatoriale): - PP: cod. 80.52 <i>“Asportazione di disco”</i> <u>Sostituzione di disco vertebrale</u> (inserzione di protesi artificiale del disco vertebrale o revisione o sostituzione: - PP: cod. 84.6 <i>“Sostituzione di disco vertebrale”</i>

Chirurgia della mano	La codifica degli interventi di reimpianto delle dita della mano conseguenti a traumatismo, vanno effettuati nel seguente modo: • DP: cod. 885. <i>“Amputazione traumatica del pollice (completa) (parziale)”</i> <u>OPPURE</u> • DP: cod. 886. <i>“Amputazione traumatica delle altre dita della mano (completa) (parziale)”</i> - PP: cod. 84.21 <i>“Reimpianto del pollice della mano”</i> <u>OPPURE</u> - PP: cod. 84.22 <i>“Reimpianto di dita della mano”</i> <u>NOTA:</u> In caso di reimpianto multiplo, il codice della procedura dovrà essere ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate
Biopsia ossea e osteomidollari	Le biopsie ossee e osteomidollari vanno descritte nel seguente modo: - PP: cod. 41.31 <i>“Biopsia del midollo osseo”</i> <u>[via percutanea con agoaspirazione]</u> <u>OPPURE</u> - PP: cod. 77.4 <i>“Biopsia dell’osso”</i> <u>[a cielo aperto]</u> <u>NOTA:</u> Il codice 77.40 “Biopsia dell’osso, sede non specificata” non dovrebbe mai essere utilizzato in quanto aspecifico.
Conversione a cielo aperto di artroscopia	Se l'intervento in artroscopia viene convertito a cielo aperto: • DP: cod. patologia che ha indotto l'intervento - PP: cod. V64.43 <i>“Intervento chirurgico per via artroscopica convertito in intervento a cielo aperto”</i>
Sindrome da allettamento	La sindrome da allettamento senza ulteriori complicanze va codificata con il codice 728.2 <i>“Atrofia muscolare da inattività non classificata altrove”</i>.
Sindrome del tunnel carpale	L'ambito assistenziale più appropriato per l'intervento per tunnel carpale è il regime ambulatoriale. Qualora fosse necessario il ricovero, la codifica dovrà essere la seguente: • DP: cod. 354.0 <i>“Sindrome del tunnel carpale”</i> - PP: cod. 04.43 <i>“Liberazione del tunnel carpale”</i>
Dito a scatto	• DP: cod. 727.03 <i>“Dito a scatto (acquisito)”</i> - PP: cod. 82.01 <i>“Esplorazione della fascia tendinea della mano - Incisione della fascia tendinea della mano”</i>
Ganglio della guaina tendinea (mano)	• DP: cod. 727.42 <i>“Ganglio della guaina tendinea”</i> - PP: cod. 82.21 <i>“Asportazione di lesione della fascia tendinea della mano Ganglionectomia della fascia tendinea (polso)”</i>

Artroscopia

È necessario distinguere l'artroscopia eseguita al solo fine diagnostico da quella finalizzata ad effettuare una prestazione terapeutica. In quest'ultimo caso, quando non sia disponibile un codice combinato che descriva sia l'intervento sia la modalità di accesso, utilizzare un **codice di procedura aggiuntivo relativo alla via di accesso** al trattamento terapeutico effettuato (non necessario nel caso di intervento a cielo aperto).

Esempi:

Artroscopia non risolutiva per correzione chirurgica del danno anatomico

- **DP: cod. 717.1** *“Lesione corno anteriore menisco interno”* +
- **PP: cod. 80.26** *“Artroscopia del ginocchio”*

Artroscopia risolutiva per correzione chirurgica del danno anatomico

- **DP: cod. 717.1** *“Lesione corno anteriore menisco interno”* +
- **PP: cod. 80.6** *“Asportazione di menisco del ginocchio”* +
- **PS: cod. 80.26** *“Artroscopia del ginocchio”*

**Codici di
Diagnosi e di
Interventi/Procedure**

Conversione a cielo aperto di artroscopia

- DP: codificare la **patologia** che ha indotto l'intervento
- DS: cod. V64.43 "Intervento chirurgico per via artroscopica convertito in intervento a cielo aperto".

Escissione di cisti sinoviale

- DP: cod. 727.51 "Cisti del cavo popliteo (cisti di Baker - ginocchio)"
- PP: cod. 83.39 "Asportazione di lesione di altri tessuti molli"

Riparazione del legamento crociato anteriore del ginocchio

- DP: cod. 844.2 "Distorsione e distrazione legamento crociato del ginocchio"
OPPURE
- DP: cod. 717.83 "Lesione inveterata del legamento crociato anteriore"
- PP: cod. 81.45 "Altra riparazione dei legamenti crociati" +
- PS: cod. 80.26 "Artroscopia del ginocchio"
- + EVENTUALE
- PS: cod. 80.6 "Asportazione di menisco del ginocchio"

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"
- PP: 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"
- PP: cod. 78.49 "Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa"

Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici quali corsetto, gesso e protesi di arto

- DP: cod. V53.7 "Collocazione e sistemazione di apparecchi ortopedici"
- Nel caso di **malfunzionamento** di un dispositivo ortopedico (ad esempio, impianto esterno con viti, impianto interno con placche, innesto osseo), occorrerà segnalare uno dei codici **996.4** "Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni".
- Ulteriori e altre complicazioni potranno essere codificate impiegando gli specifici codici delle sottocategorie **996.6** "Infezioni e reazioni infiammatorie da protesi, impianti e innesti interni" e **996.7** "Altre complicazioni di protesi, impianti e innesti interni".

Alterazione della cartilagine articolare del ginocchio

- DP: cod. 717.5 "Lesione dei menischi non classificata altrove - Degenerazione cartilagine semilunare SAI"
- PP: cod. 80.96 "Altra asportazione dell'articolazione del ginocchio" +
- PS: cod. 80.26 "Artroscopia del ginocchio"

Frattura di tibia e perone

- DP: cod. 823.22 "Frattura di diafisi, chiusa, perone e tibia" OPPURE
- DP: cod. 823.32 "Frattura esposta perone e tibia"
- PP: cod. 79.36 "Riduzione cruenta di frattura di tibia e fibula, con fissazione interna" + EVENTUALE
- PS: cod. 78.17 "Applicazione di fissatore esterno di tibia e fibula"
- + EVENTUALE
- PS: cod. 03.91 "Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia".

Trattamento dell'artrosi con tessuto adiposo autologo	Il trattamento dell'artrosi mediante prelievo con liposuzione e successiva iniezione di tessuto adiposo autologo nel distretto interessato, dovrebbe avvenire in regime ambulatoriale. Nei casi in cui sia effettuato in regime diurno va utilizzata la seguente codifica: • DP: cod. 715.1_ "Artrosi localizzata, primaria" OPPURE • DP: cod. 715.3_ "Artrosi localizzata, non specificata se primaria o secondaria" - PP: cod. 83.98 "Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli" + - PS: cod. 86.01 "Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo" Non va indicata l'artroscopia altrimenti, in questo caso, il grouper assegna un DRG diagnostico. Non va utilizzato il codice di procedura 81.47 "Altra riparazione del ginocchio" o "Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo" che determinano l'assegnazione di DRG non idonei.
Innesto di sostituto osteocondrale di articolazione	[A] Per i ricoveri che prevedono interventi chirurgici a cielo aperto di ricostruzione articolare di ginocchio, spalla e caviglia, in cui venga utilizzato un sostituto osteoarticolare di origine biotecnologica di ampie dimensioni, debbono essere utilizzati i codici di procedura sotto indicati. Si tratta di casi in cui sia effettuato un trapianto/impianto totale o parziale di ampie dimensioni e almeno unicompartimentale (emiarticolare) di articolazione: • DP: codice patologia responsabile (es. cod. 715.___ artrosi - PP: possibili codici di intervento: - cod. 81.54 "Sostituzione totale del ginocchio – bi-tri-uni-compartimentale, emiarticolare" - cod. 81.80 "Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)" - cod. 81.81 "Sostituzione parziale di spalla (con protesi sintetica)" - cod. 81.56 "Sostituzione totale della tibiotalare" [B] In caso di correzione di lesioni osteocondrali, anche di grado elevato, non assimilabili alle sostituzioni articolari, con <u>sostituti osteocondrali biologici o sintetici</u>, la codifica è la seguente: • DP: codice patologia responsabile (es. cod. 715.___ artrosi - PP: cod. 84.52 "Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti" + codici di riparazione articolare specifici per sede: - PS: cod. 81.47 "Altra riparazione del ginocchio" - PS: cod. 81.49 "Altra riparazione della caviglia" - PS: cod. 81.83 "Altra riparazione della spalla" - PS: cod. 78.46 "Altri interventi di riparazione o plastica sulla rotula"
Autotrapianto di cartilagine in artroscopia	1° Ricovero: prelievo di cartilagine • DP: patologia che richiede l'autotrapianto (es.: cod. 717.7 condromalacia della rotula, ...) - PP: cod. 80.9_ "Altra asportazione dell'articolazione di ..." + - PS: cod. 80.2_ "Artroscopia di ..." 2° Ricovero: effettuazione autotrapianto • DP: patologia che richiede l'autotrapianto ▪ DS: cod. V42.89 "Altro organo o tessuto specificato sostituito da trapianto" - PP: cod. 81.4_ "Altra riparazione dell'articolazione delle estremità inferiori..." + - PS: cod. 80.2_ "Artroscopia di ..."

Trapianto di osso	• DP: patologia che richiede il trapianto ▪ DS: cod. V42.4 “Osso sostituito da trapianto” - PP: codice della categoria 78.0_ “Innesto osseo” + - PS: la sede del prelievo di osso per innesto cod. 77.71 - 77.79 “Prelievo di osso per innesto”
Innesto di tendine da cadavere	• DP: codice della patologia di base ▪ DS: cod. V42.89 “Altro organo o tessuto sostituito da trapianto” - PP: cod. 83.75 “Trasposizione o trapianto di tendini” <u>Nota:</u> questa codifica <u>non si applica</u> nei casi di ricostruzione di muscoli e tendini associati con artroplastica.
Innesto di tendine sintetico	• DP: codice della patologia di base - PP: cod. 83.81 “Innesto tendineo” <u>Nota:</u> La seguente codifica <u>non si applica</u> agli interventi di plastica su muscoli, tendini e fasce associate con artroplastica.
Lombalgia - Sciatalgia	[1] Nel caso sia identificata una malattia di base causa del quadro clinico, la codifica è la seguente: • DP: cod. 722.10 “Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia - Lombalgia e/o sciatalgia” <u>OPPURE</u> • DP: cod. 721.3 “Spondilosi lombosacrale senza mielopatia – artrite – artrosi spondiloartrosi” [2] Qualora la sintomatologia non sia correlata a patologia discale o a quadri artritici o artrosici, può essere adottata una delle seguenti codifiche: • DP: cod. 724.2 “Lombalgia”, <u>OPPURE</u> • DP: cod. 724.3 “Sciatalgia” <u>OPPURE</u> • DP: cod. 724.5 “Dorsalgia, non specificata - Sindrome dolorosa di origine vertebrale SAI” <u>Nota:</u> per i casi in cui si rendesse necessaria la terapia antalgica, si rimanda all'apposito capitolo del presenete manuale.

MALFORMAZIONI CONGENITE

Regole generali di codifica

⇒ Le **malformazioni congenite** sono classificate nel **capitolo XIV (740-759)** della ICD-9-CM.

Altre condizioni di origine perinatale, comprese alcune condizioni specificate come congenite, sono descritte nel **capitolo XV (760-779)**, che **include anche i traumi ostetrici** classificati con la **categoria 767**.

Il termine congenito viene utilizzato per descrivere una condizione anomala già presente alla nascita, ancorché possa manifestarsi clinicamente in età più avanzata. Molte condizioni congenite non correggibili persistono per tutta la vita e, quindi, l'età del paziente non può essere un fattore determinante nell'assegnazione di questi codici.

⇒ Le malformazioni congenite sono **classificate secondo il sistema/apparato coinvolto** ed in base alle **localizzazioni d'organo**. Nei casi in cui non sia previsto un codice specifico o non sia possibile descrivere in maniera specifica una malattia con un solo codice, devono essere utilizzati codici aggiuntivi di manifestazione presenti anche in altri settori della classificazione (codifica multipla).

⇒ Lo **stato di portatore di malformazione** si può riportare con **codice V13.6_** "*Anamnesi personale di malformazioni congenite*", qualora la condizione abbia qualche riflesso sul ricovero in oggetto.

⇒ La **malformazione rilevata alla nascita può essere riportata come diagnosi nella SDO del neonato dimesso dal nido solo se abbia avuto ripercussioni sul percorso assistenziale**. In tal caso le modalità di codifica sono le seguenti:

- **DIAGNOSI PRINCIPALE:** la **malformazione rilevata alla nascita** va riportata in **diagnosi principale [DP]** della SDO del neonato solo se essa ha comportato un **impegno assistenziale rilevante** che può avere determinato anche un allungamento della degenza e risponde ai criteri generali di selezione della diagnosi principale (condizione che abbia assorbito la maggior quantità di risorse assistenziali); in questi casi **in diagnosi secondaria [DS] vanno riportati i codici V30-V39** (vedasi anche capitolo XV). I codici V3_._ vanno riportati in quanto forniscono utili informazioni epidemiologiche inerenti all'evento nascita.
- **DIAGNOSI SECONDARIA:** la **malformazione rilevata alla nascita** viene segnalata tra le **diagnosi secondarie [DS]**, nella SDO del neonato, se ha comportato un **impegno assistenziale moderato**. In questi casi i **codici V30-V39** vanno codificati in **diagnosi principale**.

Esempi:

A) Neonato con piede torto riscontrato alla nascita, senza trattamento: in diagnosi principale [DP] va riportato un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "Nati vivi secondo il tipo di nascita"; la malformazione non va codificata.

B) Neonato con piede torto riscontrato alla nascita con specifici accertamenti e/o trattamenti: ❶ in DP va riportato un codice appartenente alle categorie **V30, V31, V32, V34, V36** "Nati vivi secondo il tipo di nascita", ❷ tra le **DS** il **codice 754.70** "Piede torto non specificato", ❸ tra le procedure [I/P] gli accertamenti/trattamenti effettuati.

cont.

cont. Regole generali di codifica	C) <u>Neonato con piede torto riscontrato alla nascita</u> e che viene <u>sottoposto</u>, durante lo stesso episodio di degenza dell'evento nascita, <u>ad intervento chirurgico di correzione della malformazione</u>: ❶ in DP va riportato il codice 754.70, ❷ tra le DS il codice V3.____, ❸ tra le procedure il codice dell'intervento chirurgico effettuato. In tal modo viene assegnato un DRG "non neonatale" che rende ragione del consumo delle risorse.
Regole specifiche di codifica. Assegnazione di DRG "impropri"	Alcuni codici in questo Capitolo danno origine a DRG "impropri" se utilizzati in diagnosi principale al di fuori del periodo neonatale. ⇒ I seguenti codici determinano l'assegnazione, indipendentemente dall'età del paziente, di DRG non appartenenti alla MDC 15: ➔ cod. 759.7 "Anomalie congenite multiple – SAI - così descritte" ➔ cod. 759.81 "Sindrome di Prader-Willi" ➔ cod. 759.83 "Sindrome della X fragile" ➔ cod. 759.89 "Altro - Sindromi malformative congenite...non classificate altrove" Anche il codice 759.4 "Gemelli congiunti", utilizzato in diagnosi principale, elabora un DRG "neonatale" (387 o 389). È opportuno, pertanto, evitare l'utilizzo in diagnosi principale di tutti i codici sopra elencati, per soggetti di età superiore all'anno di età. In tali casi (successivi, comunque, alla degenza in cui è stata posta la diagnosi di malformazione, e miranti al trattamento di una manifestazione clinica correlata alla malformazione stessa), in diagnosi principale va posta la condizione oggetto del trattamento e causa del ricovero, seguita, in diagnosi secondaria, dal codice della malformazione. ⇒ I codici 758.5 "Altre condizioni dovute ad anomalie autosomiche", 758.9 "Manifestazioni dovute ad anomalie di cromosomi non specificati" e 759.9 "Anomalie congenite, non specificate" utilizzati in diagnosi principale, elaborano il DRG 467 ("Altri fattori che influenzano lo stato di salute"), considerato ad alto rischio di inappropriately. Anche in questo caso dovrà essere codificata, come prima diagnosi, la manifestazione clinica più rilevante.
Atresia e stenosi esofagea	A) Atresia esofagea e stenosi esofagea congenita: • DP: cod. 750.3 "Fistola tracheoesofagea, atresia esofagea e stenosi" Possibili Procedure: - cod. 31.73 "Chiusura di altra fistola della trachea" - cod. 42.51 "Esofago-esofagostomia intratoracica" - cod. 42.53 "Anastomosi esofagea intratoracica con interposizione di intestino tenue" - cod. 42.55 "Anastomosi esofagea intratoracica con interposizione di colon" - cod. 42.58 "Anastomosi esofagea intratoracica con altra interposizione" - cod. 43.11 "Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]" - cod. 43.19 "Altra gastrostomia" B) Stenosi e restringimento esofageo acquisito (stenosi esofagea secondaria): • DP: cod. 530.3 "Restringimento e stenosi dell'esofago" Possibili Procedure: - cod. 42.92 "Dilatazione esofagea" - cod. 43.11 "Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]" - cod. 43.19 "Altra gastrostomia" - cod. 42.23 "Altra esofagoscopia"

Stenosi congenita del piloro	• DP: cod. 750.5 “Stenosi ipertrofica congenita del piloro” Possibili Procedure: - cod. 43.3 “Piloromiotomia” - cod. 44.21 “Dilatazione mediante incisione del piloro”
Malformazioni muscoloscheletriche di origine meccanica avvenute durante la gestazione	A. Le malformazioni muscolo-scheletriche di origine meccanica avvenute durante la gestazione (ad es. malposizione uterina) sono classificate con i codici della sottocategoria 754.__ “Alcune malformazioni congenite del sistema muscolo scheletrico” B. Per le anomalie e legate a traumi alla nascita, occorre utilizzare i codici della sottocategoria 767.__ “Traumi ostetrici” del Capitolo 15, riservato alle Condizioni morbose del periodo perinatale.
Nato con soffio cardiaco non associato a malformazione	• DP: solo un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 “Nati vivi secondo il tipo di nascita”
Sindrome dello Stretto (compressione) Toracico	• DP: cod. 353.0 “Lesioni del plesso brachiale - Sindrome della costola cervicale” - PP: cod. 77.91 “Ostectomia totale della scapola, della clavicola, del torace (coste e sterno)”
Ipertensione polmonare persistente e primitiva del neonato	Nella versione ICD9-CM 2007 è stato introdotto il cod. 747.83 “Circolazione fetale persistente”, che include “l’ipertensione polmonare persistente” e “l’ipertensione polmonare primitiva del neonato”.
Criptorchidismo	• DP: cod. 752.51 “Testicolo non disceso – Criptorchidismo - Testicolo ectopico” <u>oppure</u> • DP: cod. 752.52 “Testicolo retrattile” - PP: cod. 62.5 “Orchiopessi” Tra le diagnosi secondarie va codificata anche la diagnosi di ernia inguinale (cod. categoria 550.) e l’eventuale procedura di erniotomia, solamente nel caso che l’ernia sia clinicamente evidente.
Intervento di raddrizzamento del pene secondo NESBIT	In caso di ricovero per intervento di raddrizzamento del pene secondo NESBIT codificare nel seguente modo: <u>se la deviazione è congenita:</u> • DP: cod. 752.63 “Curvatura anormale, congenita del pene” - PP: cod. 64.92 “Incisione del pene” <u>se la deviazione è acquisita:</u> • DP: cod. 607.81 “Induratio penis plastica” - PP: cod. 64.92 “Incisione del pene”
Altre anomalie degli organi genitali	Nella versione ICD9-CM 2007 sono stati introdotti i seguenti codici diagnostici: ➔ cod. 752.81 “Trasposizione dello scroto” ➔ cod. 752.89 “Altre anomalie specificate degli organi genitali -”

Correzione di idrocele	Per l'intervento chirurgico di correzione di idrocele la codifica è la seguente: • DP: cod. della categoria 603. <i>"Idrocele"</i> - PP: cod. 61.2 <i>"Asportazione di idrocele (della tunica vaginale)"</i> in caso di chiusura del dotto peritoneovaginale associato o non ad eversione della tunica vaginale Nota: in caso di ricovero finalizzato all'esecuzione di tale intervento chirurgico, non va utilizzato in diagnosi principale il codice 778.6 <i>"Idrocele congenito"</i>, che porterebbe all'assegnazione di un DRG non coerente con la procedura chirurgica eseguita.
Correzione di fimosi o parafimosi	L'intervento per correzione della condizione di fimosi va codificato nel seguente modo: • DP: cod. 605 <i>"Prepuzio esuberante e fimosi (o parafimosi)"</i> - PP: cod. 64.0 <i>"Circoncisione"</i> Nota: per tale intervento non va utilizzato il cod. 64.93 <i>"Liberazione di sinechie peniene"</i>. Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere eventualmente codificate con il cod. 64.91 <i>"Plastiche di slittamento del prepuzio"</i>.
Anomalie cromosomiche	Nella versione ICD9-CM 2007 sono stati introdotti i codici: ➔ cod. 758.31 <i>"Sindrome del cri-du-chat"</i> ➔ cod. 758.32 <i>"Sindrome velo-cardio-faciale"</i> ➔ cod. 758.33 <i>"Altre microdelezioni"</i> ➔ cod. 758.39 <i>"Altre delezioni autosomiche"</i>
Malformazione artero-venosa cerebrospinale (MAV) congenita	Se CEREBRALE, codificare: • DP: cod. 747.81 <i>"Anomalie del sistema cerebrovascolare"</i> - PP: cod. 38.81 <i>"Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici - Clampaggio, dissezione, legatura, occlusione di vaso sanguigno"</i> OPPURE - PP: cod. 38.61 <i>"Altra asportazione di vasi intracranici - Asportazione (di lesione) di vaso sanguigno SAI"</i> OPPURE, se intervento per via endovascolare - PP: cod. 39.72 <i>"Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo"</i> Se interessa i VASI SPINALI, codificare: • DP: cod. 747.82 <i>"Anomalie dei vasi spinali"</i> ▪ DS: cod. 336.1 <i>"Mielopatie vascolari"</i> - PP: cod. 38.80 <i>"Altra occlusione chirurgica di vasi, sede non specificata - Clampaggio, dissezione, legatura, occlusione di vaso sanguigno"</i> OPPURE - PP: cod. 38.60 <i>"Altra asportazione di vasi, sede non specificata - Asportazione (di lesione) di vaso sanguigno SAI"</i> OPPURE, se intervento per via endovascolare - PP: cod. 39.79 <i>"Altra riparazione endovascolare di altri vasi"</i>
Rilevazione difetti cardiaci congeniti mediante pulsossimetria	La pulsossimetria arteriosa è una procedura non invasiva che permette di rilevare la saturazione di ossigeno dell'emoglobina nel sangue arterioso. Essa consente, quindi, di evidenziare precocemente eventuali condizioni di ipossiemia, e, indirettamente, sospettare la presenza di gravi difetti cardiaci congeniti (es. persistenza pervietà del dotto di Botallo). La codifica da utilizzare in questi casi prevede il cod. 89.65 <i>"Emogasanalisi arteriosa sistemica"</i> che si riferisce all'emogasanalisi arteriosa effettuata senza puntura dell'arteria. Nel caso si rendesse necessario procedere alla puntura di un'arteria per effettuare un'indagine analitica (ad es. prelievo di sangue arterioso per <i>ega</i>), il manuale ICD-9-CM indirizza al cod. 38.98 <i>"Altra puntura di arteria"</i> qualora si tratti di singola puntura, oppure al cod. 89.60 <i>"Emogasanalisi continua intra-arteriosa"</i>.

ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE

Regole generali di codifica

⇒ Le malattie classificate nel Capitolo 15 hanno origine nel periodo perinatale e cioè:

- nel periodo **intrauterino**
- nei **28 giorni successivi alla nascita** anche se la morte o le manifestazioni patologiche si manifestano successivamente. Questi codici, infatti, possono essere utilizzati per codificare la SDO dei ricoveri di bambini entro il primo anno di vita.

⇒ In generale, le diagnosi della **SDO del neonato** devono trovare correlazione con le situazioni registrate nella SDO della madre.

Esempio:

- **SDO materna:**
 - **DP: cod. 656.3_** parto con “Sofferenza fetale”
 - **DS: cod. V27.0** “Parto semplice nato vivo”
 - **PP: cod. 74._** “Taglio cesareo”
- **SDO del neonato con sintomi:**
 - **fra le diagnosi: cod. 768.3** “Sofferenza fetale”
- **SDO del neonato senza sintomi:**
 - **fra le diagnosi: cod. 763.82** “Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto durante il travaglio”

NOTA: i codici delle categorie **760-763** “Cause materne di morbidità e mortalità perinatale”, possono essere utilizzati come DS nella SDO del neonato (e solo su questa), esclusivamente **quando la condizione materna ha influenzato il trattamento o ha determinato un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato**.

Tali codici **non devono essere riportati se** il problema ha determinato uno specifico trattamento nei confronti della madre o uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, **senza tuttavia influenzare il trattamento del neonato**.

Quando la condizione della madre ha provocato nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede preferibilmente codici più specifici piuttosto che quelli delle sottocategorie 760._ - 763._.

Esempio:

- Diabete materno che abbia provocato un'ipoglicemia nel neonato:
 - **fra le diagnosi: cod. 775.0** “Sindrome del neonato di madre diabetica”

⇒ I seguenti codici non devono essere utilizzati nel caso di neonato “**nato morto**” in quanto **non deve essere compilata la SDO** (e quindi non si apre una Cartella Clinica):

- **cod. 768.0** “Morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio o in un momento non specificato”
- **cod. 768.1** “Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio”
- **cod. 779.6** “Interruzione della gravidanza riferita al feto”

cont.

cont.

Regole generali di codifica

Nei casi di neonato “nato morto” vanno invece utilizzati nella SDO materna i codici V27._ corrispondenti:

➔ **cod. V27.1** “Parto semplice: nato morto”

➔ **cod. V27.4** “Parto gemellare: entrambi nati morti”

➔ **cod. V27.7** “Altro parto multiplo: tutti nati morti”

⇒ Coerentemente con le regole generali di codifica, l'individuazione di condizioni cliniche sulla SDO del neonato deve avvenire solo quando queste siano significative; pertanto **non devono essere codificate le condizioni non rilevanti o segni o sintomi che si risolvono senza specifico trattamento** (ad esempio: ittero fisiologico neonatale)

⇒ L'esecuzione di **vaccinazioni** o di **screening** nei neonati (*ad esempio*: screening oculare **cod. 16.21**, screening audiologico **cod. 95.41** -audiometria ad impedenza- oppure **cod. 95.43** -valutazione audiologica- che vanno **segnalati tra le procedure**), **non comporta l'assegnazione di ulteriori codici di diagnosi** oltre a quelli dal V30 al V39, né come Diagnosi principale né come secondarie; si tratta infatti di prestazioni facenti parte dell'assistenza complessiva al neonato.

Nel caso, invece, che la vaccinazione non venga eseguita, fra le **diagnosi secondarie** va segnalata la motivazione con i codici della **sottocategoria V64.0** (*Esempi*: **cod. V64.01** “Vaccinazione non eseguita per malattia acuta”, **cod. V64.06** “Vaccinazione non eseguita per rifiuto del paziente”, ...).

⇒ I **codici delle categorie 760-763** (Cause materne di morbosità e Mortalità perinatale) possono essere utilizzati in diagnosi secondaria [DS] **nella SDO del neonato** esclusivamente quando la **condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o un impegno clinico assistenziale** rivolto al neonato.

Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia determinare un'influenza sul trattamento del neonato.

Quando la **condizione della madre ha provocato nel neonato uno specifico problema**, quest'ultimo richiede **codici specifici** piuttosto che quelli delle categorie 760-763.

Esempio-

➔ diabete materno che ha provocato una condizione di ipoglicemia nel neonato: quest'ultima viene codificata con **cod. 775.0** “Sindrome del neonato di madre diabetica”.

Codifica della SDO del neonato	⇒ NEONATO SANO: in diagnosi principale (DP) della SDO del neonato va indicato uno dei codici da V30._ a V39._, ad indicare l'avvenuta nascita. Questi codici forniscono utili indicazioni sull'evento nascita e non sullo stato di salute del neonato. Se una malformazione è presente ma non ha richiesto alcun impegno assistenziale, essa non va codificata. ⇒ NEONATO CON CONDIZIONI PATOLOGICHE CHE HANNO RICHiesto ASSISTENZA: 1] Se le condizioni patologiche intercorrenti o una malformazione hanno richiesto un moderato impegno assistenziale esse vanno segnalate in DS mentre i codici V3._ vanno indicati in DP. 2] Se le condizioni patologiche intercorrenti o una malformazione hanno richiesto un rilevante impegno assistenziale che può avere determinato anche un allungamento della degenza e risponde ai criteri generali di selezione della diagnosi principale (condizione che abbia assorbito la maggior quantità di risorse assistenziali), esse vanno segnalate in DP mentre i codici V3._ vanno indicati in DS. Se il neonato nasce morto la SDO non deve essere compilata È sconsigliato l'utilizzo delle categorie V33, V37 e V39 in quanto non specifiche. I codici della categoria V27 "<i>Esito del parto</i>" non devono essere mai riportati nella SDO del neonato.
Codifica del neonato nei ricoveri successivi all'evento nascita	I codici da V30._ a V39._ non vanno più riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato, anche se questi fossero dovuti a trasferimento dalla struttura in cui è avvenuta la nascita ad altra più idonea per specifiche cure. Per i ricoveri successivi (avvenuti entro il primo anno di vita), la DP sarà espressa da un codice del Capitolo XV "<i>Altre condizioni morbose di origine perinatale</i>" (cod. 760 - 779), che deve ricondurre sempre ad un DRG della MDC 15. Qualora la patologia causa del ricovero <u>non fosse ricompresa</u> nei "<i>codici perinatali</i>", si utilizza in DP il codice 779.89 "<i>Altre manifestazioni specificate che hanno origine nel periodo perinatale</i>" e in DS il <u>codice aggiuntivo per specificare la condizione</u>.
Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose	⇒ RICOVERI ENTRO 28 GIORNI DA NASCITA: per descrivere i ricoveri successivi all'evento nascita e nei quali un neonato viene sottoposto a valutazione entro i primi 28 giorni di vita per una patologia sospetta, che, dopo opportune osservazioni ed indagini, non risulta essere confermata, si utilizzano in DP i codici V29._ "<i>Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate</i>". ⇒ RICOVERI DOPO 28 GIORNI DA NASCITA: per rappresentare ricoveri avvenuti dopo i primi 28 giorni di vita per una patologia sospetta, ma non confermata dalle indagini eseguite, si utilizza, in DP, uno dei codici della categoria V71._ "<i>Osservazione e valutazione per sospetto di condizione morbosa</i>".
Osservazione dopo terapia intensiva neonatale	Qualora si renda necessario un ricovero finalizzato all'<u>osservazione del neonato successiva alla dimissione da una struttura di terapia intensiva neonatale</u>, esso va descritto in DP con il codice V66.5 "<i>Convalescenza successiva ad altro trattamento</i>".

Ricovero dopo la nascita per malattia materna o attesa di adozione	⇒ Il codice V20.1 “Cure ad altro neonato o bambino sano” va utilizzato in DP per descrivere i <u>ricoveri del nido, successivi a quelli relativi alla nascita</u>, per supervisione sanitaria del neonato sano in caso di precarie condizioni socio economiche familiari o di malattia materna fisica o psichiatrica. ⇒ Il codice V20.0 “Controllo della salute del neonato o del bambino abbandonato” può essere utilizzato per il neonato abbandonato e per giustificare la degenza prolungata di bambini o di neonati sani che non possono essere dimessi perché in attesa di affido o di adozione: • DP: cod. da V30 a V39 + ▪ DS: cod. V20.0
Infezioni specifiche del periodo perinatale	Le infezioni specifiche del periodo perinatale (incluse quelle acquisite prima e durante il parto) sono indicate dai codici della categoria 771._ “<i>Infezioni specifiche del periodo perinatale - Infezioni acquisite in gravidanza o nel parto, o per via trans-placentare o nei primi 28 giorni</i>” di vita: ⇒ cod. 771.0 <i>Rosolia congenita</i> ⇒ cod. 771.1 <i>Infezione congenita da virus citomegalico</i> ⇒ cod. 771.2 <i>Altre infezioni congenite, specifiche del periodo perinatale</i> ⇒ cod. 771.3 <i>Tetano del neonato</i> ⇒ cod. 771.4 <i>Onfalite del neonato</i> ⇒ cod. 771.5 <i>Mastite infettiva neonatale</i> ⇒ cod. 771.6 <i>Congiuntivite e dacriocistite neonatali</i> ⇒ cod. 771.7 <i>Infezione neonatale da Candida</i> ⇒ cod. 771.81 <i>Setticemia (sepsi) del neonato</i>; Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi (cod. 995.91 o 995.92), ma deve essere identificato il microrganismo (codici della categoria 041.00-041.9 “<i>Infezioni batteriche in manifestazioni morbose classificate altrove e di sede non specificata</i>”). ⇒ cod. 771.82 <i>Infezioni delle vie urinarie del neonato</i>; ⇒ cod. 771.83 <i>Batteriemia neonatale</i>; ⇒ cod. 771.89 <i>Altre infezioni specifiche del periodo perinatale</i> Nella codifica di questi casi va posta particolare attenzione alle note di inclusione ed esclusione dell'ICD-9-CM
Difficoltà respiratoria neonatale	Il cod. 769 “<i>Sindrome da distress respiratorio neonatale</i>” descrive una grave patologia respiratoria neonatale che necessita di un <u>elevato livello assistenziale quale la ventilazione assistita</u> (cod. 96.7_ “<i>Ventilazione meccanica continua...</i>” o cod. 93.90 “<i>Respirazione a pressione positiva continua CPAP</i>”) e pertanto deve essere riservato alle seguenti condizioni: ⇒ <i>Malattia delle Membrane ialine di terzo e quarto stadio</i>; ⇒ <i>Ipertensione Polmonare Primitiva (classificata con il cod. 747.83 “Circolazione fetale persistente”)</i>; ⇒ <i>Severa Sindrome da Distress Respiratorio (RDS)</i>. Per classificare i distress respiratori lievi va invece utilizzato il cod. 770.8_ “<i>Altri problemi respiratori del neonato - Apnea primaria del neonato - Crisi di cianosi del neonato - Insufficienza respiratoria del neonato - Arresto respiratorio del neonato - Ipossiemia del neonato - Ipossia SAI del neonato -</i>”, <u>ad esclusione della Tachipnea transitoria o Sindrome del polmone umido neonatale</u> che si codifica con il cod. 770.6 “<i>Tachipnea transitoria del neonato</i>”.

Cause materne di morbidità e mortalità perinatale

I **codici** delle categorie **760 - 763** "Cause materne di morbidità e mortalità perinatale" possono essere utilizzati sulla SDO del neonato **solo quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato.**

Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia determinare un'influenza sul trattamento e sull'assistenza al neonato.

Fatto salvo quanto precisato più sopra relativamente al ricovero del neonato nell'evento nascita, quando la condizione della madre ha provocato nel neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle sottocategorie 760._ - 763._.

- RICOVERO CONNESSO ALL'EVENTO NASCITA

a) **Ricovero di neonato "sano" o asintomatico**, senza accertamenti o con accertamenti negativi, e senza variazione della degenza e dell'assistenza: **codice V3._.** + eventualmente (acc. effettuati negativi) **codice 760.8** "*Altre malattie Infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato, senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato*"

b) **Ricovero di neonato asintomatico**, con accertamenti positivi o negativi, ma con osservazione che comporta prolungamento della degenza e variazione del profilo di assistenza: **codice V3._.** + **codice 760.2** "*Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato, con manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato*" oppure **codice 760.8** "*Altre malattie Infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato, senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato*".

c) **Ricovero di neonato "patologico"**, con segni clinici e/o di laboratorio positivi, e/o trattamento: **codice V3._.** + **codice di patologia** (secondo quanto previsto dalle regole di codifica del neonato) + **eventuale codice dell'infezione**, se è stato usato il **codice 771.2 o 771.8** "*Infezioni specifiche del periodo perinatale*".

Nel caso di rilevante impegno assistenziale le posizioni delle diagnosi vanno invertite: il codice di patologia va in DP e il codice V3._. in DS.

- RICOVERO SUCCESSIVO IN PERIODO NEONATALE (< 28 GG.)

a) **Ricovero con accertamenti negativi, neonato asintomatico, senza terapia:** **codice V29.0** "*Osservazione per sospetto di manifestazioni morbose non specificate*" + **codice V01._** "*Contatto con o esposizione a malattie trasmissibili*" (o codice V02._ "*Portatore o portatore sospetto di malattie trasmissibili*") + **codice codice 760.8** "*Altre malattie Infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato, senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato*".

b) **Ricovero con accertamenti positivi, osservazione, e/o eventuale terapia, in neonato sintomatico o asintomatico:** utilizzo dei **codici appropriati di patologia** (codici **771._** "*Infezioni specifiche del periodo perinatale*") + eventualmente il codice relativo alla **infezione specifica** oppure (asintomatico, acc. pos.) **codice 760.2** "*Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato, con manifestazioni...*".

Nel caso di infezioni legate all'evento nascita ma con **ospedalizzazione successiva al 28° giorno**, non utilizzare i summenzionati codici in diagnosi principale, riportando invece come **prima diagnosi la manifestazione clinica** più rilevante. Tali codici possono essere comunque utilizzati per completare la descrizione del caso, tra le diagnosi secondarie.

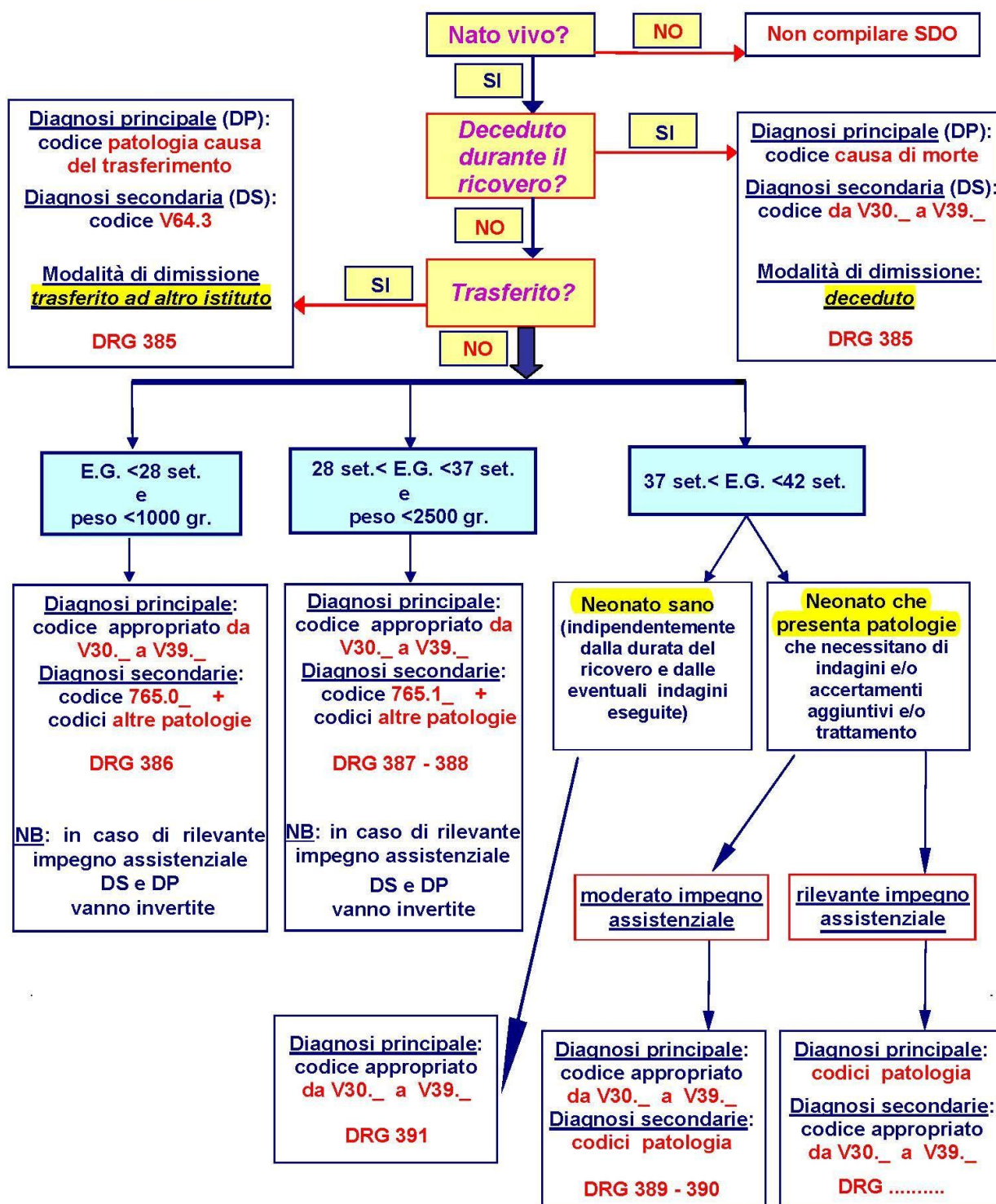
Nato da madre affetta da epatite virale	- <u>RICOVERO CON “EVENTO NASCITA”</u> a) Neonato “sano”, HBsAg negativo: • DP: cod. V3_._ ▪ DS: cod. 760.8 “Altre malattie infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato, <u>senza</u> manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato” + ▪ DS: cod. V05.3 “Necessità di vaccinazione e inoculazioni profilattiche contro l’epatite virale” - PP: cod. 99.55 “Somministrazione profilattica di vaccini contro altre malattie” b) Neonato asintomatico, HBsAg+, e prolungamento dell’osservazione: • DP: cod. V3_._ ▪ DS: cod. 760.2 “Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato, <u>con</u> manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato” + ▪ DS: cod. V02.61 “Portatore o sospetto portatore di epatite B” + ▪ DS: cod. V05.3 “Necessità di vaccinazione e inoculazioni profilattiche contro l’epatite virale” - PP: cod. 99.14 “Iniezione di gamma globuline - Iniezione di sieri immuni” + - PS: cod. 99.55 “Somministrazione profilattica di vaccini contro altre malattie” c) <u>Neonato sintomatico, HBsAg+</u> • DP: cod. V3_._ (se l’impegno assistenziale richiesto è rilevante , il cod. V3_._ va in DS e la patologia in DP) + ▪ DS: cod. 771.2 “Altre infezioni congenite, specifiche del periodo perinatale” + ▪ DS: cod. 070._ “Epatite virale” + ▪ DS: cod. V05.3 “Necessità di vaccinazione e inoculazioni profilattiche contro l’epatite virale” - PP: cod. 99.14 “Iniezione di gamma globuline - Iniezione di sieri immuni” + - PS: cod. 99.55 “Somministrazione profilattica di vaccini contro altre malattie” d) <u>Neonato nato da madre affetta da epatite B (HBsAg+), con risposta HBsAg sconosciuta</u>: nell’incertezza diagnostica, questa situazione viene ricondotta a caso positivo e quindi va adottato il protocollo seguito per il neonato positivo per HBsAg descritto poco sopra (“Red Book 2015 - Report of the Committee on Infectious Disease”). Le indicazioni di codifica riportate sopra si applicano anche nei casi di Epatite C, con adattamento alla specifica codifica della patologia. - <u>RICOVERO SUCCESSIVO IN PERIODO PERINATALE (< 28 gg.)</u> a) Ricovero con accertamenti negativi, neonato asintomatico: codice V29.0 “Osservazione per sospetto di condizione morbosa infettiva” + codice V02.6 “Portatore o sospetto portatore di epatite virale”. b) Neonato sintomatico, HBsAg+: DP codice 771.2 “Altre infezioni congenite specifiche del periodo neonatale” + DS un codice delle sottocategorie 070._ “Epatite virale”.
Neonato di madre HIV+ o affetta da AIDS conclamato cont.	Spesso i neonati da madri HIV-positive sono già positivi al Test ELISA e questo risultato può persistere per circa 18 mesi dalla nascita, senza che il neonato sia stato infettato: in tal caso dovrà essere assegnato in diagnosi principale un codice appartenente alle categorie V30, V31, V32, V34, V36 “Nati vivi secondo il tipo di nascita” + in diagnosi secondaria il codice V01.79 “Contatto con o esposizione ad altre malattie virali”, fino a quando il medico non documenti la reale infezione.

cont. Neonato di madre HIV+ o affetta da AIDS conclamato	Nel caso di neonato la cui madre è HIV+ o affetta da AIDS conclamato alcuni esempi di codifica sono i seguenti: a) Se il neonato è PCR-negativo: utilizzare il codice V29.0 "Osservazione per sospetto di condizione morbosa infettiva" + cod. 760.8 "Altre malattie Infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato, <u>senza</u> manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato". (Codice V3_. in DP se "evento nascita"). b) Se il neonato è PCR-positivo, asintomatico: utilizzare il codice 760.2 "Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato, <u>con</u> manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato" + il codice V08 "Stato infettivo asintomatico da virus dell'immunodeficienza umana (HIV)". (Codice V3_. in DP se "evento nascita"). c) Se il neonato è sintomatico: utilizzare il codice 771.2 "Altre infezioni congenite specifiche del periodo neonatale" + il codice 042 "Malattia da virus HIV". (Codice V3_. in DP o DS se "evento nascita"). d) Se al neonato sono state richieste indagini sierologiche aspecifiche (ELISA), risultate positive: utilizzare il codice V01.79 "Contatto con o esposizione ad altre malattie virali" + il codice 795.7 "Altri reperti immunologici non specifici". (Codice V3_. in DP se "evento nascita").
Nato da madre diabetica	A) Neonato sano di <u>madre diabetica</u>: • DP: cod. V3_. ▪ DS: nessuna B) Neonato sano di <u>madre diabetica</u>, con necessità di osservazione e accertamenti specifici: • DP: cod. V3_. ▪ DS: cod. 760.8 "Altre malattie Infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato, <u>senza</u> manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato" C) Neonato sintomatico di <u>madre diabetica</u> (se l'impegno assistenziale richiesto è rilevante , il cod. V3_. va in DS e la patologia in DP): • DP: cod. V3_. ▪ DS: cod. 775.0 "Sindrome del neonato di madre diabetica"
Nato da madre che assume sostanze potenzialmente tossiche	A) Neonato sano di <u>madre che assume sostanze potenzialmente tossiche</u>: • DP: cod. V3_. ▪ DS: nessuna B) Neonato sano di <u>madre che assume sostanze potenzialmente tossiche</u>, con necessità di osservazione e accertamenti specifici: • DP: cod. V3_. ▪ DS: cod. 760.8 "Altre malattie Infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato, <u>senza</u> manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato" C) Neonato sintomatico di <u>madre che assume sostanze potenzialmente tossiche</u>: • DP: cod. V3_. (se l'impegno assistenziale richiesto è rilevante , il cod. V3_. ▪ DS: cod. 760.7 "Malattie del feto dovute a sostanze nocive passate attraverso la placenta o il latte materno" (la <u>quinta cifra identifica la sostanza potenzialmente tossica</u>) + ▪ DS: codice relativo alla manifestazione clinica

Nato da madre con rottura prematura delle membrane	A. Ricovero con osservazione clinica, tamponi e PCR negativi o non eseguiti: • DP: cod. V3_.__ ▪ DS: cod. 760.8 “Altre malattie Infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato, <u>senza</u> manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato” B. Ricovero con tamponi positivi e PCR negative, monitoraggio infettivologico ed eventuale trattamento: • DP: cod. V3_.__ ▪ DS: cod. 761.1 “Rottura prematura delle membrane che ha ripercussioni sul feto o sul neonato” C. Ricovero con tamponi positivi e PCR positive e trattamento: • 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: cod. V3_.__
Ittero neonatale	⇒ Ittero in prematuro • cod. 774.2 “Ittero neonatale associato a parto pretermine” ⇒ Ittero neonatale fisiologico, in nato a termine che non richiede trattamento • cod. 774.6 “Ittero fetale e neonatale non specificato” ⇒ Ittero che necessita di fototerapia per 24 h, accertamenti di tipo eziologico e prolungamento della degenza • cod. 774.3_ “Ittero neonatale da ritardo della coniugazione -” <u>N.B.</u>: il codice 774.39 “Ittero neonatale da ritardo della coniugazione, causa non specificata” è il codice da preferirsi in tutti gli itteri che abbiano richiesto ricovero nei neonati a termine, ma che non sono stati provocati da causa specifica codificabile con altri codici (es. itteri emolitici, itteri da danno epatocellulare, da sepsi, da patologia metabolica e malformativa). Il corrispettivo di questo codice nel neonato pretermine è il cod. 774.2 “Ittero neonatale associato a parto prematuro”.
Malattia emolitica del neonato	⇒ Malattia emolitica del neonato anti Rh • In caso di ricovero con necessità di osservazione clinica ripetuta con emocromo e bilirubine seriate, assenza di sintomi, utilizzare cod. 760.8 “Altre malattie Infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato, <u>senza</u> manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato”; • In caso di malattia emolitica del neonato anti Rh, con test di Coombs diretto positivo, presenza di sintomi, utilizzare cod. 773.0 “Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione Rh” ⇒ Malattia emolitica del neonato anti ABO • In caso di ricovero con necessità di osservazione clinica ripetuta con emocromo e bilirubine seriate senza ittero e/o emolisi utilizzare cod. 760.8 “Altre malattie Infettive o parassitarie della madre con ripercussioni sul feto o neonato, <u>senza</u> manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato”; • In caso di malattia emolitica del neonato anti ABO, con test di Coombs diretto positivo, presenza di sintomi, utilizzare cod. 773.1 “Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione ABO”.

Disturbi della crescita e del peso alla nascita	I codici delle categorie 764 e 765 sono specifici per indicare le condizioni ospedaliere di immaturità e prematurità e non devono essere utilizzati solo sulla base del peso alla nascita o della stima dell'età di gestazione, ma <u>dopo un'attenta valutazione clinica della "maturità" del neonato</u>. Occorre, cioè, che da questa condizione sia derivata una <u>effettiva sofferenza del neonato</u> e, quindi, uno specifico impegno assistenziale (vedasi note di inclusione e di esclusione alla categoria 765 dell'ICD-9-CM: - "Incl.: le manifestazioni sottoelencate quando specificate come causa di mortalità, morbosità o cure supplementari del feto o neonato" - "Escl.: basso peso alla nascita da crescita fetale lenta e malnutrizione fetale (cod. 764.00-764.99)" Pertanto, un codice della categoria 764 "Ritardo di crescita fetale e malnutrizione fetale" può essere <u>assegnato anche quando un neonato non è prematuro</u>, in quanto tale codice indica solo che il neonato è più piccolo rispetto alla durata della gestazione. Poiché esistono grosse differenze tra il trattamento di un prematuro di basso peso rispetto ad un neonato con la stessa diagnosi di prematurità, ma con peso più elevato, è stata introdotta, per queste categorie, la quinta cifra per la descrizione del peso alla nascita. È necessario prestare attenzione al fatto che la quinta cifra, che indica il peso del neonato, sia compatibile con la quarta cifra dello stesso codice (ad es. una diagnosi di immaturità sarebbe incompatibile con un codice con quinta cifra .9, poiché il peso associato di 2500 gr. è lontano dai criteri di immaturità, anche se nella Classificazione non esistono regole che escludano i pesi maggiori). Nel caso in cui un neonato a basso peso venga riamesso o trasferito a causa delle sue condizioni patologiche, la quinta cifra deve essere riferita al peso alla nascita e non a quello attuale. Nella categoria 765 "Problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita" vengono specificatamente codificate: - l'immaturità estrema del neonato (cod. 765.0_) ad indicare un neonato solitamente con peso inferiore a 1000 grammi, - la prematurità (cod. 765.1_) ad indicare un neonato pretermine con un peso compreso, di solito, tra 1000 e 2499 grammi. Per entrambe le sottocategorie summenzionate, va utilizzato un <u>codice aggiuntivo per indicare le settimane di gestazione</u> (cod. 765.20 – 765.29).
Malformazioni muscoloscheletriche di origine meccanica	• I codici 767._ "Traumi ostetrici" vengono utilizzati per indicare le anomalie legate a traumi verificatisi alla nascita. • I codici della categoria 754._ "Alcune malformazioni congenite del sistema muscolo-scheletrico" sono utilizzati per indicare le anomalie muscolo-scheletriche derivanti da fattori meccanici intervenuti durante la gestazione (ad es. malposizione uterina).

CODIFICA DELLA S.D.O. DEL NEONATO ALLA NASCITA



NOTA:

Le situazioni evidenziate in corsivo neretto su sfondo giallo, influenzano direttamente l'assegnazione del DRG, indipendentemente dall'età gestazionale e dalle condizioni cliniche del neonato.

MALATTIE DI NASO, BOCCA, LARINGE, FARINGE, ORECCHIO

Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS)

Per l'inquadramento di tale condizione l'ICD-9-CM prevede i codici riportati sotto.

APNEA DI ORIGINE ORGANICA:

- **cod. 327.20** "Apnea nel sonno di tipo organico non specificata"
- **cod. 327.21** "Apnea nel sonno primaria centrale"
- **cod. 327.22** "Respiro periodico da elevate altitudini"
- **cod. 327.23** "Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)"
- **cod. 327.24** "Apnea idiopatica correlata a ipoventilazione alveolare non ostruttiva. Ipossia correlata al sonno"
- **cod. 327.25** "Sindrome congenita da ipoventilazione alveolare centrale"
- **cod. 327.26** "Ipoventilazione/ipossiemia correlate al sonno in malattie classificabili altrove". [La patologia di base va codificata per prima]
- **cod. 327.27** "Apnea del sonno di tipo centrale in malattie classificabili altrove". [La patologia di base va codificata per prima]
- **cod. 327.29** "Altre apnee nel sonno organiche"

APNEA DI ALTRA ORIGINE:

- **cod. 780.53** "Ipersomnia con apnea del sonno, non specificata"
- **cod. 786.09** "Altre dispnee e anomalie respiratorie - Difficoltà respiratoria". [Codice utilizzato per classificare la roncopia cronica o russamento cronico patologico]

DIAGNOSI DI APNEA DI ORIGINE ORGANICA TRAMITE POLISONNOGRAFIA:

- **DP: cod. 327.23** "Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)"
- **PP: cod. 89.17** "Polisonnogramma"

SINDROME DELL'APNEA NOTTURNA CON INTERVENTO CHIRURGICO DI UGULOFARINGOPLASTICA:

- **DP: cod. 528.9** "Altre e non specificate malattie dei tessuti molli orali"
- **DS: cod. della sotto-categoria 327.2_** "Apnea nel sonno di tipo organico"
- **PP: cod. 27.99** "Altri interventi sulla cavità orale" + EVENTUALMENTE

NB: codice 29.4 "Intervento di plastica sul faringe" (→ interventi di sospensione ioidea e linguale)

SINDROME DELL'APNEA NOTTURNA CON INTERVENTO DI SLPEEP ENDOSCOPY

- **DP: cod. 327.23** "Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)"
- **PP: cod. 29.11** "Faringoscopia"
- **PS: cod. 31.42** "Laringoscopia e altra tracheoscopia"
- **PS: cod. 99.26** "Iniezioni di tranquillanti"
- **PS: cod. 89.17** "Polisonnografia"

Deviazione del setto nasale	• DP: cod. 470 “Deviazione del setto nasale”. Questo codice va utilizzato <u>sia per le forme acquisite sia per le forme congenite</u>, in quanto l'utilizzo del codice 754.0 per quelle congenite, porta all'assegnazione di un DRG anomalo. Utilizzando il codice 470 viene assegnato correttamente il DRG 55 “Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola”. - PP: cod. 21.5 “Resezione sottomucosa del setto nasale”. La codifica è utilizzata quando l'intervento ha comportato la sola resezione sottomucosa del setto. In tali casi, secondo le note di esclusione riportate nel manuale ICD-9-CM, il codice 21.88 “Altra plastica del setto” <u>non deve essere riportato</u>. - PS: Se l'intervento è esteso alla plastica del naso segnalare anche il codice 21.84 “Revisione di rinoplastica; Rinosettoplastica; Rinoplastica di naso storto”
Ricovero per intervento di riparazione o estrazione di dente eseguito in anestesia generale	• DP: codici delle categorie 520-525 (malattia o disturbo dei denti che ha determinato l'intervento) ▪ DS: codice che identifichi il motivo che ha reso necessaria l'esecuzione dell'intervento in regime di ricovero: cod. 300.0 “Stati d'ansia...”; codici delle categorie 317-319 “Ritardo mentale”; cod. 758.0 “Sindrome di Down”; cod. V14.4 “Anamnesi personale di allergia a sostanza anestetica”; ecc.. - PP: codici delle categorie 23-24 che descrivono l'intervento eseguito di estrazione o di riparazione dentale. - PS: codice 99.26 “Iniezione di tranquillanti” (sedazione, narcosi). (Nel manuale di classificazione ICD-9-CM non esiste un codice per la procedura di sedazione, in quanto, di norma, essa è già compresa nell'insieme delle prestazioni previste per l'intervento. La riparazione o estrazione di dente non richiede la narcosi a meno che non ricorrano situazioni particolari, come, ad esempio, quelle indicate sopra in DS: in tali casi si rende necessario segnalare la sedazione che va indicata con il codice 99.26). N.B.: la codifica aggiuntiva degli interventi di alveolo plastica e/o gengivoplastica è ammessa nel caso in cui sia documentata la presenza di patologie concomitanti che costituiscano indicazione all'intervento o in caso di necessità di innesto osseo o di tessuto molle o di alveolectomia interradiculare, intrasettale radicale semplice con innesto o impianto (vedi ICD9-CM). Il codice 23.19 “Altra estrazione chirurgica di dente - Estrazione dentale con elevazione di lembo mucoperiosteale” identifica l'estrazione dentale con elevazione di lembo mucoperiosteale, pertanto, essendo il DRG onnicomprensivo, non devono essere codificate separatamente le diverse fasi di cui si compone l'intervento.
Laringectomia	➡ I codici relativi all'intervento di LARINGECTOMIA TOTALE (codice 30.3 “Laringectomia completa”, codice 30.4 “Laringectomia radicale”) includono già la tracheostomia e <u>non occorre quindi codificare anche questa procedura</u>. ➡ Gli interventi di LARINGECTOMIA PARZIALE, invece, non comprendono la tracheostomia per l'assistenza ventilatoria e tale procedura deve essere codificata separatamente (codice 31.1 “Tracheostomia temporanea, tracheostomia per assistenza ventilatoria”), in aggiunta al codice intervento di laringectomia parziale (codici della categoria 30._).

Pregressa laringectomia con inserimento di protesi fonatoria	I pazienti sottoposti a laringectomia in un precedente intervento e ricoverati per l'inserimento di protesi fonatoria, vanno descritti nel seguente modo: • DP: cod. 784.40 "Alterazioni non specificate della voce" ▪ DS: cod. V10.21 "Anamnesi personale di tumore maligno della laringe" - PP: cod. 31.95 "Fistolizzazione tracheoesofagea"
Tracheostomia	Per la codifica della tracheostomia permanente vanno utilizzati i codici 31.21 "Tracheostomia mediastinica" o 31.29 "Altra tracheostomia permanente", ad esclusione dei casi di laringectomia con tracheostomia che vanno codificati con i codici 30.3 "Laringectomia completa" o 30.4 "Laringectomia radicale" che sono già comprensivi di tracheostomia.
Frattura nasale	• DP: cod. 802.0 "Frattura chiusa delle ossa nasali" OPPURE • DP: cod. 802.1 "Frattura esposta delle ossa nasali" - PP: cod. 21.71 "Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto" OPPURE - PP: cod. 21.72 "Riduzione aperta di frattura nasale a cielo aperto"
Interventi su tonsille, adenoidi e lingua	• DP: codice della categoria 474. "Malattie croniche delle tonsille e delle adenoidi" + eventualmente ▪ DS: cod. 750.0 "Lingua legata" - PP: cod. 28.3 "Tonsillectomia con adenoidectomia" + eventualmente - PS: cod. 25.91 "Frenulotomia linguale con plastica ricostruttiva"
Epistassi	Seguendo le indicazioni della ICD-9-CM (segni e sintomi in DS) la seguente codifica sarebbe quella ottimale: • DP: codice della patologia causale, <u>ad esempio</u>: cod. 448.9 "Altre e non specificate malattie dei capillari" nel caso di teleangectasie, oppure cod. 447.2 "Rottura di arterie - erosione di arteria" oppure cod. 286.5 "Disturbo emorragico da anticoagulanti intrinseci circolanti", oppure cod. 964.2 "Avvelenamento da anticoagulanti" nel caso di sovradosaggio di dicumarolici, oppure oppure cod. 401. "Ipertensione non controllata, ...", ▪ DS: codice 784.7 "Epistassi" (è relativo ad un sintomo e quindi trova collocazione in diagnosi secondaria, in linea con i criteri generali di codifica). - PP: codice 21.0 "Controllo di epistassi" + - PS: codice 21.21 "Rinoscopia" Tale codifica genera però un DRG medico anche a fronte di una procedura chirurgica effettuata in sala operatoria in anestesia generale. Si fornisce, pertanto, l'indicazione alla seguente codifica: • DP cod. 784.7 "Epistassi" ▪ DS: codice della patologia causale - PP: cod. 21.09 "Controllo di epistassi con altre procedure (N.B.: utilizzando questo codice viene assegnato un DRG chirurgico appropriato; se si utilizzasse invece il codice 21.03 "Controllo di epistassi mediante cauterizzazione e tamponamento" viene generato un DRG medico).

Rimozione di corpo estraneo in trachea	In caso di ricovero per rimozione di corpo estraneo in trachea, la codifica è la seguente: • DP: codice della categoria 934._ “Corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei polmoni” - PP: cod. 98.15 “Rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla trachea e bronchi, senza incisione” - PS: cod. 33.22 “Broncoscopia con fibre ottiche”
Presenza/ Controllo/ Complicazioni di di tracheostomia	Utilizzare il codice V44.0 per descrivere la “presenza di tracheostomia”. Il codice V55.0 va utilizzato per descrivere il “controllo di tracheostomia” (chiusura, estrazione o introduzione di sonde, revisione, toletta o pulitura). Altre codifiche da tenere presente sono quelle afferenti alla sottocategoria 519.0_ “Complicazioni della tracheotomia” (infezione, stenosi, emorragia, fistola tracheoesofagea). Chiusura di tracheostomia: • DP: cod. V55.0 “Controllo di tracheostomia” - PP: cod. 31.72 “Chiusura di fistola esterna della trachea” Toiletta della tracheostomia: • DP: cod. V55.0 “Controllo di tracheostomia” - PP: cod. 96.55 “Toilette di tracheotomia” Sostituzione della cannula tracheostomica: • DP: cod. V55.0 “Controllo di tracheostomia” - PP: cod. 97.23 “Sostituzione di cannula per tracheostomia”

Codici diagnostici utilizzati nelle patologie orali <i>(introdotti o modificati nella versione 2007 dell'ICD-9-CM)</i>	521.06	<i>"Buco e fessura da carie dentaria"</i>
	521.07	<i>"Carie dentaria della superficie liscia"</i>
	521.08	<i>"Carie dentaria della superficie della radice"</i>
	521.1_	<i>"Attrito dentale eccessivo (usura prossimale) (usura occlusale)"</i>
	521.2_	<i>"Abrasione"</i>
	521.3_	<i>"Erosione"</i>
	521.4_	<i>"Riassorbimento patologico del dente"</i>
	521.7	<i>"Cambiamenti intrinseci del colore dei denti dopo l'eruzione"</i>
	521.8_	<i>"Altre malattie specificate dei tessuti duri dei denti"</i>
	523._	<i>"Malattie gengivali e periodontali"</i>
	524.07	<i>"Eccessiva tuberosità della mascella (inferiore o superiore)"</i>
	524.2_	<i>"Anomalie nei rapporti dell'arco dentale"</i>
	524.3_	<i>"Anomalie di posizione del dente di denti totalmente erotti"</i>
	524.5_	<i>"Anomalie della funzionalità odontofacciale"</i>
	524.64	<i>"Rumori dell'articolazione temporomandibolare nell'apertura e/o chiusura della mandibola"</i>
	524.75	<i>"Spostamento verticale dell'alveolo e dei denti"</i>
	524.76	<i>"Deviazione del piano occlusale"</i>
	524.8_	<i>"Altre anomalie odontofacciali specificate"</i>
	525.2_	<i>"Atrofia della cresta alveolare edentula"</i>
	525.4_	<i>"Edentulismo completo"</i>
	525.5_	<i>"Edentulismo parziale"</i>
	525.6_	<i>"Ricostruzione insoddisfacente di un dente"</i>
	526.6_	<i>"Patologia periradicolare associata precedente trattamento endodontico"</i>
	528.0_	<i>"Stomatite e mucosite (ulcerativa)"</i>
	528.7_	<i>"Altri disturbi dell'epitelio orale, inclusa la lingua"</i>
	524.21	<i>"Malocclusione, classe di Angle I"</i>
	524.22	<i>"Malocclusione, classe di Angle II"</i>
	524.23	<i>"Malocclusione, classe di Angle III"</i>
	524.35	<i>"Rotazione del dente/dei denti"</i>

Vertigini	Malattia di Meniere, se rientra nei criteri di selezione della diagnosi principale : • DP: cod. 386.0_ “<i>Malattia di Meniere</i>” Vertigini periferiche: • DP: cod. 386.1_ “<i>Altre e non specificate vertigini periferiche</i>” Vertigini di origine centrale, se rientrano nei criteri di selezione della diagnosi principale: • DP: cod. 386.2 “<i>Vertigine di origine centrale</i>” Vertigine post-traumatica acuta funzionale: • DP: cod. 310.2 “<i>Sindrome post-commotiva</i>” + ▪ DS: cod. 386._ “<i>Sindromi vertiginose ed altri disturbi del sistema vestibolare - ...</i>” Vertigine post-traumatica acuta, conseguente a lesione dell’VIII° nervo cranico in assenza di frattura: • DP: cod. 951.5 “<i>Traumatismo del nervo acustico</i>” (come prima diagnosi, se rientra nei criteri di selezione della DP) + ▪ DS: cod. 386.19 “<i>Altre vertigini periferiche</i>” Vertigine post-traumatica cronica, conseguente a frattura del basicranio e lesione dell’VIII° n.c.: • DP: cod. 386.19 “<i>Altre vertigini periferiche</i>” + ▪ DS: cod. 905.0 “<i>Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia</i>” + ▪ DS: cod. 907.1 “<i>Postumi di traumatismi dei nervi cranici</i>” Vertigine post-traumatica cronica, conseguente a lesione dell’VIII° n.c. in assenza di frattura del basi cranio: • DP: cod. 386.19 “<i>Altre vertigini periferiche</i>” + ▪ DS: cod. 907.1 “<i>Postumi di traumatismi dei nervi cranici</i>” Vertigine tossica labirintica si codifica : • DP: cod. 386.34 “<i>Labirintite tossica</i>” Sindrome vertiginosa in esiti di evento cerebrovascolare: • DP: cod. 438.85 “<i>Vertigini (in postumi di malattie cerebrovascolari)</i>” <u>N.B.:</u> Qualora non sia stata determinata l’origine della sindrome vertiginosa, la codifica va effettuata nel seguente modo: • DP: cod. 780.4 “<i>Vertigini SAI</i>” <u>N.B.:</u> è sempre necessario codificare la terapia endovenosa praticata (ad esempio: cod. 99.29 “<i>Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche</i>”).
Disturbi del linguaggio espressivo	• DP: cod. 315.31 “<i>Disturbo del linguaggio espressivo</i>” - PP: cod. 95.46 “<i>Altri test audiometrici o della funzionalità vestibolare</i>” + <u>EVENTUALE</u> - PS: cod. 93.74 “<i>Training per difetto del linguaggio</i>”
Cocleopatia degenerativa	• DP: cod. 386.8 “<i>Altri disturbi del labirinto</i>” - PP: cod. 99.23 “<i>Iniezione di steroidi</i>” <u>E/O</u> cod. 99.29 “<i>Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche</i>”

Otosclerosi	• DP: cod. 387.1 <i>"Otosclerosi interessante la finestra ovale, obliterante"</i> - PP: cod. 19.19 <i>"Altra stapedectomy"</i>
Sordità	• DP: cod. 389._ _ <i>"Perdita dell'udito"</i> - <u>Possibili procedure:</u> cod. 20.95 <i>"Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico"</i> cod. 20.96 <i>"Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare, SAI"</i> cod. 20.97 <i>"Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare, singolo canale"</i> cod. 20.98 <i>"Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare, canale multiplo"</i> cod. 20.99 <i>"Altri interventi sull'orecchio medio e interno"</i>

TERAPIA ANTALGICA

Terapia antalgica	➡ I codici della categoria 338 identificano i quadri clinici caratterizzati dalla presenza di rilevante sintomatologia dolorosa. L'utilizzo di tali codici in diagnosi principale [DP] è consentita quando il trattamento del dolore sia la causa o il motivo principale del ricovero, oppure nel caso in cui non sia stata individuata una diagnosi inerente alla patologia di base. - 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 - SAI" - cod. 338.18 "Altri dolori acuti post-operatori - SAI" - cod. 338.19 "Altri dolori acuti" (Escluso quello correlato a neoplasia, cod. 338.3) - cod. 338.2 "Dolore cronico" (la quinta cifra specifica l'origine, esattamente come per il dolore acuto) - cod. 338.3 "Dolore correlato a neoplasia (acuto, cronico)" - cod. 338.4 "Sindrome da dolore cronico" ➡ Per specificare meglio la localizzazione del dolore, possono essere associati altri codici in DS (ad es., nel dolore addominale i codici della sottocategoria 789.0_ per indicare l'esatta localizzazione). ➡ Dolore associato a fattori psicologici: in DP va indicato un cod. della categoria 338 e in DS un cod. della sottocategoria 307.8 "Disturbi da dolore correlato a fattori psicologici".
- Impianto di pompa di infusione - Inserzione di catetere nel canale vertebrale	In DP va segnalata la condizione che richiede l'inserzione del catetere per la somministrazione di idonea terapia (ad es. nevralgia, neurite e radicolite non specificate cod. 729.2, ecc.): in generale il postumo in DP e la malattia di base in DS. Procedura: impianto di pompa di infusione cod. 86.06 "Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile" (Procedura principale). Procedura: inserzione di catetere nel canale vertebrale senza distinzione della tipologia di spazio in cui viene collocato (sottodurale, epidurale o subaracnoideo) va indicato con il codice 03.90 "Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative. – Inserzione di catetere nello spazio sotto durale o epidurale o sub aracnoideo della colonna vertebrale con infusione intermittente o continua di farmaco (con creazione di un serbatoio) (Procedura secondaria).
Iniezione di sostanze farmacologiche nel canale vertebrale	Per l'iniezione di farmaci nel canale vertebrale (senza distinzione degli spazi di collocazione) si utilizzano i seguenti codici: - Per l'analgesia cod. 03.91 "Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia". - Per la somministrazione di farmaci citotossici cod. 03.8 "Iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale" - Per qualsiasi altro farmaco non analgesico cod. 03.92 "Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale" (ad es., cortisonici).
Rimozione o sostituzione di pompa di infusione	• DP: cod. V53.09 "Collocazione - sistemazione – sostituzione 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" OPPURE • DP: cod. 996.69 "Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni". - PP: cod. 86.05 "Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo + se sostituzione - PS: cod. 86.06 "Inserzione di pompa infusoriale completamente impiantabile + - PS: cod. 03.90 "Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative" + se infusione farmaci in stessa seduta - PS: cod. 03.91 "Iniez. anestetici..." OPPURE cod. 03.8 "Iniezione farmaci citotossici" OPPURE cod. 03.92 "Iniezione altri farmaci..." (es. baclofene).

Peridurolisi (o epidurolisi) farmacologica	La peridurolisi è una procedura antalgica mini invasiva che consiste nella somministrazione di una miscela di farmaci nello spazio epidurale attuata come terapia del dolore persistente (dolore post-intervento di chirurgia vertebrale, dolore persistente lombare da spondilo artrosi, lombosciatalgia ricorrente, stenosi del canale vertebrale, processi infiammatori o infettivi correlati a patologie discali o delle meningi), allo scopo di ottenere uno “sbrigliamento” delle radici nervose compresse in seguito ad un pregresso intervento sul rachide o a causa di aderenze formatesi come conseguenza di patologie infiammatorie o degenerative. La modalità di codifica è la seguente: • DP: cod. 722.8_ “Sindrome postlaminectomia, regione” <u>OPPURE</u> • DP: cod. 724._ _ “Altri e non specificati disturbi del dorso” + ▪ DS: cod. 349.2 “Disturbi delle meningi, non classificati altrove. - Aderenze, meningee (cerebrali) (spinali), -” - PP: cod. 03.6 “Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi” + - PS: cod. 80.29 “Artroscopia di altra sede specificata – Colonna vertebrale” + - PS: cod. 03.92 “Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale” + <u>se inserito catetere</u> - PS: cod. 03.90 “Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative”
Peridurolisi con radiofrequenza	La peridurolisi può essere effettuata anche mediante radiofrequenza, tecnica che consente di ottenere l'effetto analgesico tramite una lesione termica delle fibre che conducono lo stimolo doloroso. Per tale metodica la codifica è la seguente: • DP: cod. 722.8_ “Sindrome postlaminectomia, regione” <u>OPPURE</u> • DP: cod. 724._ _ “Altri e non specificati disturbi del dorso” + ▪ DS: cod. 349.2 “Disturbi delle meningi, non classificati altrove. - Aderenze, meningee (cerebrali) (spinali), -” + - PP: cod. 80.29 “Artroscopia di altra sede specificata – Colonna vertebrale” + - PS: cod. 03.99 “Altri interventi sul midollo spinale e sulle strutture del canale vertebrale”
Radiofrequenza dei nervi periferici	In considerazione che la procedura è complessa, del costo dei dispositivi e che di solito viene utilizzata la sala operatoria, è indicato codificare l'utilizzo della radiofrequenza con il cod. 04.49 “Altre decompressioni dei nervi periferici e dei gangli, o separazione di aderenze – Neurolisi di nervo periferico SAI” che assegna il DRG chirurgico 8 “Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza cc”, anziché utilizzare il codice 04.2 “Demolizione di nervi cranici e periferici” che comporta l'assegnazione di un DRG medico nonostante l'utilizzo della sala operatoria. <u>Esempi:</u> ➤ DP: cod. 350.1 “Nevralgia del trigemino” DS: cod. 338.19 “Altri dolori acuti” PP: cod. 04.49 “Altre decompressioni dei nervi periferici e dei gangli, separazione di aderenze – Neurolisi di nervo periferico SAI” o ➤ DP: cod. 356.- (.4, .8, .9) “Neuropatie periferiche” DS: cod. 338.19 “Altri dolori acuti” PP: cod. 04.49 “Altre decompressioni dei nervi periferici e dei gangli, o separazione di aderenze – Neurolisi di nervo periferico SAI”

Denervazione con radiofrequenza delle faccette articolari	• DP: malattia di base (ad es: cod. 724.__ “Altri e non specificati disturbi del dorso”) ▪ DS: cod. 338.19 “Altri dolori acuti” - PP: cod. 03.96 “Denervazione percutanea della faccetta articolare”
Infiltrazione delle faccette articolari	• DP: malattia di base (ad es: cod. 724.__ “Altri e non specificati disturbi del dorso”) ▪ DS: cod. 338.19 “Altri dolori acuti” - PP: cod. 81.92 “Iniezione di sostanze terapeutiche nell’articolazione o nel legamento” - PS: cod. 04.81 “Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia”
Neurostimolazione spinale	Si tratta di intervento a scopo antalgico che agisce a livello del sistema nervoso centrale. L’impianto di un neurostimolatore spinale trova particolare applicazione nel trattamento di patologie quali: sindromi dolorose refrattarie alle comuni terapie farmacologiche o in soggetti già sottoposti ad altri trattamenti invasivi (ad es. dolore cronico di tipo neuropatico, dolore cronico lombare); sintomatologia dolorosa da ischemia periferica in pazienti non più responsivi a trattamenti farmacologici locali, o sistemici, o non rivascolarizzabili; spasticità (dolore sistemico motorio); dolore da ischemia cardiaca refrattaria alla terapia medica o in soggetti non rivascolarizzabili. Trattandosi di intervento antalgico che va ad agire sul sistema nervoso centrale di pazienti frequentemente ad elevato rischio, esso viene effettuato in sala operatoria. Prima dell’impianto di neurostimolatore spinale permanente, viene effettuata una fase test (periodo di prova). 1] IMPIANTO DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE PER LA FASE TEST (1° ricovero, per impianto di elettrodo) DP: patologia di base (*) PP: cod. 03.93 “Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale” 2] IMPIANTO DEFINITIVO DI NEUROSTIMOLATORE (2° ricovero, per impianto di generatore) DP: cod. V53.02 “Collocazione - sistemazione - rimozione di neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)” PP: cod. da 86.94 a 86.98 “Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, doppio, ricaricabile,” + se sostituito anche elettrodo PS: cod. 03.93 “Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale” 3] SOSTITUZIONE DI GENERATORE O DI ELETTRODO O DI ENTRAMBI DP: cod. V53.02 “Collocazione - sistemazione - rimozione di neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)” PP: cod. da 86.94 a 86.98 “Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, doppio, ricaricabile,” e/o PS: cod. 03.93 “Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale” 4] RIMOZIONE DI ELETTRODO E/O DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE DP: cod. V53.02 “Collocazione - sistemazione - rimozione di neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)” PP: cod. 86.05 “Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio)” e/o cod. 03.94 “Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale”

cont.

cont. Neurostimolazione spinale	5] RIMOZIONE DI ELETTRODO E/O DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE PER INFEZIONE E/O DEIESCENZA DP: cod. 996.63 "Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso" DS: cod. V53.02 "Collocazione - sistemazione - rimozione di neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)" PP: cod. 86.05 "Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio" elo cod. 03.94 "Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale" Nota- (*) Possibili espressioni patologiche di base: - cod. 337.29 "Disfunzione riflessa del simpatico di altra sede specificata" - cod. 346._1 "...Emicrania non trattabile...." - cod. 354.5 "Mononeurite multipla" - cod. 354.8 "Altre mononeuriti dell'arto superiore" - cod. 355.79 "Altra mononeurite dell'arto inferiore" - cod. 356-357 "Poli neuropatie" - cod. 356.8 Altre specificate neuropatie periferiche idiopatiche - cod. 596.54 "Vescica neurologica" - cod. 597.81 "Sindrome uretrale SAI" - cod. 625.6 "Incontinenza urinaria da sforzo nella donna" - cod. 721.42 "Spondilosi con mielopatia, regione lombare" - cod. 722.73 "Discopatia con mielopatia, regione lombare" - cod. 733.7 "Algoneurodistrofia" - cod. 784.0 "Cefalea" (cefalea cronica intrattabile) - cod. 787.6 "Incontinenza fecale" - cod. 788.32 "Incontinenza urinaria da sforzo nel maschio" - cod. 788.0 "Dolore del sistema urinario" - cod. 788.2_ "Ritenzione urinaria, ..." - cod. 788.41-2 "Pollachiuria – Poliuria" -
Collocazione/ sostituzione di neurostimolatore/ elettrodo/i dei nervi periferici cont.	INSTALLAZIONE: • DP: postumo ▪ DS: malattia di base - PP: cod. 04.92 "Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici" + se contemporanea installazione o sostituzione - PS: cod. da 86.94 a 86.98 "Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, doppio ricaricabile," SOSTITUZIONE: • DP cod. V53.02 "Collocazione - sistemazione - rimozione di neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)" - PP: cod. 04.92 "Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici" + se contemporanea installazione o sostituzione - PS: cod. da 86.94 a 86.98 "Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, doppio ricaricabile,"

cont. Collocazione/ sostituzione di neurostimolatore/ elettrodo/i dei nervi periferici	<u>RIMOZIONE:</u> • DP: cod. 996.63 “Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso” ▪ DS: cod. V53.02 “Collocazione - sistemazione - rimozione di neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)” - PP: cod. 04.93 “Rimozione di elettrodo/i del neuro stimolatore dei nervi periferici” e/o cod. 86.05 “Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio)”
Collocazione di neurostimolatore per angina pectoris refrattaria	• DP: cod. 337.29 “Disfunzione riflessa del simpatico di altra sede specificata” ▪ DS: cod: 413._ “Angina pectoris” - PP: cod. 03.93 “Collocazione - sistemazione - rimozione di neuropacemaker (cervello) (sistema nervoso periferico) (midollo spinale)”

VARIE

Disforia di genere

I soggetti con disforia di genere sperimentano una incongruenza tra il loro sesso e la loro identità di genere.

La trasformazione di sesso richiede solitamente diversi ricoveri successivi.

In tutti i casi indicare come diagnosi principale :

- **DP: cod. 302.85** *“Disturbo dell'identità sessuale nell'adolescente o nell'adulto”*

Segnalare tutte le procedure effettuate, indicando come principale l'intervento ritenuto più rilevante.

1) TRASFORMAZIONE NEL SESSO FEMMINILE

Codici intervento:

62.41 *“Orchiectomia bilaterale nello stesso intervento”*

64.3 *“Amputazione del pene”*

64.5 *“Interventi per trasformazione di sesso non classificati altrove”* (costruzione della vulva e del clitoride)

70.61 *“Costruzione della vagina”* (genera edit se paziente di sesso M, ma edit da non tenere in considerazione)

85.54 *“Impianto di protesi bilaterale”* (protesi mammaria bilaterale)

30.29 *“Altra laringectomia parziale”* (asportazione della cartilagine tiroidea)

31.69 *“Altra riparazione della laringe”* (accorciamento delle corde vocali)

86.92 *“Elettrolisi ed altra depilazione cutanea”* (depilazione laser)

2) TRASFORMAZIONE NEL SESSO MASCHILE

Codici intervento:

68.4 *“Isterectomia addominale totale”*

65.61 *“Altra rimozione di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento”*

86.93 *“Inserzione di espansore tissutale”*

86.05 *“Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute o tessuto sottocutaneo”* (rimozione di espansore tissutale)

58.46 *“Altre ricostruzioni uretrali”* (Allungamento dell'uretra)

64.43 *“Costruzione del pene”* (genera edit se paziente di sesso F ma edit da non tenere in considerazione)

64.95 *“Inserzione di protesi peniena semirigida”* (genera edit se paziente di sesso F ma edit da non tenere in considerazione)

62.7 *“Inserzione di protesi testicolare”* (genera edit se paziente di sesso F ma edit da non tenere in considerazione)

70.4 *“Obliterazione della vagina”*

85.36 *“Altra mammectomia sottocutanea bilaterale con contemporaneo impianto di protesi”* (mammectomia sottocutanea bilaterale con asportazione parziale della cute e conservazione delle areole e dei capezzoli)

**Svuotamento di
ematoma, ascesso,
sieroma**

A] Nel caso di svuotamento di liquido da CUTE e SOTTOCUTE:

Possibili diagnosi:

- **categorie 880-887** "Ferite dell'arto superiore"
- **categorie 890-897** "Ferite dell'arto inferiore"
- **cod. 923._ _** "Contusione dell'arto superiore"
- **cod. 924._ _** "Contusione dell'arto inferiore e di altre e non specificate sedi"
- **cod. 443.9** "Malattia vascolare periferica non specificata. - angiopatia SAI, malattia vascolare SAI".
- **cod. 459.0** "Emorragia, non specificata - Rottura di vasi sanguigni SAI - Emorragia spontanea NIA"
- **categorie 900-904** "Traumatismi dei vasi sanguigni"

Possibili diagnosi secondarie aggiuntive:

- **cod. 285.1** "Anemia postemorragica acuta"
- **cod. V58.61** se in trattamento anticoagulante "Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti"

Possibili procedure:

Procedura, se solo aspirazione (questa procedura assegna DRG medico):

- **cod. 86.01** "Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo. Aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma"

Procedura, se solo aspirazione (questa procedura assegna DRG medico):

- **cod. 83.95** nel caso di evento non traumatico "Aspirazione di altri tessuti molli"

Procedura, se incisione e drenaggio (questa procedura assegna DRG medico):

- **cod. 86.04** "Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo".

Procedura, se incisione e drenaggio (questa procedura assegna DRG chirurgico):

- **cod. 83.09** "Altra incisione dei tessuti molli – Incisione della fascia"

B] Nel caso di coinvolgimento del MUSCOLO nello svuotamento (questa procedura genera DRG chirurgico):

Possibili diagnosi:

- le diagnosi della sezione A che non forniscano edit del software DQE

Procedure (assegnano DRG chirurgico):

- **cod. 83.02** nel caso di evento traumatico "Miotomia"

Esempi:

1] Ematoma non traumatico della coscia:

- **DP: cod. 459.0** "Emorragia non specificata SAI" **+ eventualmente**
- **DS: cod. 285.1** "Anemia postemorragica acuta" **+ eventualmente**
- **DS: cod. V58.61** "Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti" se il paziente è in trattamento anticoagulante
- **PP: cod. 83.95** "Aspirazione di altri tessuti molli"

2] Ematoma non traumatico localizzato nel tessuto sottocutaneo:

- **DP: cod. 459.0** "Emorragia non specificata SAI" **+ eventualmente**
- **DS: cod. 285.1** "Anemia postemorragica acuta" **+ eventualmente**
- **DS: cod. V58.61** "Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti" se il paziente è in trattamento anticoagulante
- **PP: cod. 86.01** "Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo – ascesso, ematoma, sieroma"

cont.

<i>cont.</i> Svuotamento di ematoma, ascesso, sieroma	3] Ematoma traumatico della coscia: • DP: cod. 924.00 “Contusione della coscia” + eventualmente ▪ DS: cod. 285.1 “Anemia postemorragica acuta” - PP: cod. 83.02 “Miotomia”
Ematoma conseguenza di procedura	Ematoma conseguente all’esecuzione di arteriografia: • DP: cod. 998.89 “Altre complicazioni specificate di interventi non classificate altrove” oppure cod. 998.12 “Ematoma complicante un intervento” ▪ DS: cod. 90.40 “Traumatismo dell’arteria femorale comune” - PP: cod. 39.31 “Sutura di arteria” - PS: cod. 86.04 “Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo”
Rimozione di corpo estraneo e granuloma dalle dita della mano	• DP: cod. 915.6 “Corpo estraneo superficiale (scheggia) senza ferita grave e senza menzione di infezione - Dita della mano” ▪ DS: cod. 728.82 “Granuloma da corpo estraneo del muscolo” - PP: cod. 86.22 “Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione” Nel caso, invece, di rimozione di corpo estraneo dalla mano il codice da utilizzare è il 914.6 “Corpo estraneo superficiale (scheggia) senza ferita grave e senza menzione di infezione – Mano, escluse dita”. Se sono presenti segni di infezione la codifica dovrà prevedere la quarta cifra 7, cioè cod. 915.7, 914.7.
Embolizzazione per controllo emorragia	• DP: codice della patologia Es: cod. 865.__ “Traumatismo della milza....” cod. 866.__ “Traumatismo del rene” cod. 864.__ “Traumatismo del fegato” cod. - PP: cod. 99.29 “Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche” + - PS: cod. 38.91 “Cateterismo arterioso” + EVENTUALMENTE - PS: nel caso di interessamento del fegato va aggiunto anche il codice 50.94 “Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato”.
Utilizzo di robot nell’atto chirurgico	Nel caso della chirurgia robotica, va indicato l’intervento effettuato ed inoltre il codice 00.39 per evidenziare l’utilizzo del robot nell’atto chirurgico. <u>Esempio:</u> • DP: cod. 198.0 “Tumori maligni del rene eccetto la pelvi” - PP: cod. 55.4 “Nefrectomia parziale” - PS: cod. 00.39 “Altra chirurgia computer assistita - Chirurgia computer-assistita SAI”

Ricoveri ripetuti per la cura di gravi patologie croniche	Può talora rendersi necessaria l'ospedalizzazione per cure ed eventuali controlli, di pazienti affetti da gravi condizioni patologiche croniche (ad es. miopatia a corpi inclusi aspecifica, sclerosi laterale amiotrofica, altre malattie dei motoneuroni, malattie autoimmuni, infezioni croniche,). Tali pazienti, dovrebbero, normalmente, trovare adeguate risposte in altri setting assistenziali. Se l'ammissione non avviene per una particolare complicanza ma, piuttosto, per consentire la somministrazione in sicurezza di determinate terapie (ad es. immunoglobuline) e/o per controllo/rivalutazione di paziente diventato ancora più fragile e compromesso, viene proposto il seguente schema di codifica (si tratta di esempi di codifica, in quanto il singolo caso dovrà essere analizzato per definire le codifiche più appropriate che possano descriverlo al meglio): • DP: cod. V58.69 <i>"Uso a lungo termine (in corso) di altre cure - Cure ad alto rischio"</i> <u>OPPURE</u> DP: cod. V58.83 <i>"Trattamento per il monitoraggio di farmaci terapeutici"</i> + DS cod. V58.6_ <i>"Uso a lungo termine (in corso) di farmaci"</i> (richiesto da ICD9-CM in associazione a cod. V58.83) <u>OPPURE</u> DP: cod. V58.89 <i>"Altro trattamento ulteriore specificato"</i> ▪ DS: la patologia di base (ad es. cod. 359.9 <i>"Miopatia non specificata"</i>; cod. 335.2_ <i>"Malattia del motoneurone – Sclerosi laterale amiotrofica -"</i>; cod. 135 <i>"Sarcoidosi"</i>;) + eventuali altre diagnosi secondarie (ad es. V44.1 <i>"Presenza di gastrostomia"</i>,) - Procedure: ⇒ cod. 99.14 <i>"Iniezione o infusione di sostanze terapeutiche o profilattiche - Iniezione di gamma globuline"</i> elo ⇒ altri codici delle rubriche 99.0_/99.1_/99.2_ elo ⇒ codici 89.06/ 89.07/ 89.08 <i>"Valutazione, Consulto, Visita,"</i> + ⇒ eventuali altre terapie/procedure (es. ossigenoterapia, terapie infusionali, terapie antibiotiche, eventuali esami strumentali,). Le codifiche indicate, pur generando un DRG aspecifico, riescono a descrivere tali casi con accettabile accuratezza.
Biopsia delle ghiandole salivari in malattia di Sjogren	• DP: cod. 710.2 <i>"Malattia di Sjogren"</i> - PP: cod. 26.11 <i>"Biopsia [agobiopsia] di ghiandola o dotto salivare"</i> N.B. Il codice 26.11 deve essere utilizzato anche per descrivere la biopsia a cielo aperto di ghiandola o dotto salivare per evitare un DRG atipico e anomalo (incoerente).

**Disturbi del
Comportamento
Alimentare**

Codifica primo ricovero per la diagnosi del caso:

- **DP: cod. 307.1** *"Anoressia nervosa"*
- **DS: cod.262** *"Altra grave malnutrizione proteico-calorica"*
- **PP: cod.44.13** *"Altra gastroscopia"*
- **PS: cod. 88.76** *"Diagnostica ecografica addominale e retro peritoneale"*

Codifica ricoveri programmati successivi:

Come da regola generale, **la** codifica 307.1 non dovrebbe essere più usata in DP nei re-ricoveri, ma solo nelle diagnosi secondarie come stabilito dall'ICD9-CM, dal sistema DRG e dal Ministero a parte alcune eccezioni. Pertanto, le indicazioni di codifica sono le seguenti:

- **DP: cod. 262** *"Altra grave malnutrizione proteico-calorica"*
- **PP: cod 966** *"Infusione enterale di sostanze nutrizionali concentrate" (se effettuata)*
- **PS: cod 93.89** *"Riabilitazione non classificata altrove"*
- **PS: cod 89.08** *"Altro consulto"*

ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE

- S.D.O. RIABILITATIVA DISCIPLINE 56, 28 E 75 -

[D.M. 5 agosto 2021 “*Criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione*”]

[D.M. 26 settembre 2023 n.165 → Linee guida codifica SDO riabilitativa]

CRITERI DI CODIFICA DELLA SDO RIABILITATIVA

STRINGA SDO	Descrizione	SDO RIABILITATIVA
1 [^]	DIAGNOSI PRINCIPALE	Sdr. funzionale, postumi/esiti, menomazione/disabilità
2 [^]	DIAGNOSI SECONDARIA	Diagnosi eziologica principale determinante la Sindrome funzionale
3 [^]	DIAGNOSI SECONDARIA	Marcatore di complessità clinico assistenziale presenti all'ammissione
4 [^]	DIAGNOSI SECONDARIA	Marcatore di complessità clinico assistenziale presenti all'ammissione
5 [^]	DIAGNOSI SECONDARIA	Complicanze cliniche insorte o comorbidità pregresse riacutizzate durante il ricovero o marcatori di complessità “malattia specifici” o menomazioni-disabilità coesistenti
6 [^]	DIAGNOSI SECONDARIA	Complicanze cliniche insorte o comorbidità pregresse riacutizzate durante il ricovero o marcatori di complessità “malattia specifici” o menomazioni-disabilità coesistenti

In **DIAGNOSI PRINCIPALE** va indicata la “**SINDROME FUNZIONALE**”, cioè il tipo di menomazione e disabilità che ha determinato il ricovero ospedaliero riabilitativo ed il maggior consumo di risorse durante il ricovero stesso

Regole di codifica:

- Utilizzare in prima istanza codici ICD9-CM afferenti alle categorie di “postumi/esiti” dell'evento morboso acuto (tabella 1).
- **Se non disponibili specifici codici di postumo** descrittivi della sindrome funzionale: utilizzare codici di menomazione -sintomo-disturbo.
- Solo nel caso in cui, per la situazione specifica, non siano disponibili neppure questi ultimi: utilizzare un codice di malattia.

Come prima **DIAGNOSI SECONDARIA** va indicata la “**DIAGNOSI EZIOLOGICA**”, cioè la principale causa che ha determinato la sindrome funzionale (esito, postumo, menomazione, sintomo, stato) indicata in diagnosi principale

Regole di codifica:

- Possono essere utilizzati tutti i codici ICD9-CM

Esempio. paziente trasferito in riabilitazione (cod 75) per emiplegia conseguente a ictus emorragico, nella sdo riabilitativa andrà indicata la codifica come segue:

DP: *Emiplegia dell'emisfero non dominante (sindrome funzionale)*

DS: *emorragia cerebrale (diagnosi eziologica)*

In **3° e 4° diagnosi** indicare le **condizioni morbose** indicative della complessità clinico-assistenziale (presenti all'accoglimento o emersi entro la 3° giornata di ricovero riabilitativo).

Ad esempio possono riguardare la presenza di: Catetere vescicale, incontinenza, disfagia, instabilità clinica, ulcere da pressione, malnutrizione, umore depresso, dolore, ridotta vigilanza o inattenzione, infezione acuta in atto, turbe comportamentali o cognitive, tracheostomia, complessità sociale

Regole di codifica: vanno utilizzati i codici ICD9CM della tabella 4 linee guida (es. incontinenza urinaria codice ICD9CM 788.30, disfagia da postumo cerebrovascolare codice ICD9CM 438.82).

Per gli stessi campi della terza e quarta stringa SDO si contempla anche la possibilità di registrare in alternativa marcatori di complessità all'ammissione, anche eventuali MARCATORI DI COMPLESSITÀ "CONDIZIONE SPECIFICA", cioè strettamente connessi a una "malattia" (scelta tra tutti i codici diagnosi ICD9-CM) presente all'ingresso, sempre che si ritenga (e sia desumibile dalla cartella clinica) che la condizione indicata abbia avuto un ruolo significativo/complicante per la gestione del PRI e/o abbia avuto un peso in termini di consumo delle risorse e/o in termini di prolungamento della durata di degenza.

In **5° e 6° diagnosi** indicare "**LE COMPLICANZE CLINICHE INSORTE O RIACUTIZZATE DURANTE IL RICOVERO RIABILITATIVO**", intese come eventi morbosi che siano insorti durante la degenza riabilitativa oppure anche condizioni premorbose (presenti cioè anche prima dell'evento), ma che si sono riacutizzate durante il ricovero riabilitativo. Vanno indicate solo se hanno complicato la gestione della degenza e hanno avuto un peso in termini di consumo delle risorse e/o in termini di prolungamento della durata di degenza.

Possono essere utilizzati tutti i codici di diagnosi di ICD9-CM.

In alternativa all'indicazione delle complicazioni insorte durante il ricovero, è possibile utilizzare la quinta e la sesta stringa di diagnosi SDO per documentare l'eventuale coesistenza di ulteriori menomazioni e/o disabilità e/o sintomi aggiuntivi rispetto alla sindrome funzionale principale, codificata nella prima stringa di Diagnosi SDO

Nel caso in cui non vi siano marcatori di complessità e le diagnosi 3 e 4 non sono da compilare, si compilano in posizione 3 e 4 le diagnosi 5 e 6 (ma va selezionato il tipo di diagnosi cioè selezionare complicanza 1 e 2)

Limitatamente alle sdo dei reparti di Riabilitazione (56,28 e 75) I codici della famiglia V57 (Cure Riabilitative) non devono essere usati in nessuna delle stringhe di diagnosi della SDO .

COVID-19: INDICAZIONI DI CODIFICA SECONDO IL D.M. 28/10/2020 - INTEGRAZIONI DELL' ICD-9-CM V.2007

Le **modifiche** e i **nuovi codici** sono indicati in blu sottolineato. Il **pre-esistente** è indicato in colore nero.

Capitolo 1. MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (001-139)

Tipo di modifica	Dettaglio della modifica
Aggiunta di nuovo blocco con nuove categorie	<u>MALATTIA DA SARS-CoV-2 (COVID-19) (043)</u> <u>043 Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)</u> <i><u>Escl: infezione da virus della SARS (SARS-Coronavirus associato) (079.82)</u></i> <i><u>altre infezioni virali specificate (079.89)</u></i> <i><u>Nella categoria 043 deve essere utilizzata la quinta cifra per identificare il rilevamento della malattia:</u></i> <u>1 virus identificato</u> <u>Tampone nasofaringeo, positivo</u> <u>Test integrato IgM ELISA e PCR, positivo</u> <u>Test immunocromatografico rapido con immunodosaggio a flusso laterale, positivo</u> <u>Altro test immunologico, positivo</u> <u>Altro test diagnostico specificato, positivo</u> <u>2 virus non identificato</u> <u>COVID-19 diagnosticata a livello clinico-epidemiologico</u> <u>COVID-19 probabile</u> <u>COVID-19 sospetta</u> <u>043.1 Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) conclamata</u> <u>043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato</u> <u>043.12 COVID-19 conclamata, virus non identificato</u> <u>043.2 Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) paucisintomatica</u> <u>043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato</u> <u>043.22 COVID-19 paucisintomatica, virus non identificato</u> <u>043.3 Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) asintomatica</u> <i><u>Incl: portatore sano di SARS-CoV-2</u></i> <u>043.31 COVID-19 asintomatica, virus identificato</u> <u>043.32 COVID-19 asintomatica, virus non identificato</u>
Aggiunta di esclusioni in categorie già presenti	blocco ALTRE MALATTIE DA VIRUS E CLAMIDIA (070-079) 079 Infezioni da virus e Chlamydiae in manifestazioni morbose classificate altrove e di sede non specificata 079.8 Altre infezioni da virus e Chlamydiae specificate <i><u>Escl: malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) (043.--)</u></i> <i><u>Nota: l'esclusione si applica a tutte le sottocategorie di 079.8, in particolare ai codici 079.82 SARS-Coronavirus associato e 079.89 Altre infezioni virali specificate.</u></i>

Capitolo 8. MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (460-519)

Blocco POLMONITE E INFLUENZA (480-487), categoria 480 Polmonite virale

Tipo di modifica	Dettaglio della modifica
Aggiunta di nota informativa alla categoria 480 Polmonite virale	<u>Utilizzare la quinta cifra per identificare il rilevamento della malattia:</u> 1 virus identificato Tampone nasofaringeo, positivo Test integrato IgM ELISA e PCR, positivo Test immunocromatografico rapido con immunodosaggio a flusso laterale, positivo Altro test immunologico, positivo Altro test diagnostico specificato, positivo 2 virus non identificato COVID-19 diagnosticata a livello clinico-epidemiologico COVID-19 probabile COVID-19 sospetta
Aggiunta di nuove sottocategorie	480.4 Polmonite in COVID-19 <i>Escl: polmonite della SARS (polmonite da SARS-Coronavirus associato) (480.3)</i> <i>polmonite da altri virus non classificati altrove (480.8)</i> 480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato 480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato <i>Escl: tutte le altre forme di polmonite (480.0-480.3, 480.8-487.8)</i>
Aggiunta di esclusioni in categorie già presenti	480.3 Polmonite da SARS-Coronavirus associato <i>Escl: polmonite in COVID-19 (480.4-)</i> 480.8 Polmonite da altri virus non classificati altrove <i>Escl: polmonite in COVID-19 (480.4-)</i>

Blocco ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO (510-519), categoria 518 Altre malattie del polmone

Tipo di modifica	Dettaglio della modifica
Aggiunta di nota informativa alla categoria 518 Altre malattie del polmone	<u>Utilizzare la quinta cifra per identificare il rilevamento della malattia:</u> 1 virus identificato Tampone nasofaringeo, positivo Test integrato IgM ELISA e PCR, positivo Test immunocromatografico rapido con immunodosaggio a flusso laterale, positivo Altro test immunologico, positivo Altro test diagnostico specificato, positivo 2 virus non identificato COVID-19 diagnosticata a livello clinico-epidemiologico COVID-19 probabile COVID-19 sospetta
Aggiunta di nuove sottocategorie	<u>518.9 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19</u> <i><u>Escl: sindrome da distress respiratorio nell'adulto associato con trauma o procedure chirurgiche (518.5)</u></i> <i><u>insufficienza polmonare successiva a trauma o procedure chirurgiche (518.5)</u></i> <i><u>distress respiratorio:</u></i> <i><u>del neonato (770.89)</u></i> <i><u>SAI (786.09)</u></i> <i><u>altre forme di distress respiratorio acuto (518.82)</u></i> <u>518.91 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus identificato</u> <u>518.92 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus non identificato</u>
Aggiunta di esclusioni in categorie esistenti	518.82 Altre insufficienze polmonari, non classificate altrove <i><u>Escl: sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19 (518.9-)</u></i>

Blocco ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO (510-519), categoria 519 Altre malattie del l'apparato respiratorio

Tipo di modifica	Dettaglio della modifica
Aggiunta di nota informativa alla categoria 519 Altre malattie dell'apparato respiratorio	<u>Utilizzare la quinta cifra per identificare il rilevamento della malattia:</u> 1 virus identificato Tampone nasofaringeo, positivo Test integrato IgM ELISA e PCR, positivo Test immunocromatografico rapido con immunodosaggio a flusso laterale, positivo Altro test immunologico, positivo Altro test diagnostico specificato, positivo 2 virus non identificato COVID-19 diagnosticata a livello clinico-epidemiologico COVID-19 probabile COVID-19 sospetta
Aggiunta di nuove sottocategorie	<u>519.7 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19</u> <i>Incl: bronchite acuta in COVID-19 bronchite non altrimenti specificata in COVID-19 infezione acuta delle vie respiratorie, non altrimenti specificata, in COVID-19</i> <u>519.71 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus identificato</u> <u>519.72 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato</u> <i>Escl: tutte le altre forme di infezione delle vie respiratorie (460-466.19, 490, 511.0-511.9, 513.0)</i>
Aggiunta di esclusioni in categorie già presenti	460 Rinfaringite acuta (raffreddore comune) <i>Escl: altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato (519.72)</i> 462 Faringite acuta <i>Escl: altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato (519.72)</i> 463 Tonsillite acuta <i>Escl: altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato (519.72)</i> 464 Laringite e tracheite acuta <i>Escl: altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato (519.72)</i> 465 Infezioni acute delle vie respiratorie superiori a localizzazioni multiple o non specificate <i>Escl: altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato (519.72)</i> 466 Bronchite e bronchiolite acuta <i>Escl: altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato (519.72)</i> 490 Bronchite, non specificata se acuta o cronica <i>Escl: altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato (519.72)</i> 511 Pleurite <i>Escl: altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato (519.72)</i> 513.0 Ascenso del polmone <i>Escl: altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato (519.72)</i>

CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE E IL
RICORSO AI SERVIZI SANITARI (V01-V82)

Blocco PERSONE CON RISCHI POTENZIALI DI MALATTIA IN RELAZIONE A MALATTIE TRASMISSIBILI (V01 - V06), categoria V01.8 Contatto con o esposizione ad altre malattie trasmissibili

Tipo di modifica	Dettaglio della modifica
Aggiunta di nuove sottocategorie	V01.85 Esposizione a SARS-CoV-2 <i>Escl: esposizione a SARS-Coronavirus associato (V01.82)</i>
Aggiunta di esclusioni in categorie già presenti	V01.82 Esposizione a SARS-Coronavirus associato <i>Escl: esposizione a SARS-CoV-2 (V01.85)</i>

Blocco PERSONE CON NECESSITÀ DI ISOLAMENTO, ALTRI RISCHI POTENZIALI DI MALATTIA E MISURE PROFILATTICHE (V07-V09), categoria V07 Necessità di isolamento e di altre misure profilattiche

Tipo di modifica	Dettaglio della modifica
Aggiunta di nuove sottocategorie	V07.00 Necessità di isolamento per rischio collegato a infezione da SARS-CoV-2 V07.08 Altre necessità di isolamento <i>Nota: Il codice V07.08 sostituisce il precedente codice V07.0 per la codifica delle necessità di isolamento legata a rischi da contatto con malattie infettive diverse dalla infezione da SARS-CoV-2.</i> <i>Nell'attuale classificazione il codice V07.0 non deve essere utilizzato per la codifica, in quanto si tratta di categoria non al maggior livello di specificazione.</i>

Blocco PERSONE CON RISCHI POTENZIALI DI MALATTIA IN RELAZIONE ALLA ANAMNESI PERSONALE E FAMILIARE (V10-V19), categoria V12 Anamnesi personale di alcune altre malattie

Tipo di modifica	Dettaglio della modifica
Aggiunta di nuove sottocategorie	V12.04 Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)

Blocco PERSONE CONTATTATE DURANTE VISITE E ESAMI INDIVIDUALI E COLLETTIVI SENZA INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI (V70-V82), CATEGORIA V71.8 Osservazione e valutazione per sospetto di altre manifestazione morbose specificate

Tipo di modifica	Dettaglio della modifica
Aggiunta di nuove sottocategorie	V71.84 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione a SARS-CoV-2 <i>Escl: osservazione e valutazione per sospetta esposizione ad altri agenti biologici (V71.83)</i>
Aggiunta di esclusioni in categorie già presenti	V71.83 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione ad altri agenti biologici <i>Escl: osservazione e valutazione per sospetta esposizione a SARS-CoV-2 (V71.84)</i>

- Coerenza e comparabilità della Classificazione ICD-9-CM della Malattia da SARS-CoV-2 e delle sue manifestazioni cliniche, con le indicazioni ICD-10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

La classificazione così predisposta rispetta le indicazioni fornite dell'Organizzazione Mondiale della Sanità relativamente alla codifica della malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Infatti, essa consente la comparabilità e quindi la possibilità di effettuare confronti epidemiologici a livello internazionale. La tabella, di seguito presentata, illustra le corrispondenze tra i codici ICD-10 indicati dall'OMS, e i nuovi codici della classificazione ICD-9-CM v.2007 introdotti dal Ministero della Salute in ottobre 2020.

<i>Codici ICD-10 OMS</i>	<i>Nuove Categorie introdotte nell'Elenco sistematico della Classificazione ICD-9-CM</i>	
	<i>Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)*</i>	<i>Manifestazioni cliniche in COVID-19*</i>
U07.1 COVID-19, virus identified	043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato 043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato 043.31 COVID-19 asintomatica, virus identificato	480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato 518.91 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus identificato 519.71 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus identificato
U07.2 COVID-19, virus not identified Incl: Clinically-epidemiologically Diagnosed COVID-19 Probable COVID-19 Suspected COVID-19	043.12 COVID-19 conclamata, virus non identificato 043.22 COVID-19 paucisintomatica, virus non identificato 043.32 COVID-19 asintomatica, virus non identificato	480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato 518.92 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus non identificato 519.72 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato

* I nuovi codici introdotti nell'ICD-9-CM per la malattia da SARS-CoV-2 e per le sue manifestazioni cliniche, possono essere sempre riconducibili alla classificazione indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'ICD-10. Al riguardo, il titolo di ciascun codice della malattia e delle manifestazioni cliniche presenta l'agente eziologico e indica l'identificazione o meno del virus. Questo consente di determinare la corrispondenza di ogni nuovo codice ICD-9-CM con le categorie COVID-19 definite per l'ICD-10 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

- **Linee guida per la codifica della SDO dei casi affetti da malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) e sue manifestazioni cliniche**

Le tabelle che seguono presentano esempi di casistica con relative indicazioni di codifica della SDO secondo la nuova classificazione della COVID-19 e delle sue manifestazioni cliniche indicate nel Decreto 20-10-2020, riportando il confronto con le regole di codifica fornite con le Linee Guida provvisorie del 20 marzo 2020.

Poiché sono stati creati 6 codici specifici per le manifestazioni cliniche respiratorie in COVID-19, **l'introduzione dell'agente eziologico nel titolo di questi codici** e la sua declinazione secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, **rendono superfluo l'utilizzo del codice della malattia COVID-19 in diagnosi secondaria.**

COVID-19	nuove categorie ICD-9-CM secondo modifiche dell'elenco sistematico della classificazione, Decreto 20/10/2020	categorie ICD-9-CM 2007 secondo regole provvisorie Ministero della Salute, 20 marzo 2020
1. Codifica delle manifestazioni cliniche dell'apparato respiratorio in COVID-19		
Esempio 1 - Caso di polmonite in COVID-19, sintomatico , con manifestazioni cliniche severe o critiche, ricoverato e dimesso da ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario, per il quale la COVID-19 costituisce il motivo principale del consumo di risorse nel ricovero		
• <i>SARS-CoV-2 identificato (caso confermato)</i>	Diagnosi principale 480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato se polmonite complicata Diagnosi secondaria Complicanza	Diagnosi principale 484.8 Polmonite in altre malattie classificate altrove Diagnosi secondaria 078.89 Altre malattie da virus specificate (che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)) se polmonite complicata Diagnosi secondaria Complicanza
• <i>COVID-19 diagnosticata a livello clinico-epidemiologico, COVID-19 probabile o COVID-19 sospetta, senza somministrazione di test diagnostici specifici</i>	Diagnosi principale 480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato se polmonite complicata Diagnosi secondaria Complicanza	-

COVID-19	nuove categorie ICD-9-CM secondo modifiche dell'elenco sistematico della classificazione, Decreto 20/10/2020	categorie ICD-9-CM 2007 secondo regole provvisorie Ministero della Salute, 20 marzo 2020
Esempio 2 - Caso di altra patologia respiratoria in COVID-19, sintomatico , con manifestazioni cliniche severe o critiche, ricoverato e dimesso da ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario, per il quale la COVID-19 costituisce il motivo principale del consumo di risorse nel ricovero.		
2.a Caso di bronchite acuta in COVID-19		
SARS-CoV-2 identificato (caso confermato)	Diagnosi principale 519.71 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus identificato <i>se bronchite acuta complicata</i> Diagnosi secondaria Complicanza	Diagnosi principale 466.0 Bronchite acuta Diagnosi secondaria 078.89 Altre malattie da virus specificate (che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)) <i>se bronchite acuta complicata</i> Diagnosi secondaria Complicanza
COVID-19 diagnosticata a livello clinico-epidemiologico, COVID-19 probabile o COVID-19 sospetta, senza somministrazione di test diagnostici specifici	Diagnosi principale 519.72 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato <i>se bronchite acuta complicata</i> Diagnosi secondaria Complicanza	
2.b Caso di bronchite non altrimenti specificata in COVID-19		
SARS-CoV-2 identificato (caso confermato)	Diagnosi principale 519.71 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus identificato <i>se infezione complicata</i> Diagnosi secondaria Complicanza	Diagnosi principale 490 Bronchite, non specificata se acuta o cronica Diagnosi secondaria 078.89 Altre malattie da virus specificate (che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)) <i>se infezione complicata</i> Diagnosi secondaria Complicanza
COVID-19 diagnosticata a livello clinico-epidemiologico, COVID-19 probabile o COVID-19 sospetta, senza somministrazione di test diagnostici specifici	Diagnosi principale 519.72 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato <i>se infezione complicata</i> Diagnosi secondaria Complicanza	

COVID-19	nuove categorie ICD-9-CM secondo modifiche dell'elenco sistematico della classificazione, Decreto 20/10/2020	categorie ICD-9-CM 2007 secondo regole provvisorie Ministero della Salute, 20 marzo 2020
2.c Caso di: - infezione delle vie respiratorie inferiori, non altrimenti specificata, in COVID-19 - infezione acuta delle vie respiratorie, non altrimenti specificata, in COVID-19 - infezione delle vie respiratorie, non altrimenti specificata, in COVID-19		
• SARS-CoV-2 identificato (caso confermato)	Diagnosi principale 519.71 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus identificato se infezione complicata Diagnosi secondaria Complicanza	Diagnosi principale 519.8 Altre malattie dell'apparato respiratorio, non classificate altrove Diagnosi secondaria 078.89 Altre malattie da virus specificate (che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)) se infezione complicata Diagnosi secondaria Complicanza
• COVID-19 diagnosticata a livello clinico-epidemiologico, COVID-19 probabile o COVID-19 sospetta, senza somministrazione di test diagnostici specifici	Diagnosi principale 519.72 Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19, virus non identificato se infezione complicata Diagnosi secondaria Complicanza	
2.d Caso di sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19		
• SARS-CoV-2 identificato (caso confermato)	Diagnosi principale 518.91 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus identificato	Diagnosi principale 518.82 Altre insufficienze polmonari, non classificate altrove (il codice 518.82 ha tra gli inclusi: Sindrome da distress respiratorio acuto) Diagnosi secondaria 078.89 Altre malattie da virus specificate (che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19))
• COVID-19 diagnosticata a livello clinico-epidemiologico, COVID-19 probabile o COVID-19 sospetta, senza somministrazione di test diagnostici specifici	Diagnosi principale 518.92 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus non identificato	

COVID-19	nuove categorie ICD-9-CM secondo modifiche dell'elenco sistematico della classificazione, Decreto 20/10/2020	categorie ICD-9-CM 2007 secondo regole provvisorie Ministero della Salute, 20 marzo 2020
2. Codifica di casi con manifestazioni cliniche in apparati diversi da quello respiratorio, attribuite a infezione da SARS-CoV-2, positivi ai test diagnostici per SARS-CoV-2	In presenza di casi con manifestazioni cliniche in apparati diversi da quello respiratorio, attribuite a infezione da SARS-CoV-2 e quindi in pazienti che risultino positivi al test per SARS-CoV-2, la compilazione della SDO segue le procedure routinarie: a) se le manifestazioni cliniche in apparati diversi da quello respiratorio <u>hanno determinato il maggiore assorbimento di risorse</u> nel ricovero, devono essere codificate in diagnosi principale con codici ICD-9-CM specifici di malattia b) la malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) deve essere codificata tra le diagnosi secondarie con i codici: - 043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato - 043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato Non può essere utilizzato il codice 043.31 in quanto trattasi di manifestazioni cliniche attribuite al SARS-CoV-2 e quindi non si può parlare di COVID-19 asintomatica In sintesi: Diagnosi principale Manifestazione clinica in apparati diversi da quello respiratorio Diagnosi secondaria 043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato 043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato c) nel caso in cui le manifestazioni cliniche in apparati diversi da quello respiratorio <u>non abbiano determinato il maggiore assorbimento di risorse</u> nel ricovero, esse devono essere codificate in diagnosi secondaria con codici ICD-9-CM, unitamente ai codici 043.11 o 043.21, specifici per la malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)	Le regole del Ministero della Salute del 20 marzo 2020 non prevedevano indicazioni specifiche. Tuttavia, le regole applicate nella versione del 28 ottobre 2020 seguono procedure routinarie, valide anche a marzo 2020.

N.B.: I codici 043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato e 043.12 COVID-19 conclamata, virus non identificato NON devono essere utilizzati in caso di manifestazione clinica respiratoria in COVID-19. I nuovi codici ICD-9-CM introdotti per le manifestazioni cliniche respiratorie in COVID-19 identificano l'eziologia, precisano l'identificazione o meno del virus e costituiscono di per sé presentazione conclamata della malattia.

<i>manifestazione clinica della COVID-19</i>	<i>nuove categorie ICD-9-CM secondo modifiche dell'elenco sistematico della classificazione, Decreto 20/10/2020</i>	<i>categorie ICD-9-CM 2007 secondo regole provvisorie Ministero della Salute, 20 marzo 2020</i>
3. Sepsì da SARS-CoV-2	La codifica segue le procedure previste per la sepsi: Diagnosi principale 043.11 COVID-19 conclamata, virus identificato Diagnosi secondaria 1 995.92 Sepsì severa Diagnosi secondaria 2 Disfunzione d'organo acuta correlata alla sepsi <i>Nello specifico, vengono riportati di seguito alcuni codici <u>esemplificativi</u> di disfunzione d'organo acuta correlata alla sepsi, indicati dalle istruzioni poste in nota al codice 995.92 nell'elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi dell'ICD-9-CM v. 2007 (per l'elenco completo delle disfunzioni d'organo acute si rimanda alla nota dello stesso codice, pag. 808 dell'ICD-9-CM):</i> 286.6 <i>Sindrome da defibrinazione</i> 518.81 <i>Insufficienza respiratoria acuta</i> 584.9 <i>Insufficienza renale acuta, non specificata</i> 785.52 <i>Shock settico</i> 	Le regole del Ministero della Salute marzo del 2020 non prevedevano indicazioni specifiche. Le regole applicate nella versione 28 ottobre 2020 seguono procedure routinarie, valide anche a marzo 2020. Tuttavia le regole del 28 ottobre 2020 stabiliscono che nella sepsi il codice 043.11 deve essere utilizzato in diagnosi principale per l'attribuzione appropriata del ricovero ospedaliero ai DRG della sepsi.

N.B.: Nella sepsi da SARS-CoV-2, l'insufficienza respiratoria acuta deve essere codificata con il codice 518.81 anche quando si manifesta sotto forma di ARDS.

<i>manifestazione clinica della COVID-19</i>	<i>nuove categorie ICD-9-CM secondo modifiche dell'elenco sistematico della classificazione, Decreto 20/10/2020</i>	<i>categorie ICD-9-CM 2007 secondo regole provvisorie Ministero della Salute, 20 marzo 2020</i>
4. Codifica di casi paucisintomatici o asintomatici, SARS-CoV-2 identificato		
a) la malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19), con presentazione clinica asintomatica o paucisintomatica, costituisce il motivo principale del consumo di risorse nel ricovero		
• SARS-CoV-2 identificato (caso confermato)	Diagnosi principale 043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato 043.31 COVID-19 asintomatica, virus identificato	Diagnosi principale 078.89 Altre malattie da virus specificate (che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19))
• COVID-19 diagnosticata a livello clinico-epidemiologico, COVID-19 probabile o COVID-19 sospetta, senza somministrazione di test diagnostici specifici	Diagnosi principale 043.22 COVID-19 paucisintomatica, virus non identificato 043.32 COVID-19 asintomatica, virus non identificato	
b) la malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19), asintomatica o paucisintomatica, non costituisce il motivo principale di consumo di risorse nel ricovero.		
• SARS-CoV-2 identificato (caso confermato)	Diagnosi principale Patologia principale Diagnosi secondaria 043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato 043.31 COVID-19 asintomatica, virus identificato	Diagnosi principale Patologia principale Diagnosi secondaria 078.89 Altre malattie da virus specificate, che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)
• COVID-19 diagnosticata a livello clinico-epidemiologico, COVID-19 probabile o COVID-19 sospetta, senza somministrazione di test diagnostici specifici	Diagnosi principale Patologia principale Diagnosi secondaria 043.22 COVID-19 paucisintomatica, virus non identificato 043.32 COVID-19 asintomatica, virus non identificato	

<i>manifestazione clinica della COVID-19</i>	<i>nuove categorie ICD-9-CM secondo modifiche dell'elenco sistematico della classificazione, Decreto 20/10/2020</i>	<i>categorie ICD-9-CM 2007 secondo regole provvisorie Ministero della Salute, 20 marzo 2020</i>
5. Codifica di casi con manifestazioni cliniche respiratorie o in apparati diversi da quello respiratorio, sospette per infezione da SARS-CoV-2, <u>negativi ai test per SARS-CoV-2</u>	In presenza di casi con manifestazioni cliniche respiratorie o in apparati diversi da quello respiratorio, sospette per infezione da SARS-CoV-2, che <u>risultino negative ai test per SARS-CoV-2</u>, la compilazione della SDO segue le procedure routinarie: - la malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) NON deve essere codificata tra le diagnosi; - se le <u>manifestazioni cliniche respiratorie o in apparati diversi da quello respiratorio hanno determinato il maggiore assorbimento di risorse</u> nel ricovero, esse devono essere codificate in <u>diagnosi principale</u> con: codici ICD-9-CM specifici di malattia, in caso di individuazione dell'agente eziologico; codici residuali non specifici, in caso di mancata individuazione dell'eziologia; - nel caso in cui le manifestazioni cliniche respiratorie o in apparati diversi da quello respiratorio non hanno determinato il maggiore assorbimento di risorse nel ricovero, devono essere codificate in <u>diagnosi secondaria</u> con codici ICD-9-CM, secondo i criteri esplicitati al punto b; - in diagnosi secondaria devono essere utilizzati i seguenti codici, afferenti alla classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (codici V): V01.85 Esposizione a SARS-CoV-2 V71.84 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione a SARS-CoV-2 V07.00 Necessità di isolamento per rischio collegato a infezione da SARS-CoV-2	- Le procedure delle regole di codifica del Ministero della Salute marzo 2020 corrispondono a quelle applicate nella versione del 28 ottobre 2020 per le manifestazioni cliniche respiratorie. La differenza consiste nelle categorie V da utilizzare: - le regole di marzo 2020 proponevano codici appropriati tra quelli esistenti nella classificazione ICD-9-CM 2007, vale a dire: V01.79 Contatto con o esposizione ad altre malattie virali V71.83 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione ad altri agenti biologici V07.0 Necessità di isolamento - le <u>regole del 28 ottobre 2020 introducono nella classificazione ICD-9-CM nuovi codici V riservati al ricorso ai servizi sanitari per motivi legati al SARS-CoV-2</u>, promuovendo una codifica specifica. - Le regole del Ministero della Salute di marzo 2020 non prevedevano indicazioni specifiche per manifestazioni cliniche in apparati diversi da quello respiratorio. Le regole applicate nella versione del 28 ottobre 2020 seguono procedure routinarie, valide anche a marzo 2020. Tuttavia l'introduzione di nuovi codici V permette una codifica più specifica della casistica.
6. Codifica di ricorso ai servizi sanitari di persone con rischi potenziali di malattia in relazione all'anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)	In diagnosi principale (attenzione, DRG 467) o secondaria deve essere utilizzato il seguente codice, afferente alla classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (codici V): V12.04 Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)	Le regole del Ministero della Salute di marzo 2020 non prevedevano indicazioni specifiche per il ricorso ai servizi sanitari di persone con rischi potenziali di malattia in relazione all'anamnesi personale di malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Le regole applicate nella versione del 28 ottobre 2020 seguono procedure routinarie, valide anche a marzo 2020. Tuttavia l'introduzione di nuovi codici V permette una codifica più specifica della casistica.

- Alcune esemplificazioni di codifica di quadri clinici particolari della malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) e delle sue manifestazioni cliniche

Esempio 1 - Ricovero ospedaliero per polmonite in sospetta COVID-19 - Codifica della SDO, parte diagnosi

<i>Motivo del ricovero ospedaliero</i>	<i>Diagnosi differenziale con polmonite da altri agenti eziologici</i>		<i>Test diagnostici SARS-CoV-2</i>		<i>Diagnosi di dimissione ospedaliera</i>	<i>Codifica della SDO, parte diagnosi</i>
	<i>Test laboratoristici ed esami strumentali</i>	<i>Esito</i>	<i>Somministrazione</i>	<i>Positività</i>		
Polmonite in sospetta COVID-19	SI	NEGATIVO	NO	-	Polmonite in sospetta COVID-19	480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato
			SI	SI	Polmonite in COVID-19	480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato
				NO	Polmonite di natura non determinata in paziente negativo ai test per SARS-CoV-2	486 Polmonite, agente non specificato V71.84 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione a SARS-CoV-2 V07.00 Necessità di isolamento per rischio collegato a infezione da SARS-CoV-2

Esempio 2 - Ricovero ospedaliero per polmonite complicata in COVID-19 con trattamento diversificato a seconda della gravità del quadro clinico - Codifica della SDO, parte diagnosi e parte procedure

Test diagnostici SARS-CoV-2 eseguiti e POSITIVI

<i>Diagnosi di dimissione ospedaliera</i>		<i>Codifica della SDO, parte diagnosi e parte procedure</i>				
<i>Patologia principale</i>	<i>Complicanza</i>	<i>Diagnosi Principale</i>	<i>Diagnosi Secondaria</i>	<i>Procedura 1</i>	<i>Procedura 2</i>	<i>Procedura 3</i>
Polmonite in COVID-19	ARDS, con necessità di ventilazione invasiva	518.91 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus identificato	480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato	31.1 Tracheostomia temporanea	96.72 Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più	96.04 Inserzione di tubo endotracheale
	Insufficienza respiratoria acuta tipo I, trattata con C-PAP	518.81 Insufficienza respiratoria acuta	480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato	93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)		
	Altre complicanze	480.41 Polmonite in COVID-19, virus identificato	<i>Codice della complicanza</i>	<i>Codice della procedura</i>		

Test diagnostici SARS-CoV-2 NON ESEGUITI, diagnosi stilata applicando criteri clinico-epidemiologici

<i>Diagnosi di dimissione ospedaliera</i>		<i>Codifica della SDO, parte diagnosi e parte procedure</i>				
<i>Patologia principale</i>	<i>Complicanza</i>	<i>Diagnosi Principale</i>	<i>Diagnosi Secondaria</i>	<i>Procedura 1</i>	<i>Procedura 2</i>	<i>Procedura 3</i>
Polmonite in sospetta COVID-19	ARDS, con necessità di ventilazione invasiva	518.92 Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus non identificato	480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato	31.1 Tracheostomia temporanea	96.72 Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più	96.04 Inserzione di tubo endotracheale
	Insufficienza respiratoria acuta tipo I, trattata con C-PAP	518.81 Insufficienza respiratoria acuta	480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato	93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)		
	Altre complicanze	480.42 Polmonite in COVID-19, virus non identificato	<i>Codice della complicanza</i>	<i>Codice della procedura</i>		

Esempio 3 - Ricovero ospedaliero per infarto miocardico acuto subendocardico in paziente con sospetta COVID-19 paucisintomatica -
Codifica della SDO, parte diagnosi

<i>Diagnosi principale di dimissione ospedaliera</i>	<i>Somministrazione di test diagnostici SARS-CoV-2</i>	<i>Positività ai test</i>	<i>Codifica della SDO, parte diagnosi</i>	
			<i>Diagnosi Principale</i>	<i>Diagnosi Secondaria COVID-19 (posizione da definire secondo l'assorbimento di risorse)</i>
Infarto miocardico acuto subendocardico della parete anteriore (NSTEMI) in paziente con sospetta COVID-19 paucisintomatica	NO	-	410.71 Infarto subendocardico, episodio iniziale di assistenza	043.22 COVID-19 paucisintomatica, virus non identificato
	SI	SI	410.71 Infarto subendocardico, episodio iniziale di assistenza	043.21 COVID-19 paucisintomatica, virus identificato
		NO	410.71 Infarto subendocardico, episodio iniziale di assistenza	V71.84 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione a SARS-CoV-2 V07.00 Necessità di isolamento per rischio collegato a infezione da SARS-CoV-2

- Tabella di sintesi dei nuovi codici della malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)

TITOLO		CODICE
COVID-19 conclamata	Virus identificato	043.11
	Virus non identificato	043.12
COVID-19 paucisintomatica	Virus identificato	043.21
	Virus non identificato	043.22
COVID-19 asintomatica	Virus identificato	043.31
	Virus non identificato	043.32
Polmonite in COVID-19	Virus identificato	480.41
	Virus non identificato	480.42
Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19	Virus identificato	518.91
	Virus non identificato	518.92
Altra infezione delle vie respiratorie in COVID-19	Virus identificato	519.71
	Virus non identificato	519.72
Esposizione a SARS-CoV-2		V01.85
Necessità di isolamento per rischio collegato a infezione da SARS-CoV-2		V07.00
Altre necessità di isolamento		V07.08
Anamnesi personale di malattia da SARS-CoV2 (COVID-19)		V12.04
Osservazione e valutazione per sospetta esposizione a SARS-CoV-2		V71.84
Sepsi da SARS-CoV-2	Virus identificato	043.11 + 995.92 + disfunzione d'organo